

d!

d!rigenza medica

- 5 **Rinnovo Ccnl**
La proposta Anaa
sui contratti
- 10 **Anaa Giovani**
La sanità europea
sotto la lente
- 12 **Contributi**
Ospedale San Marco:
una storia siciliana

Il mensile dell'Anaa Assomed

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI



Ecco la nostra

#buonasanità

Il manifesto unitario di medici e dirigenti sanitari

Pat Carra per l'Anaa Assomed



IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza
medica**

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

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

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

Direttore
Costantino Troise

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

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

Coordinamento redazionale

Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Editore

Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18
0147 Roma
email: redazione@hcom.it
tel. 06.59.44.61 fax
06.59.44.62.28

Stampa

STRpress, Pomezia (Rm)

Registrazione al Tribunale di
Milano n. 182/2002 del
25.3.2002. Sped. in abb. postale -
D.L. 353/2003 (conv. in L.
27/02/2004 n. 46) art. 1, comma
1, 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 2016

VERTENZA SALUTE



La manifestazione di Napoli Medici, dirigenti sanitari e cittadini: “Vogliamo soluzioni”

“Partire dal Sud ha avuto anche il valore di un simbolo, perché il Sud anticipa, nelle condizioni del suo sistema sanitario e nei livelli di salute dei suoi abitanti, il destino cui è avviata la sanità di tutto il paese. Ma la risposta dei professionisti del Sud testimonia anche la grande volontà di riscatto e di ricostruzione del sistema sanitario”. È questo il messaggio arrivato dall’Intersindacale medica e della dirigenza sanitaria al termine della manifestazione nazionale del 20 febbraio a Napoli che ha raccolto alla Stazione Marittima più di mille partecipanti ai quali si sono unite anche le associazioni dei cittadini a partire da Cittadinanzattiva. Una partecipazione significativa che come hanno sottolineato tutte le organizzazioni sindacali ha testimoniato la capacità di aggregazione e la forza di motivazione a salvaguardia di un bene comune quale il servizio sanitario pubblico e nazionale. Un Ssn che “non si innova senza un patto con le competenze e le conoscenze di medici e professionisti e senza il coinvolgimento dei pazienti che si rivolgono al Servizio sanitario nazionale”.

“La manifestazione di oggi – hanno affermato i sindacati – rappresenta un buon viatico per il proseguimento della vertenza salute che procederà, anche attraverso l’organizzazione di assemblee in tutti gli ospedali, fino alle 48 ore consecutive di Sciopero Nazionale proclamate per il 17 e 18 marzo, in attesa

che Ministro e Governo battano un colpo per dire ai cittadini italiani se la tutela della loro salute è ancora un diritto costituzionale, l’unico che la Costituzione definisce fondamentale”.

In una sala Galatea della Stazione Marittima di Napoli gremita con delegazioni di camici bianchi provenienti da tutto il Sud e con la presenza in sala di tutti i segretari regionali e nazionali delle sigle sindacali della dirigenza medica e sanitaria, è stato denunciato un sistema sanitario “sotto scacco di una politica miope, incapace di prendersi la responsabilità di dire cosa vuole fare realmente del Sistema sanitario pubblico e svogliata nel condividere con medici e pazienti la strada da percorrere per rendere compatibile un principio costituzionalmente concepito in maniera universalistica a fronte della pur ridotta disponibilità delle risorse”. Per medici e dirigenti sanitari il “Servizio sanitario nazionale pubblico è a rischio, messo in ginocchio sotto la scure di tagli, inadeguatezze e disomogeneità tra Regioni ricche e governi della Salute impoveriti e depauperati dai piani di rientro. Criticità profonde che si concentrano nelle regioni del Sud”. È “un sistema governato da norme errate, burocratizzate, non condivise, poco o nulla approfondite da studi e simulazioni e sottoposte a procedure razionieristiche di governo ispirate a un razionamento anziché a principi di razionalizzazione”.

E ancora, per i sindacati il Ssn “si è trasformato in pochi anni da fiore all’occhiello dell’Europa in una lotteria e un percorso a ostacoli per i pazienti con disomogeneità profonde tra le regioni e tra un ospedale e l’altro, tanto da negare alle fondamenta i diritti costituzionalmente garantiti ad un accesso uniforme alle cure per tutti i cittadini”. Insomma, come ha ricordato Costantino Troise, segretario nazionale Anaa Assomed “la sanità pubblica è una grande infrastruttura sociale e civile che oggi è a rischio collasso. “Vorremmo dire al Governo che la sanità pubblica dovrebbe avere un ruolo di primo piano nell’agenda politica del Paese e invece assistiamo a un progressivo definanziamento, a una crescente burocratizzazione e a una limitazione all’accesso alle cure”.

Anche da Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale dei diritti del Malato di Cittadinanzattiva è arrivato un messaggio ben preciso: “La sanità pubblica è un bene comune, una conquista irrinunciabile per i cittadini, in grado di aggregare tutti, professionisti e cittadini, e la manifestazione a Napoli lo dimostra”. La sanità pubblica sta diventando una seconda scelta agli occhi dei cittadini, ha ricordato Aceti “Il servizio pubblico non è messo più nella condizione di dare risposte. È una seconda scelta, appunto e di sanità si parla solo nella legge di Stabilità, per sistemare i conti”.



L’intersindacale Medica
Anaa Assomed - Cimo
- Aaroi-Emac - Fp Cgil
Medici e Dirigenti Ssn –
Fvm – Fassid (Aipac-
Aupi-Simet-Sinafo-Snr)
– Cisl Medici – Fesmed
– Anpo-Ascoti-Fials
Medici - Uil Fpl Medici –
Ugl Medici - Fimmg –
Sumai - Snam - Smi –
Intesa Sindacale (Cisl
Medici-Fp Cgil Medici-
Simet-Sumai) – Fespa –
Fimp – Cipe – Simpef –
Andi - Assomed Sivemp
- Sbv

#buonasa

Manifesto per la

Dopo lo sciopero unitario del 16 dicembre 2015, il Governo non ha ancora ritenuto di avviare un confronto con i professionisti per il rilancio della sanità pubblica e la valorizzazione del lavoro di chi quotidianamente garantisce la tutela della salute a milioni di cittadini. Latitano convenzioni e contratti di lavoro, bloccati da oltre sei anni, e manca ancora una area contrattuale che crei le premesse per il rinnovo. In un contesto fortemente mutato, contratti e convenzioni rappresentano irrinunciabili strumenti di governo, anche della spesa, ed innovazione dei modelli organizzativi, delle forme retributive, dei contenuti e delle tipologie di lavoro.

Le Organizzazioni sindacali, che non intendono essere spettatrici conniventi del declino inesorabile della sanità pubblica, sottoposta a continui e pesanti tagli che già producono indicatori clinici in controtendenza, tornano a chiedere al Governo di cambiare strategia.

Occorre investire sul sistema sanitario pubblico, infrastruttura costosa, ma ancora efficiente e migliorabile, sede di eccellenze a livello mondiale ancorché parassitata da consorzierie affaristiche, volano di una filiera produttiva che oggi vale 11 punti di Pil, a partire dalla valorizzazione del suo capitale umano. E mettere in campo una idea ed una azione progettuale che porti nell'agenda della politica italiana le questioni della sostenibilità della sanità pubblica, della distribuzione territoriale non omogenea dei Lea, della specificità di ruolo, status, identità, operatività, delle professioni, del modello di organizzazione del lavoro.

La presenza di nodi irrisolti, legislativi, contrattuali, organizzativi, di ruolo professionale, dirigenziale, formativo, crea disagio e malessere crescente, fino a mettere in crisi l'identità professionale dei Medici e farne un bene lontano da ciò che interessa la società e da ciò di cui hanno bisogno i cittadini. Ai quali, destinatari del nostro lavoro quotidiano, denunciando, in virtù del nostro senso di appartenenza ad un sistema che li difende tutelando la loro salute, il pericolo che sia vanificato il dettato costituzionale, lasciando le persone più fragili e indifese a subire le malattie come eventi catastrofici per la vita delle famiglie. Essere curati secondo i bisogni costituisce un limite etico, civile e sociale oggi fortemente minacciato e, da qualche parte del nostro Paese, già pericolosamente travalicato.

I tagli ai servizi, che limitano l'accesso alle cure per fasce crescenti di cittadini, salvo pagarli ormai a caro prezzo, si accompagnano a tagli a coloro che, tutti i giorni e tutte le notti, sono chiamati a garantire la esigibilità di un diritto costituzionalmente tutelato, lasciati in prima linea a reggere il fronte di una domanda crescente e complessa con risorse decrescenti, esposti alla delegittimazione sociale ed a rischi sempre meno sostenibili a fronte di retribuzioni bloccate da 6 anni. Il futuro del Ssn, che frammentazione e malgoverno regionale e aziendalistico hanno già amputato di pezzi di universalismo, non dipende solo dal finanziamento, ma anche da forme di governance innovative e ritrovati equilibri istituzionali, capaci di superare un modello di sanità a pezzi per garantire una omogenea esigibilità del diritto alla salute in tutto il Paese. E, in particolare, dalla inversione della scala delle priorità, che oggi pone la salute agli ultimi posti nelle strategie politiche, dal valore che si attribuisce al lavoro dei professionisti, dal ruolo e dalle correlate responsabilità da assegnare ai Medici, la cui crisi di identità professionale fa da sfondo, con-causa ed effetto, della crisi della sanità pubblica, mettendo a rischio quel valore sociale che è nell'esercizio quotidiano ed ineludibile di prossimità alle persone, in momenti delicati della loro vita, negli ospedali, negli ambulatori, negli studi, nelle case dove vivono, nei luoghi dove lavorano.



nità

Anaao Assomed - Cimo - Aaroi-Emac - Fp Cgil Medici e Dirigenti Ssn - Fvm - Fassid (Aipac-Aupi-Simet-Sinafo-Snr) - Cisl Medici - Fesmed - Anpo-Ascoti-Fials Medici - Uil Fpl Medici - Ugl Medici - Fimmg - Sumai - Snam - Smi - Intesa Sindacale (Cisl Medici-Fp Cgil Medici-Simet-Sumai) - Fespa - Fimp - Cipe - Simpef - Andi - Assomed Sivemp - Sbv



UNA NUOVA GOVERNANCE DELLE ATTIVITÀ SANITARIE

Il disagio professionale è figlio di un continuo processo che vede i medici, e le professioni, marginalizzati e costretti in matrici organizzative che, il più delle volte, trascurano le competenze e mortificano il merito.

Per raggiungere agli obiettivi di salute e di appropriatezza clinica, un nuovo modello di governance deve mettere competenze e conoscenze dei professionisti al centro di organizzazioni votate non al puro controllo dei costi ma a risultati di salute. L'idea del governo clinico e di un management diffuso mantiene, perciò, le sue buone ragioni, nel prospettare un nuovo modello di organizzazione e gestione delle attività di tutela della salute. Anche riconoscendo più spazio e più peso alle associazioni di tutela dei cittadini, ai governi dei territori (municipalità, comuni, consorzi di comuni), agli organismi rappresentativi dei dipendenti, nell'orientare e supportare le scelte tecniche nella programmazione e valutazione degli obiettivi e dei risultati di salute. Condizione necessaria è che sia assicurato il pieno riconoscimento e il rispetto di una sfera decisionale fondata su una sostanziale autonomia tecnico professionale, insieme con procedure di selezione e verifica delle carriere meno discrezionali ed autoritarie, che ne alleggeriscano la deriva burocratica. La natura monocratica del management aziendale, la subalternità dell'autonomia tecnico-professionale alle ragioni della gestione economicistica, la discrezionalità connessa al principio del rapporto fiduciario, non possono più essere il paradigma unico e immutabile. I bisogni dei malati, e non la struttura finanziaria, devono essere i motori delle scelte strategiche.

Mentre aumenta il gap del finanziamento con gli altri paesi europei, malgrado per il 2016 sia stato stanziato un miliardo in più rispetto al 2015, Regioni e Aziende nel tentativo di uniformare il prezzo di ogni presidio sanitario rischiano di non riconoscere importanza alla qualità, a favore del costo più basso. Questo comporterà un danno al malato, che verrà curato con mezzi inadeguati, e toglierà al medico il controllo sui mezzi che impiega, facendo ricadere su di lui ogni scadimento dell'assistenza. Questo significherà meno prevenzione e più esposizione individuale e collettiva ai rischi per la salute. So-

lo se le competenze dei Medici definiscono il giusto equilibrio nel binomio qualità/prezzo, si eviteranno le situazioni scandalose dei bisturi che non tagliano, dei guanti che non proteggono e delle siringhe che si bloccano. Una politica di efficienza ed ottimizzazione dei costi, che non voglia ridurre la qualità del sistema sanitario, richiede la applicazione di conoscenze e valori professionali di diretta derivazione clinica.

