Numero 10 - 2015

d!rigenza medica

6 **Orario di lavoro**
Come l'Assessorato piega ai suoi voleri la Direzione Territoriale del Lavoro di Torino

9 **Anaao Giovani**
Quando si confonde Management con Clinical Leadership

10 **Dirigenza sanitaria**
Sicurezza e qualità nell'impiego di sorgenti laser in medicina

Il mensile dell'Anaao Assomed

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

Dirigenza Medica - Anno XIV - n. 10 - 2015 - Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Postale D.l. 353/2003 (Conv. in l. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, dr Commerciale Business Roma - www.anaao.it

La protesta continua

La categoria, unita come non mai, pronta a non abbassare la guardia

Verso altre 48 ore di sciopero

Pat Carra per l'Anaao 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 dicembre 2015

La protesta continua

Dopo il successo del 16 dicembre che ha visto un'adesione pari al 75% e la manifestazione di piazza a Roma che ha sancito l'unità dei camici bianchi

Verso altre 48 ore di sciopero

Coesi come non mai, pronti a non abbassare la guardia e a far sentire la loro voce. Perché come ha ricordato Costantino Troise, segretario nazionale dell'Anaao Assomed: **"I medici sono l'unica opposizione alle politiche sanitarie del Governo".**

L'opposizione ha mostrato tutta la sua forza, come testimoniano la manifestazione del 28 novembre a Piazza Santi Apostoli a Roma, cha ha visto arrivare camici bianchi da tutta Italia per rispondere all'appello lanciato dalla Fnomceo, e soprattutto il grande successo dello sciopero nazionale del 16 dicembre che ha incassato l'adesione di tre professionisti su quattro.

E ora questa voce forte continuerà a lottare per il diritto alla salute, il diritto al lavoro e per recuperare il ruolo sociale dei medici messo a dura prova dalle politiche degli ultimi anni.
La Manifestazione di piazza SS Apostoli e lo sciopero nazionale sono stati, infatti, solo l'inizio di una nuova stagione di proteste: in cantiere ci sono ora due giornate di sciopero sostenute con forza dal Consiglio nazionale e dalla Direzione Nazionale dell'Annao Assomed nella riunione di fine anno a Firenze.
Una decisione maturata proprio sull'onda del successo della giornata di protesta del 16 dicembre, della quale l'Anaao è stato il motore principale, che ha suggellato e confermato la volontà dei sindacati a marciare uniti per denunciare la deriva del Ssn e la voglia dei medici di non abbassare la guardia.

Pronti per altre 48 ore di sciopero

L'unità sindacale dimostrata per l'Anaao rappresenta, infatti, un valore aggiunto alle proteste. Per questo la direzione nazionale e il Consiglio dell'Anaao Assomed, consapevoli che la posta in gioco è la sorte della sanità pubblica e il destino professionale dei medici, hanno messo nelle mani del Segretario Nazionale altre 48 ore di sciopero, insieme con altre forme di mobilitazione e di comunicazione con i cittadini. I provvedimenti in materia sanitaria contenuti nella legge di stabilità 2016 che realizzano, di fatto, una partita in perdita per i medici e i dirigenti sanitari del Ssn hanno lasciato profondamente insoddisfatti i vertici del sindacato: rappresentano infatti, si sottolinea nel documento conclusivo "solo una proroga mascherata del blocco contrattuale che dura da 7 anni". Non solo, "svendono la rete ospedaliera all'Università, piegando gli ordinamenti istituzionali agli umori di qualche governatore regionale, sia pure, grazie alla denuncia dell'Anaao, limitata alle "sole Regioni speciali". Soprattutto, i provvedimenti contenuti nella stabilità continuano "a sottrarre dalle tasche di medici e dirigenti sanitari risorse economiche necessarie per premiare merito e produttività". In cifre sono stati sottratti fino a cento milioni all'anno, circa un miliardo in un decennio. Inoltre,

La piattaforma dei medici in dieci punti. Il documento della Fnomceo

I Dieci punti programmatici per quella che i medici ritengono debba essere una vera e propria riforma della sanità sono contenuti nel documento unitario dei medici presentato sul palco di Piazza Santi Apostoli a Roma.

Al primo punto i medici rivendicano la loro autonomia nella cura, pur nel quadro di Livelli di assistenza basati su evidenze scientifiche, ma sono disposti a riscrivere le regole del gioco in collaborazione con Governo e Regioni e la Fnomceo come garante dell'Etica dei comportamenti e del dovere di collaborazione con le figure professionali competenti.

Al secondo punto la richiesta di essere considerati come "prestatori d'opera intellettuale" con garanzia di equilibrio tra la pubblica utilità e la autonomia del professionista da garantire soprattutto con il riconoscimento delle "competenze tecnico professionali indispensabili" e del ruolo di "titolari di un rapporto fiduciario" con il paziente.

Al terzo punto della piattaforma la richiesta di definire, a livello nazionale, "le competenze di ciascuna professione sanitaria" ma in modo "condiviso" senza "deleghe in bianco a Regioni e Università", ferme restando la "gerarchia delle autonomie" e la "leadership del medico".

