

d!

d!rigenza medica

6-9 Una sanità in trasformazione.
Indagine Anaaolombardia-
Luic (Università
Cattaneo-Luic)

10 Segretari aziendali
Intervista a
Giuseppe Ferraiuolo
Segretario ASL Roma2

Il mensile dell'Anaaolombardia Assomed



Intervista a Costantino Troise

Rinnovo del Ccnl

Aumenti in linea con il Pubblico Impiego

O SARÀ SCONTRO

Pat Carra per l'Anaao Assomed



**Guarda
tutte le vignette
nel video
Anaao Web TV**



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

IL MENSILE DELL'ANA AO 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 marzo 2018

Rinnovo del Ccnl

Aumenti in linea con il Pubblico Impiego O SARÀ SCONTRO

Certezza di risorse economiche per il rinnovo contrattuale che consentano l'inserimento nel computo complessivo della massa salariale della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria del valore della indennità di esclusività di rapporto col Ssn; miglioramento delle condizioni di lavoro con una definizione più puntuale dei carichi di lavoro e con l'introduzione di meccanismi per ridurre il disagio lavorativo; recupero del ruolo del sindacato nelle attività aziendali per riconquistare la capacità di incidere e far rispettare i diritti sanciti da leggi e contratti. E

ancora, un Contratto esigibile, un tetto ai contratti precari e il recupero delle risorse accessorie congelate dalla legge di riforma sul pubblico impiego e anche un modello organizzativo che possa contare su risorse extra contrattuali, per sostenere le innovazioni.

È un piatto ricco di richieste quello che Costantino Troise, segretario nazionale dell'Anaao Assomed mette sul tavolo della contrattazione per il rinnovo del Ccnl che sta muovendo i primi passi. Non senza ostacoli.

**“
Non accettiamo nessuna discriminazione**



Dottor Troise, parliamo di contratto. Dopo nove anni di attesa la stagione contrattuale è ripartita, ma il percorso sembra molto accidentato. Qual è lo stato dell'arte della trattativa?

Siamo inchiodati al punto di partenza. Dopo 22 giorni e tre riunioni siamo stati costretti ad abbandonare il tavolo politico perché Mef e Regioni non ci hanno dato certezza sulle risorse economiche disponibili, nonostante le nostre ripetute sollecitazioni. Quindi per il momento procediamo solo sul piano tecnico.

Vogliamo ricordare quali sono i nodi da sciogliere?

Il primo è quello sulle risorse economiche e sul quale ci siamo di fatto arenati. Abbiamo chiesto chiarimenti sulla certezza dei fondi per il rinnovo contrattuale. Dobbiamo capire se il 3,48 di aumento messo sul piatto per tutto il pubblico impiego e calcolato sulla massa sa-

lariale, comprenda o meno anche l'indennità di esclusività di rapporto. Anche perché se così non fosse l'incremento per la Dirigenza medica e sanitaria si fermerebbe al 2,94. Questo sarebbe una discriminazione inaccettabile e incomprensibile. Non è ammissibile che per noi, e solo per noi, il calcolo cambi e le regole diventino riduttive. E poi è francamente pretestuoso nascondere dietro un no immotivato del signor Mef una questione economica, la cui soluzione richiede non l'arguzia dell'azzeccagarbugli, quanto piuttosto il buonsenso e la volontà politica, liberando il campo da una volontà punitiva nei confronti del lavoro svolto in regime di dipendenza dello Stato. Senza sciogliere questo nodo si rischia di lasciare sul tappeto altri temi contrattuali, a partire dal nodo della valorizzazione di un ruolo e di un lavoro che nei livelli retributivi trova un punto di misura e nelle condizioni di esercizio un limite non valicabile.





Aumenti in linea con il Pubblico Impiego **O SARÀ SCONTRO**

“
I dipendenti pubblici, e quindi i medici e i dirigenti sanitari dipendenti, sono stanchi: bloccare per dieci anni i diritti contrattuali non ha pagato, e credo che lo dimostri anche il risultato di queste elezioni. Siamo remunerati sempre meno e trattati sempre peggio

Ossia?

Mi spiego, il 3,48 di incremento già di per sé non basta a recuperare il potere di acquisto e il taglieggiamento dei fondi accessori che si è realizzato in questi ultimi 8 anni, ma perlomeno consente di dare un po' di ristoro economico e di ripartire da un livello più elevato per il prossimo Contratto già alle porte, ossia quello del 2019-2021. Possiamo infatti dire che la fine dell'uno si lega all'inizio dell'altro. Quindi è auspicabile che ci sia una base di partenza non inferiore a quella concessa ad altri settori della sanità e del pubblico impiego.

Mi faccia capire, voi puntate il dito contro Governo e Regioni, ma il Presidente del Comitato di settore Regioni Sanità, Massimo Garavaglia all'indomani dell'ultima riunione ha confermato la piena disponibilità ad includere la clausola di esclusività nel calcolo del monte salari complessivo. Anzi, ha anche ribadito di aver sollecitato il Governo in tal senso. Quindi?

Garavaglia ormai è a fine mandato. In assenza di fatti conclusivi, rimane il sospetto di essere in presenza dell'ennesimo rimpallo di responsabilità tra Regioni, la cui Conferenza continua a tacere, e Governo, nascosto dietro il niet del signor Mef e, come al solito, a farne le spese sono i medici. Questi signori non devono dimenticare che partire con il piede sbagliato rischia di pregiudicare tutta la trattativa.

Ma una volta sciolto il nodo delle risorse economiche, auspicando che la risposta arrivi presto, cosa vi aspettare da questo Contratto?

Un'azione forte sulle condizioni di lavoro che sono diventate per noi la sfida più importante da affrontare, anche per-

ché vanno peggiorando giorno dopo giorno. Il quadro è realmente preoccupante, perché la carenza di organici devastante, dovuta al blocco del turn over e all'esodo pensionistico ormai avviato, fa sì che i carichi di lavoro si riversino pesantemente su chi rimane a lavorare in ospedale. La gobba demografica sta desertificando le corsie e il cumulo previdenziale alle porte non potrà che costituire un ulteriore fattore di peggioramento. Insomma, sarà una *débâcle* se non troveremo energie giovani adeguate per numero e per qualità a sostenere una domanda in crescita per numerosità e complessità, impresa resa difficile anche dal flop del sistema della formazione post laurea che sta riducendo la disponibilità di medici specialisti. Già oggi produciamo 7 milioni di ore di lavoro all'anno in eccedenza rispetto al debito contrattuale. Ore in più non retribuite e che forse non potranno mai essere recuperate. E ci sono ferie non godute che se venissero cumulate si misurerebbero in anni da recuperare. A tutto questo aggiungiamo il grandissimo problema del rispetto della normativa europea sugli orari di lavoro, che non è ancora applicata omogeneamente in tutte le strutture del Ssn e anche il problema dei turni di guardia e delle reperibilità. L'avanzare dell'età media del personale, oggi per i medici al top mondiale, non è un fattore neutro per quanto riguarda l'efficacia e la sicurezza delle cure. Parliamoci chiaramente ma chi vorrebbe farsi operare alla alba in urgenza da un chirurgo ultra 65enne che magari ha già lavorato tutta la notte?

Temi di cui si parla da anni ...

Certamente, ecco perché se non si interviene con forza, con lo strumento del Contratto, non si risolveranno mai. Vanno messi dei limiti di età per poter effettuare i turni di guardia notturni ed un tetto al numero di reperibilità, oggi affidato alla discrezione delle Aziende, che troppo spesso sfiorano i limiti contrattuali dei 10 turni al mese. Soprattutto occorre recuperare nelle aziende un sistema di relazioni sindacali che la Legge Brunetta ha distrutto. Oggi le Aziende fanno quello che vogliono, al massimo informano le rappresentanze sindacali, ma non esistono più concertazione e contrattazione. Il sindacato deve recuperare un ruolo negoziale nelle Aziende

perché solo così sarà possibile garantire i diritti e le legittime aspettative.

Torniamo al Contratto. Altri punti da risolvere?

L'esigibilità del Contratto stesso. Abbiamo bisogno di certezze. Il Contratto è un atto di natura privata, è un patto tra le parti. Non è ammissibile che il giorno dopo la firma ogni Regione, Azienda, Direttore generale si muova come meglio crede. Abbiamo la necessità di chiuderlo entro la sua scadenza naturale e comunque prima che arrivi in Parlamento la legge di bilancio 2019 ossia entro l'estate. Anche per evitare nuove sorprese sui fondi contrattuali e sulle risorse accessorie. Con questo Contratto dobbiamo mettere basi solide per quello del 2019-2021.

I dipendenti pubblici, e quindi i medici e i dirigenti sanitari dipendenti, sono stanchi: bloccare per dieci anni i diritti contrattuali non ha pagato, e credo che lo dimostri anche il risultato di queste elezioni. Siamo remunerati sempre meno e trattati sempre peggio. Il Contratto quindi non può più aspettare, anche per recuperare un clima di collaborazione e di fiducia, prerequisiti di una maggiore efficienza ed efficacia della sanità pubblica. Inoltre, il Contratto collettivo nazionale consentirebbe di recuperare elementi di verticalità in un sistema sanitario che si va sempre più decentralizzando e frantumando.

Un'ultima domanda, cosa manca veramente alla categoria medica?

Vedere premiato il merito professionale. Oggi lo sviluppo di carriera è prevalentemente di tipo verticale e gestionale, con i benefici che ne conseguono. Ma un professionista per essere valutato e premiato, anche da un punto di vista remunerativo, non necessariamente deve raggiungere il livello di Direttore di struttura complessa o semplice. Chi è un ottimo medico, ha alte competenze ed elevati livelli di formazione, dovrebbe vedersi riconosciuti gli stessi benefici, anche al di là dei percorsi di carriera riconosciuti, peraltro ormai fortemente diminuiti. Oltre al riconoscimento di un ruolo nei processi decisionali, che possa rompere la prigione di fattore produttivo in cui il professionista è costretto da una cultura aziendalista ormai imperante.

La sanità è il secondo comparto in ordine di decrescita del personale.

Solo nel 2016 si sono perse quasi 5mila unità, per la gran parte tra il personale non dirigente. Il maggior calo si registra tra il personale non dirigente della sanità: in tutto 4.131 operatori in meno, di cui la maggioranza infermieri (1.723).

Per i medici il trend complessivo in discesa è stato meno vistoso: solo 294 in meno, e le corsie diventano sempre più "rosa".

Il salasso è stato certificato dal nuovo Conto annuale della Pubblica amministrazione della Ragioneria generale dello Stato

Dal 2009 a oggi persi in sanità 45mila operatori

Se i medici spingono per avere maggiori garanzie rispetto al nuovo contratto una ragione c'è, non solo questione di aumenti.

E la ragione la spiegano i dati, quelli che si desumono analizzando vari anni del Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato, il documento cioè che ai contratti fa da base.

Il primo numero che salta agli occhi è -7731. Sono i medici (a cui si aggiungo nell'area -541 tra veterinari e odontoiatri) che dal 2009, anno dell'ultimo contratto e di un Servizio sanitario senza piani di rientro e, quindi, senza blocchi del turn over, si sono "persi" rispetto al 2016.

Una vera e propria emorragia: il 6,9% in meno: in realtà la categoria che ha perso in valori assoluti più unità è quella degli infermieri con oltre 12mila professionisti in meno tra il 2009 e il 2016, ma questa cifra rappresenta il 4,3% del totale.

In realtà altre categorie di personale sono diminuite di più, ma si tratta di numeri complessivi limitati e spesso di suoli non assistenziali, mentre i soli medici e infermieri rappresentano quasi il 60% del personale che nel Ssn è dedicato all'assistenza di cui gli altri profili sanitari, compresi i dirigenti non medici, rappresentano in tutto il 12,3 per cento (il resto sono, appunto, amministrativi o simili, Dg e altro).