Le mancate sostituzioni del personale, cessato per pensionamento e assente per malattia o gravidanza, hanno superato i limiti che il sistema poteva sopportare. Ne sono conseguenza il mancato rispetto delle pause e dei riposi, con ritmi e turni di lavoro spesso insostenibili, a scapito della qualità e sicurezza delle cure, milioni di ore aggiuntive, quasi sempre non retribuite e non recuperabili, ferie non godute, l'impossibilità per i medici più esperti di trasmettere le loro competenze ai colleghi più giovani, ed una generalizzata riduzione dei servizi. Contemporaneamente, si è andato ampliando il numero di medici e dirigenti sanitari disoccupati e precari, una intera generazione di giovani relegata dopo 11-12 anni di formazione in contratti di lavoro atipici che negano i diritti fondamentali del lavoro. Le assunzioni promesse non saranno sufficienti a riportare a regime il sistema, specie se allocate in maniera non rispettosa dei bisogni organizzativi o, peggio ancora, se avvenissero con un aumento dei contratti atipici. È ora di aumentare l'occupazione dei giovani e di mettere fine al precariato, che li priva di futuro e li condanna allo sfruttamento, rispondendo alle logiche di un reclutamento a chiamata.

COINVOLGERE IL SSN NELLA FORMAZIONE

La crisi del sistema della formazione medica, incapace di rispondere alle necessità di una sanità moderna e coerente con i bisogni di salute, è sotto gli occhi di tutti. Si è creato un imbuto che produce disoccupazione, lasciando troppi giovani in una sorta di riserva indiana a bassa qualificazione professionale, nella quale pescano soggetti interessati a sviluppare attività sanitarie concorrenziali con il pubblico a costi più bassi, fino a moderne forme di caporalato.

Il regime monopolistico della forma-

“
La natura monocratica del management aziendale, la subalternità dell'autonomia tecnico-professionale alle ragioni della gestione economicistica, la discrezionalità connessa al principio del rapporto fiduciario, non possono più essere il paradigma unico e immutabile. I bisogni dei malati, e non la struttura finanziaria, devono essere i motori delle scelte strategiche

#buonasanità

Manifesto per la

zione è il chiavistello con il quale l'Università sta occupando la direzione delle Unità Operative del Ssn, all'interno di aziende integrate sempre più dilatate da improvvisi provvedimenti legislativi, pur dedicando solo il 30% del tempo di lavoro all'attività clinica. Occorre garantire coerenza tra la programmazione della formazione pre e post laurea e le esigenze del sistema sanitario nazionale. La formazione specialistica, quella specifica in medicina generale e la laurea in odontoiatria devono vedere il coinvolgimento pieno delle strutture e dei professionisti operanti nel e per il Ssn, che rivendicano un ruolo attivo nell'attività formativa e chiedono che la direzione di tutte le Unità Operative venga affidata per pubblico concorso. È indispensabile anticipare al periodo formativo l'ingresso dei giovani nel mondo del lavoro, assicurando loro anche un dignitoso futuro previdenziale.

GIUSTE RESPONSABILITÀ

La questione del contenzioso medico-legale impone una soluzione legislativa



“
La sostenibilità del servizio sanitario, che letteralmente non esiste senza il suo capitale umano, passa anche per la valorizzazione, l'autonomia e la responsabilità dei suoi professionisti contro la manipolazione strutturale delle architetture e dell'impianto della sanità

che, lasciando indenne il medico dall'azione diretta, definisca la responsabilità degli eventi avversi in capo a chi ha la responsabilità dei Lea e garantisca equi e rapidi indennizzi a chi ha subito un danno. Prendiamo atto che il testo del disegno di legge unificato sulla responsabilità professionale ha superato il primo esame del Parlamento.

Nel frattempo, una serie di provvedimenti, con l'alibi della appropriatezza, mettono sotto controllo autonomia, libertà e responsabilità professionale del medico, inaugurando la medicina amministrata ed imponendo ai cittadini prestazioni standardizzate ed un generalizzato aumento del ticket. Nella attuale organizzazione sanitaria le strutture operative realizzano una svalutazione del lavoro professionale nei suoi elementi costitutivi, mentre un carico crescente di incombenze amministrative sottrae spazio alla clinica, a dispetto degli inviti al-

la umanizzazione delle cure. La appropriatezza clinica è un valore intrinseco alla professione al quale non intendiamo rinunciare, ma nemmeno subire attraverso atti calati dall'alto.

OSPEDALE E TERRITORIO

I ritardi della politica sanitaria si misurano anche nei ritardi di organizzazione del rapporto tra rete ospedaliera e territoriale. L'unico filo conduttore di programmazione e spending-review è stato l'abbattimento della dotazione dei posti letto, fino a raggiungere un rapporto per abitanti ben al di sotto della media europea, nel vuoto di politiche attive per le cure primarie. L'allungamento delle liste di attesa ed il sovraffollamento dei Ps, divenuti luoghi simbolo del fallimento di politiche sanitarie recessive, ove i diritti costituzionali sono concretamente negati, sono un dramma quotidiano che famiglie e medici devono affrontare in assoluta solitudine, il più delle volte costretti su fronti opposti.

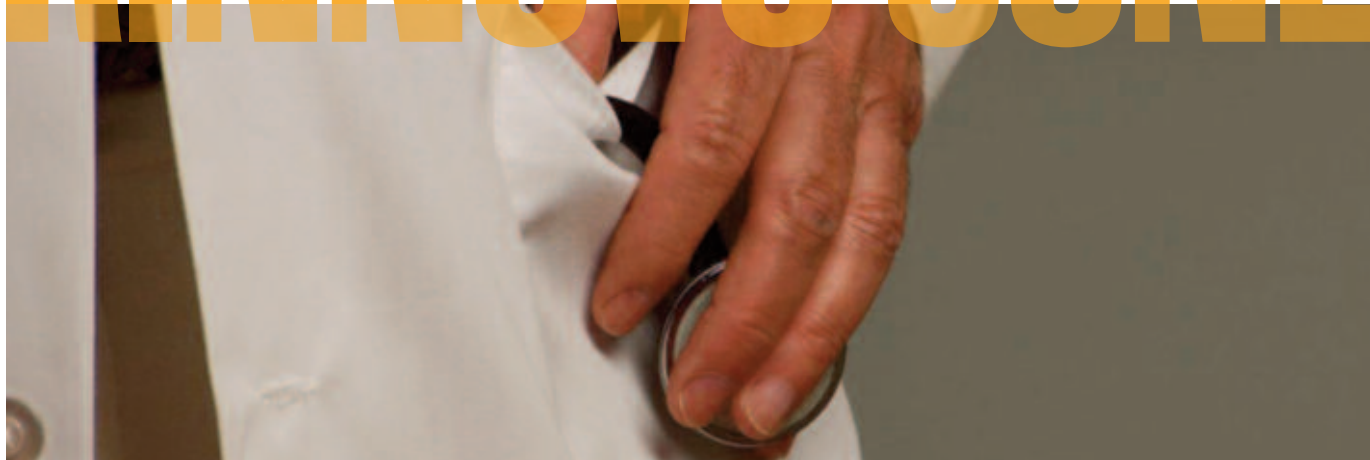
Occorre delineare chiaramente il percorso politico, organizzativo e culturale capace di realizzare il necessario equilibrio ospedale-territorio attraverso una efficace messa a sistema di diverse modalità assistenziali. Ripensando il ruolo, il modello e la organizzazione del lavoro, spesso ancora di tipo tayloristico, delle strutture per acuti, in una ottica di sistema, insieme, non prima né dopo, con lo sviluppo di modelli consolidati di cure primarie, in una logica di rete che offre diversi livelli di risposta in differenti setting a diverse domande di salute. Valorizzando il servizio prestato dai medici di medicina generale, dagli specialisti ambulatoriali, dai medici dipendenti dentro una prassi di vera integrazione, fondata anche su processi di misurazione e valutazione delle attività e dei loro risultati, ed una nuova forma di unità professionale. Senza dimenticare la necessità di una grande opera di ammodernamento, ristrutturazione e messa in sicurezza del patrimonio sanitario pubblico, anche di fronte a rischi sismici e calamità naturali.

I nuovi modelli organizzativi intra-aziendali derivati dalla industria automobilistica, in assenza di evidenze di maggiore efficienza o efficacia, legittimano una tentazione forte di un uso opportunistico delle competenze, in una prospettiva di sanità low cost.

Le Organizzazioni sindacali mettono al centro delle proprie proposte il diritto alla salute dei cittadini, il lavoro, che del Ssn è un valore fondante, arricchito dall'autonomia professionale e dalla responsabilità, derivanti da un percorso formativo di lunghezza e complessità senza pari, il valore intrinseco del sape-

re e del saper fare. Il lavoro come diritto a difesa di altri diritti, potente leva di cambiamento, strumento di governo della sanità. I Lea siamo noi, le nostre competenze e conoscenze fanno la differenza tra la vita e la morte, tra malattia e salute. Per questo, motivati al cambiamento, chiamiamo i medici ed i dirigenti sanitari a mobilitarsi per dare senso e forza alle nostre battaglie per chiedere al Governo un confronto di merito sulle nostre proposte che espliciti di fronte a noi ed ai cittadini italiani, il modello di sanità che persegue. È ora di introdurre nel dibattito politico un pensiero riformatore del sistema salute, in cui soluzioni innovative per il rilancio della sanità pubblica si coniughino con la declaratoria dei nostri ruoli e delle nostre funzioni, per potere contare nei processi decisionali ed essere rispettati nelle nostre competenze. La ricerca di compatibilità tra scienza, politica ed economia deve ricontestualizzare la professione, anche ridiscutendone essere e modo di essere. Per recuperare la scissione in atto tra lavoro, competenze e diritti, intendiamo riconquistare uno spazio politico, come interlocutori e come soggetto negoziale, parte della soluzione per garantire una assistenza efficace ad un costo minore, e non del problema, rifiutando il ruolo di controparte del cambiamento. Se non riocuperemo noi questo spazio, Regioni e aziende, per evidenti interessi economici e consociativi, con l'inerzia del ministero, riassegneranno il ruolo ed il lavoro del medico a chi si offre a minor prezzo e con maggior cedevolezza al padronato della sanità. Occorre un sostanziale cambio di paradigma culturale, politico e organizzativo a garanzia di un servizio sanitario universalistico, equo, efficace e solidale, per invertire le curve di caduta della qualità e del consenso sociale e della contestuale crescita dei costi. Una sfida alla quale non intendiamo sottrarci, rivendicando il ruolo dovuto a chi esercita una duplice posizione di garanzia verso lo Stato e verso i cittadini, assicurando appropriatezza clinica e qualità professionale in una logica di cambiamenti reciproci. La sostenibilità del servizio sanitario, che letteralmente non esiste senza il suo capitale umano, passa anche per la valorizzazione, la autonomia e la responsabilità dei suoi professionisti contro la manipolazione strutturale delle architetture e dell'impianto della sanità. All'Italia occorre un Ssn nuovo, adatto ai cambiamenti epocali in corso, inclusivo di valori e competenze, libero da mercantilismi e malaffare. Non intendiamo lasciare il progetto del futuro della nostra salute a interessati liquidatori fallimentari.

RINNOVO CCNI



Contratti. La proposta Anaao

ECCO GLI INDIRIZZI DA PERSEGUIRE IN NOVE PUNTI

Le prime riflessioni sono state elaborate dal gruppo di lavoro guidato da Giuseppe Montante, Vice Segretario Nazionale.

Mentre all'Aran prosegue non senza difficoltà la trattativa per definire aree e comparti, l'Anaao scalda i motori e mette nero su bianco obiettivi e priorità, ridisegnando in almeno nove punti la strategia per il prossimo contratto dei medici e dirigenti sanitari: un contratto nazionale più stringente che metta un freno alla discrezionalità aziendale; maggiore certezza e correttezza nell'applicazione del contratto a livello aziendale con tempi ben scanditi e l'occhio vigile di una authority nazionale di garanzia; parti dignità tra Rappresentanze Sindacali Unitarie e Aziendali Rsa; un nuovo profilo di carriera verticale; un nuovo orario di lavoro allineato alle direttive europee con l'introduzione della banca ore individuale; l'identificazione a livello nazionale dei requisiti minimi organizzativi; l'introduzione dei limiti quantitativi per guardie e pronta disponibilità ed infine una nuova condizione economica premiante.