Al quarto punto la proposta di una riforma della formazione a partire da una "analisi del sistema formativo in relazione con i nuovi bisogni di cura e i nuovi modelli organizzativi", per "offrire agli studenti (pre laurea) e ai medici (post laurea), percorsi formativi coerenti e pronto accesso al mondo del lavoro". E questo creando coerenza "tra la programmazione della formazione medica e odontoiatrica pre laurea e quella specialistica e specifica in medicina generale e le esigenze del sistema sanitario nazionale", sia in termini qualitativi che quantitativi.

> *L'Anaao non intende rimanere inerte difronte alla strategia messa in atto dalle politiche di Governo che puntano a "destrutturare il servizio sanitario per lasciare spazi all'intermediazione finanziaria e assicurativa o a soggetti terzi, profit o non profit*

nazionale

ricorda il Consiglio nazionale, rimane non esplicitata un'idea di sanità pubblica che ne garantisca la sostenibilità, non solo economica, valorizzandone le risorse umane. E neanche deve ingannare l'emendamento governativo sulle eventuali assunzioni nel Ssn approvato pochi giorni prima del voto conclusivo "perché maschera con un effetto cosmetico la mancanza di volontà di procedere ad assunzioni con finanziamento certo, non solo per rispondere alle necessità dettate dalla normativa europea dell'orario di lavoro ma alla gobba demografica che porterà fuori dal sistema 20mila medici".

Insomma, l'Anaao non intende rimanere inerte difronte alla strategia messa in atto dalle politiche di Governo che puntano a "destrutturare il servizio sanitario per lasciare spazi all'intermediazione finanziaria e assicurativa o a soggetti terzi, profit o non profit". Per questo dichiarando di voler rimanere fedele al Dna dell'Associazione, il Consiglio nazionale e la Direzione nazionale, la impegnano a "continuare a difendere insieme il diritto alla salute dei cittadini con i legittimi interessi e le aspettative dei medici e dei dirigenti sanitari dipendenti". E le due giornate di sciopero saranno l'occasione per ribadirlo.

Al quinto punto la richiesta di un nuovo modello di governance. Per i medici essa "non può essere imposta dall'esterno", ma deve nascere "dall'interazione di molteplici attori che si autogovernano riferendosi alla medicina basata sull'evidenza, al ragionamento clinico, al progetto assistenziale, alla promozione della qualità e all'efficienza, in relazione alla sostenibilità economica delle scelte", con il coinvolgimento attivo dei cittadini "nella valutazione e nelle modalità di erogazione di servizi e prestazioni sanitarie".

Al sesto punto della piattaforma medica la richiesta di paletti ai fondi sanitari integrativi per i quali si chiede "una funzione effettivamente complementare e integrativa" con attenzione particolare all'assistenza agli anziani e alle cure odontoiatriche e questo "anche per evitare che la spesa privata, a carico dei cittadini, alimenti un terreno di coltura per un'assistenza sostitutiva ad esclusivo vantaggio delle società di assicurazione".

La settima richiesta è una nuova riforma del Titolo V, più radicale di quella in discussione e che per la sanità preveda con chiarezza che la funzione legislativa in materia sia prerogativa del Parlamento, dando al Ministero della Salute la funzione di coordinamento delle Regioni, alle quali i medici vogliono dare solo compiti di programmazione.

La Manifestazione del 28 novembre: "Costruita l'unità dei medici"

"**La mobilitazione dei medici**, oggi vuole rendere pubblico il disagio della categoria professionale. Un disagio che nasce dalla sofferenza della sanità pubblica, una sanità impoverita dal punto di vista delle risorse economiche e di quelle umane e che taglia sempre di più quantità e qualità dei servizi. E se non si cambia, a pagare saranno soprattutto i cittadini. La sanità è quindi in pericolo e quella pubblica sarà rilanciata solo se ai medici verrà dato un ruolo all'interno del sistema". Ha spiegato così la manifestazione romana **Costantino Troise**, segretario nazionale dell'Anaao Assomed. Un pomeriggio di protesta che ha visto arrivare i medici da tutta Italia per rispondere all'appello della Fnomceo. Una manifestazione unitaria, che ha raccolto tutte le sigle del mondo sindacale, come non accadeva dalla storica manifestazione del 27 ottobre del 2012. Palloncini e bandiere hanno colorato il pomeriggio capitolino, mentre si mescolavano uomini e donne con differenti esperienze umane e professionali, ma accomunati dalla volontà di salvaguardare il Ssn pubblico e universalista.

Disparità territoriali, la crescente e soffocante burocratizzazione, la scarsità di personale e l'abuso di contratti atipici, una governance che mira quasi esclusivamente a contenere i costi sono queste le principali criticità denunciate dai manifestanti. Dal palco montati la centro della storica piazza romana, **Roberta Chersevani**, presidente della Fnomceo ha evidenziato: "Il rischio è che venga alterata la nostra mission. Problematiche che chiedono una vicinanza costante ai pazienti, anche a fronte dell'invecchiamento della popolazione, non possono invece essere affrontate con efficacia e costanza da medici e operatori sanitari. Il problema delle lunghissime liste di attesa è sotto gli occhi di tutti. Oggi abbiamo costruito l'unità, al di là delle singole sigle, per ribadire al Governo che deve prestare maggiore attenzione verso quello che accade in sanità".