Una emorragia che ha colpito soprattutto gli uomini. Tra il 2009 e il 2016 di medici maschi ce ne sono infatti 10.995 in meno e a riequilibrare un po' il dato che visto così fa un po' paura, c'è il forte e ormai conosciuto incremento delle donne medico aumentate invece nelle stesso periodo di 3264 unità.

E che l'andamento della forza lavoro medica segua in qualche modo l'organizzazione e la gestione dei servizi si vede dall'andamento delle perdite ri-



petto all'avanzamento dei piani di rientro con il conseguente blocco del turn over.

Dei 7731 medici in meno tra il 2009 e il 2016, infatti, ben 6.276 lo sono tra il 2010 e il 2016, dove il 2010 è il primo anno di vero blocco dei contratti e di turn over rigido nelle Regioni in piano di rientro. Un numero poi destinato a crescere comunque negli anni quando sempre rispetto ai numeri 2016 di medici se ne sono persi ad esempio 3.841 nel 2012 o ancora 294 nel 2016 rispetto al 2015.

E questo sempre a discapito degli uomini, diminuiti costantemente, al con-

trario delle donne medico, invece, sempre aumentate.

Un'altra evidenza è in che ruolo si sono persi i medici. La maggior parte dei "desaparecidos" è nel ruolo di direttore di struttura complessa in esclusiva, dove tra il 2009 e il 2016 ce ne sono 2.981 in meno e tra i direttori di struttura semplice calati nello stesso periodo di 5.329 unità, mentre nei due ruoli, ma non in esclusiva, sia pure solo con qualche centinaio di professionisti, aumentano i ranghi di quelli non in esclusiva. Un fenomeno questo anche più forte (ce ne sono 702 in meno, ma 1.620 in più sempre tra il 2009 e il

Tabella 1. Personale Ssn: differenze per categorie professionali anni 2016-2009

Categorie	2016			2015			2012			2010			2009		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
MEDICI	64.217	46.284	110.501	65.571	45.338	110.909	69.760	44.880	114.640	73.413	43.812	117.225	75.839	42.934	118.773
CAT. MEDICI	59.926	45.160	105.086	61.157	44.223	105.380	65.142	43.785	108.927	68.613	42.749	111.362	70.921	41.896	112.817
DIR. MEDICO CON INC. STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCLUSIVO)	5.454	1.010	6.464	5.779	1.075	6.854	6.972	1.236	8.208	7.627	1.269	8.896	8.168	1.277	9.445
DIR. MEDICO CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. NON ESCL.)	377	12	389	376	11	387	280	6	286	251	5	256	240	6	246
DIR. MEDICO CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. ESCLUS)	8.481	4.185	12.666	9.128	4.287	13.415	11.238	4.940	16.178	12.680	5.226	17.906	12.950	5.045	17.995
DIR. MEDICO CON INCARICO STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. NON ESCL.	637	56	693	667	60	727	576	62	638	537	48	585	506	37	543
DIRIGENTI MEDICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. ESCLUSIVO)	40.160	38.384	78.544	40.372	37.378	77.750	41.967	36.409	78.376	43.456	35.124	78.580	44.800	34.446	79.246
DIRIGENTI MEDICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. NON ESCL.)	4.740	1.483	6.223	4.731	1.367	6.098	3.775	972	4.747	3.630	880	4.510	3.760	843	4.603
DIR. MEDICI A T. DETERMINATO (ART. 15-SEPTIES D.LGS. 502/92)	77	30	107	104	45	149	334	160	494	432	197	629	497	242	739
CAT. VETERINARI	4.208	1.104	5.312	4.296	1.083	5.379	4.502	1.058	5.560	4.681	1.023	5.704	4.797	996	5.793
CAT. ODONTOIATRI	83	20	103	118	32	150	116	37	153	119	40	159	121	42	163

Tabella 2. Personale Ssn: differenze per categorie professionali anni 2016-2015; 2016-2012; 2016-2010; 2016-2009

Categorie	Diff 2016/2015			Diff 2016/2012			Diff 2016/2010			Diff 2016/2009		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
MEDICI	-1354	946	-408	-5543	1404	-4139	-9196	2472	-6724	-11.622	3.350	-8.272
CAT. MEDICI	-1231	937	-294	-5216	1375	-3841	-8687	2411	-6276	-10.995	3.264	-7.731
DIR. MEDICO CON INC. STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCLUSIVO)	-325	-65	-390	-1518	-226	-1744	-2173	-259	-2432	-2.714	-267	-2.981
DIR. MEDICO CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. NON ESCL.	1	1	2	97	6	103	126	7	133	137	6	143
DIR. MEDICO CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. ESCLUS	-647	-102	-749	-2757	-755	-3512	-4199	-1041	-5240	-4.469	-860	-5.329
DIR. MEDICO CON INCARICO STRUTTURA SEMPLICE (RAPP. NON ESCL.	-30	-4	-34	61	-6	55	100	8	108	131	19	150
DIRIGENTI MEDICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. ESCLUSIVO)	-212	1006	794	-1807	1975	168	-3296	3260	-36	-4.640	3.938	-702
DIRIGENTI MEDICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI (RAPP. NON ESCL.)	9	116	125	965	511	1476	1110	603	1713	980	640	1.620
DIR. MEDICI A T. DETERMINATO(ART. 15-SEPTIES D.LGS. 502/92)	-27	-15	-42	-257	-130	-387	-355	-167	-522	-420	-212	-632
CAT. VETERINARI	-88	21	-67	-294	46	-248	-473	81	-392	-589	108	-481
CAT. ODONTOIATRI	-35	-12	-47	-33	-17	-50	-36	-20	-56	-38	-22	-60

Tabella 3. Differenza precari (Td) 2016/2009

Categorie	Tempo Determinato	
	Uomini	Donne
Medici	675	1.698
Veterinari	10	37
Odontoiatri	-7	-4
Tot medici	678	1.731

Tabella 4. Personale Ssn: differenze per Regioni anni 2016-2009

Regioni	2016		2009		Diff 2016/2009		Diff. Totale2016/2009
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	
CAMPANIA	6.501	2.660	8.110	2.882	-1.609	-222	-1.831
LAZIO	4.460	3.249	5.914	3.605	-1.454	-356	-1.810
SICILIA	5.824	3.249	7.124	3.264	-1.300	-15	-1.315
CALABRIA	2.453	1.310	3.108	1394	-655	-84	-739
PUGLIA	4.056	2.326	4.911	2097	-855	229	-626
PIEMONTE	4.500	3.897	5.188	3681	-688	216	-472
EMILIA ROMAGNA	4.116	4.026	4.813	3779	-697	247	-450
LIGURIA	2.011	1.642	2.447	1608	-436	34	-402
MOLISE	282	156	438	228	-156	-72	-228
MARCHE	1.647	1316	1.999	1.105	-352	211	-141
TOSCANA	4.245	3812	4.777	3.379	-532	433	-99
LOMBARDIA	7.513	6745	8.391	5.952	-878	793	-85
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.315	1235	1.533	1.097	-218	138	-80
BASILICATA	758	427	837	393	-79	34	-45
VALLE D'AOSTA	189	139	193	106	-4	33	29
UMBRIA	1.049	919	1.183	726	-134	193	59
PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	525	424	556	323	-31	101	70
ABRUZZO	1.506	1205	1.716	907	-210	298	88
PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	555	481	582	353	-27	128	101
VENETO	4.474	3571	5.019	2.912	-545	659	114
SARDEGNA	1.947	2371	2.082	2.105	-135	266	131
TOTALE COMPLESSIVO	59.926	45.160	70.921	41.896	-10.995	3.264	-7.731

2016) tra i medici con incarichi professionali, dove a bilanciare le perdite sono ancora una volta le donne medico che aumentano in esclusiva di 3.938 unità e senza esclusiva di 640 unità, contro una perdita di oltre 4.600 colleghi maschi.

L'effetto blocco del turn over è ancora più chiaro esaminando la perdita di medici per Regione dal 2009 al 2016: le carenze maggiori (il 74% del totale) sono nelle quattro Regioni con le limitazioni più rigide: Campania, Lazio, Sicilia e Calabria. Il calo tuttavia prosegue anche nelle altre Regioni in piano di rientro e in quelle che hanno adottato provvedimenti più rigidi di controllo di spesa e si inverte, con i medici in aumento (in tutto +592 unità), in sette Regioni: Valle d'Aosta, Umbria, Bolzano, Abruzzo, Trento, Veneto e Sardegna. Tra queste tre sono a statuto ordinario, ma quattro quelle a statuto speciale dove i piani di rientro non hanno effetto.

Discorso analogo – rispetto al calo – può essere fatto sulle retribuzioni; dal 2010 (ultimo anno in cui si sono espliciti gli effetti del contratto 2009) al 2016 i medici hanno perso 1.086 euro in busta paga (nell'area hanno guadagnato solo i veterinari), mentre tra il 2005 e il

2010, quindi con gli effetti del precedente contratto, il guadagno era stato – sempre secondo i dati del Conto annuale – di 8.620 euro per i medici. Quindi, effetto blocco dei contratti ed effetto mancato aggiornamento al costo della vita.

La voce calata di più tra il 2010 e il 2016 è lo stipendio vero e proprio (-1.216 euro) di cui la parte più consistente persa è la Ria (-1.147 euro) e ad aumentare sono soprattutto voci mobili come quelle per le indennità varie (fisse).

E le indennità che nel 2016 rispetto al 2010 scendono di valore sono molte, tra cui – per effetto anche del calo degli organici in assoluto e di quelli in esclusiva in particolare – l'indennità di esclusività (-97.073.547 su un totale 2016, non solo per i medici, di 1.394.891.842) e quella di specificità medico-veterinaria (-50.588.159 su un totale per tutti di 860.569.670 nel 2016). Ma il conto annuale su queste voci non fa distinzione tra categorie professionali e, quindi, tranne per quelle più evidenti, è difficile confrontare le singole voci per l'una o l'altra professionalità.

In aumento invece la voce precari che nel 2016 rispetto al 2009 guadagna circa 2410 unità (a tempo determinato,

“

La voce calata di più tra il 2010 e il 2016 è lo stipendio vero e proprio (-1.216 euro) di cui la parte più consistente persa è la Ria (-1.147 euro) e ad aumentare sono soprattutto voci mobili come quelle per le indennità varie (fisse)



altro indicatore del blocco dei contratti e quindi delle assunzioni regolari). Anche se spariscono del tutto il lavoro interinale e i contratti di formazione lavoro, presenti nel 2009. A tempo determinato erano 6.698 nel 2009 secondo il Conto annuale e diventano nel 2016 8.943.

Nel confronto con il 2009 per tutte le professioni, comunque, a fine 2016 risultavano impiegate 45.053 unità in meno di personale nel Servizio sanitario nazionale. E anche per gli altri professionisti fattore rilevante, per il comparto in esame, è rappresentato dalla sottoposizione o meno delle Regioni alla disciplina del piano di rientro della spesa sanitaria.

E nel 2016, sempre secondo i dati della relazione al Conto annuale, aumenta anche l'età media del personale Ssn che passa da una media di 46,9 anni del 2008 (43,5 nel 2001) a 50,6 nel 2016, con gli uomini a 52,5 e le donne a 49,7.

Medici in meno quindi, sempre più vecchi e con lavoro sempre più precario. Meno guadagni e sempre più professionisti che scelgono la via della non esclusiva: il nuovo contratto ha di che ragionare.