Compiti affidati e limiti

Compito affidato

Nel settembre 2015 l'Esecutivo Nazionale, nell'eventualità dell'apertura nel 2016-2017 di una stagione contrattuale nazionale, ha ritenuto opportuno affidare a un Gruppo di lavoro il compito di: "Suggerire agli organismi nazionali dell'Associazione obiettivi ed indirizzi da perseguire con un nuovo Ccnl".

Limiti

Fin dall'inizio il Gruppo ha ritenuto di contenere la propria elaborazione all'interno delle seguenti cinque condizioni:

1. proporre suggerimenti che possano essere attuati mediante la sola modifica della normativa contrattuale nazionale vigente;
2. limitare la proposta a indirizzi di natura solamente normativa, dal momento che allo stato attuale non si conosce l'entità delle risorse economiche messe a disposizione per il prossimo rinnovo del Ccnl (presumibilmente modeste o addirittura irrisorie);
3. basare la formulazione sulla legislazione di riferimento attualmente vigente;
4. costruire un progetto di indirizzi normativi per il prossimo Ccnl, articolato in più fasi di progressivo approfondimento;
5. limitarsi in questa 1° fase a:
 - individuare gli obiettivi generali di tale progetto e di conseguenza le materie e gli istituti contrattuali che, per le criticità che li affliggono, necessitano di modifiche importanti che vanno oltre la loro periodica "manutenzione";
 - suggerire, come primi indirizzi su cui sviluppare un dibattito, gli obiettivi normativi da perseguire per ciascuna delle suddette materie.

Obiettivi generali del progetto contrattuale

Obiettivi generali

- Modellare le norme contrattuali alla particolare peculiarità della dirigenza del ruolo sanitario, concorrendo in tal modo ad accentuare la specialità di tale dirigenza rispetto alle altre del Pubblico Impiego.
- Determinare condizioni maggiormente omogenee di attuazione di tali norme al livello nazionale.
- 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 per i pazienti e di sicurezza nel lavoro per i dirigenti del ruolo sanitario.

Materie e istituti contrattuali

MODELLO CONTRATTUALE

1 La scelta del modello contrattuale da attuare attraverso il Contratto Collettivo Nazionale è fondamentale ai fini del raggiungimento degli obiettivi generali, sopra ipotizzati. Nel caso del Ssn il modello contrattuale da utilizzare deve essere necessariamente su due livelli, perché la legislazione nazionale vigente prevede per i vari Comparti ed Aree del Pubblico Impiego solamente un doppio livello di contrattazione (nazionale e periferico) e perché nazionale è la “mission” fondamentale del Ssn (soddisfare il dettato costituzionale) e periferica è invece l'erogazione dei Lea nazionali e la scelta del modello organizzativo più adeguato a ciò.

In queste condizioni, la scelta che si può esercitare attraverso il Ccnl può riguardare:

- l'incremento o meno delle competenze di uno dei due livelli (nazionale o aziendale?);
- le materie o istituti contrattuali da demandare al livello aziendale;
- la normativa di questi che deve essere definita al livello aziendale (normativa generale e/o metodologia attuativa?);
- le modalità e l'importanza del ruolo che può esercitare la Regione in campo contrattuale al livello regionale e le regole che lo governano.

Criticità

In considerazione dell'esperienza decennale sull'esistenza di diffuse condizioni di modesta preparazione tecnica dei funzionari aziendali e di un rappor-

to impari tra lo strapotere delle Aziende e l'oggettiva debolezza contrattuale del livello sindacale aziendale, la convinzione unanime del Gruppo è che il modello contrattuale vigente contiene in se dei forti momenti di debolezza che favoriscono la elevata disomogeneità attuativa e i frequenti abusi perpetrati dalle aziende.

Proposta di modello contrattuale

L'orientamento diffuso emerso dallo stesso Gruppo di lavoro è che l'attuale modello contrattuale debba essere in parte modificato e che preveda:

- un Ccnl che normi un modo più stringente rispetto al passato i principi, le norme regolatorie e di garanzia di tutti gli istituti e materie contrattuali, nonché detti precisi criteri generali attuativi di questi, della retribuzione fondamentale e accessoria di base minima e di ogni altro aspetto o valore retributivo che possa essere fissato a livello nazionale, riducendo la discrezionalità aziendale;
 - un contratto integrativo aziendale che, attraverso gli istituti della contrattazione e della concertazione, si limiti ad attuare al meglio le disposizioni contrattuali nazionali, tentando di soddisfare anche le specificità aziendali.
- ### Proposta di ruolo della Regione in materia contrattuale
- Per quanto riguarda invece il ruolo che può esercitare l'Istituzione Regione al livello regionale sono emerse due posizioni:
- una maggioritaria che mira a conservare il ruolo attuale della Regione, pur con qualche modifica;
 - l'altra minoritaria che invece lo ritiene dannosa in materia contrattuale nelle condizioni attuali, perché spesso ambiguo e fuorviante.

Oggettivamente bisogna ammettere che l'accusa nei riguardi delle Regioni è suffragata dalla realtà, ma questo non basta a rendere possibile, a legislazione invariata e vantaggiosa la scelta di tentare di cancellare del tutto l'attuale ruolo di indirizzo di queste nei riguardi della contrattazione integrativa dell'Aziende Sanitarie presenti nel proprio territorio.

Una proposta che potrebbe tentare di conciliare le due esigenze contrapposte potrebbe essere caratterizzata dal:

- mantenimento dell'istituto del confronto politico – sindacale su alcune delle materie oggetto di contrattazione aziendale (le più importanti e strategiche) al fine di formulare suggerimenti condivisi dalle parti che tentino di omogenizzare in tutte le aziende della regione le modalità attuative e nel contempo di interpretare al meglio le peculiari specificità regionali, nel rispetto comunque del dettato del Ccnl;
- riduzione del numero di materie e/o

istituti contrattuali previste dal Ccnl che possono essere oggetto di tale confronto regionale (dalle attuali 11, presenti nell'art. 5, Ccnl 17 ottobre 2008, a non più di 5), selezionando fra di loro quelle più strategiche ai fini della specificità regionale e non già regolamentate in modo stringente dal Ccnl e/o dalla Legislazione nazionale;

- pariteticità dei poteri di ambedue le parti (Regione e Oo. Ss. regionali) nella scelta di attivare il “confronto regionale” e delle materie contrattuali fra quelle previste su cui esercitare tale confronto.

CERTEZZA ATTUATIVA

Criticità

2 Una delle criticità maggiori del modello contrattuale, accentuatasi negli ultimi 10-12 anni, è l'assoluta rarefazione in quasi tutte le aziende della “certezza e correttezza attuativa”.

Questa piaga ha soprattutto afflitto le norme del Ccnl in cui è previsto un ruolo decisionale delle aziende nella loro attuazione ed è divenuta attualmente insostenibile per dimensione e diffusione. Se questa condizione non sarà drasticamente corretta dalla prossima contrattazione nazionale con provvedimenti normativi adeguati, diventerà quasi inevitabile il rischio che il Ccnl sia percepito e considerato come un inutile libro dei sogni dinanzi al plateale e sistematico non rispetto delle sue norme da parte delle aziende e delle stesse parti pubbliche che li hanno sottoscritti.

Nessuna categoria e nessun sindacato può resistere a lungo ad una “balcanizzazione” attuativa ed a una conseguenziale deriva giudiziaria, lunga ed insostenibile e spesso dagli incerti risultati!

Suggerimenti correttivi

Questa criticità, per essere drasticamente corretta, deve prevedere al livello di Ccnl molteplici tipologie concrete di intervento, quali ad esempio:

- Modifiche del modello contrattuale, miranti a ridurre lo spazio di autonomia interpretativa e attuativa al livello aziendale (anello debole), quali ad esempio quelli precedentemente suggeriti;
- Introduzione di norme regolamentari e di tempistica attuativa per il livello periferico più stringenti ed improrogabili;
- Istituzione di un'authority nazionale di garanzia (questo ruolo potrebbe essere svolto dall'Aran) che, a denuncia circostanziata del livello sindacale nazionale, esegua le seguenti azioni procedurali:
 - valutazione in tempi brevi e certi dell'esistenza o meno di violazioni di norme contrattuali e tempistica definiti nel Ccnl e produzione di una certifi-

cazione ufficiale di tale valutazione da inviare alle parti interessate,

- in caso di presenza di violazioni contrattuali ed in assenza di precedenti, repentina convocazione delle parti per tentativo di conciliazione con correzione delle violazioni, da raggiungere in tempi brevi e certi,
- in caso invece di recidività delle violazioni contrattuali, si aggiungerebbe all'azione previste dal punto precedente, la segnalazione formale del comportamento scorretto dell'Azienda alla Regione di appartenenza in cui è allocata l'Azienda Sanitaria, al Ministero della Funzione Pubblica, al Ministero della Salute ed alla Corte dei Conti per i conseguenti provvedimenti del caso (sanzioni amministrative e/o pecuniarie).

RSA O RSU, LIVELLO DI MAGGIORANZA CONTRATTUALE NELLA CONTRATTAZIONE AZIENDALE

Criticità

3 Attualmente l'art. 43 del D. Lgs. 165/2001 sancisce qual è il livello minimo di maggioranza sindacale per la stipula di un Ccnl e qual è il livello minimo (51 %) per la stipula di un Contratto Integrativo periferico nel caso

siano state individuate in modo elettivo le Rsu (Rappresentanze Sindacali Unitarie) Aziendali.

La suddetta Legge nulla dice per la stipula del Contratto Integrativo periferico (Aziendale), nel caso non sia stato previsto l'individuazione elettiva delle R.S.U. ed esistano solamente le Rsa (Rappresentanze Sindacali Aziendali) e di fatto rinvia l'eventuale definizione di ciò ai Contratti Collettivi Nazionali.

I Contratti Collettivi Nazionali vigenti della dirigenza del ruolo sanitario dipendente nulla dicono a questo proposito. Attualmente l'unico pronunciamento ufficiale esistente in merito è quello fornito dall'Aran in data 15.2.2002 (prot. n. 1702) in cui vengono esortate le Aziende ad utilizzare come unico criterio fondamentale nella stipula dei Contratti Integrativi Aziendali il: "Raggiungimento del maggior consenso possibile"!

Alla luce di tutto ciò, è facilmente immaginabile la pericolosità di questa "dimenticanza". L'esortazione ad utilizzare come unico criterio quello proposto dall'Aran (in concreto eccessivamente fumoso e soggettivo) può aprire ampi spazi verso comportamenti aziendali arbitrari e opportunistici, forieri di possibili illegittimità e soprusi.

Il fatto che tale dimenticanza normativa non sia stata fino ad ora utilizzata in modo diffuso non diminuisce la sua elevata pericolosità potenziale.

Suggerimenti correttivi

Da quanto sopra espresso risulta evidente la necessità di colmare questa dimenticanza normativa al fine di rendere oggettivo il calcolo delle maggioranze di consensi sindacali in caso di accordi integrativi aziendali.

Due possono essere le modalità alternative per raggiungere questo obiettivo attraverso il Ccnl.

1. Una maggioritaria, che prevederebbe l'Introduzione attraverso il Ccnl di criteri generali e di modalità per calcolare il quorum minimo di consenso sindacale delle Rsa aziendali per la stipula di accordi a tale livello identici a quelli previsti per le Rsu.
2. Una minoritaria, che prevederebbe il dovere alla costituzione elettiva delle Rsu al livello aziendale (il D.lgs. 165/2001 non lo impedirebbe); in tal modo varrebbe lo stesso quorum minimo di consenso sindacale per la stipula di accordi, previsto dalla suddetta Legge (51 % del consenso elettivo della Rsu).

NB: le Rsu della dirigenza comunque mal si concilierebbero con l'architettura dell'organizzazione periferica delle Oo. Ss. della dirigenza del ruolo sanitario e finirebbero con indebolirne il ruolo.