Molte le testimonianze di chi ogni giorno lavora in prima linea: dall'anestesista modenese al medico specialista ambulatoriale romano. Gli interventi dal palco, che hanno coinvolto quanti lavorano tutti i giorni nelle corsie degli ospedali e negli ambulatori territoriali sono stati inframezzati da numerosi contributi video sulle condizioni di lavoro e sulla percezione dei cittadini nei confronti della sanità italiana. In piazza c'era, infatti, anche chi non lavora in sanità, ma aveva deciso di accompagnare amici e parenti perché la qualità dei servizi è una priorità di tutti i cittadini. Un'insegnante napoletana è partita al fianco della sorella pediatra di base dell'Asl Na 1 per opporsi ai "continui e iniqui tagli che si stanno abbattendo persino sulla diagnostica clinica". "Sono sempre più numerose le persone che non dispongono dei soldi necessari ad acquistare le medicine – ha raccontato la pediatra – e per questo sono spesso costretti a ricorrere agli antibiotici in modo inappropriato. Risparmiare sulla sanità è illogico, perché poi i costi si moltiplicheranno in futuro".

> *"Un disagio che nasce dalla sofferenza della sanità pubblica, una sanità impoverita dal punto di vista delle risorse economiche e di quelle umane e che taglia sempre di più quantità e qualità dei servizi.*

Il problema delle risorse è probabilmente alla base di tutte le altre criticità. "Il sottofinanziamento del Ssn ha configurato un settore mantenuto in piedi solo dagli straordinari non retribuiti degli operatori – ha spiegato un chirurgo ospedaliero veronese – a ciò si affianca la violenta ingerenza della politica nelle scelte professionali. È come se alla Fiat i politici decidessero come produrre una macchina e poi si lamentassero perché il veicolo non funziona. Non è un caso che il privato eroghi ancora prestazioni di buon livello mentre il pubblico sia in continuo peggioramento".

Nel frattempo su uno schermo gigante comparivano i tweet legati all'hashtag #iomimobilitoetu. E i messaggi erano inequivocabili: "Alla sanità italiana occorre una radicale e immediata inversione di marcia".

La piattaforma dei medici in dieci punti. Il documento della Fnomceo

All'ottavo punto la questione della Responsabilità professionale, per la quale si chiede un'accelerazione della soluzione legislativa del contenzioso medico-legale, "che lasciando indenne il Medico dalla 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"

Al nono punto la questione dei bisogni di assistenza e cura, per i quali si lancia un progetto nazionale con la collaborazione attiva dei medici per "un progetto nazionale per la analisi dei bisogni, espressi ed inespressi, e dello stato di salute della popolazione" attraverso studi epidemiologici sulla prevalenza e l'incidenza delle patologie.

Al decimo punto la richiesta di abolire le sanzioni sull'appropriatezza prescrittiva dando la piena disponibilità della Fnomceo "a una collaborazione istituzionale con il Ministero della Salute che punti su corsi di formazione e campagne educative/informative in un'ottica di revisione della governance del Ssn".

la protesta continua

Sciopero 16 dicembre:
hanno aderito 4 professionisti su 5

E se la manifestazione di piazza del 28 novembre ha avviato il nuovo corso che vede uniti i professionisti della sanità italiani, come ha ricordato la presidente della Fnomceo Roberta Chersevani, lo sciopero unitario di 24 ore indetto dai sindacati ne ha sancito il successo con una adesione pari al 75%. A rappresentarli medici ospedalieri, specialisti ambulatoriali, pediatri, medici di famiglia, veterinari, dirigenti sanitari in un sit in che si è svolto davanti all'Ospedale San Camillo di Roma. Una giornata di astensione dal lavoro che secondo alcune stime ha fatto saltare 40mila interventi chirurgici programmati e centinaia di migliaia di visite e prestazioni di laboratorio.

"Lo sciopero ha una valenza politica straordinaria, nel senso letterale di fuori dalla norma" hanno affermano in una nota unitaria i sindacati Anaao Assomed – Cimo - Aaroi-Emac - Fp Cgil Medici – Fvm – Fassid (Aipac-Simet-Snr) – Cisl Medici – Fesmed – Anpo-Ascoti-Fials Medici - Uil Fpl Medici – Fimmg – Sumai - Snami – Smi – Intesa Sindacale (Cisl Medici-Fp Cgil Medici-Simet-Sumai) – Fespa – Fimp – Cipe – Andi - Assomed Sivemp – Sbv. "Un'indecente superficialità o un malcelato interesse della politica tutta verso il servizio sanitario nazionale – hanno sostenuto – che stanno portando al disfacimento il più importante baluardo di tutela della salute e delle fragilità di tutti i cittadini, hanno spinto tutti i medici italiani prima a manifestare, oggi a scioperare uniti e compatti , raccogliendo l'invito dei tanti italiani senza voce, lavoratori e contribuenti onesti che finanziano un welfare che altri stanno saccheggiando da troppo tempo".