Tabella 5. Personale Ssn: differenza tra 2009 e 2016

Categorie	Uomini	Donne	Totale	Diff % 2016/2009		
MEDICI (SSNA)	-10.995	3.264	-7.731	-15,5	7,8	-6,9
VETERINARI	-589	108	-481	-12,3	10,8	-8,3
ODONTOIATRI	-38	-22	-60	-31,4	-52,4	-36,8
DIRIG. SANITARI NON MEDICI	-964	-491	-1.455	-22,0	-4,6	-9,7
DIR. RUOLO PROFESSIONALE	-228	17	-211	-18,2	6,6	-14,0
DIR. RUOLO TECNICO	-71	-72	-143	-11,8	-12,7	-12,2
DIR. RUOLO AMMINISTRATIVO	-526	-113	-639	-31,8	-8,1	-20,9
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE INFERMIERISTICO (SSNA)	-4.273	-7.758	-12.031	-6,7	-3,6	-4,3
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE TECNICO SANITARIO (SSNA)	-1.821	114	-1.707	-12,0	0,5	-4,6
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE VIGILANZA E ISPEZIONE (SSNA)	-1.084	43	-1.041	-13,9	1,0	-8,5
PROFILI RUOLO SANITARIO - PERSONALE FUNZIONI RIABILITATIVE (SSNA)	-250	-619	-869	-6,5	-3,7	-4,2
PROFILI RUOLO PROFESSIONALE (SSNA)	-100	-13	-113	-29,6	-36,1	-30,2
PROFILI RUOLO TECNICO (SSNA)	-8.421	-1.361	-9.782	-15,4	-1,9	-7,6
PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO (SSNA)	-3.798	-4.602	-8.400	-16,5	-8,5	-10,9
DIRETTORI GENERALI (SSNA)	-137	59	-78	-18,9	36,2	-8,8
PERSONALE CONTRATTISTA (SSNA)	-291	-21	-312	-54,1	-29,6	-51,2
TOTALE	-33.586	-11.467	-45.053	-13,2	-2,6	-6,5

Tabella 6. Differenza retribuzioni tra 2016 e 2010

Categorie	Stipendio + I.I.S.	R.I.A.	Tredicesima	Totale Voci Stipendiali	Straordinario	Indennità Varie	Altre Accessorie	Totale Indennità Fisse ed Accessorie	Retribuzione Complessiva
MEDICI (SSNA)	-23	-1122	-43	-1188	-175	1177	-790	212	-976
CAT. MEDICI	-21	-1147	-48	-1216	-186	1125	-809	130	-1086
CAT. VETERINARI	-63	-645	72	-637	12	2197	-426	1783	1146
CAT. ODONTOIATRI	-22	-545	-145	-712	-39	1255	-628	589	-123

Differenza retribuzioni tra 2005 e 2010

Categorie	Stipendio + I.I.S.	R.I.A.	Tredicesima	Totale Voci Stipendiali	Straordinario	Indennità Varie	Altre Accessorie	Totale Indennità Fisse ed Accessorie	Retribuzione Complessiva
MEDICI (SSNA)	5640	-1155	770	5255	184	2854	400	3437	8692
CAT. MEDICI (SSNA)	5646	-1184	762	5223	189	2803	404	3396	8620
CAT. VETERINARI (SSNA)	5570	-619	923	5876	77	3809	297	4183	10058
CAT. ODONTOIATRI (SSNA)	4615	-1000	768	4382	-163	4543	-394	3986	8368

UNA SANITÀ IN TRASFORMAZIONE

SEGRETERIA
REGIONALE
ANAAO ASSOMED
LOMBARDIA

MARZIA
BONFANTI,
LAURA
CORTELLARI,
DAVIDE CROCE,
ROBERTA PAGANI,
EMANUELE
PORAZZI,
ANNA VANZAGO

Università
Cattaneo – LIUC,
Castellanza (VA)

Introduzione

Negli ultimi anni il settore sanitario, non solo quello italiano, ha visto il susseguirsi di una molteplicità di cambiamenti essenzialmente dettati da un concetto nuovo o se si vuole “innovativo” di salute che si è affermato all'interno di un contesto chiamato ad affrontare continuamente molteplici sfide. Si pensi, solo per citare alcuni esempi, all'invecchiamento della popolazione, alle risorse decrescenti a fronte di una domanda crescente, allo spostamento delle cure sul territorio...

Si tratta di sfide comuni ai sistemi sanitari dei Paesi avanzati di tutto l'occidente che impongono un imperativo semplice, ma di difficile implementazione: il cambiamento!

Diversi autori hanno cercato di comprendere quali siano i fattori che abbiano portato alla luce quest'esigenza di cambiare sia a livello organizzativo sia nella gestione dei servizi sanitari. Tra gli altri, l'aumento delle aspettative di salute da parte degli utenti e lo sviluppo di nuove tecnologie sanitarie che sempre più rapidamente giungono sul mercato, appaiono essere quelli che hanno trovato consenso tra la maggior parte degli *scholar* (Stevens *et al.*, 1999; Joppi *et al.*, 2009). Il primo fattore ha causato l'indebolimento del “contratto sociale” tra medicina e società (Speranza *et al.*, 2008) che si è costituito nel XIX secolo, rafforzato nella seconda metà del XX secolo e che oggi è messo in discussione dalla trasformazione del paziente in “consumatore” (Giarelli,

2003). Il secondo fattore gioca un ruolo controverso: se è indiscutibile il progresso medico conseguente all'innovazione tecnologica, quest'ultima, se non adeguatamente monitorata, può generare un incontrollato aumento di spesa. Tutto questo determina un momento di transizione che sta interessando ogni servizio sanitario.

Da un lato il paziente è dotato di autonomia gestionale, di razionalità strumentale e gode di maggiori informazioni grazie all'era digitale e all'avvento del *web*, è così sempre più istruito, è in grado di scegliere massimizzando i propri interessi e partecipa sempre più attivamente al processo di cura. Dall'altro, l'incremento della cronicità e il conseguente crescente assorbimento di risorse per questa fascia di utenti (70% della spesa sanitaria per attività ospedaliere, specialistiche e di farmaceutica) ha portato alla necessità di rivedere i meccanismi sanitari in senso lato. Non solo si modifica il concetto di cura con l'affermazione di un nuovo paradigma “si passa dalla cura, al prendersi cura”, ma in discussione sono sia il concetto di *medico-manager*, diffusosi negli ultimi anni del secolo scorso con l'avvio del processo di aziendalizzazione introdotto in Italia con la Legge 502 del 1992, sia la posizione dominante ricoperta per decenni dalla dirigenza medica all'interno del settore sanitario.

In questo contesto di cambiamento a modificare non è solo la figura del paziente, ma anche quella del clinico. La funzione, la struttura di valori e il bagaglio deontologico e scientifico della professione medica non sono, infatti,

stabili nel tempo, ma sono in continua evoluzione. Nonostante ciò i medici continuano a essere formati con i vecchi modelli nozionistici e ciò che contraddistingue maggiormente la classe medica è una forte e generalizzata resistenza al cambiamento (Alfieri, 2007). Il medico si trova al centro dei rapporti tra scienza, società ed economia, e la sua capacità di cogliere le opportunità dalle tensioni che caratterizzano questa relazione è la chiave per una riquilificazione del suo ruolo. Le turbolenze del mondo reale offrono degli spazi di inserimento proprio per la dirigenza medica che però deve essere in grado di ripensare il proprio ruolo e di rafforzare le proprie competenze. In particolare modo la dirigenza medica è chiamata a rivedere e innovare la gestione delle proprie UUOO/Dipartimenti/Aziende, a farsi carico anche di ciò che avviene al di fuori della propria organizzazione, a valorizzare e stimolare tutte le professionalità sanitarie per creare un senso di appartenenza, e a promuovere la fiducia tra medici e pazienti, tra medici e altri professionisti, tra i manager aziendali e i manager regionali, tra pubblico e privato.

In questo contesto appare improcrastinabile la rivitalizzazione e la riaffermazione della centralità del ruolo *medico-manager* così da dimostrare la possibilità che elevati *standard* di competenze gestionali e di competenze tecniche e professionali possano coesistere in un'unica figura o in più figure professionali, purché adeguatamente formate. All'interno del contesto sopra delineato, obiettivo primario dell'indagi-



ne di seguito presentata, è l'analisi dei cambiamenti nel settore sanitario, delle recenti normative e delle ricadute che tutte queste istanze hanno sulla dirigenza allo scopo di individuare possibili aree di intervento per rilanciare la loro immagine all'esterno, migliorare la percezione che essi hanno del proprio ruolo e individuare delle strategie utili a dare delle risposte concrete alle attuali sfide in atto nel sistema.

Materiali e Metodi

L'indagine svolta da un punto di vista metodologico ha inteso basarsi su una triade di strumenti muovendo da una prospettiva più macro a una micro prevedendo il coinvolgimento di dirigenti medici e non medici della Lombardia che si propone come Regione pilota su cui condurre l'analisi per iniziare a identificare le macro-aree di interesse necessarie al raggiungimento dell'obiettivo sopra citato. Nello specifico l'indagine è stata condotta attraverso un metodo misto basato sulla combinazione di tre strumenti della ricerca qualitativa: il questionario, l'intervista strutturata e la valutazione a punteggio.

Ciò premesso il *file rouge* che ha consentito di utilizzare in modo combinato questi tre strumenti è individuabile nel concetto dell'*expert judgment*, ossia del coinvolgimento dei professionisti, al fine di utilizzare la loro esperienza per leggere meglio la situazione e definire delle proposte di modifica coerenti con le specifiche esigenze di coloro

“

Il contenuto del materiale raccolto tramite le interviste è stato analizzato mediante la metodologia della content analysis. Questa tecnica ha il vantaggio di unire un'analisi qualitativa tramite rilettura ripetuta delle interviste trascritte e identificazione delle parole e delle frasi collegate ai concetti chiave

che di fatto saranno i reali promotori del cambiamento.

Seguendo dunque la logica dal macro al micro, l'indagine ha visto innanzitutto la somministrazione su ampia scala di un questionario strutturato a risposta multipla. Il questionario è stato creato *ad hoc* muovendo da un'iniziale analisi del contesto sanitario, non solo italiano, finalizzata a comprendere i *trend* di sviluppo e indagare eventuali *best practice* internazionali (nuovi modelli organizzativi, *gatekeeping*, HCRM e Telemedicina) applicabili nel nostro Paese.

Inoltre si è indagato circa le principali esigenze delle figure professionali emerse dalla letteratura nazionale e internazionale relativamente ai due filoni coerenti con lo studio, ossia il *New Public Management* (Hood, 1995) e il *Knowledge Management* (Profili, 2004). Il *New Public Management* rivela il suo interesse ai fini dell'indagine per la ricerca di quei problemi scaturiti dal processo di aziendalizzazione che ha interessato il nostro Paese a partire dagli anni '90. Su questo filone si basano eventuali interventi risolutivi e correttivi per sostenere la validità del paradigma del *medico-manager* e permettere la sua completa applicazione in risposta alle esigenze attuali dei servizi sanitari. L'evoluzione della pubblica amministrazione ha fatto emergere le criticità del *New Public Management* che si è visto sostituire prima dal filone del *New Public Governance* e in seguito dal *New Public Service* che definisce nuove funzioni della pubblica amministrazione il cui ruolo principale è quello di aiutare i cittadini a articolare e soddisfare i loro interessi condivisi piuttosto che tentare di controllare o guidare la società (Denhardt, 2000).