PRINCIPI, REGOLE E LIMITI NELL'ACCESSO ALLA DIRIGENZA DEL RUOLO SANITARIO

Criticità

4

Una delle criticità più importanti che affligge negli ultimi anni la dirigenza del ruolo sanitario è costituita è data dal crescente riduzione dell'allineamento fra i principi e le norme contrattuali e quelle legislative che regolamentano l'accesso a tale attività.

I tagli lineari del fondo sanitario delle Regioni, le esigenze di bilancio delle aziende, il perdurare da oltre 5 anni del blocco del turnover e la mancanza di una razionale riorganizzazione dei servizi ha determinato condizioni di forte disagio delle reali dotazioni organiche a cui molte aziende sanitarie hanno ovviato con il ricorso a forme molteplici di precariato (contratti a tempo determinato e/o incarichi di Co. Co. Pro.).

Per tutti questi motivi, molti colleghi da molti anni vivono una condizione di precarietà lavorativa e professionale che gli riduce le sicurezze economiche e sociali e ostacola le loro prospettive di carriera. Tale condizione inoltre concorre a penalizzare la "continuità clinica" all'interno dei reparti con conseguenziale rischio di "eventi avversi".

Molte delle criticità, sopra riportate, sono conseguenti a disposizioni di Legge e non a norme contrattuali errate o superate o carenti.

Attraverso il Ccnl si può solo tentare il riallineamento delle norme e principi contrattuali alla realtà legislativa esistente (in divenire) in materia di assunzione al fine di ridurre il peso dell'ulteriore penalizzazione rappresentata dai limiti alla carriera attualmente presenti nel periodo iniziale di dipendenza (dirigente del ruolo sanitario in formazione). Esempi di nuovi principi contrattuali con cui modificare le norme di riferimento:

- il periodo iniziale di dipendenza del dirigente in formazione (5 anni) possa essere svolto con contratto a tempo determinato e/o indeterminato a tutele crescenti;
- Il contratto a tempo determinato preveda la stabilizzazione a tempo indeterminato dopo 3 anni consecutivi, previa idonea procedura di tipo concorsuale.

MODELLO NAZIONALE DI CARRIERA

Criticità

5

Cinque sono le criticità maggiori che sono emerse dopo 19 anni di attuazione del modello di carriera verticale della dirigenza del ruolo sanitario dipendente, introdotto nella sua forma grezza con il Ccnl del 1996 e successivamente modellato fino a raggiungere l'attuale sviluppo normativo con il Ccnl del 2000 e del 2005.

1. È fortemente sbilanciato nei gradi alti verso una maggiore premialità delle competenze gestionali – amministrative piuttosto di quelle tecnico-professionali sanitarie, malgrado il Ccnl del 2006 abbia suggerito alla fase attuativa aziendale di metterle in linea di principio su un ugual piano.
2. La tassonomia delle tipologie di posizioni funzionali, previste nell'architettura nazionale di carriera verticale presente nel Ccnl vigente, è molto generica e non è chiaramente espressiva delle competenze e responsabilità professionali, nonché del livello gerarchico connesso.
3. La tassonomia delle posizioni funzionali affidate al livello locale è difficilmente traducibile al livello nazionale in chiari profili di responsabilità e competenza professionale, per cui i curriculum sono spesso non comparabili.
4. La selezione per l'affidamento di posizioni funzionali di livello elevato nella graduazione verticale della carriera (ad eccezione dell'incarico di Direttore di Uoc) è di tipo discrezionale, basata su valutazioni soggettive del dirigente sovraordinato, non collegate ad alcun criterio oggettivo di merito.
5. Complessivamente la cosiddetta "graduazione" degli incarichi dirigenziali

“

I tagli lineari del fondo sanitario delle Regioni, le esigenze di bilancio delle aziende, il perdurare da oltre 5 anni del blocco del turnover e la mancanza di una razionale riorganizzazione dei servizi ha determinato condizioni di forte disagio delle reali dotazioni organiche

è svolta in modo diverso da azienda ad azienda, con risorse diverse, con traduzione in incarichi di posizione non paragonabili, con una vera e propria “invasione” della discrezionalità politica nell’attribuzione degli incarichi a scapito della valutazione tecnico-professionale. Ciò determina forte incertezza, diffuse iniquità e demotivazione della categoria rispetto al percorso di carriera atteso.

Suggerimenti correttivi

Per superare le criticità sopra evidenziate è necessario individuare al livello di Ccnl un nuovo profilo di carriera verticale dei dirigenti del ruolo sanitario che abbia le seguenti caratteristiche:

- sia più consono alla loro specificità professionale ed alla specialità legislativa;
- permetta un duplice sviluppo con pari dignità di ruolo, di gerarchia e di retribuzione:
 - prevalentemente di tipo gestionale,
 - prevalentemente di tipo professionale;
- preveda la possibilità di passaggio da uno all’altro dei due profili di sviluppo;
- presenti delle posizioni funzionali certe inerenti allo sviluppo della carriera a prevalente peculiarità professionale corrispondenti all’architettura gerarchica del “saper fare”, di norma esistente;
- sia univoco al livello nazionale e non modificabile nella sua architettura al livello periferico;
- preveda meccanismi di selezione ed attribuzione delle posizioni più trasparenti e meritocratici e meno soggettivi (bandi interni di selezione);
- preveda una nuova tassonomia per le posizioni dirigenziali a prevalente peculiarità professionale che sia: sintetica, corrispondente al reale profilo di responsabilità correlato e chiaramente espressiva delle responsabilità e del livello gerarchico connessi.

Una traduzione possibile di tali caratteristiche potrebbe essere rappresentato in buona parte dalla proposta di nuovo profilo di carriera verticale, presentata al Consiglio Nazionale Anaao Assomed di Torino del dicembre 2014.

ORARIO DI LAVORO E RIPOSI

6

Criticità

Per la letteratura scientifica internazionale è ormai assodato che gli eccessi lavorativi con mancanza di riposi adeguati, a maggior ragione se perduranti e/o associati a deprivazione del sonno, costituiscono una delle cause più importanti di errori professionali e di danno per la salute dei lavoratori.

Questa consapevolezza scientifica, già molti anni addietro e stata tradotta dalla Comunità Europea in indirizzi regolamentari obbligatori per gli Stati membri.

Il Legislatore Italiano, nel recepire e fare propri queste disposizioni, per anni ha ne-

gato ai dirigenti medici e sanitari dipendenti delle Aziende Sanitarie (comma 13, art. 41, Legge 133/2008) il diritto ad evitare eccessi lavorativi prolungati e a usufruire di riposi nei modi e nei limiti previsti per gli altri lavoratori italiani (D.lgs. 66/2003) e europei (Direttiva 2003/88 Ce.), antepoendo in tal modo l’esigenza di risparmio alla sicurezza e tutela della salute nei riguardi dei pazienti e dei lavoratori della sanità. Tale vulnus, dopo ripetuti interventi della Commissione Europea, è stato definitivamente eliminato e pertanto per l’Area della dirigenza del ruolo sanitario dal 25 novembre 2015 le norme in materia di orario di lavoro e giusto riposo sono state riallineate alle disposizioni Europee.

Suggerimenti di obiettivi contrattuali

In conseguenza di tale riallineamento delle norme, alcune condizioni specifiche dovranno essere definite in sede di contrattuale nazionale.

Per quanto riguarda l’orario di lavoro:

- limite quantitativo massimo di orario di lavoro settimanale;
- eventuale limite massimo di ore di lavoro straordinario inferiore a 250 annuali;
- sede della decisione se tale limite quantitativo dovrà essere inferiore a quello nazionale.

Sarà inoltre opportuno introdurre attraverso il Ccnl il concetto normativo di “Banca ore individuale” dove ciascuno depositare le ore di lavoro aggiuntivo effettuate ed autorizzate.

Queste ore potranno poi essere in parte o in toto pagate o recuperate (se le esigenze di servizio lo permettono) a volontà dell’interessato, nel rispetto comunque degli accordi aziendali integrativi in merito.

MODELLI ORGANIZZATIVI MINIMI DEL LAVORO

7

Criticità

Buona parte del disagio crescente dei dirigenti del ruolo sanitario è da attribuire alle conseguenze della fantasia organizzativa delle aziende soprattutto per quanto riguarda l’area dell’urgenza e dell’emergenza clinica e le attività sanitarie connesse. Tale fantasia spesso si ispira maggiormente ad esigenze di risparmio e/o politiche – elettorali e/o campanilistiche, piuttosto che di ricerca di efficienza ottimale e di efficacia organizzativa.

Questa diffusa discrepanza fra le esigenze ispiratrici dei modelli organizzativi attivati dalle aziende crea anche disomogeneità degli standards qualitativi sanitari su tutto il territorio nazionale e forti rischi per i pazienti.

Da quanto sopra detto ne deriva che, la vera causa madre del disagio dei suddetti

dirigenti e della diffusa disomogeneità degli standards qualitativi è da attribuire alla mancata individuazione al livello nazionale ed imposizione al livello periferico di requisiti minimi di qualità organizzativa.

Suggerimenti correttivi

L’individuazione nazionale di questi requisiti è una esigenza scientifica da cui i dirigenti del ruolo sanitario non possono più prescindere.

Come fare allora per stimolare l’individuazione ed attuazione di ciò?

Non è possibile individuarli direttamente con il Ccnl (per la legislazione vigente l’organizzazione del lavoro è prerogativa decisionale delle amministrazioni). Dal momento però che le ricadute sull’orario di lavoro, sui riposi e sui carichi di lavoro conseguenti all’organizzazione dei servizi e delle attività connesse con l’urgenza e con l’emergenza clinica sono oggetto invece di contrattazione nazionale, attraverso la contrattazione delle norme e dei limiti attuativi di queste materie, è possibile stimolare e/o condizionare l’individuazione di requisiti minimi più aderenti ai requisiti di sicurezza e quindi l’individuazione di modelli organizzativi adeguati.

Per quanto riguarda l’orario di lavoro ed i riposi, la Legge esplicita in modo chiaro i requisiti minimi da rispettare e nel capitolo precedente sono state esplicitate inoltre i suggerimenti di obiettivi contrattuali in materia da perseguire aggiuntivamente.

Per quanto riguarda invece i carichi di lavoro individuali, nella normativa contrattuale inerente le guardie e le pronte disponibilità dovranno essere esplicitati i requisiti minimi organizzativi e quantitativi da rispettare.

CARICHI DI LAVORO: GUARDIE, PRONTE DISPONIBILITÀ

8

Criticità

Uno dei motivi maggior di disagio crescente della dirigenza del ruolo sanitario è da ricercare soprattutto nell’eccessivo peso dei carichi di lavoro assegnati che, in associazione alla crescita sempre più rapida delle responsabilità e delle conoscenze richieste, costringe spesso a lavorare in affanno e con rischi correlati elevati.

Fra tutte le attività sanitarie, quelle che più concorrono a generare queste condizioni sono soprattutto quelle cliniche inerenti l’urgenza e l’emergenza ed in particolare i servizi di guardia e di pronta disponibilità.

La normativa contrattuale di base vigente in materia (art. 19 e 20 del Ccnl 1996) non è più rappresentativa della situazione lavorativa attuale, perché ideata allora in base alla realtà sanitaria esi-

stante negli anni '90. L'intensità delle attività espletate in quegli anni, sia in regime di ricovero e sia in regime ambulatoriale, e di conseguenza i carichi di lavoro reali erano molto inferiori a quella attuali. Inoltre tale normativa non tiene conto della cultura della prevenzione del rischio clinico ed organizzativo e della tutela della salute del lavoratore mediante le norme sull'orario di lavoro e sui riposi.

Suggerimenti per la normativa sui servizi di guardia e turni di lavoro notturni

Introduzione di limiti quantitativi

In considerazione delle nuove disposizioni legislative vigenti in materia di orario di lavoro e di riposi e le correlazioni dirette di queste con la sicurezza e la tutela della salute dei pazienti e dei lavoratori della sanità, bisognerà introdurre con il CCNL limiti quantitativi non superabili inerenti le seguenti condizioni, che permettano il rispetto delle suddette norme:

- Il numero massimo annuale;
- Il numero medio mensile non superabile, calcolato in 4 mesi;
- Il numero massimo mensile.

Nb: Tali limiti quantitativi dovranno essere diversi, se il dirigente esegue solamente pronte disponibilità o se esegue oltre a queste anche delle guardie notturne, perché diverse possono essere le ricadute sull'orario di lavoro e riposi e diverso il peso del carico di lavoro.