E l'altissima adesione con punte del 75%, e i numerosi messaggi di solidarietà dei cittadini, hanno testimoniano che è ben compresa la posta in gioco. Ossia, "contrastare una condanna a morte annunciata che sta travolgendo insieme i diritti dei cittadini, che vedono sottrarsi prestazioni giorno dopo giorno o trasferirle a carico dei loro redditi, e quelle dei medici, e degli altri professionisti, del loro ruolo, della loro dignità e dei loro valori professionali, marginalizzati in una logica di abbandono".

Per i camici bianchi l'insufficienza di risorse economiche, al di là dei giochi verbali, rende già difficile mantenere gli ottimi risultati conseguiti, che già manifestano le prime crepe con la riduzione degli anni di buona salute nella fascia di età over 65, con l'aumento della spesa privata che ormai lega il diritto alla salute al censo, con l'eccezionale incremento di mortalità osservato nei primi 7 mesi del 2015. Mentre nello stesso tempo cresce il numero di chi non accede alle cure per difficoltà economiche. E peggiorano, anche per l'impoverimento numerico del personale e il blocco da 7 anni di contratti e convenzioni, le condizioni di lavoro di chi è chiamato a tutelare la salute dei cittadini. Colpisce il distacco, fino all'indifferenza della politica e del governo, un disimpegno che traduce le promesse in annunci con una incapacità di reggere la complessità della questione sanità".

Domenico Iscaro,
Presidente Anaao Assomed

"Con lo sciopero del 16 dicembre denunciamo la deriva e una gravità della situazione della nostra sanità. Dai governi Berlusconi e Monti in poi si è attivata una politica mirata solo alla riduzione dei costi (che sono poi tagli lineari) che hanno pesantemente colpito il Ssn. I risparmi dei tagli non sono poi stati reinvestiti in sanità e con il tempo questo si è tradotto per i cittadini in un aumento di liste d'attesa, aumento ticket e per i medici nel peggioramento della condizione professionale. Al Governo chiediamo che la sanità diventi una priorità nell'agenda politica. C'è stata la scuola, la giustizia, adesso il sistema creditizio bancario. Ecco noi chiediamo che i temi della salute siano al vertice. Basta dichiarazioni ad effetto, il rischio è quello di vedere una riduzione dei servizi pubblici a beneficio del privato".

Come l'Assessorato piega ai suoi voleri la Direzione Territoriale del Lavoro di Torino

Malgrado i ventilati "disastri" sulle conseguenze nefaste dell'applicazione della normativa comunitaria sull'orario di lavoro, nessun paziente ha patito gravi conseguenze.
Ma la storia che racconto è invece uno spaccato del disastro organizzativo e interpretativo che regna sovrano in luoghi lontani (molto lontani purtroppo) dalla realtà ospedaliera.
E della penosa sudditanza di chi dovrebbe difendere i nostri diritti dalla tracotanza del risparmio e dell'efficientismo.

Quello che alleghiamo qui è il parere richiesto alla Direzione Territoriale del Lavoro di Torino, al Ministero del Lavoro e al Settore Personale dell'Assessorato della Sanità della Regione Piemonte da parte dell'Aso San Luigi.
Il quesito, partito il 30 ottobre 2015, verte sulla questione reperibilità. In sintesi viene chiesto: in caso di chiamata in reperibilità va rifatto partire il conteggio riguardante il riposo continuativo delle 11 ore oppure possiamo considerare cumulabili le ore di riposo fruite prima e dopo il servizio attivo ai fini del computo delle 11 ore di riposo?
Esempio: supponiamo che io sia un infermiere di sala operatoria o un chirurgo (tanto è uguale). Finisco il mio servizio in ospedale alle 18 (occlusione intestinale). Sono reperibile dalle 20 alle 8 del mattino dopo. Mi chiamano alle 2 del mattino, vado in ospedale e lavoro fino alle 5 (ulcera perforata). Poi torno a casa e dormo 2 ore (io direi anche una sola ora: devo tornare a casa, spogliarmi, rimettermi a letto e riuscire, forse, a prendere sonno). La sveglia suona alle 7 e…
Ipotesi 1: le mie 11 ore di riposo sono state interrotte, ho lavorato fino alle 5 del mattino, aggiungiamo 11 ore di riposo continuativo e posso tornare a lavorare solo dopo le 16. Ergo: spengo la sveglia e mi riaddormento
Ipotesi 2: ho smesso di lavorare alle 18, mi sono riposato fino alle 2 del mattino (8 ore), ho interrotto il mio riposo dalle 2 alle 5, mi sono "riposato" dalle 5 in poi, posso prendere servizio alle 8 (3 ore) così da totalizzare 11 ore di riposo. Ergo: lancio qualche contumelia alla sveglia, mi alzo e vado di nuovo in ospedale.
C'è una bella differenza che dite? Nell'ipotesi1 l'infermiere o il chirurgo possono tornare al lavoro freschi e riposati (guardia notturna, una nuova reperibilità, un turno di pronto soccorso…quello che volete), invece nell'ipotesi 2, dopo aver dormito 2-3 ore dalle undici-mezzanotte alle 2, essere stati svegliati nel pieno della notte, lavorato dalle 2 alle 5 e "riposato" dalle 5.30-6 fino alle 7 (sapete, uno non è che abbia casa proprio dietro l'ospedale…) ritorna al lavoro alle 8. Vi fareste operare sereni da un chirurgo che si abbiocca sul vostro addome aperto? Con un infermiere che ha le traveggole per aver dormito se va bene 3 ore? Io, al posto vostro, non lo farei. La Direzione territoriale del lavoro di Torino (Dtl) risponde al quesito il giorno 4 novembre alle 9.19. Va notata l'estrema celerità della risposta. Non ci hanno pensato molto. Il 30 ottobre, quando viene inviata la lettera con il quesito era un venerdì ed il mercoledì mattina era già pervenuta la risposta. Poco più di 48 ore. Il Ministero ancora dormiva (probabilmente non era reperibile) ed anche l'Assessorato si lambiccava con un quesito a cui forse non sapeva come rispondere. Detto fatto: la Dtl non solo risponde alla "Speedy Gonzales", ma allega anche la circolare Ministeriale 31/2007 che trovate anche nel mio commento sulla questione della reperibilità di qualche settimana fa.
La risposta della direzione territoriale lavoro è inequivocabile: l'orologio del riposo riparte da zero. Firmato Dott.ssa Tiziana Morra (Direttore Territoriale del Lavoro) e Dott. Agostino Del Balzo (Responsabile Area Vigilanza).
In Assessorato si vive un'atmosfera da tregenda: ma come facciamo? Ci toccherà assumere del personale! Ma questi della Dtl non si potevano stare zitti? Ed ecco che si mettono in moto strane operazioni a partenza dalla Direzione dell'Assessorato: in tutti i modi si cerca di sminuire tale parere, di considerarlo una "mattana". Una delle strategie studiate a tavolino è di far chiedere a tutte le aziende sanitarie altri pareri alle direzioni territoriali di altre province piemontesi con la speranza che esse siano difformi, in modo da delegittimare quella della Dtl di Torino. Si cerca di sollecitare il Ministero a prendere posizione (dorme ancora, non è mai reperibile…) e alla fine trapela, da qualche incontro sindacale avvenuto in Assessorato, che la Dtl di Torino sia pronta a rimangiarsi il parere così prontamente emesso. Pressioni indebite? Telefonate inconfessabili? Chi sta cercando di cancellare questo parere? (Ce lo possiamo immaginare). Per quale motivo? (Non è difficile immaginarlo). Saitta, Chiamparino e Moirano dormono bene la notte? Evidentemente sì. Nessuno li butta giù dal letto nel pieno della notte. Ecco perché sono così belli trulli trulli a romperci gli zebedei già quando sorge il sole. Volete sapere come è finita? Ecco (notizia pervenuta alle ore 19.40 da fonte affidabile):