Il *Knowledge Management* al contrario rivela la sua utilità per la configurazione di nuove strutture organizzative coerenti con gli attuali bisogni del sistema, per la definizione delle competenze dei ruoli risultanti come figure chiave nella gestione dei cambiamenti in atto e l'eventuale predisposizione di un nuovo sistema di valutazione del personale. Il questionario compilabile *on line* tramite *LimeSurvey* è stato somministrato ai medici e ai dirigenti iscritti ad Anaa Assomed della Regione Lombardia per un totale di 368 rispondenti. Nello specifico il questionario composto da 18 domande a risposta chiusa (12 costruite secondo il modello universale di Kolb (1984), adattate all'ambito dell'*health management*, 6 create *ad hoc* in base alla *review* della letteratura (Dunn *et al.*, 1985; Gartell e White, 1996; Reetoo *et al.*, 2005; Lobas, 2006; Sherman *et al.*, 2007; Taylor *et al.*, 2008; Stoller, 2009; Slipicevit e Ma-

sic, 2012)) suddivise in 6 aree di indagine (abilità interpersonali, gestione delle informazioni, capacità analitiche, capacità d'azione, competenze cliniche, competenze per il futuro) tramite una scala *Likert* a 5 livelli, ha inteso indagare il giudizio di importanza di competenze/capacità rilevanti per un ripensamento futuro della dirigenza medica.

I dati raccolti sono stati analizzati attraverso una statistica descrittiva (media/mediana, minimo e massimo ed errore *standard*) finalizzata a evidenziare le competenze/capacità ritenute prioritarie dai rispondenti. Inoltre sono state altresì condotte delle analisi di dettaglio in funzione di specifiche variabili classificatorie quali ad esempio il ruolo ricoperto, le categorie di appartenenza, le fasce d'età, la struttura di appartenenza.

Successivamente, al fine di comprendere più a fondo le problematiche e le esigenze della dirigenza medica, l'indagine è proseguita con lo svolgimento di 20 interviste semi-strutturate effettuate a professionisti in posizioni apicali e non, accomunati da una visione rispetto alla gestione e all'organizzazione dei servizi sanitari di impronta manageriale a lungo termine. Le 32 domande utilizzate durante le interviste hanno preso in considerazione 5 aree di indagine identificate sulla base delle evidenze emerse con la somministrazione del questionario: (i) Formazione: stato attuale *versus desideratum*; (ii) Resistenza al cambiamento: falsi miti e problemi reali; (iii) Modello *medico-manager*: vizi e virtù; (iv) Competenze del futuro: cliniche, gestionali e di *leadership*; (v) Quali figure per il futuro? Di stampo gestionale-direzionale e professionale.

Il contenuto del materiale testuale raccolto tramite le interviste è stato analizzato mediante la metodologia della *content analysis* (Casetti e Di Chio, 1998). Questa tecnica ha il vantaggio di unire un'analisi qualitativa tramite rilettura ripetuta delle interviste trascritte e identificazione delle parole e delle frasi collegate ai concetti chiave stabiliti preventivamente in base all'obiettivo dello studio, a un'analisi invece quali-quantitativa basata sul calcolo della frequenza relativa e assoluta con i quali i termini e le frasi chiave ricorrono nelle interviste. Con riferimento all'indagine ivi presentata, tale analisi è stata condotta per ognuna delle macro-aree identificate a monte, selezionando/raggruppando le domande in funzione delle risposte più ricorrenti fornite dagli intervistati e andando a effettuare una sintesi grafica della frequenza relativa con cui le parole e le frasi chiave ricorrevano.

Infine, con l'obiettivo di arrivare a una sintesi delle evidenze emerse dall'applicazione dei due precedenti strumenti, l'indagine si è avvalsa della metodologia della valutazione a punteggio. Quest'ultima rientra nel filone dei metodi multicriterio e multiobiettivo. Ampia risulta essere la letteratura di riferimento a tal riguardo (Cicchetti *et al.*, 1985; Azzone e Bertelè, 1998; Cooper *et al.*, 2001). I metodi a punteggio sono basati su una lista di requisiti (*criteria*), a ciascuno dei quali viene attribuito un punteggio di valutazione (*score*). Attraverso l'attribuzione di questi *score*, mediante un sistema di pesatura, si perviene a un punteggio finale, che esprime la traduzione numerica della valutazione condotta. Il principale vantaggio di utilizzo di questi sistemi è evidente nella loro capacità di sintesi. Grazie alla traduzione numerica in unico punteggio è possibile arrivare a un'indicazione in grado di unire il giudizio di priorità e di importanza per ciascun *item* oggetto di valutazione.

Relativamente all'indagine, la valutazione a punteggio è stata condotta attraverso la costruzione di una apposita scheda di raccolta dati risultante dalle evidenze emerse nei precedenti *step* di analisi. Dapprima sono quindi state identificate le macro-aree di interventi/esigenze (Formazione, Resistenza al cambiamento, Modello Medico-manager, Competenze e ruoli per il futuro) rispetto alle quali è stato chiesto ai 20 intervistati di esprimere un giudizio di priorità mediante l'utilizzo di una scala *Likert* a 4 livelli. In secondo luogo per ogni macro-area sono state individuati gli *item*/le percezioni di maggior interesse a cui andare attribuire un giudizio di importanza attraverso una scala 3 livelli. Il calcolo del giudizio finale comprensivo di entrambe le valutazioni, secondo un'opportuna pesatura, ha permesso di evidenziare sia la macro-area di maggiore rilevanza per avviare un percorso di cambiamento nel comparto della dirigenza medica in termini di ridefinizione di ruoli e competen-

ze, sia fornire specifici *item* di partenza sui quali intervenire in maniera pratica per concretizzare questo cambiamento in soluzioni ristrutturate.

Risultati (Prima parte)

Grazie all'applicazione consecutiva dei tre strumenti è stato possibile, seguendo la logica dal macro al micro esplicitata precedentemente, rileggere i risultati in maniera trasversale in modo tale da dare evidenza alle tematiche e alle problematiche di maggiore rilevanza identificabili anche in funzione della loro ricorrenza nei vari *step* di indagine. Ciò premesso, le prime due aree di maggior interesse ai fini dell'obiettivo primario dell'analisi sono risultate essere:

Formazione

In particolare è emersa una generalizzata lacuna a livello di formazione manageriale e soprattutto da parte di coloro che ricoprono incarichi meno apicali, una eccessiva focalizzazione su una formazione post base troppo teorica.

Capacità relazionali

È stato riscontrato un forte accordo all'interno dei vari campioni analizzati rispetto a una difficoltà comunicativa in particolar modo nella relazione vertice-junior che si riflette in maniera negativa sul raggiungimento degli obiettivi tanto dei singoli professionisti quanto a livello d'azienda nel suo complesso.

Alla luce di quanto emerso verranno passate in rassegna le principali evidenze sorte dall'applicazione dei tre strumenti di indagine, in modo tale da offrire al lettore una panoramica di sintesi, utile a introdurre, nella parte conclusiva che verrà esposta nel prossimo numero, alcune proposte risolutive delle problematiche e delle esigenze palesate da coloro che hanno preso parte all'indagine.

Formazione

Dalla disamina dei valori medi che i 368 rispondenti hanno attribuito alle capacità analitiche, gli aspetti manageriali sono ritenuti di media importanza: il punteggio medio è, infatti, compreso tra 3 e 4 su una scala *Likert* a 5 livelli. Si osserva inoltre un forte accordo all'interno del campione complessivo. Tale considerazione trova conferma dall'analisi per ruoli: non si registrano forti scostamenti sia nei valori medi sia negli errori *standard* delle diverse categorie professionali considerate. I grafici di Figura 1 evidenziano come

Tabella 1. Evidenze dal questionario di percezione

Ruolo	Pianificazione		Analisi quantitativa dei dati		Gestione della tecnologia	
	Media	Errore Std	Media	Errore Std	Media	Errore Std
Direttore di Dipartimento	4,70	,153	3,70	,153	3,90	,100
Responsabile di Struttura Complessa	4,51	,100	3,54	,149	3,93	,123
Vertice Strategico	4,40	,400	3,80	,200	3,60	,245
Dirigente non medico	4,32	,160	3,56	,232	4,28	,158
Responsabile di Struttura Semplice	4,17	,102	3,44	,126	3,80	,114
Dirigente medico	4,06	,067	3,14	,072	3,55	,072
Capacità analitiche: valore medio	4,171		3,293		3,698	

Figura 1.

Evidenze dalle interviste strutturate

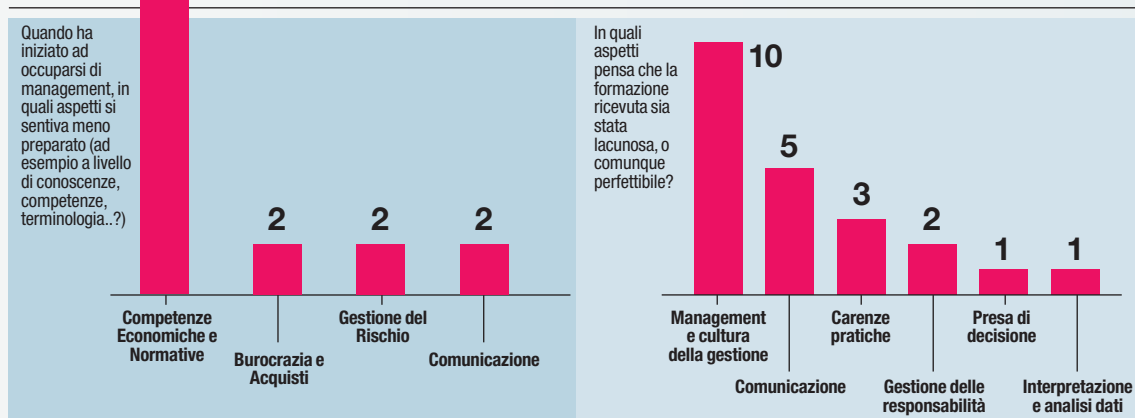


Figura 2. Evidenze dalla valutazione a punteggio

Giudizio complessivo di priorità e di importanza Identificazione degli item più importanti

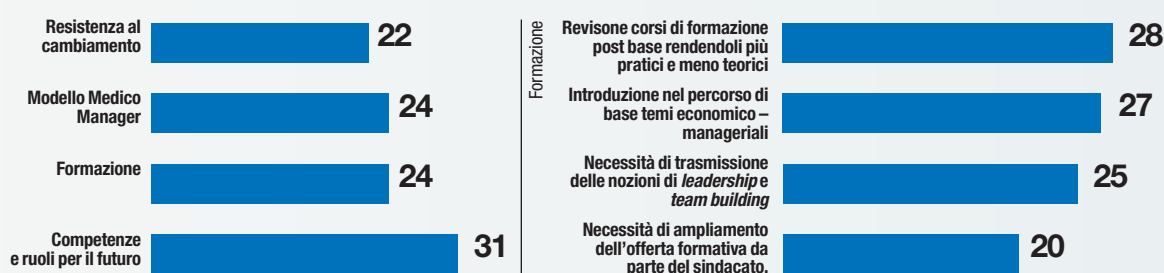


Tabella 2. Evidenze dal questionario di percezione

Ruolo	Attitudine alla leadership		Capacità relazionali		Aiuto e delega	
	Media	Errore Std	Media	Errore Std	Media	Errore Std
Direttore di Dipartimento	4,50	,707	4,50	,527	4,30	,483
Responsabile di Struttura Complessa	4,44	,709	4,49	,675	4,34	,617
Dirigente medico	3,76	1,043	4,24	,842	4,07	,905
Dirigente non medico	4,08	,954	4,44	,583	4,32	,748
Responsabile di Struttura Semplice	4,11	,925	4,43	,734	4,30	,805
Vertice Strategico	4,20	,837	4,80	,447	4,40	,548
Abilità interpersonali: valore medio	3,954		4,329		4,174	