Correzione del riferimento inerente l'ambito di organizzazione

Nel confermare il dettato dell'allegato 2 al Ccnl del 2005 ("razionalizzazione ed ottimizzazione delle attività connesse alla continuità assistenziale ed urgenza/emergenza"), sarà necessario correggere il riferimento presente alle "Aree funzionali omogenee", come bacino su cui organizzare le "guardie interdivisionali", perché insufficiente e superficiale.

Il concetto di "Aree funzionali omogenee" è stato introdotto dalla normativa per i concorsi di assunzione dei dirigenti del ruolo sanitario per la valutazione dei requisiti accademici necessari e definisce le equipollenze e/o le affinità fra i vari titoli di specialità. Non è stato mai un criterio guida basilare previsto dal Legislatore per l'individuazione e l'attuazione delle organizzazioni sanitarie.

Suggerimenti per la normativa sulle pronte disponibilità notturne

Introduzione di limiti quantitativi

Per le stesse motivazioni esplicitate per le guardie notturne e i turni di lavoro notturni, anche in questo caso bisognerà introdurre con il Ccnl limiti quantitativi non superabili più attuali e più cogenti rispetto a quelli previsti dalla normativa vigente (art. 19 e 20 del Ccnl 1996), inerenti le seguenti condizioni, che permettano il rispetto delle suddette disposizioni legislative.

- Il numero medio mensile di turni non superabile, calcolato in 4 mesi;
- Il numero massimo mensile.

Nb: Tali limiti quantitativi dovranno essere diversi se il dirigente esegue delle guardie notturne oltre alle pronte disponibilità notturne, perché diverse possono essere le ricadute sull'orario di lavoro e riposi e diverso il peso del carico di lavoro.

Ricadute sul piano di lavoro individuale

Dal momento l'attività di lavoro, in seguito a chiamata in pronta disponibilità notturna, sospende il riposo di 11 ore ma non lo interrompe, questo potrebbe avere delle forti ricadute sulle attività di lavoro individuali programmate per il giorno successivo. Nella nuova normativa inerente la pronta disponibilità, pertanto dovranno essere sancite le ricadute dei turni notturni di questa sul piano di lavoro di ciascun dirigente che li effettua conseguenti alle disposizioni legislative sui riposi.

Si dovranno inoltre individuare degli indicatori quantitativi medi di numero di chiamate in pronte disponibilità sostitutive della guardia notturne eseguite in 4 mesi oltre cui diventa doverosa l'attivazione della guardia attiva notturna.

SISTEMA PREMIANTE

9

Criticità

Il "sistema premiante" presente nel Ccnl vigente oggi è praticamente inesistente perché annullato dalle incursioni legislative sulla normativa contrattuale o comunque è modesto. Sistema premiante conseguente a valutazione positiva del Collegio Tecnico. Questo sistema è quasi inesistente, perché il perdurevole blocco dei fondi a cui recentemente si è aggiunta la riduzione delle Uoc e delle Uos, in applicazione degli standard dell'Agenas, lo ha bloccato. Fino a poco tempo fa, l'unico effetto sicuro determinato da una verifica positiva era il mantenimento dell'incarico di posizione o l'affidamento di un altro di pari valore.

Oggi non c'è più nemmeno questa certezza! Recentemente una norma legislativa vessatoria (comma 32, art. 9, D. Legge 122/2010) dà la discrezionalità alla azienda di degradare economicamente il dirigente pur in possesso di un giudizio di verifica positivo.

Sistema premiante conseguente a valutazione annuale positiva del Nucleo di controllo interno

Questo sistema, nella quasi totalità delle aziende, è del tutto soggettivo ed arbitrario. La "pagella" di valutazione individuale erroneamente utilizzata dalle aziende si basa su criteri di valutazione non previsti dalla Legge maggiore né dal Ccnl vigente.

Inoltre il "premio economico" in palio è spesso irrisorio.

Suggerimenti correttivi

Bisogna introdurre attraverso il Ccnl una nuova condizione economica premiante che bilanci la deriva solamente penalizzante presente.

Composizione gruppo di lavoro

COORDINATORI	REGIONE
Giuseppe Montante	Veneto
Carlo Palermo	Toscana
COMPONENTI	REGIONE
Giorgio Cavallero	Piemonte
Mario Lavecchia	Emilia Romagna
Silverio Selvetti	Lombardia
Maurizio Paparo	Toscana
Fulvio Esposito	Campania
Giuseppe D'Auria	Puglia
Alberto Spanò	Lazio
Anita Parmeggiani	Emilia Romagna
Rosella Zerbi	Piemonte
Dario Amati	Piemonte
Antonietta Pipoli	Molise
Maddalena Zippi	Lazio
Michela Piludu	Sardegna
Andrea Rossi	Veneto
Maurizio Cappiello	Campania
Filippo Gianfelice	Abruzzo

zante presente.

Esiti delle verifiche pluriannuali del Collegio Tecnico

Un suo giudizio positivo, quando non concorre a realizzare una crescita verticale della carriera, deve determinare una crescita (dimensione economica da definire) della retribuzione di specificità medica.

Questo comporterebbe l'introduzione di una nuova voce stipendiale appartenente alla Retribuzione Accessoria, costituita da: specificità medica variabile individuale.

Di converso un giudizio negativo del Collegio dovrebbe determinare prima di tutto una penalizzazione di tale voce stipendiale.

Nb: questa proposta non presenta ostacoli tecnici normativi per la sua attuazione nei riguardi dei medici e veterinari, non sarebbe invece attuabile così come tale nei riguardi degli altri dirigenti del ruolo sanitario (non hanno una equivalente voce stipendiale); per ovviare a ciò bisognerebbe introdurre anche per loro una nuova voce simile della parte accessoria della retribuzione, ad es.: specificità sanitaria variabile individuale.

L'entità economica dell'incremento, il costo e le modalità di finanziamento saranno definiti in sede contrattuale nazionale.

Esiti della verifiche annuali dell'Organismo interno di valutazione

questi devono derivare da una valutazione condotta in modo rigoroso e trasparente, basata solamente su criteri oggettivi e misurabili.

A questo proposito, devono essere esplicitati attraverso il Ccnl:

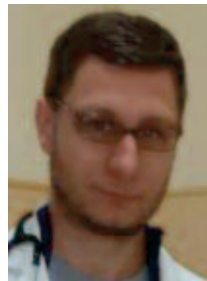
- le modalità certe di calcolo del fondo di risultato e di distribuzione fra gli aventi diritto;
- i criteri generali per l'individuazione degli obiettivi individuali.

3° Conferenza della Joint Action
Health Workforce Planning and Forecasting
a Varna in Bulgaria

La sanità europea sotto la lente

La Joint Action nasce da un programma finanziato dalla Commissione Europea nel 2011, con lo scopo di realizzare uno studio di fattibilità sulla collaborazione a livello Ue in previsione delle esigenze della forza lavoro sanitaria, pianificazione delle risorse umane in sanità e nuove tendenze delle professioni sanitarie. Sulla base dei risultati dello studio di fattibilità, la Commissione ha finanziato un'azione comune in materia di pianificazione e previsione della forza lavoro nell'ambito del programma di sanità del 2012. L'azione congiunta è iniziata nel mese di aprile 2013, con la disponibilità di 30 partners associati e 34 partners in collaborazione, provenienti da 28 paesi Europei tra cui l'Italia con il Ministero della Salute ed altri diversi attori come ordini professionali dei medici e degli odontoiatri, farmacisti, collegi delle professioni sanitarie, regioni, istituti previdenziali e sindacati come Anaao Assomed in qualità di collaborating partner.

Durante la terza conferenza, che si è svolta a Varna in Bulgaria il 18 e 19 Febbraio, diversi sono stati i temi trattati, in particolare: mobilità delle professioni sanitarie, su questo tema, già in occasione di alcuni incontri tenutisi a Roma presso il Ministero della Salute ed in occasione di alcune videoconferenze, si è sottolineato in particolare il gap tra numero di borse di specializzazione e laureati in medicina come principale generatore di mobilità italiana, con accenno anche al dilagante fenomeno dei ricorsi per l'ingresso alla facoltà di medicina, causa che contribuisce, insieme alle condizioni di storico precariato, alla migrazione di professionalità verso alcuni paesi Eu, in particolare Uk con 930 medici italiani emigrati al 2014 con un incremento di circa il 48% rispetto ai dati analizzati nel 2008 ed altri 1200 nel resto dei paesi Europei, si ricorda a tal riguardo il dato del rapporto medici/pazienti nel nostro paese di 3,9 ogni mille abitanti a fronte di una media di 3,2 dei paesi Eu - Dati forniti dalla Joint Action Health Work Force Planning and Forecasting. Importante anche il problema della "mal distribuzione" delle Works Force



**MAURIZIO
CAPPIELLO**

Dirigente
Medico Aorn
"A. Cardarelli"
Napoli

Consigliere
Nazionale Anaao
Giovani

“

**Il pensiero
comunitario è
quello di
modelli sempre
più flessibili di
mobilità delle
professioni
sanitarie**

sia medica che delle professioni sanitarie, in particolare con aree rurali e periferiche che dispongono di meno specialisti medici ed infermieri rispetto alle aree metropolitane, situazione diffusa in molti paesi Europei come Germania, Francia ed Uk, questo gap viene in parte compensato con professionisti provenienti da altri paesi, così come pubblicato in uno studio della facoltà di Salute Pubblica della Medical University - Pleven, Bulgaria che ha analizzato la distribuzione delle professioni sanitarie in Europa in considerazione di fattori demografici determinanti, inoltre vi è una tendenza a non implementare il numero di accessi alle facoltà mediche in alcuni paesi come la Germania, in quanto la domanda è soddisfatta con professionisti provenienti da paesi esteri (dichiarazione di Heinz Rothgang, University of Brema, Germany).

In ogni caso il pensiero comunitario è quello di modelli sempre più flessibili di mobilità delle professioni sanitarie, così come dichiarato da Michel Devriese collaboratore del Ministero della Salute Pubblica del Belgio - Joint Action Coordinator. Conseguenze dei cambiamenti demografici sulla domanda di salute, nelle relazioni il tema principale è stata la programmazione ed il calcolo dei fabbisogni di personale, in considerazione dei cambiamenti demografici a cui anche il nostro paese inevitabilmente va incontro, i calcoli vanno definiti sicuramente secondo il modello che ci verrà consegnato a termine di questo lungo lavoro della Joint Action, cercando di non sottostimare i numeri del fabbisogno, sia delle professioni sanitarie che della "forza medica", si è sottolineata l'importanza dei cambiamenti demografici come fattore sociale al momento non perfettamente quantificabile in quanto gli scenari geopolitici e socio-umanitari del nostro continente sono in continua evoluzione, sicuramente la migrazione di popolazioni dall'area Medio-Orientale e dell'Africa Sud-Sahariana verso il nostro continente, cambia anche l'attenzione verso alcune malattie, soprattutto a trasmissione infettiva come ad esempio la tubercolosi, che ha visto un "calo della guardia" negli ultimi anni da parte della comunità medica europea, ma che sta prepotentemente tornando di attualità.

Gli indicatori principali al momento utilizzati e quantificabili sono: l'aumento dell'età media della popolazione Europea, circa il 18,5% di over 65 nel 2020, in Italia il 21,4% (dati Whosull'ageing society), ciò conseguenza delle migliori condizioni di cura dovuti ai progressi della scienza medica a fronte però di multi morbidità dove circa 82% della popolazione con + 85 anni ha almeno 3 patologie, de-

terminando un incremento delle aspettative assistenziali a carico degli Health Service Nazionali.

Quindi altro aspetto tenuto in considerazione tra gli indicatori, la diminuzione della fertilità nei paesi Europei e di conseguenza del tasso di nascita/1000 abitanti tra i più bassi al Mondo, (Germania 8,4%, Italia 8,4%, Portogallo 8,5% - dati Who e Istat presentati dalla Medical University of Varna, Bulgaria.)

L'orientamento delle comunità scientifiche comunitarie, alla luce dei dati riportati è un incremento delle politiche di assistenza sostenibile "non istituzionalizzata" come: Home Care, Day Care e Social Care.

Rapporti tra i nuovi bisogni di salute e formazione, attraverso percorsi di "Best Practice" universalmente riconosciuti ed accettati dai diversi paesi Eu, l'orientamento comunitario, così come specificato da Michel Devriese, è la formazione medica e delle professioni sanitarie con specifiche "skills" attraverso programmi condivisi tra i diversi paesi Europei.