GABRIELE GALLONE
Esecutivo nazionale Anaao Assomed
Presidente Fondazione Pietro Paci

> **Oggetto: artt. 7 e 17 D.Lgs. 66/2003 – Consecutività del riposo giornaliero e regime di reperibilità: sospensione efficacia note interpretative**
> Buongiorno,
> con riferimento a quanto comunicatoLe con la nota sotto riportata e con quella

Mini-proroghe della direttiva sull'orario di lavoro e riposi: l'Anaao dice "no grazie"

Dal 25 Novembre, l'Italia è tenuta a dare applicazione alla Direttiva 2003/88/Ce (orario lavoro e riposi), che fissa un limite massimo di 12,50 ore di lavoro giornaliere, seguite da 11 ore continuative di riposo nell'arco delle 24 ore. Un documento-bozza delle Regioni prime e un emendamento adesso alla Legge di Stabilità 2016 che propone di spostare in avanti l'attuazione della misura di legge europea e fino al 25 novembre 2016, espongono al rischio di multe fino a 250 mila euro al giorno.

precedente sempre del 4 novembre scorso, preso atto che tali comunicazioni stanno suscitando incertezze e (giuste) preoccupazioni tra i lavoratori del settore e le loro Oo.Ss. a livello regionale, nonché tra gli amministratori delle Asl, preoccupati di garantire la continuità di un servizio essenziale come la sanità nel rispetto delle norme, considerando peraltro il rilievo nazionale della problematica, che ovviamente oltrepassa le competenze del sottoscritto, Le chiederei la cortesia di comunicare all'Assessorato regionale alla Sanità e, se possibile, ai vari responsabili delle Asl piemontesi in possesso delle succitate note di considerare sospese le suddette interpretazioni in attesa di un pronunciamento ufficiale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali sulla materia in questione. Cordiali saluti

Mi verrebbe da dire:
buongiorno un c…!
Secondo la Dtl sono i lavoratori e i sindacati a spingere per il ritiro del parere: "preso atto che tali comunicazioni stanno suscitando incertezze e (giuste) preoccupazioni tra i lavoratori del settore e le loro Oo.Ss. a livello regionale, nonché tra gli amministratori… delle Asl…".
Ma è ovvio! Non sono i Direttori Generali delle Asl o l'Assessorato che sono

segue da pagina 8

> *"Per quanto concerne il servizio di cosiddetta "reperibilità", solo il tempo connesso alla prestazione effettiva di servizi di pronto soccorso deve essere considerato rientrante nell'orario di lavoro*