Figura 3. Evidenze dalle interviste strutturate

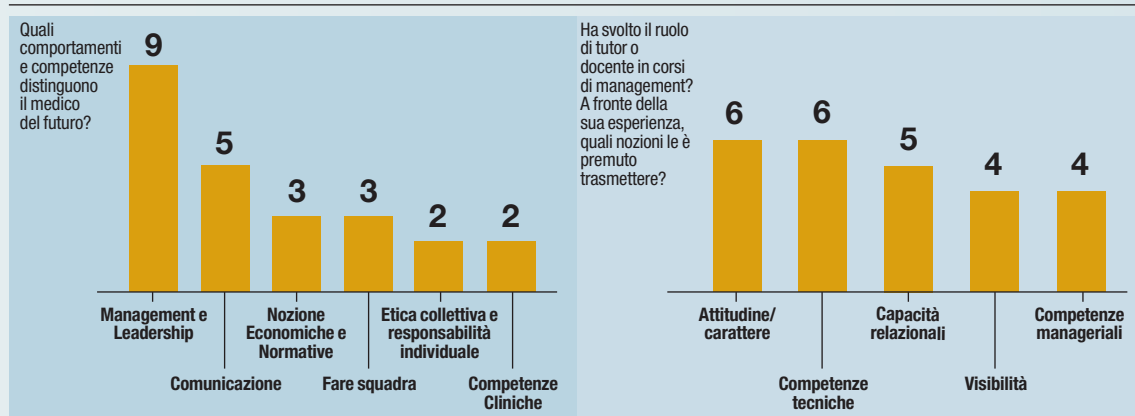
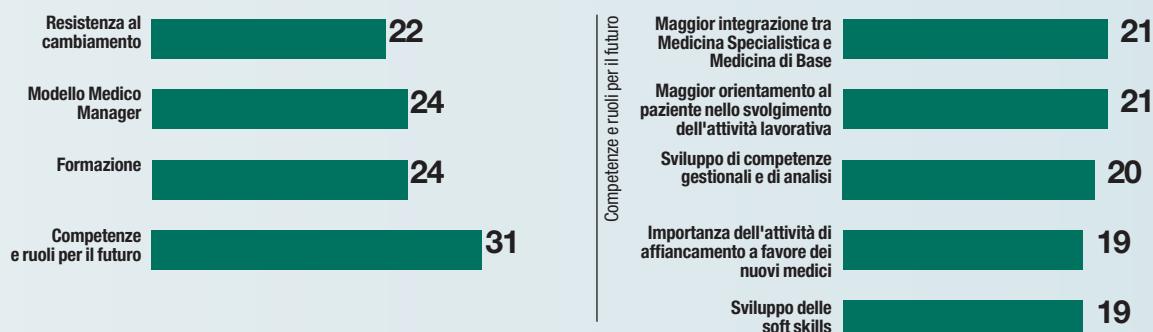


Figura 4. Evidenze dalla valutazione a punteggio

Giudizio complessivo di priorità e di importanza Identificazione degli item più importanti



15 su 20 intervistati abbiano dichiarato di avere delle lacune soprattutto nell'ambito economico e legislativo. Nello specifico si lamenta una generale mancanza di cultura gestionale che difficilmente si apprende sul campo così come lacunosa risulta essere il risvolto pratico della formazione ricevuta nel-

le aule universitarie in particolar modo rispetto agli aspetti comunicativi e relazionali tra professionisti, ma soprattutto tra medico e paziente. La sintesi ottenuta dalla valutazione a punteggio ha messo in evidenza come la formazione si collochi al secondo posto nella scala che unisce il giudizio di

priorità e quello di importanza. Tra gli aspetti più rilevanti su cui occorre intervenire vi sono la revisione dei corsi di formazione post base al fine di renderli più pratici e l'introduzione di tematiche economico-manageriali fin dalla formazione universitaria.

Capacità relazionali

Nell'ambito delle abilità interpersonali, le capacità relazionali mostrano il valore medio più alto. Tuttavia, rispetto a quanto evidenziato per le abilità analitiche, se si osserva il dettaglio per ruolo professionale emerge una maggior variabilità nei valori medie e degli errori *standard* che appaiono più elevati rispetto alla precedente macro-area analizzata a significare una minore coerenza nei punteggi attribuiti dai singoli rispondenti all'interno dei vari ruoli considerati. Rispetto ai quesiti formulati durante le interviste, i rispondenti sostengono che una delle doti indispensabili per il medico del futuro è rappresentata dalle sue capacità relazionali sia nei confronti dei propri collaboratori sia dei pazienti soprattutto per quanto concerne gli incarichi dirigenziali. La capacità di collaborazione con la propria *équipe* e la *leadership* sono qualità che chi ricopre posizioni apicali deve possedere per cercare di reagire al meglio agli innumerevoli cambiamenti e alle instabilità che caratterizzano il settore sanitario.

A livello complessivo le capacità relazionali si inseriscono all'interno della macro-area delle competenze e dei ruoli per il futuro che, come evidenzia la sintesi fornita dalla valutazione a punteggio, appare essere l'area ritenuta più importante e prioritaria. Tra le esigenze messe in luce dagli intervistati nell'ambito di quest'area particolare attenzione deve essere rivolta alla messa in atto di iniziative *ad hoc* per sviluppo delle *soft skills* soprattutto per quanto concerne gli aspetti relazionali e comunicativi nei confronti di pazienti e utenti.

Bibliografia

- Alfieri R. (2007) *Le idee che nuocciono alla sanità e alla salute*. Milano: Franco Angeli.
- Azzone G., Bertelè U. (1998) *Valutare l'innovazione. Analisi e controllo degli investimenti*. Milano: Etaslibri.
- Casetti F., Di Chio F. (1998) *Analisi della televisione. Strumenti, metodi e pratiche di ricerca*. Milano: Bompiani.
- Cicchetti, D.V., Showalter, D., and Tyrer, P.J. (1985) "The effect of number of rating scale categories on levels of interrater reliability: A Monte Carlo investigation". *Appl. Psych. Meas.*, 9: 31-36.
- Cooper R., Edgett S., Kleinschmidt E. (2001) "Portfolio management for new product development: results of an industry practices study". *R&D Management*, 31(4): 361-380.
- Denhardt R.B., Denhardt, J.V. (2000), "The New Public Service: Serving Rather than Steering", *Public Administration Review*, 60(6), pp.549-559.
- Dunn W.R., Hamilton D.D., Harden R.M. (1985) "Techniques of Identifying Competencies Needed of Doctors". *Medical Teacher*, 7(1): 15-25.
- Gartell J., White T. (1996) "Doctors and management - the development dilemma". *Journal of Management in Medicine*, 10(2): 6-12.
- Giarelli G. (2003) *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*. Milano: Angeli.
- Hood C. (1995) "The 'New Public Management' in the 1980s: variations on a theme". *Accounting, organizations and society*, 20.2: 93-109.
- Joppi R., Demattè L., Menti A.M., Pase D., Poggiani D., Mezzalana L. (2009) "The Italian horizon scanning project". *European Journal of Clinical Pharmacology*, 65: 775-781.
- Kolb D.A. (1984) *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Lobas (2006) "Leadership in Academic Medicine: Capabilities and Conditions for Organizational Success". *Am J Med.*, 119(7): 617-21.
- Profili S. (2004) *Il knowledge management*. Milano: Franco Angeli.
- Reetoo K.N., Harrington J.M., Macdonald E.B. (2005) "Required competencies of occupational physicians: a Delphi survey of UK customers". *Occup Environ Med*, 62:406-413.
- Sherman R.O., Bishop M., Eggenberger T., Karden R. (2007) "Development of a leadership competency model". *The journal of nursing administration*, 37(2): 85-94.
- Slipicevit O., Masic I. (2012) "Management Knowledge and Skills Required in the Health Care System of the Federation Bosnia and Herzegovina". *Mat Soc Med.*, 24(2): 106-111.
- Speranza L., Tousijn W., G. Vicarelli (2008) *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*. Bologna: Il Mulino.
- Stevens A., Milne R., Lilford R., Gabbay J. (1999) "How do new technologies get into practice? Keeping pace with new technologies: systems needed to identify and evaluate them". *BMJ*, 319: 1291-1294.
- Stoller J.K. (2009) "Developing Physician-Leaders: A Call to Action". *Journal of General Internal Medicine*, 24(7): 876-8.
- Taylor C.A., Taylor J.C., Stoller J.K. (2008) "Exploring Leadership Competencies in Established and Aspirin Physician Leaders: An Interview-based Study". *Journal of General Internal Medicine*, 23(6):748-54.

Vanta al suo attivo vent'anni di attività sindacale, Giuseppe Ferraiuolo, segretario Anaao della Asl Roma 2. Un'Azienda vastissima nata dall'accorpamento di due realtà che hanno portato in eredità esigenze ed esperienze profondamente differenti. Una diversità che Ferraiuolo ha saputo gestire con profitto tant'è che il numero degli iscritti al sindacato è cresciuto. Dal nuovo contratto si aspetta che venga riconosciuto il disagio medico, ma anche una rivalutazione economica sia per la dirigenza medica, sia per il comparto

L'obiettivo da raggiungere? Fare emergere il merito



Giuseppe Ferraiuolo
segretario Anaao Asl Roma 2

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

Sono un Cardiologo, più esattamente un cardiologo di terapia intensiva dove ho mosso i primi passi professionali negli anni '80. Ora lavoro in Utic e dal 15 dicembre ricopro l'incarico di direttore di struttura complessa facente funzione all'Ospedale Sandro Pertini. La cardiologia è sempre stata la mia grande passione accanto alla quale è cresciuta anche quella per l'attività sindacale. Ho iniziato a occuparmi di sindacato alla fine degli anni '90 e devo confessare con una certa forma di soggezione e timidezza. In questi venti anni ho imparato a dedicarmi a questa attività con sempre maggiore intensità; anni difficili anche alla luce dei profondi cambiamenti che hanno investito la professione medica, ma anche anni di grandi soddisfazioni. Unico neo, il tempo sottratto alla mia famiglia. Sono sposato con un medico e ho due figlie, una ha seguito le mie orme, è cardiologo in terapia intensiva, l'altra invece sta tentando il percorso in magistratura. Insomma, una vita sicuramente intensa.

Perché ha scelto proprio l'Anaao?

Perché da sempre l'Anaao ha sostenuto le grandi battaglie della nostra professione. Quando ho iniziato a occuparmi di sindacato, nel 1985, lavoravo a Villa Irma, l'attuale Policlinico Casilino. Erano gli anni del precariato, quello duro. In quell'epoca Villa Irma era una sorta di ibrido pubblico privato e non c'era il percorso di accreditamento che conosciamo oggi, aveva un bacino di utenza immenso che raccoglieva la periferia Sud-Est di Roma. Tutto era complicato, abbiamo dovuto quindi combattere aspre battaglie sindacali per ottenere un riconoscimento pubblico. Grazie ai colleghi dell'Anaao, penso a Donato Antonellis, siamo riusciti a portare a casa grandi risultati, uno su tutto l'apertura del pronto soccorso. È stato quindi un punto di orgoglio sapere che oggi quella struttura per la quale ci siamo spesi con forza e dedizione è diventata struttura di riferimento con professionisti altamente qualificati.

In che anno è diventato segretario aziendale?