Interessante l'intervento di Horizon Scanning: Centre for Workforce Intelligence, collaborating partner del Nhs, che studia gli indicatori utilizzati per la valutazione delle future skills e competenze professionali delle health work force, raccomandando maggiore attenzione alle primary care e sottolineando la iniqua formazione nei paesi Europei di professionalità come il General Practitioner (professione ritenuta poco retribuita e quindi poco attrattiva), di specialisti di area riabilitativa e area neuro-psichiatrica, a fronte della previsione demografica di aumento della popolazione e dell'età media in tutta Europa che vorrebbe invece un incremento dell'offerta formativa di tali professionalità. Si parla inoltre di medicina genomica con necessità di investimenti in strutture, risorse umane e formazione a tal riguardo, ed infine implemento delle competenze informatiche e dell'uso delle tecnologie in particolar modo nelle aree rurali e periferiche dove fondamentale risulta la figura del medico di medicina generale (Gp) con integrazione tra strutture ospedaliere e territorio attraverso la telemedicina. In generale emerge che la professione medica e quella delle professioni sanitarie, risultano poco attrattive per le nuove generazioni, a causa degli alti livelli di burn-out a cui tali professionisti sono sottoposti. Da qui in conclusione, la particolare "compulsione" dei paesi Eu che "pressano" su una politica aperta alla mobilità del personale sanitario per compensare la mancanza di professionisti nei prossimi anni, che inevitabilmente interesserà la maggior parte del continente Europeo.

Farmacogenetica

La farmacogenetica: nuove prospettive e nuove tecnologie

È noto da tempo che molti farmaci hanno effetti differenti sui diversi individui; alcune persone richiedono infatti dosi più alte o più basse per ottenere lo stesso effetto terapeutico così come farmaci assunti senza problemi dalla maggioranza della popolazione possono determinare gravi effetti avversi in alcuni soggetti.

I cambiamenti nella risposta ai farmaci sono causati dalle differenze cliniche tra individui, da fattori ambientali (stile di vita, dieta, co-assunzione di altri farmaci, ecc.) e da fattori genetici. La farmacogenetica è la scienza che studia il ruolo di diversi geni sulle variazioni interindividuali alla risposta ai farmaci. Le informazioni sui test genetici sono già parte integrante dei foglietti illustrativi di alcuni farmaci, come Abacavir, Warfarin, Clopidogrel, Irinotecano, Maraviroc, Cetuximab e Imatinib. Ad esempio, conoscere la variante dei geni CYP2C9 e VKORC1 può aiutare nella scelta della dose iniziale dell'anticoagulante Warfarin. In particolare, individui portatori della variante G1639A del gene VKORC1 o delle varianti CYP2C9*2 e CYP2C9*3 del gene CYP2C9 richiedono dosi più basse del farmaco. La storia della farmacogenetica inizia nel 1957, quando Arno Motulsky propose che "... i fattori enzimatici ereditari controllati dai geni determinano perché, a parità di esposizione, alcuni individui si ammalano, mentre altri no" (Motulsky, 1957). Due anni più tardi, Vogel coniò il termine "farmacogenetica" per descrivere la relazione tra fattori genetici e la risposta ai farmaci (Vogel, 1959). Dopo gli anni 2000, con il sequenziamento del genoma umano, è iniziato un nuovo periodo di notevole successo nello studio dell'ereditarietà.



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



Attraverso il metodo Sanger, anche ora noto come "prima generazione di sequenziamento del Dna" (Sanger et al., 1977), è stato infatti possibile completare la sequenza del genoma umano (Venter et al., 2001), sebbene con limitazioni in termini di processività, resa e costi degli esperimenti ma, recentemente, l'introduzione di tecnologie di nuova generazione per il sequenziamento massivo del Dna (Ngs, Next Generation Sequencing), ha portato in poco tempo, anche nel campo della farmacogenetica all'identificazione di moltissime varianti del Dna in grado di influenzare la risposta ai farmaci. Nell'era dell'Ngs, la sfida per la farmacogenetica è finalizzata alla scoperta di nuovi geni e di nuove varianti del Dna che modificano la risposta inter-individuale alle molecole. Allo stato attuale, infatti, l'individuazione di nuovi loci coinvolti nella risposta ai farmaci e di potenziali bersagli terapeutici, sono studi che possono essere approcciati mediante un'unica piattaforma Ngs, applicando diversi metodi sperimentali, tra cui il sequenziamento dell'intero genoma per l'identificazione di nuovi loci, il sequenziamento dell'intero trascrittoma (l'insieme di tutti i trascritti di Rna) per studiare le variazioni dell'espressione genica, e il sequenziamento dopo immunoprecipitazione della cromatina (ChIP-Seq) per identificare le proteine che interagiscono col Dna. L'interpretazione dei dati prodotti da questi esperimenti è una sfida notevole e saranno necessari continui miglioramenti negli approcci bioinformatici applicati per valutare il significato funzionale di varianti identificate nei geni di potenziale impatto farmacogenetico. Il futuro della farmacogenomica e

l'aspettativa di offrire il farmaco giusto, nel giusto dosaggio, al paziente giusto, dipendono dalla possibilità di portare i risultati scientifici nella pratica clinica. Gli studi di farmacogenomica aumenteranno le nostre conoscenze riguardo ai marcatori genetici predittivi nella risposta terapeutica ai farmaci e negli effetti avversi correlati, e soprattutto, permetteranno di migliorare l'efficacia e la sicurezza dei farmaci attualmente in uso. Se il trattamento farmacologico sarà guidato da "profili di farmacogenomica", i fallimenti terapeutici e gli effetti avversi saranno notevolmente ridotti o evitati in soggetti geneticamente predisposti. Tutto ciò avrà sempre di più una positiva ripercussione sia nella tempestività con la quale potranno essere somministrati i farmaci più efficaci e nella giusta dose per molte condizioni cliniche sia, in termini di farmacoeconomia, nella appropriatezza delle terapie che verranno identificate a priori in maniera specifica per ciascun paziente senza dover affrontare percorsi a step negativi sia per la salute del paziente sia sotto il profilo economico.

RIFERIMENTI

- *Personalized Critical Care Medicine: How Far Away Are We?* Ahasic Am, Christiani DC. *Semin Respir Crit Care Med* 2015 Dec;36(6):809-22.
- Gillis NK, Patel JN, Innocenti F. *Clinical implementation of germ line cancer pharmacogenetic variants during the next-generation sequencing era.* *Clin Pharmacol Ther* 2014 Mar; 95(3):269-80.
- Ong FS, Lin JC, Das K, Grosu DS, Fan JB. *Translational utility of next generation sequencing.* *Genomics* 2013 Sep; 102(3):137-9.

Ospedale San Marco: una storia siciliana

La storia dell'Ospedale San Marco di Catania è infinita. L'idea di realizzare un nuovo ospedale risale infatti al 1986 e da allora poco è stato fatto. La struttura ad oggi è praticamente inagibile e nonostante le promesse i lavori non sono mai finiti. Il costo complessivo dell'opera fra varianti, penali alle aziende costruttrici per mancato guadagno, si aggira ormai sui 245 milioni di euro, rispetto ai 94 previsti. E ora sembra che i terreni dove poggia l'opera incompiuta siano paludosi e non in grado di sorreggere l'ospedale

L'Ospedale S. Marco viene da lontano. La sua fondazione risale al 1361 o al 1336.

In tempi remoti era situato nella piazza Duomo della città (Foro Lunare) e, costretto a trasferirsi nel convento S. Lucia, ha affrontato il terremoto del 1693 trasferendosi prima in Piazza Stesicoro nel palazzo Tezzano e poi, in un momento di declino, nella Chiusa del Tindaro, quindi nel 1886 nell'attuale posizione di via Plebiscito. La vetustà delle strutture ottocentesche non sono più da tempo garanzia di sicurezza per l'utente e il lavoratore.

L'idea di realizzare un nuovo ospedale cittadino a Librino nasce fin dal 1986 (progetto Prometeo) contestualmente a un piano di decongestionamento del centro che prevedeva anche la costruzione dell'ospedale di Nesima (Nuovo Garibaldi) e del Cannizzaro. La prospettiva per la costruzione del nuovo Ospedale era stata messa a gara già alla fine degli anni '80 e il 12/01/1990 la Usl n.35 di Catania (alla quale è subentrata l'Azienda Ospedali Vittorio Emanuele – Ferrarotto – S. Bambino) procedeva alla aggiudicazione della gara al raggruppamento Cogefar-Impresit (oggi Impregilo).

A causa di controversie giudiziarie con la Cogefar-Impresit i lavori dell'ospedale, autorizzati per decreto regionale un anno dopo, non furono però mai iniziati.

Sono questi gli anni delle indagini sulle tangenti per gli appalti dell'ospedale Garibaldi che, partendo dall'ex presidente della regione Siciliana Rino Nicolosi coinvolgono politici del calibro di Giuseppe Castiglione e Pino Firrarello. Per più di 10 anni il progetto rimane infatti bloccato tra conferenze dei servizi, commissari straordinari e la ricerca disperata di fondi. Intanto scadono i vincoli espropriativi per i terreni privati in cui sarebbe dovuto nascere l'Ospedale.

Si giunge così al 1995 epoca di aziende ospedaliere e la costituenda azienda V. Emanuele, Ferrarotto, S. Bambino (legge regionale 34 del 11/4/1995) allora dotata di circa 1.100 posti letto – 636 O.V.E, 238 Ferrarotto, 154 S. Bambino e 100 S. Marta – al fine di superare le suddette controversie chiese



PIETRO PATA
Segretario
Regionale
Anaa-Assomed
Sicilia

**RICCARDO
RAPISARDI**
Consigliere
Nazionale
Anaa-Assomed



e ottenne dal Ministero dei Lavori pubblici la nomina di un Commissario straordinario ad hoc e insieme alle decisioni di una conferenza dei servizi tenutasi nel 1998, anche il Comune e la Provincia di Catania con le forze politiche dell'epoca e le forze sociali manifestarono la volontà di realizzare il nuovo ospedale.

Momento fondamentale per il futuro del nuovo ospedale è risultato anche l'Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari siglato 30 aprile 2002 fra regione Sicilia, ministero della Salute e ministero dell'Economia con il quale, nell'ambito di un miglioramento dell'assistenza offerta dal Servizio sanitario regionale, veniva prevista la creazione di tre Centri di eccellenza, dei quali uno, il Centro di eccellenza ortopedico, da edificare nella zona di Librino in stretto collegamento funzionale con il nuovo ospedale San Marco. La legge finanziaria 2003 della regione Sicilia ha individuato l'Azienda quale amministrazione appaltante inca-



Jean Houel,
*La processione
della festa di
Sant'Agata,
guazzo, sec. XVIII*
- sulla destra
l'Ospedale
San Marco



ricata della realizzazione del Centro di eccellenza ortopedico. Nel 2003 l'Ospedale San Marco vede ridurre i posti letto dal progetto originario di 964 a soli (?) 570 posti letto.

Nel 2004 viene istituita la Fondazione Gesualdo Clementi con lo scopo di far nascere il polo di eccellenza ortopedico accanto all'Ospedale San Marco.

Vengono nominati membri del consiglio di amministrazione Antonio Scavone, allora assessore dei Lavori pubblici del Comune di Catania, il rettore Ferdinando Latteri e Ambrogio Mazzeo, direttore generale dell'azienda Ove. Nel 2005 infine un nuovo decreto regionale, seguito ad una variante al piano regolatore approvata dal consiglio comunale di Catania, autorizza la variazione della destinazione dei terreni interessati all'esproprio da zona verde rurale a servizi generali. Il costo dell'esproprio si aggira intorno ai 5 milioni di euro. I terreni espropriati appartengono all'Editore del quotidiano catanese *La Sicilia* e della TV privata *Telecolor*.

Il 26 gennaio 2006 l'Azienda Ospedaliera provvede ad emanare il bando di gara per la realizzazione del San Marco e del polo ortopedico, l'importo complessivo della realizzazione dell'opera è intanto lievitato a ben 141,5 milioni di euro (dagli equivalenti 94 milioni di Euro del 1995) e l'appalto viene infine sottoscritto il 28 luglio 2008.