Già a maggio 2013 la Commissione Europea aveva denunciato l'Italia alla Corte di Giustizia Ue poiché inadempiente agli obblighi della Direttiva suddetta per quanto concerne gli orari di lavoro dei medici del Ssn. La Ue contestava all'Italia il mancato rispetto delle normative atte a garantire ai medici sia il limite massimo di 48 ore lavorative per settimana, calcolato come media in un periodo di 4 mesi, che il riposo minimo giornaliero di 11 ore consecutive.
A questo punto ci chiediamo quanto i suddetti tentativi di proroghe, siano conformi al principio di legittimità. Le deroghe previste contrasterebbero con le sentenze della Corte di Giustizia Europea (Cgue) e con la stessa Direttiva 2003/88/Ce. Analizziamo allora nello specifico le pronunce nelle cause Simap, Jaeger, Pfeiffer e Dellas, che hanno avuto un ruolo fondamentale al fine del riconoscimento del Servizio di guardia come orario di lavoro. In virtù di tali disposti, la Cgue ha stabilito che il "servizio di guardia" (periodo inteso come quello in cui il dipendente deve tenersi a disposizione del datore di lavoro, sul luogo di lavoro), deve essere considerato orario di lavoro tout court. Tuttavia, alcuni Stati membri, disattendendo il giudicato, hanno applicato l'opt-out a casi come quelli di medici in servizio di reperibilità o di guardia attiva.
La sentenza Simap (3 ottobre 2000, C-303/98) ha visto un gruppo di medici spagnoli ricorrere alla Corte di Giustizia Europea per l'interpretazione della Direttiva del Consiglio del 12Giugno 1989 (89/391/Cee), concernente l'attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il loro servizio. La Corte ha affermato che l'orario di guardia svolto dai medici delle unità di pronto soccorso, secondo il regime della presenza fisica nel centro sanitario territoriale, doveva essere considerato, per il diritto comunitario, come interamente rientrante nell'orario di lavoro, trovandosi il lavoratore sul luogo del lavoro, a disposizione del datore di lavoro e nell'esercizio delle sue attività o delle sue funzioni. Per quanto concerne il servizio di cosiddetta "reperibilità", solo il tempo connesso alla prestazione effettiva di servizi di pronto soccorso deve essere considerato rientrante nell'orario di lavoro. La Corte ha ribadito l'importanza che lo Stato garantisca la sicurezza e la salute dei lavoratori, concedendo loro un periodo minimo di riposo ed adeguati intervalli di pausa.
Anche la sentenza della Cgue relativa al procedimento Jaeger (9 Settembre 2003, C-151/02), riguardante l'applicazione del servizio di guardia nell'ambito del sistema sanitario nazionale britannico, si è espressa conformemente, dichiarando che la Direttiva impugnata non autorizza uno Stato membro, in virtù della legislazione interna, a classificare come periodo di riposo i periodi di inattività di un lavoratore nell'ambito di tali servizi di guardia.
Nel procedimento Dellas (Abdelkader Dellas e altri contro il Primo Ministro, Corte Europea di Giustizia, 1 dicembre 2005) la Corte di Giustizia Europea ha sottolineato l'incompatibilità del sistema francese con la Direttiva, riaffermando la qualifica dei servizi di guardia come periodi di lavoro. Ciò perché in Francia per i servizi di sorveglianza notturna dei lavoratori di taluni centri sociali e medico-sociali un decreto prevedeva un meccanismo di ponderazione dei periodi di inattività degli operatori durante l'effettuazione dei servizi di guardia, ai fini del calcolo della retribuzione e delle ore straordinarie. In questo modo, i periodi di lavoro complessivi di un medico potevano raggiungere e superare le sessanta ore settimanali, ben al disopra del limite massimo delle quarantotto ore di legge. Pertanto, la Corte ha replicato che, in ossequio alle disposizioni minime contenute nella Direttiva 93/104/Ce, le ore di presenza dove-

segue da pagina 8

segue da pagina 7

Orario di lavoro

preoccupati di questa incresciosa situazione ma siamo noi! L'infermiere e il medico chirurgo non vogliono avere le giuste ore di sonno, il riposo dovuto e il giusto recupero psico-fisico ma anelano a schiattare, morti di sonno, durante i turni e a confondere le flebo, a sbagliare farmaci e magari scambiare pazienti.

Quando scrivo queste storie mi viene in mente uno dei più bei pezzi mai scritti nel descrivere l'umanità:

"…e quella che diciamo l'umanità, e ci riempiamo la bocca a dire umanità, bella parola piena di vento, la divido in cinque categorie: gli uomini, i mezzi uomini, gli ominicchi, i (con rispetto parlando) pigliarculo e i quaquaraqua. Pochissimi gli uomini; i mezzi uomini pochi, che mi contenterei l'umanità si fermasse ai mezzi uomini. E invece no, scende ancora più giù, agli ominicchi: che sono come i bambini che si credono grandi, scimmie che fanno le stesse mosse dei grandi. E ancora più in giù: i pigliarculo, che vanno diventando un esercito. E infine i quaquaraquà: che dovrebbero vivere con le anatre nelle pozzanghere, chè la loro vita non ha più senso e più espressione delle anatre. (Il giorno della civetta di Leonardo Sciascia)

Lascio a voi classificare liberamente gli attori di questa piccola storia sulla base di questa impeccabile tassonomia.