Sono approdato al Pertini nel 1996 e dopo due anni, nel 1998 quindi, ho assunto l'incarico di segretario aziendale. Una avventura impegnativa diventata ancora più complessa negli ultimi anni: nel 2016 è stata creata l'Azienda Unica Roma 2, che ha accorpato la ex Asl Roma B e la ex Asl Roma C. Un'Azienda vastissima, abbraccia ben otto Distretti della capitale: da Lunghezza, ossia Roma Est fino a Trigatoria,

Roma Sud, con tre presidi ospedalieri, il Pertini, il Sant'Eugenio e il Cto. Una realtà impegnativa da un punto di vista gestionale e complessissima dal punto di vista sindacale in quanto fonde due realtà con esperienze e percorsi profondamenti diversi. Con differenti aspettative.

Alla luce della sua esperienza qual è il giudizio su questo accorpamento? Sicuramente negativo. Comprendo la necessità alla base di questa operazione di natura strettamente razionale, ossia la riduzione delle spese di gestione. Peccato che questo abbia reso ancora più complessa la macchina in quanto sono state convogliate forzatamente dentro la stessa amministrazione persone con esigenze diverse. Ecco perché ad oggi il mio giudizio non può che essere negativo, questo accorpamento non ha portato grandi vantaggi né ai medici, né a chi svolge attività sindacale e tanto meno agli amministrativi che devono gestirlo.

Quali sono i rapporti con gli altri segretari aziendali della Regione?

Parto da una premessa, per carattere e per modo di vedere la vita tendo a non generare anticorpi, credo quindi che la collaborazione sia fondamentale. Un modus vivendi che ho sempre portato avanti sia con i colleghi dell'Anaao sia con quelli delle altre sigle sindacali. Nello specifico, mi sono confrontato soprattutto con il mio omonimo del Sant'Eugenio con il quale c'è stato un rap-

INTERVISTE AI

SEGRETARI
AZIENDALI



porto di grande stima e rispetto. Con gli altri colleghi del consiglio regionale Anaao ci confrontiamo sulle grandi tematiche di politica sindacale regionale e locali e sempre con grande trasparenza. Anche perché non dimentichiamo che l'Anaao è per tradizione un sindacato nel quale le ideologie non entrano. Il confronto è quindi sempre a portata di mano.

Proseguirà con il suo mandato o sta pensando alla sua successione?

Ci sto pensando, anche perché ci sono questioni molto spinose da affrontare. Mi spiego, da un lato, nonostante a livello affettivo sia molto legato alla mission che ho svolto, credo sia arrivato il tempo di far emergere nuovi quadri sindacali, persone che hanno valore e capacità e siano in grado di portare nuova linfa vitale al sindacato. Dall'altro lato, bisogna capire se questo sia il momento giusto per passare il testimone in quanto la fusione aziendale, ancora giovane e complessa, va gestita con molta accortezza. Richiede esperienza e soprattutto un'approfondita conoscenza del mondo in cui ci si muove. Merita quindi ancora molta cura, soprattutto necessita di una figura che sappia raccogliere consenso nell'ospedale e sappia spendersi per portare avanti le intenzioni dei colleghi. Forse la soluzione più opportuna potrebbe essere quella di far arrivare nuove energie alle quali non farò mancare il mio appoggio.

Passiamo ad un altro tema, come è

impostata l'organizzazione della vostra segreteria aziendale, come comunicate tra voi?

Abbiamo una segreteria composta da un gruppo strettissimo di persone e un consiglio aziendale, con contatti frequenti tra tutti i componenti. Nei primi anni seguivo una linea di comunicazione formale poi mi sono reso conto che tutto ciò non aveva un seguito e ho optato per contatti più snelli e fruibili. Ci confrontiamo sia attraverso contatti personali sia con attraverso la posta elettronica, ma soprattutto con le chat di Whatsapp. Un vantaggio soprattutto ora che sono entrati in campo anche i colleghi del territorio, con i quali è più difficile incontrarsi di persona.

Passiamo alla sua Regione, come sono gli scenari nel Lazio?

Il Lazio sta vivendo una fase di transizione in quanto stiamo andando verso l'accorpamento delle Aziende che si dimezzeranno passando da dodici a sei. Sul fronte sindacale abbiamo cambiato il nostro statuto per cui oltre al segretario aziendale dovranno essere individuati anche dei rappresentanti dei vari presidi, quelli che un tempo si chiamavano fiduciari. Il prossimo step sarà quello del rinnovo di queste figure. Attualmente nella Asl Roma 2 viviamo un momento positivo: abbiamo acquisito molti iscritti grazie alla capacità di difendere i diritti dei medici.

Quali sono le richieste più frequen-

“ Vorrei che venisse riconosciuto il disagio medico. I medici affrontano quotidianamente molte difficoltà, ma sicuramente ci sono aree in cui questo disagio aumenta, penso a chi opera nei Pronto soccorso

ti che arrivano dagli iscritti?

In primis quelle legati agli incarichi dirigenziali che chiamano in causa la parte variabile del salario. Non dobbiamo dimenticare che abbiamo un contratto fermo da dieci anni, i nostri stipendi sono dignitosi ma non da capogiro soprattutto considerando l'impegno al quale siamo chiamati a rispondere. È quindi legittimo che le attenzioni si concentrino su queste problematiche.

Altre richieste riguardano l'intramoenia e il precariato. Un problema quest'ultimo che si sta risolvendo con grande soddisfazione per i colleghi che hanno vissuto una decennale mancanza di stabilità.

Qual è l'obiettivo raggiunto che la rende più orgoglioso? Quale vorrebbe aver raggiunto, ma non è ancora riuscito a portare a compimento?

Quello di cui vado particolarmente fiero è la stabilizzazione dei precari. Un obiettivo raggiunto grazie alla segreteria regionale, ma anche grazie al lavoro svolto nelle aziende. Penso in particolare al contributo di Anaao Giovani che ha lavorato in perfetta simbiosi con noi. Il più grande rammarico è invece non essere riuscito a soddisfare alcuni incarichi dirigenziali. Nel nostro Paese la meritocrazia non è entrata in sanità e questo mi duole. Spesso i Direttori generali hanno portati avanti criteri che non sono quelli meritocratici. Questo è il mio grande cruccio: non essere riuscito a fare emergere il merito nella Dirigenza medica della Roma 2.

Cosa si aspetta dall'Esecutivo nazionale e cosa vorrebbe trovare nel nuovo contratto?

Vorrei che venisse riconosciuto il disagio medico. I medici affrontano quotidianamente molte difficoltà, ma sicuramente ci sono aree in cui questo disagio aumenta, penso a chi opera nei Pronto soccorso. Un lavoro particolarmente usurante e nel contratto dovrebbe essere riconosciuto. Auspico inoltre una rivalutazione economica non solo per la dirigenza medica, ma anche per il comparto. Anche il rapporto con l'Università credo debba essere meglio codificato, senza conflitti, ma meglio codificato: gli ospedali sono una rete formativa e questo dovrebbe essere incardinato in un rapporto contrattuale.

Il giovane medico e la previdenza: un connubio impossibile?

La pensione viene vista, dalla maggior parte dei giovani medici di oggi, come un miraggio talmente lontano da risultare quasi una chimera. Le numerose riforme pensionistiche degli ultimi 25 anni hanno fatto sì che le regole del gioco cambiassero continuamente, tanto che gli under 40 hanno smesso di credere che l'ultima riforma delle pensioni possa essere quella con la quale essi potranno congedarsi dal lavoro.



MATTEO D'ARIENZIO
Responsabile
Anaao Giovani
Emilia Romagna

L'interesse dei giovani medici sulla previdenza è tendenzialmente molto basso, al pari dei loro coetanei non sanitari. Essi non conoscono il sistema contributivo puro, la previdenza complementare, il riscatto di laurea. La causa di questa ignoranza è probabilmente da attribuire alla complessità delle regole, alla molteplicità di casse previdenziali coinvolte e alla condizione di lungo precariato che troppo spesso dura fino ai 40 anni (se non oltre) e rende il futuro pensionistico quanto mai incerto. Non è difficile comprendere che tale pot-pourri previdenziale allontana i giovani medici da una riflessione sulla propria previdenza, che invece dovrebbe essere quanto mai più precoce. Proviamo, allora, a spiegare qualche concetto di base.

Il sistema pensionistico italiano è senza patrimonio di previdenza, anche chiamato "a ripartizione": i contributi versati dai lavoratori servono per pagare le pensioni in essere.

Il meccanismo di calcolo contributivo della pensione Inps prevede tre parametri di riferimento:

1. Il montante contributivo, ovvero quanto versato per la pensione anno per anno con il proprio lavoro;
2. tasso di capitalizzazione, pari alla media della variazione del Pil italiano nell'ultimo quinquennio di ogni anno di lavoro;
3. Il coefficiente di trasformazione (variabile a seconda dell'età del pensionando).

L'attuale sistema contributivo vigente in Italia permette sì, di prevedere una migliore sostenibilità finanziaria dell'ente previdenziale rispetto al metodo di calcolo retributivo, ma essa è totalmente a discapito del lavoratore, sul quale viene scaricato il rischio finanziario di tassi di rivalutazione pari a ze-

Una riflessione sul sistema contributivo puro dell'Inps e sul riscatto degli anni di laurea

ro (fortunatamente non è possibile la svalutazione), ossia la non rivalutazione dei contributi previdenziali versati. Non è affatto scontato che avremo indietro tutto ciò che abbiamo versato, ricapitalizzato al tasso di inflazione. Il rischio economico è quindi scaricato totalmente sull'iscritto, con la possibilità di rivalutazione zero dei contributi versati in caso di stagnazione economica dell'Italia, in quanto il già citato tasso annuo di capitalizzazione è legato all'andamento del Pil e non al tasso d'inflazione. Infatti se l'Italia dovesse avere un Pil negativo o prossimo allo zero per molti anni, avremo il danno della mancata indicizzazione all'inflazione. È chiaro dunque anche a uno stupido come il sistema contributivo sia puro gioco d'azzardo anche se con garanzia del capitale, una scommessa sul Pil italiano a lungo termine, con il rischio di perderci un sacco di quattrini in termini di potere d'acquisto.

Ad esempio, nel 2014, il tasso annuo di capitalizzazione per la rivalutazione del montante contributivo individuale nozionale era di -0,024%. In parole povere, su 1000 euro versati all'Inps non avremo neanche un euro di interessi. Da uno studio Progetica del 2014, emerge come l'assegno pensionistico futuro di un trentenne di oggi, rischi di essere solo del 49% dell'ultima retribuzione, calcolando un Pil medio dello 0%.

Secondo le considerazioni già fatte, il riscatto degli anni di laurea per aumentare il montante contributivo è una scommessa sul Pil italiano, pertanto senza alcuna garanzia di ricapitalizzazione di quanto versato, al pari di un investimento in borsa o sul mercato immobiliare. Così come si può investire in obbligazioni o immobili, si può investire anche sull'andamento del Pil

italiano, riscattando gli anni di laurea. Con le regole attuali è possibile, ma non è certo per il futuro, che gli anni di riscatto possano permettere di andare in pensione anticipatamente senza aspettare i requisiti di vecchiaia; vi fidereste, però, di una regola contenuta in un sistema pensionistico cambiato sette volte in 23 anni?

A questo proposito potrebbe essere utile l'allungamento della rateizzazione del riscatto dagli attuali 10 anni a 30 anni, in modo da rendere più sostenibili le rate e permettere al lavoratore, in caso di cambio delle regole "in corso" sulla pensione anticipata, di sospendere le rate senza però perdere la quota già versata, andando in ogni modo ad aumentare il montante contributivo.