Pertanto l'impegno dell'Azienda nei seguenti anni era mirato all'esperimento delle procedure previste dalla normativa regionale sui lavori pubblici (legge regionale n. 7 del 2002) e precisamente nei seguenti ambiti:

1) la realizzazione del nuovo Ospedale San Marco: secondo gli indirizzi già approvati il nuovo ospedale doveva essere realizzato secondo una struttura a poliblocco con piastra tecnica di servizi. In tal modo, accanto a uno sviluppo verticale delle degenze, sarebbe stata privilegiata una distribuzione in orizzontale, a livello del piano piastra, dei principali servizi di diagnosi destinati agli utenti non ricoverati. La superficie totale dell'area sarà di 230.500 mq dei quali 95mila circa destinati allo sviluppo dell'Ospedale.

Nel nuovo ospedale S. Marco sarebbero dovute sorgere quattro aree di attività:

- a) l'Area Chirurgica, con 196 posti letto suddivisi tra le discipline di cardiocirurgia, cardiocirurgia Pediatrica, Chirurgia Generale, Chirurgia Maxillo-Facciale, Chirurgia Pediatrica, Chirurgia Toracica, Chirurgia Vascolare, Oculistica, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria e Urologia;
- b) l'Area Medica, con 202 posti letto suddivisi tra le discipline di Angiologia, Cardiologia, Cardiologia Pediatrica, Dermatologia, Ematologia e Trapianto, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Medicina Generale, Talassemia, Nefrologia e Dialisi, Neonatologia, Neurologia, Oncologia e Pediatria;
- c) l'Area Critica, con 84 posti letto suddivisi tra le discipline di Rianimazione, Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, Trauma Centre, Stroke Unit, Utic e Utin;
- d) l'Area Riabilitativa, con 40 posti letto suddivisi tra le discipline di Lungodegenza Riabilitativa e Medicina Fisica e Riabilitazione.
- e) 15 posti letto sarebbero stati dedicati alla Psichiatria e 23 posti letto alla Libera Professione.

2) la realizzazione del Centro di Eccellenza Ortopedico, Gesualdo Clementi: tale struttura doveva essere caratterizzata per un'offerta di servizi comprendente i diversi settori specialistici dell'Ortopedia e della Traumatologia: l'area di Ortotraumatologia, il Dipartimento delle Ortopedie Specialistiche, il Dipartimento di Reumatologia e il Dipartimento di Riabilitazione (con circa 160 posti letto), con il collegamento funzionale della nuova struttura con l'Ospedale San Marco. Il punto di raccordo doveva essere costituito dal Pronto Soccorso con il Trauma Center una struttura altamente specialistica in grado di assicurare un tempestivo e idoneo intervento alle più impegnative situazioni legate ai traumi. Il centro eccellenza purtroppo è stato eliminato dalla progettualità originale. Una legge regionale del 2009 a firma dell'Assessore Massimo Russo (quando il cantiere del nuovo San Marco era già avviato) ha sciolto le Fondazioni responsabili dei centri di eccellenza. La vicenda finì anche in un'interrogazione parlamentare al ministero della Salute. Parziale risposta fu quella del sottosegretario al Ministero della Salute Francesca Martini all'interpellanza Palumbo che addebitò la riduzione al congelamento dei posti per acuti, non attivati dal Governo regionale a causa del Piano di rientro per il contenimento dei costi della sanità, e allo "scioglimento (L.R.



5 del 2009) delle fondazioni preposte a detti centri di eccellenza demandando alle aziende titolari del finanziamento la gestione dei centri in costruzione”. Quanto al finanziamento, il sottosegretario precisò che “si era in attesa della elaborazione della variante da parte dell’Azienda ospedaliera universitaria, che sarebbe stata trasmessa all’Assessorato e quindi al Ministero”.

- 3) Il nuovo Ospedale San Marco doveva possedere*, per un totale di 570 posti letto (degli originali 964), i servizi e le specialità verso i quali maggiormente si esprime da parte dell’utenza un’elevata domanda di assistenza e rispetto ai quali è elevato il ricorso a strutture sanitarie extraregionali.

Il percorso di realizzazione del nuovo Ospedale San Marco vide la conclusione della gara con aggiudicazione dei lavori a Uniter Consorzio Stabile** (il progetto esecutivo, presentato da Uniter Consorzio Stabile che si aggiudicò l’appalto - un raggruppamento di aziende che vede come capofila la Tecnis S.p.A. del dr. Mimmo Costanzo e dell’ing. Concetto Bosco che ha al suo attivo progetti come la realizzazione di parcheggi a piazza Verga e in viale Africa e della metropolitana tratto piazza Giovanni XXIII - Stesicoro e Borgo-Nesima-****, fu approvato in via definitiva dall’Azienda ospedaliera Universitaria Vittorio Emanuele - Ferrarotto - S. Bambino di Catania dopo che l’Assessorato regionale alla Sanità notificò il Decreto Dirigenziale del 31 gennaio 2008 con il quale il ministero della Salute mise a finanziamento la realizzazione delle due opere), e l’avvio dei lavori con la posa della prima pietra avvenuta il 5 dicembre 2008 (l’intera opera verrà realizzata in soli 38 mesi - cioè ottobre 2011 - disse allora il dr. Ambrogio Mazzeo Direttore Generale dell’azienda) alla presenza di numerose autorità politiche, civili, militari e religiose.

Alla cerimonia presero parte il sottosegretario alla Salute Ferruccio Fazio, il Presidente della Regione, Raffaele Lombardo, l’Assessore alla Sanità, Massimo Russo, il Presidente

della Provincia di Catania, Giuseppe Castiglione, i vertici dell’Azienda ospedaliera universitaria Vittorio Emanuele di Catania, il Rettore dell’Università di Catania, Antonino Recca, i massimi responsabili del Consorzio Stabile Uniter, numerosi deputati regionali e nazionali, autorità militari e civili. “Con la cerimonia di oggi - dichiarò il presidente della Regione, Raffaele Lombardo - si avvicina il raggiungimento di quel sogno che prevedeva la realizzazione di tre grandi ospedali, il Cannizzaro, il nuovo Garibaldi a Nesima ed il San Marco a Librino, in punti strategici della periferia della città. La realizzazione dell’ospedale San Marco e del Centro di eccellenza ortopedico, come accaduto con il Cannizzaro ed il nuovo Garibaldi, consentirà di decongestionare il centro della città e assicurerà una facile fruizione ai cittadini, perché realizzato vicino alle grandi arterie stradali. Ci apprestiamo a raggiungere un obiettivo importantissimo che dovrà essere raggiunto anche dalle altre città siciliane. L’imponente struttura - ha concluso Lombardo - è il segno di una nuova sanità che non si misura in numero di posti letto o in numero di aziende sanitarie: una sanità che possa rispondere meglio alla domanda di salute che viene dalla gente”.

“Sono venuto qui con la cazzuola per costruire e non con le forbici per tagliare - dichiarò l’assessore alla Sanità, Massimo Russo - i tagli li faremo solo agli sprechi. Stiamo costruendo una nuova sanità attenta soltanto ai bisogni dei cittadini. Quest’opera catanese deve rappresentare un esempio da seguire in tutta la Sicilia perché si può fare una buona sanità con costi contenuti a patto che i progetti vengano portati avanti con criteri innovativi e con la massima trasparenza. Il progetto, seppur pensato alcuni anni fa, va nella direzione del piano di rientro, con un numero di posti letto commisurati al reale bisogno. Mi auguro si capisca, una volta per tutte, che al cittadino interessa ricevere prestazioni sanitarie adeguate, efficaci, rapide e sicure: la polemica pretestuosa sul numero dei posti letto che dovremo tagliare - ha concluso Russo - interessa soltanto a quella parte di politica che vuole governare il sistema alla vecchia maniera”.

“È nostra intenzione - spiegò Ambrogio Mazzeo, Direttore generale dell’azienda Ospedaliera - di consolidare il ruolo del nuovo ospedale S. Marco anche nel settore della ricerca, rafforzando le importanti collaborazioni già avviate con il Cnr, l’Istituto superiore di sanità e l’industria pubblica e privata. Inoltre la prevista integrazione funzionale fra l’ospedale di alta specialità S. Marco e il Centro di eccellenza ortopedico non potrà che avere una proiezione che va al di là dei confini regionali”.

Il progetto, approvato per un importo complessivo di 168 milioni di euro, per il 90 per cento era coperto dai fondi del ministero della Sanità e per il dieci per cento dalla regione Sicilia. Il piano prevedeva inizialmente, come già detto, 1.229 posti letto poi passati a 800 e infine a 460 in virtù delle continue riforme di riassetto della rete ospedaliera che si sono susseguite negli anni.

Tuttavia all’ottobre 2008, la posa della prima pietra, si era concretizzata nella semplice “pulizia” del terreno dagli arbusti.

La Sicilia il 29 aprile 2012 con grande ottimismo, spiegava come «l’ospedale San Marco crescesse bene e velocemente». «Entro la primavera 2014 potremmo avere l’inaugurazione, questo è l’impegno della Regione» spiegò a Live Sicilia nel 2013 l’allora assessore all’Energia Nicola Marino***, durante un sopralluogo al cantiere, insieme a Giuseppe Digiaco, deputato del Partito democratico e presidente della Commissione sanità all’Ars. Trascorsi oltre 400 giorni da quella visita, Digiaco non ha nessuna notizia né pare abbia avuto modo di chiederle: “Non sono aggiornato sulla vicenda -

spiega - e non ho avuto tempo di capire gli sviluppi nonostante la cosa mi interessi molto”.

“Le previsioni ci dicono primavera 2015 – spiegò Antonio Lazzara, Direttore sanitario dell’Azienda Policlinico, a *Meridiano News* il 3/11/2014 – i lavori proseguono anche se c’è stato un rallentamento degli stessi da parte della ditta esecutrice, causati anche da alcuni furti nell’area cantiere”. “Problemi tecnici, abbiamo avuto una proroga per la consegna dei lavori” fanno sapere dall’ufficio stampa della Tecnis, società capogruppo per l’esecuzione dell’opera, “consegneremo – proseguono – tutto nei tempi previsti”. Senza però precisare la data.

Nello stesso novembre 2014 la deputata M5S del Catanese, Gianina Ciancio, interrogava l’assessore Borsellino in merito ai ‘nuovi’ tempi di consegna. La risposta all’interrogazione arriva il 18 giugno 2015”. “Il contenuto? Aggiunge Ciancio: ovviamente altri ritardi. La scusa? Un’altra perizia di variante riguardante la centrale termo-cogenerativa della struttura”, questo è il “verdetto” contenuto nella risposta inviata dall’assessorato. Consegna dei lavori che avrebbe dovuto avvenire entro il 31 maggio 2015. Stiamo parlando dello stesso assessore che nel giugno del 2013 riferiva in aula: “Per quanto concerne i tempi di realizzazione, i lavori eseguiti risultano in linea con il nuovo crono programma di perizia e l’ultimazione dei lavori, giusta atto aggiuntivo, è prevista per il 30 marzo 2014” e che “i lavori sono in avanzatissima fase di esecuzione”. “Oggi ci viene comunicato – continua la parlamentare M5S – che non solo il termine ultimo di maggio non è stato rispettato, ma che la ditta chiede almeno altri sei mesi per completare ed ultimare la struttura che dovrebbe andare a sostituire i presidi etnei Ferrarotto, Santa Marta e Santo bambino”.

L’impresa Tecnis viene inquisita dalla Procura di Palermo nell’ambito dell’inchiesta sull’uso di cemento depotenziato come possibile causa del crollo del viadotto Himera sull’autostrada Catania-Palermo.

Ad aggiornare la tabella di marcia è Paolo Cantaro, direttore generale dell’azienda ospedaliera Policlinico. La stessa che dovrebbe gestire la mega struttura a lavori ultimati. “Sulla base di un atto deliberativo che abbiamo assunto – spiega il dirigente a *Meridiano News* il 16/9/2015 – sono state concesse alla ditta 230 giornate di lavoro utili a partire dalla conclusione di una conferenza dei servizi che si svolgerà a fine mese a Palermo”. “C’è un disegno di legge parlamentare agli atti per affidare la gestione all’azienda sanitaria provinciale di Catania – replica Cantaro – ma non rientra nei miei compiti fare il programmatore. Penso però che con i giusti finanziamenti anche noi saremmo in grado di gestirlo”. La strada che porta all’affidamento all’Asp sembra già tracciata: “Il profilo della struttura ha già importanti pezzi collegati con la medicina territoriale che viene curata dall’azienda provinciale”.