Se questi sono i paladini a cui dobbiamo affidare la salute e la sicurezza dei lavoratori possiamo soltanto esprimerci in coro: vergognatevi.

segue da pagina 7

Orario di Lavoro e servizio di guardia in Europa

MADDALENA ZIPPI
Responsabile Anaao Giovani Lazio

CLAUDIA POZZI
Coordinatrice Anaao Giovani Macro Regione Centro

DOMENICO MONTEMURRO
Responsabile Nazionale Anaao Giovani

CARLO PALERMO
Vice Segretario Nazionale Vicario Anaao Assomed

vano essere integralmente computate quali ore di lavoro, al fine di garantire un'efficace tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori. Considerate, quindi, le precedenti sentenze (Simap e Jaeger), la Cgue ha stabilito che il servizio di guardia svolto dal lavoratore, in cui viene richiesta la presenza fisica presso la sede di lavoro, debba essere interamente considerato "orario di lavoro", indipendentemente dalla prestazione lavorativa effettuata. Ciò nonostante, nel 2004, in fase di proposta di modifica della Direttiva 2003/88/Ce, la Commissione Europea ha distinto tra elementi attivi e inattivi del servizio di guardia. Nel 2008, il Parlamento Europeo ha votato una risoluzione per calcolare come orario di lavoro tutto il tempo trascorso in servizio di guardia, compreso quello inattivo, speso nella sede del datore di lavoro. E noi a che punto siamo in Italia? Lamentando le Regioni difficoltà a dar corso all'applicazione della Direttiva, si chiede al Governo di predisporre un decreto che deroghi all'articolo 7 del D.lgs. n. 66/2003 riguardante il diritto del lavoratore alle undici ore di riposo consecutivo ogni ventiquattro ore. Contestualmente, con riferimento all'articolo 4 del medesimo decreto, si precisa che la contrattazione nazionale dovrà indicare la possibilità di elevare da quattro mesi a sei mesi e fino a dodici mesi il limite minimo di quattro mesi previsto come periodo di riferimento per il calcolo della durata media di quarantotto ore settimanali dell'orario di lavoro. Il tutto mosso da alcune considerazioni quali: 1) la carenza di personale dovuta al blocco del turn-over, 2) la necessità di dover garantire una congrua continuità assistenziale, distinguendo, però, tra servizi con turni di 24 e di 12 ore, 3) il rispetto del vincolo economico alla spesa del personale di cui all'articolo 2, commi 71 e 72 della L. n. 191/2009, come modificata dall'articolo 1 L. n. 190/2014. In conclusione, come è stato precisato nella stessa Direttiva 2003/88/Ce e in numerose sentenze della Corte di Giustizia, il rispetto degli orari di lavoro e dei riposi è vigente in tutti gli Stati dell'Unione Europea e, soprattutto, ne viene disposto l'automatico adeguamento nel corpo delle leggi del singolo Stato, indipendentemente dall'atto formale del suo recepimento. Sono pertanto prive di efficacia le leggi dello Stato, pregresse e, a maggior ragione successive, che in qualche modo ne ostacolino la corretta applicazione o neghino l'esigibilità delle tutele minime previste. Infatti, nelle direttive europee, a partire dagli anni '90,sono inserite clausole di "non regresso": "In nessun caso l'attuazione della presente direttiva costituisce una ragione sufficiente per giustificare una riduzione del livello generale di protezione dei lavoratori rientranti nel suo ambito di applicazione". La Direttiva 93/104/Ce e la successiva 2000/34/Ce, (riunite poi nella Direttiva 2003/88/Ce) rappresentano una pietra miliare dell'Europa sociale garantendo una tutela efficace della sicurezza e della salute dei lavoratori, facendo loro beneficiare effettivamente di periodi minimi di riposo e limitando il tempo di lavoro massimo settimanale. Sulla questione del riposo compensativo, la Cgue afferma che "una riduzione del periodo di riposo giornaliero di 11 ore consecutive, mediante effettuazione di un servizio di guardia che si somma all'orario di lavoro normale, è subordinata alla condizione che ai lavoratori interessati vengano concessi equivalenti periodi di riposo compensativo immediatamente dopo i periodi di lavoro corrispondenti".

Secondo l'Anaao, in riferimento alla bozza delle Regioni e alla Direttiva 2003/88/Ce, non si può derogare strutturalmente all'art. 7 del D.lgs. n. 66/2003 sul diritto del lavoratore alle undici ore di riposo consecutivo ogni ventiquattro. Questo non solo per tutelare la sicurezza e la salute dei lavoratori, ma anche quella dei pazienti che sicuramente non vorrebbero essere curati da un medico "stanco".