Infine, una malinconica riflessione. È triste pensare a come sia stato tradito il patto generazionale e come i figli dovranno pagare a caro prezzo il folle sistema retributivo dei loro padri. Pare incredibile, a chi approfondisce il tema delle pensioni, che ci possa essere uno squilibrio così forte tra i due sistemi, e che davvero, nel 1995, il nostro Parlamento abbia potuto far passare una legge del genere, così sconvolgente per il lavoratore, nonostante lo richiedesse il bilancio dello Stato. E ora noi giovani paghiamo la riforma Dini, paghiamo le pensioni del metodo retributivo dei nostri padri, paghiamo gli assegni ai baby pensionati a 32 anni, quando noi stessi abbiamo quest'età e spesso, troppo spesso, siamo ancora precari e lo saremo probabilmente fino ai 40 anni.

Insomma, in tanti odiano la riforma Fornero definendola come male assoluto e come la legge che ha rovinato l'Italia, ma la vera spartiacque è stata la legge Dini, le cui conseguenze dobbiamo ancora vedere appieno, nonostante i tanti anni trascorsi dalla sua entrata in vigore. Chi vivrà, vedrà.

Il miraggio del nuovo Nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali di Medicina di Laboratorio

Il 12 Gennaio 2017 il Consiglio dei Ministri licenziò il Dpcm "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" pubblicato successivamente in Gazzetta Ufficiale il 18 Marzo dello stesso anno. Ad un anno di distanza tale decreto resta incompiuto nella sua applicazione per una parte relevantissima che è quella riguardante le prestazioni di Medicina di Laboratorio perchè mancante delle tariffe associate ad ogni prestazione.



Bisogna ricordare che il lavoro di preparazione dell'elenco delle prestazioni di Laboratorio iniziò nel 2015 con il coinvolgimento di importanti professionisti di alcune Regioni e delle Società Scientifiche più rappresentative delle discipline della Medicina di Laboratorio, il tutto di concerto con funzionari del Ministero e di alcuni Assessorati. Dopo un anno, a metà 2016, l'elenco fu completato con le specifiche di appropriatezza e di erogabilità e licenziato dai tavoli tecnici e consegnato agli organismi competenti (Direzioni Generali del Ministero, Conferenza Stato Regioni ed altri).

Il lavoro svolto fu importante perchè fu improntato ad una revisione critica del Nomenclatore in essere (risalente al 1996 seppur con qualche integrazione nel tempo fino al 2001) con una visione prospettica che cancellasse prestazioni ormai obsolete e non appropriate e introducendone delle nuove (molte) che nel tempo sono andate a configurarsi come determinanti per la diagnosi di alcune malattie di cui nel 1996 non si aveva ancora coscienza completa del percorso diagnostico, si pensi alle indagini genetiche, alle malattie metaboliche, alla diagnosi di alcune infezioni ed a molto altro.



PIERANGELO CLERICI
Presidente Fismelab, Federazione delle Società Scientifiche Italiane nel settore della Medicina di Laboratorio

Il lavoro non fu semplice perchè bisognava trovare il giusto equilibrio tra le reali necessità cliniche ed eventuali rischi speculativi che potevano celarsi nel selezionare indagini legate solo a particolari tecnologie necessarie per la loro esecuzione.

Le assicurazioni che tutti noi ricevemmo dal Ministero sulla rapida introduzione del nuovo Nomenclatore ci tranquillizzarono ma nonostante le ripetute promesse ad oggi stiamo ancora applicando il nomenclatore del 1996.

Siamo stati sempre consci che le tariffe che avrebbero definito il rimborso delle singole prestazioni per le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate sarebbero state inferiori a quelle in uso ma mai abbiamo pensato ad azioni ostruzionistiche o, ancora peggio, di ostacolo alla conclusione del percorso Lea.

Non si riesce a comprendere come un Nomenclatore Tariffario che consentirebbe al Ssn di offrire ai cittadini prestazioni appropriate resti nel cassetto, non è pensabile che non siano state già decise le tariffe oppure, ed è la sensazione che ormai si fa strada, che a fronte di un servizio pubblico incatenato ad offrire prestazioni decise nel 1996 ci sia qualcuno che potendo offrire, sen-

za vincolo alcuno, le prestazioni di ultima generazione a mercato libero si avvantaggi da un vuoto normativo.

Si consideri inoltre che al fine di poter essere operativi sulle nuove prestazioni diagnostiche introdotte nel nuovo Nomenclatore i laboratori dovranno attrezzarsi adeguatamente ovvero istituire gare per approvvigionarsi di reagenti e tecnologie, cosa che richiederà ulteriore tempo per le amministrazioni pubbliche rispetto all'offerta del privato dove l'acquisizione di beni e servizi non è soggetta a laccioli burocratici e amministrativi ma solo ad evidenze di costo-beneficio.

Non vorremmo che tutto ciò sottenda ad un disegno che abbia come scopo, nel tempo, di trasferire le attività diagnostiche in particolare quelle innovative dal pubblico al privato, seppur qualificato, prosciugando sempre più il ruolo della Medicina di Laboratorio considerandola solo come un fattore di produzione e non di diagnosi all'interno dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (Pdta).

Se, come ampiamente dimostrato, il 70% delle diagnosi viene posto dal clinico sulla base degli esami diagnostici (in alcuni casi si arriva al 100%) non si comprende perchè si debba incardinare il sistema su prestazioni obsolete, peraltro remunerate, e non si consenta al paziente di poter usufruire di nuove indagini in regime di partecipazione alla spesa (ticket) ma solo a pagamento. Bisogna anche ricordare le non poche difficoltà dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta che, con l'ormai definitiva introduzione della ricetta elettronica, si ritrovano a non poter prescrivere prestazioni di laboratorio (se non a pagamento) che non trovano riscontro nei Pdta attuali poichè i codici di prestazione non sono aggiornati.

Siamo anche al paradosso che, come previsto dal decreto ministeriale 16 Giugno 2016, la Commissione nazionale preposta all'aggiornamento continuo dei Lea ed avente incarico di 3 anni si troverà ad aggiornare un Nomenclatore mai applicato o a terminare il proprio mandato senza averlo mai visto operativo.

Quando fu licenziato il Decreto Lea il Ministro della Salute dichiarò: "Un passaggio storico per la sanità italiana", ebbene se per alcuni contenuti del decreto è avvenuta l'applicazione ma come professionisti della medicina di laboratorio ci corre l'obbligo di dire che per quanto ci riguarda nelle nostre attività istituzionali il "passaggio storico" è ancora un miraggio.

Accordo Emilia-Romagna e Governo

Luci e ombre sulla maggiore autonomia regionale



Sul filo di lana della legislatura Governo e Regioni Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna hanno siglato tre pre intese che sanciscono un quadro delle maggiori autonomie regionali. Per la sanità, una volta che i pre accordi si trasformeranno in intese a tutti gli effetti cambieranno molte cose: dagli accessi alle scuole di specializzazione, all'ingresso nel Ssn, ma molte novità anche per i farmaci equivalenti e i ticket. L'Emilia Romagna avrà anche spazio sulla distribuzione diretta dei farmaci

Emilia Romagna, Lombardia e Veneto, pur con distinguo tra loro, hanno firmato una pre-intesa che, come prevede l'art 116 della Costituzione, dovrebbe portare, dopo un iter parlamentare, ad avere una maggior autonomia regionale su alcune materie, tra cui alcuni aspetti in ambito sanitario. La questione, non certo di poco conto per chi come Anaa Assomed ha sostenuto e sostiene con forza il Sistema sanitario nazionale equo, solidale e universalistico come bene fondante della coesione sociale di questo paese, ci costringe a riflettere come Segreteria Regionale e anche come Cittadini di questa Regione.

Nel metodo, se è pur vero che questa intesa non è una svolta federalistica epocale in senso stretto, non toccando alla base il nostro sistema di relazioni Stato-Regioni, resta il fatto che indubbiamente va nella direzione opposta a quella in cui dovrebbe andare il siste-

*Segreteria Regionale
Anaa Assomed
Emilia Romagna*

gno al Ssn così come lo abbiamo pensato con la legge 833/1978 che include tra gli obiettivi principali il superamento delle differenze territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese. Questo aspetto, stigmatizzato dalla Segreteria nazionale, non può essere sottratto, anche in presenza di elementi del documento sottoscritto dall'Emilia Romagna certamente suscettibili di ripercussioni positive.

La possibilità di finanziare autonomamente contratti per le specializzazioni mediche e anche della dirigenza sanitaria, e il conseguente inserimento degli specializzandi negli ospedali può dare una risposta concreta alla strutturale carenza, tante volte da noi denunciata, di medici specialisti, presente e futura, che recentemente tanto scalpore mediatico ha provocato, entrando perfino nella campagna elettorale.

La soluzione comunque non può prescindere da una *job description* e un inquadramento giuridico e contrattuale definito anche a livello nazionale della nuova figura dirigenziale individuata. La possibilità di eliminare vincoli di spesa specifici per il personale, in Regioni virtuose come la nostra, permette lo sblocco delle assunzioni, dando un segnale di inversione di tendenza, da noi tante volte richiesto, consentendo di fatto la tenuta del sistema.

La gestione del ticket in modo autonomo in questa Regione può, se sviluppata sulle fasce di reddito, portare a un

aumento dell'equità, e la possibilità di dare certezza temporale agli investimenti strutturali e tecnologici consentire sicuramente una puntuale programmazione dando a cittadini e operatori maggior sicurezza di una sanità più moderna ed efficiente.

Rimangono, infine, molte perplessità sulla regionalizzazione della istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi, un tema di grande attualità ed importanza che deve essere regolato e normato a livello nazionale, per dare norme generali chiare ed evitare un pericoloso ed ulteriore sbriciolamento del sistema verso una sanità, anziché integrativa, sostitutiva.

Auspichiamo, comunque un coinvolgimento di tutti gli attori su tutti i temi oggetto della pre-intesa e ci auguriamo che non venga meno il ruolo della nostra Regione, all'altezza della sua storia, nella realizzazione di politiche nazionali capaci di rendere quanto più possibile omogenei i comportamenti di tutte le Regioni per assicurare a tutti i cittadini l'effettiva parità rispetto ai loro diritti costituzionali.

Responsabilità: la colpa medica

Le Sezioni Unite chiariscono come interpretare la Legge Gelli-Bianco e la legge Balduzzi.

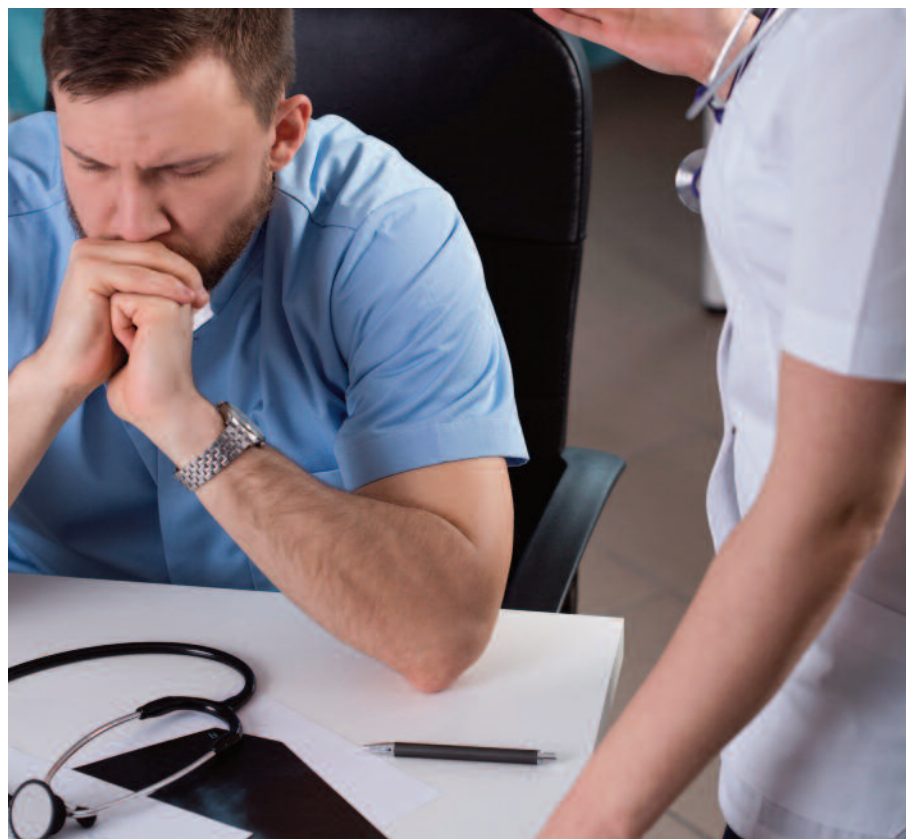
Corte suprema di Cassazione
Sentenza n. 8770/2018
Sezioni Unite Penali

Come noto, (vedi *Dirigenza Medica* n. 1/2018), le Sezioni Unite Penali della Cassazione sono state chiamate a risolvere un contrasto giurisprudenziale insorto in seno alla IV Sezione Penale, circa il perimetro applicativo della nuova disciplina sulla responsabilità medica ed i profili di diritto intertemporali.