A precisa domanda, durante l’incontro del 8 gennaio 2016, in merito alla possibilità che all’impresa Tecnis (capofila dell’Ati Uniter) venga non riconosciuta la possibilità di proseguire la realizzazione dell’ospedale Marco, a seguito dell’inchiesta in corso a Palermo, lo stesso Direttore Generale dichiara: “Sarei veramente in grave imbarazzo, perché non vi è una seconda impresa che ha partecipato alla gara di appalto”. Nell’insieme ad oggi il costo complessivo dell’opera fra varianti, penali alle aziende costruttrici per mancato guadagno si aggira sui 245 milioni di euro.

Al posto del centro di eccellenza il nuovo polo sanitario sarà dotato di un parcheggio da centinaia di posti auto, un asilo nido, alcuni negozi compreso un parrucchiere. Il tutto, secondo le dichiarazioni dei progettisti, per rendere meno tra-



Piazza Stesicoro, anni 1930 - sulla destra l'ex ospedale San Marco

matica la permanenza di familiari e pazienti nei periodi di ricovero all’interno della struttura.

Per l’editore del quotidiano *La Sicilia*, ed ex presidente della Fieg, Mario Ciancio Sanfilippo, il nuovo ospedale, comunque vada a finire è già stato un ottimo affare: una parte dei terreni su cui sorge il cantiere del San Marco erano di sua proprietà (circa 80 ettari) e per decenni erano rimasti accatastati come “verde rurale”. Per permettere la costruzione dell’ospedale, nel 2005 una modifica del piano regolatore trasformò la destinazione d’uso di tutta l’area a ridosso della tangenziale in “servizi generali”. Un colpo di bacchetta magica che permise a Ciancio di vendere agrumeti a 8 milioni di euro e, soprattutto, di costruire un enorme centro commerciale a poche centinaia di metri dal nuovo ospedale. Qualcuno suggerisce che i terreni siano paludosi e non sicuri per garantire la stabilità delle fondamenta di una struttura ospedaliera come il San Marco. Mah?!

Ovviamente nessun commento. Ognuno tragga liberamente le proprie conclusioni.

NOTE

- * a riprogettazione con la perizia di variante vengono pagate a parte e l’Azienda sborserà qualcosa come 3.232.001,71 euro ancora per la realizzazione del nuovo Ospedale.
- ** Il 5 aprile 2007, l’appalto veniva aggiudicato all’Uniter Consorzio Stabile di Catania. Le operazioni di gara vengono affidate ad una Commissione composta tra gli altri dal sig. Gerardo Lo Giudice, segretario, e dal dott. Angelo Bonaccorso quale Presidente. La legge impedirebbe la somministrazione di emolumenti per i componenti della Commissione che già appartengono all’Amministrazione ma l’Azienda, Armando Giacalone direttore generale, lo ignora e così vengono riconosciuti agli stessi circa 180mila euro. Per essere più precisi, al Presidente della Commissione saranno corrisposti emolumenti per euro 107.927,40 mentre al segretario soltanto 71.951 euro. Interverrà la Corte dei Conti che dichiarerà illegittimi, in quanto indebiti, quegli emolumenti e così nel 2011 l’Azienda annullerà quelle delibere con cui erano stati concessi dando mandato agli uffici di recuperare le somme. Siamo al 6 marzo 2011, ma vedi caso il dott. Bonaccorso era andato in pensione giusto nel dicembre precedente, del 2010, quando l’Azienda ben conosceva la pendenza presso il Giudice contabile dell’indebita corresponsione

di quelle somme. E anzi, meno di un mese dopo, e cioè nell’aprile del 2011, lo stesso Bonaccorso chiede la monetizzazione per circa 21mila euro di ferie non godute. E l’Azienda anziché compensare che fa? Paga!

*** Il 3 aprile del 2013 l’allora assessore regionale Nicolò Marino, dopo aver affermato che l’Ospedale era da considerarsi tra i più economici realizzati in Italia essendo costato 874 euro al mq.

**** Soggetto affidatario progettazione e costruzione: Uniter Srl. Progetto architettonico: Studio Valle progettazioni Srl, prof. ing. Gilberto Valle, arch. Tommaso Valle; Progetto strutture: Studio Sia Get srl, ing. Renato Grecuzzo, ing. Concetto Costa; Progetto impianti cogenerazione, hvac, gas, antincendio: prof. ing. Francesco Patania

Coordinatore per la progettazione: ing. Renato Grecuzzo; Coordinatore per l’esecuzione: ing. Silvio Torre; Responsabile unico del procedimento: ing. Angelo Spampinato; Direzione dei lavori: ing. Pietro Nicolosi; Direttore tecnico e responsabile di commessa: ing. Daniele Naty; Direttore di cantiere: ing. Carmelo Leone; Responsabile del servizio di prevenzione e protezione: ing. Carmelo Leone; Subappaltatori: Cag srl.



Pronto, avvocato?
Risponde l'ufficio legale Anaa Assomed

Ricopro una carica sindacale e sono stato nominato commissario di un concorso. Esistono incompatibilità?

L'articolo 35, comma 3 lettera e) D.lgs 165/2001 individua nello svolgimento di una carica sindacale un potenziale motivo di esclusione dalle commissioni di concorso. Parte della giurisprudenza amministrativa interpreta in maniera rigorosa tale norma.

Tuttavia, secondo altre pronunce per determinare l'esclusione del componente della commissione concorsuale, non è sufficiente la circostanza che egli rivesta una carica sindacale attiva, bensì occorre la dimostrazione della presenza di possibili elementi di incidenza od interferenza tra l'attività di chi ricopre cariche sindacali e l'attività dell'Ente che ha indetto il concorso. In ca-

so di eventuale esclusione, può sostenersi che il componente escluso, pur rivestendo una carica sindacale, non abbia alcuna concreta interazione con l'Amministrazione interessata. In altri termini non rileva ai fini del divieto della partecipazione alle commissioni il fatto che il componente sia anche un rappresentante sindacale quando sia scelto per la sua qualifica, cioè in ragione del suo ufficio, diversamente si integrerebbe una lesione della libertà di associazione delle persone che, per ragione delle loro qualifiche professionali, hanno titolo per essere componenti di commissioni giudicatrici.



Sono un dirigente medico prossimo al collocamento in quiescenza. Ho totalizzato più di cento giorni di ferie residue. Può la mia Asl impormi d'ufficio le ferie, senza consentirmi di poter svolgere alcuna attività, ivi compresa la LPI?

Di regola, l'imposizione di ferie "d'ufficio" da parte del datore di lavoro è da ritenersi legittima in presenza di ferie arretrate in misura superiore ai limiti temporali previsti dalla legge (es. oltre 18 mesi dall'anno di maturazione, v. art. 10, d.lgs 66/2003), ed anzi costituisce un obbligo per l'Azienda, pena

l'applicazione di gravi sanzioni amministrative.

Va aggiunto che, in generale, la legge riserva al datore di lavoro il potere di stabilire i periodi di fruizione delle ferie, tenendo conto "delle esigenze dell'impresa e degli interessi del prestatore di lavoro" (art. 2109 co. 2).

Sono un dirigente assunto a tempo indeterminato che ha da poco superato il periodo di prova. Ho vinto un concorso presso un'altra amministrazione nello stesso profilo professionale. Posso essere esonerato dal periodo di prova?

Rientra nella facoltà della nuova amministrazione decidere se esonerare il dirigente dalla prova qualora questi l'abbia già superata presso un'altra azienda sanitaria.

Al riguardo, la disciplina contrattuale - contenuta nell'art. 14 del Ccnl 8 giugno 2000 - stabilisce che "sono soggetti al periodo di prova i neo assunti nella qualifica di dirigente o coloro che - già dirigenti della stessa o altra azienda o ente del comparto - a seguito di pubblico concorso cambino area o di-

sciplina di appartenenza" (art. 15, Ccnl 5 dicembre 1996, così come modificato dall'art. 14, co. 1, Ccnl 8 giugno 2000).

Non sono soggetti al periodo di prova i dirigenti ai quali sia conferito l'incarico di direzione di struttura complessa (art. 14, co. 10), mentre possono essere esonerati dalla prova i dirigenti che l'abbiano già superata nella medesima qualifica e disciplina presso altra azienda o ente del comparto (art. 14, co. 1).

i servizi anaao assomed

anaao ti tutela

COPERTURA TUTELA LEGALE GRATUITA

L'Anaao Assomed offre agli iscritti la polizza di TUTELA LEGALE compresa nella quota associativa senza alcun onere aggiuntivo. La copertura comprende le spese legali sostenute in sede PENALE E CIVILE con un massimale di €25.000 per

sinistro e per Assicurato senza limite annuo, con possibilità di elevare i massimali sino a €100.000 per sinistro con integrazione a proprio carico.

VIENI A CONOSCERE I DETTAGLI DELLA POLIZZA SU WWW.ANAAO.IT

anaao ti assicura

POLIZZA DI RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE "COLPA GRAVE"

(massimale pari a €5.000.000 e retroattività fino a 10 anni). I rinnovi al prezzo più basso del mercato. VIENI A CONOSCERE I DETTAGLI DELLA POLIZZA SU WWW.ANAAO.IT

all'Associazione, raccoglie i dati e le informazioni necessarie, acquisisce i recapiti e mette in contatto il richiedente con un Medico Legale e, se possibile, anche con un legale.



PRONTO SOCCORSO MEDICO-LEGALE E ASSICURATIVO

Il servizio rileva e risponde rapidamente alle richieste di consulenza medico-legale-assicurativa, anche non urgenti, rispetto agli adempimenti necessari per un'adeguata tutela e supporta gli iscritti in caso di contenzioso. L'Associato può richiedere gratuitamente l'attivazione di questo servizio cui risponde in prima battuta il personale Anaao Assomed adeguatamente formato. L'operatrice, verificata l'iscrizione

COPERTURA ASSICURATIVA CONTAGIO OSPEDALIERO

Agli associati viene riservata la possibilità di acquistare la POLIZZA CONTAGIO OSPEDALIERO per la tutela personale, potendo scegliere tra più massimali nel caso si contragga durante l'attività lavorativa una delle seguenti malattie: HIV, EPATITE B, EPATITE C a partire da €67,00.

anaao ti assiste

ASSISTENZA LEGALE

Il servizio mette a disposizione degli iscritti un avvocato che li segue sia nell'attività di consulenza che nella difesa stragiudiziale evitando di doversi necessariamente rivolgere ad un legale di fiducia e sostenere costi aggiuntivi. È possibile contattare i consulenti legali attraverso:

- HELP DESK TELEFONICO e presenza presso la sede Anaao Assomed di Roma il LUNEDÌ – MERCOLEDÌ – VENERDÌ dalle ore 10.00 alle ore 17.00 – telefono 064245741.
- E-M@IL inoltrando il quesito a servizi@anaao.it
- REPERIBILITÀ TELEFONICA DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ al numero 064245741.
- Per i casi urgenti è possibile fissare un appuntamento anche in giorni diversi da quelli stabiliti.

ASSISTENZA FISCALE

Il servizio intende rispondere ad alcune esigenze degli iscritti:

- Acquisizione e controllo del Mod. 730 precompilato dal contribuente e rilascio del relativo visto di conformità.
- Assistenza alla compilazione MOD. 730 Singolo.
- Assistenza alla compilazione MOD. 730 Congiunto.
- Correzione per rilascio del visto di conformità dei precompilati errati.
- Gestione delle collaboratrici familiari.
- Elaborazione F24 IMU
- Elaborazione F24 TARES

anaao ti forma

La Fondazione Pietro Paci e la Scuola Nazionale di Formazione Quadri da oltre 10 anni offrono agli iscritti all'Anaao Assomed la possibilità di seguire gratuitamente corsi ECM qualificati e riconosciuti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua del Ministero della Salute.

La formazione offerta dall'Associazione si pone l'obiettivo di sviluppare le conoscenze e le competenze nel campo della gestione e organizzazione dei servizi sanitari per consentire un esercizio più autorevole e responsabile del proprio ruolo dirigenziale. Il catalogo dei corsi e le modalità di iscrizione sono disponibili sul sito www.fondazionepietropaci.it.

anaao ti informa

NEWSLETTER Ogni settimana nella tua casella di posta elettronica informazioni, approfondimenti, documenti, rassegna stampa per essere sempre aggiornato sull'attività dell'Associazione.

Segui tutte le notizie in tempo reale su

www.anaao.it





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.



www.anaao.it



ANAAO
ASSOCIAZIONE



ASSOMED
MEDICI DIRIGENTI