I giudici delle Sezioni Unite hanno emanato a dicembre un'importante sentenza (n. 8770/2018) depositata il 22 febbraio, con la quale hanno chiarito quando oggi l'esercente la professione sanitaria possa essere chiamato a rispondere a titolo di colpa per la morte o le lesioni personali derivate al paziente dalla sottoposizione a una attività sanitaria e quale ruolo giocano in tale contesto le linee guida e le buone pratiche clinico-assistenziali. Ricordiamo la questione posta alle Sezioni Unite è la seguente:

“Quale sia, in tema di responsabilità colposa dell'esercente la professione sanitaria per morte o lesioni, l'ambito applicativo della previsione di non punibilità prevista dall'articolo 590-sexies del codice penale¹, introdotta dalla legge 8 marzo 2017, n. 24”. Le Sezioni Unite hanno ritenuto che, pur essendo espresse in ciascuna delle due contrastanti sentenze molte considerazioni condivisibili, in parte anche comuni, manchi una sintesi interpretativa complessiva capace di restituire la effettiva portata della norma. Tale sintesi può essere determinata solo attraverso una attività ermeneutica che tenga in considerazione non solo la portata normativa ma anche il contributo reso negli anni dalla Corte Costituzionale e dalla giurisprudenza di legittimità. Sulla base di tali presupposti le Sezioni Unite affermano che l'articolo 590-sexies del codice penale *“continua a sottendere la nozione di colpa lieve”* e chiariscono definitivamente che sul quesito proposto devono affermarsi i seguenti principi di diritto: *“L'esercente la professione sanitaria risponde, a titolo di colpa, per morte o lesioni personali derivanti dall'esercizio di attività medico chirurgica:*

- a) se l'evento si è verificato per colpa (anche “lieve”) da negligenza o imprudenza;
- b) se l'evento si è verificato per colpa (anche “lieve”) da imperizia quando il caso concreto non è regolato dalle raccomandazioni delle linee-guida o dalle buone pratiche clini-



Il testo della sentenza è pubblicato su www.anaao.it

co-assistenziali;

- c) se l'evento si è verificato per colpa (anche “lieve”) da imperizia nella individuazione e nella scelta di linee-guida o di buone pratiche clinico-assistenziali non adeguate alla specificità del caso concreto;
- d) se l'evento si è verificato per colpa “grave” da imperizia nell'esecuzione di raccomandazioni di linee-guida o buone pratiche clinico-assistenziali adeguate, tenendo conto del grado di rischio da gestire e delle speciali difficoltà dell'atto medico”.

Veniamo alla legge più favorevole per l'imputato.

Il tema concernente l'individuazione della legge più favorevole, sulla successione delle leggi penali nel tempo, trova il proprio naturale sviluppo raffrontando il contenuto pre-cettivo dell'articolo 590-sexies codice penale come individuato, con quello dell'art. 3 della legge Baluzzi, abrogato. Per le condotte ante riforma (ovvero per comportamenti commessi prima dell'entrata in vigore della legge Gelli-Bianco) connotate da negligenza o imprudenza con colpa lieve è più favorevole la Legge Balduzzi, che le riteneva esenti da responsabilità quanto risultava privato il rispetto delle linee guida o delle buone pratiche accreditate. Lo stesso vale per la colpa lieve da imperizia nella scelta delle linee guida più appropriate: anche in questo caso è più severa la Legge Gelli-Bianco. In terzo luogo, sempre nell'ambito della colpa da imperizia, l'errore determinato da colpa lieve nella sola fase attuativa andava esente per il decreto Balduzzi ed è oggetto di causa di non punibilità in base all'art. 590-sexies, essendo, in tale prospettiva, ininfluenza, in relazione alla attività del giudice penale che si trovi a decidere nella vigenza della nuova legge su fatti verificatisi antecedentemente alla sua entrata in vigore, la qualificazione giuridica dello strumento tecnico attraverso il quale giungere al verdetto liberatorio. Resta ferma la responsabilità civile anche per colpa lieve a prescindere, dunque, dallo strumento tecnico con il quale il legislatore regoli la sottrazione del comportamento colpevole da imperizia lieve all'intervento del giudice penale.

¹ Art. 590-sexies, introdotto dall'art. 6 della Legge 8 marzo 2017, n. 24: *“Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma. Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto.”*



Pronto, avvocato?
a cura dei Servizi Anaao

Sono un medico ospedaliero, candidato alle prossime elezioni. Se fossi eletto avrò diritto ad un periodo di aspettativa? Posso proseguire a lavorare occasionalmente nella mia struttura?

Si, può essere collocato in aspettativa a norma dell'articolo 68 del d.lgs. 165/2001 in base al quale "I dipendenti delle pubbliche amministrazioni eletti al Parlamento Nazionale, al Parlamento Europeo e nei Consigli Regionali sono collocati in aspettativa senza assegni per la durata del mandato. Essi possono operare per la conservazione, in luogo dell'indennità parlamentare e dell'analoga indennità corrisposta ai consiglieri regionali, del trattamento economico in godimento presso l'amministrazione di appartenenza, che resta a carico della medesima. Il periodo di aspettativa è utile ai fini dell'anzianità di servizio e del trattamento di quiescenza e di previdenza. Il

collocamento in aspettativa ha luogo all'atto della proclamazione degli eletti: di questa le Camere ed i Consigli regionali danno comunicazione alle amministrazioni di appartenenza degli eletti per i conseguenti provvedimenti".

Inoltre, il medico collocato in aspettativa per mandata elettorale, può essere ammesso, previa domanda e fatti salvi i diritti e le prerogative del personale in servizio, a svolgere presso l'amministrazione di appartenenza prestazioni lavorative saltuarie, gratuite e senza alcun onere per l'amministrazione, al fine di acquisire o di evitare di perdere la specifica attività professionale (art. 6, c. 4 DPR484/1997).



Ho presentato una domanda di mobilità volontaria presso altra amministrazione in assenza di uno specifico bando e mi è stata rifiutata. È legittimo?

A seguito delle modifiche introdotte dal DL 90/2014, l'istituto della mobilità volontaria del personale dipendente delle pubbliche amministrazioni, ivi incluso il personale dirigente delle Aziende del Ssn, si realizza partecipando con domanda ad avvisi pubblici di mobilità indetti dalle aziende per ricoprire posti vacanti in organico. A tal proposito, l'art. 30, co. 1, D.lgs. n. 165/2001 stabilisce che "Le amministrazioni, fissando preventivamente i requisiti e le competenze professionali richieste, pubblica-

no sul proprio sito istituzionale, per un periodo pari almeno a trenta giorni, un bando in cui sono indicati i posti che intendono ricoprire attraverso passaggio diretto di personale di altre amministrazioni, con indicazione dei requisiti da possedere". Ne deriva, pertanto, che la singola domanda di mobilità presentata dal dirigente al di fuori della procedura selettiva indicata dalla legge, può essere legittimamente rifiutata dall'amministrazione.

Sono stato assunto con concorso in qualità di dirigente medico, ma in passato ho svolto per alcuni periodi incarichi di specialista ambulatoriale in regime di convenzione. Tali periodi possono essere computati ai fini del calcolo dell'anzianità di servizio?

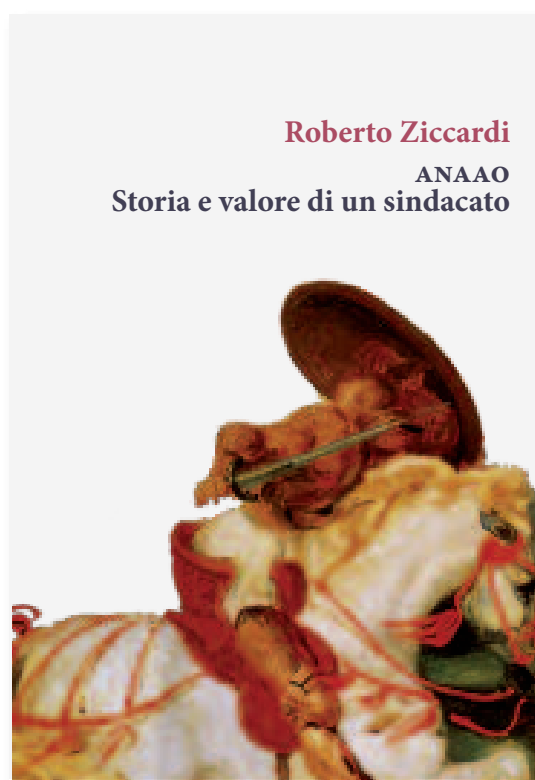
Il riconoscimento dell'anzianità di servizio maturata nei pregressi rapporti svolti in regime convenzionale spetta solo nei confronti di quei medici transitati nel ruolo del Ssn per effetto dell'art. 8, comma 1bis, del d.lgs. n. 502 del 1992 e del Dpcm 8.3.2001, ovvero, previo giudizio di idoneità

espresso dalla competente Commissione regionale, e non per coloro che sono, invece, entrati di ruolo nella dirigenza medica in seguito a pubblico concorso.

Tale principio è altresì espresso nella dichiarazione congiunta n. 4 contenuta nel Ccnl 18.10.2008.

Anaao storia e valore di un sindacato

di Roberto Ziccardi
Orthotes Editore
16€



Il libro di Roberto Ziccardi vuole essere non solo la storia del più grande sindacato di medici ospedalieri italiano, non separabile dalla storia della sanità italiana, ma anche una riflessione sul coraggio di pensare, attraverso gli anni, una sanità diversa, il racconto di una passione civile, capace di tenere insieme il diritto alla cura e quello a curare, la rappresentanza e la difesa di legittimi interessi dei medici con l'esigibilità per i cittadini dell'articolo 32 della Costituzione. Questioni sindacali mai separate da valori, ideali e sensibilità etiche, che hanno costituito negli anni il DNA dell'Anaao Assomed.

Il libro è anche lo spunto per una riflessione sullo strumento sindacato quanto mai attuale dentro una rivoluzione culturale, sociale e tecnologica senza eguali. Un tentativo di risposta alla domanda 'a chi e a che cosa serve oggi il sindacato': di fronte al cambiamento strutturale realizzatosi nel mondo del lavoro, anche in sanità, e all'onda lunga della crisi di consenso e di fiducia verso le istituzioni che ha minato la loro capacità di rappresentanza.

Il ponte verso il futuro dell'ANAAO e del sindacalismo medico non può che partire dalla memoria delle radici e dal ricordo degli uomini che lo hanno attraversato nei suoi 60 anni di vita.

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**



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