> ***"Nel 2008, il Parlamento Europeo ha votato una risoluzione per calcolare come orario di lavoro tutto il tempo trascorso in servizio di guardia, compreso quello inattivo, speso nella sede del datore di lavoro***

Appropriatezza

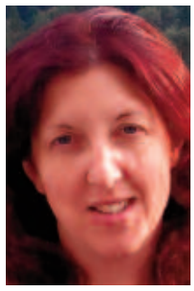
Quando si confonde Management con Clinical Leadership

I numeri primi hanno la particolarità di essere divisibili solo per se stessi e per uno.
Noi medici siamo come i numeri primi: le nostre scelte possiamo condividerle solo con noi stessi e con un "Uno" che è la Medicina, intesa come scienza e conoscenza. Questa indipendenza professionale non significa solitudine. Nella pratica quotidiana ci confrontiamo tra colleghi e con altre figure professionali per quello che rimane un lavoro d'equipe e/o multidisciplinare, ma non per questo la nostra autonomia decisionale viene minata. A minarla sono i contributi di pensiero (e di legge) di un Governo che non riconosce al medico il diritto di esercitare la propria clinical leadership e che fa confusione tra questa e il concetto di management.
Questi due aspetti di chi opera in un sistema sanitario sono interconnessi ma non intercambiabili.
In breve, e ai fini di questa personale riflessione, possiamo sintetizzare che il management si occupa dell'organizzazione, dell'individuazione e dell'allocazione delle risorse cercando di mantenere una stabilità (sia essa economica o organizzativa); per clinical leadership si intende la funzione più "dinamica" di impostare obiettivi, pianificare cambiamenti e influenzare/ guidare il sistema verso il raggiungimento degli stessi. Sull'importanza del ruolo dei medici nella clinical leadership si sta prendendo sempre più consapevolezza. Diversi studi (solo per citarne uno: *Does Clinical Leadership matter? Evidence from the English NHS* – Gianluca Veronesi, Leeds University Business School – University of Leeds UK) dimostrano che ospedali diretti da medici presentano percentuali migliori di qualità, efficienza, minor tasso di morbosità e un migliore livello di soddisfazione da parte dei pazienti.
La clinical leadership può essere esercitata a qualunque livello organizzativo, dalla guida del proprio reparto alla direzione di un grande ospedale o di un ministero.
Come è successo nel Regno Unito nel 2007, quando un talentuoso chirurgo di nome Ara Darzi è stato eletto ministro della salute e sotto la sua "leadership" i medici sono stati invitati a prendere consapevolezza che il loro lavoro nelle corsie di ospedale prevede anche questo ruolo (e questa attitudine mentale).
Ad hoc, il Nhs ha istituito dal 2010 il Medical Leadership Competency Framework, una cornice di supporto per tutti i sanitari affinché acquisiscano consapevolezza e competenze nel campo della leadership e la esercitino a qualunque livello della scala gerarchica (*leadership con la 'l' minuscola*).
Piattaforme di e-learning sono attive per aiutare i medici ad acquisire consapevolezza e capacità (anche se è chiaro che alcuni aspetti della leadership sono innati), necessarie per esercitare scelte e cambiamenti nel proprio settore lavorativo. Perché per migliorare un sistema a volte è necessario cambiarlo, non semplicemente lavorarci più duramente.
È dunque chiaro che la clinical leadership deve essere insegnata e supportata a tutti i livelli della formazione medica. Una recente survey, condotta dalla Ejd (European Junior Doctor Association), svela che in Europa Management e Leadership iniziano a essere materia di insegnamento (nelle scuole di specializzazione), anche se solo in 5 paesi: Finlandia, Ungheria, Olanda, Norvegia e Svezia.
Le ore o i crediti formativi dedicati sono ancora ridotti ma è diffusa tra gli specializzandi - come rivela la stessa survey - la curiosità e il bisogno di approfondire la materia.
Il tema della Clinical leadership è caro anche ad altre organizzazioni mediche europee quali la Fems e l'Aemh che, in collaborazione, hanno prodotto un documento in cui si dichiarano a supporto delle associazioni mediche di ogni nazione a esse aderenti, nel promuovere e supportare il diffondersi delle abilità necessarie per una adeguata leadership tra i medici.
Di fronte a questo orientamento internazionale di promuovere e incentivare la partecipazione dei medici nei percorsi gestionali, stona l'atteggiamento vessatorio del governo italiano che tende a reprimere ogni autonomia decisionale o professionale dei medici.
Il Decreto appropriatezza con l'aspetto sanzionatorio per "errate" prescrizioni dei medici è solo l'ennesimo tassello di una posizione di ostruzionismo nei confronti dei medici e delle loro competenze professionali.
A partire da una formazione inadeguata che non porta sempre all'autonomia lavorativa, proseguendo con un precariato ricattatorio nei termini contrattuali, alimentando una organizzazione del lavoro basata sulla carenza cronica di personale e mantenendo ospedali con importanti deficit strutturali e di risorse, il Governo, in nome di un Management più virtuoso, mira a deprivare i medici degli strumenti per crescere e migliorare le loro potenzialità, anche di Clinical Leadership.
Il risultato è la solitudine di una categoria che rischia di perdere la consapevolezza e l'autonomia del proprio ruolo.
Il rischio è la solitudine dei numeri primi.

ALESSANDRA SPEDICATO
Vice Coordinatore Nazionale Anaao Giovani

Sicurezza

Sicurezza e qualità nell'impiego di sorgenti laser in medicina



LOREDANA BARRESI
S.O.C. Fisica Sanitaria - Centro di Riferimento Oncologico di Aviano (Pn) - Irccs

LUISA BEGNOZZI
Presidente Aifm (Associazione Italiana di Fisica Medica)
Settore Dirigenza Sanitaria Anaao Assomed

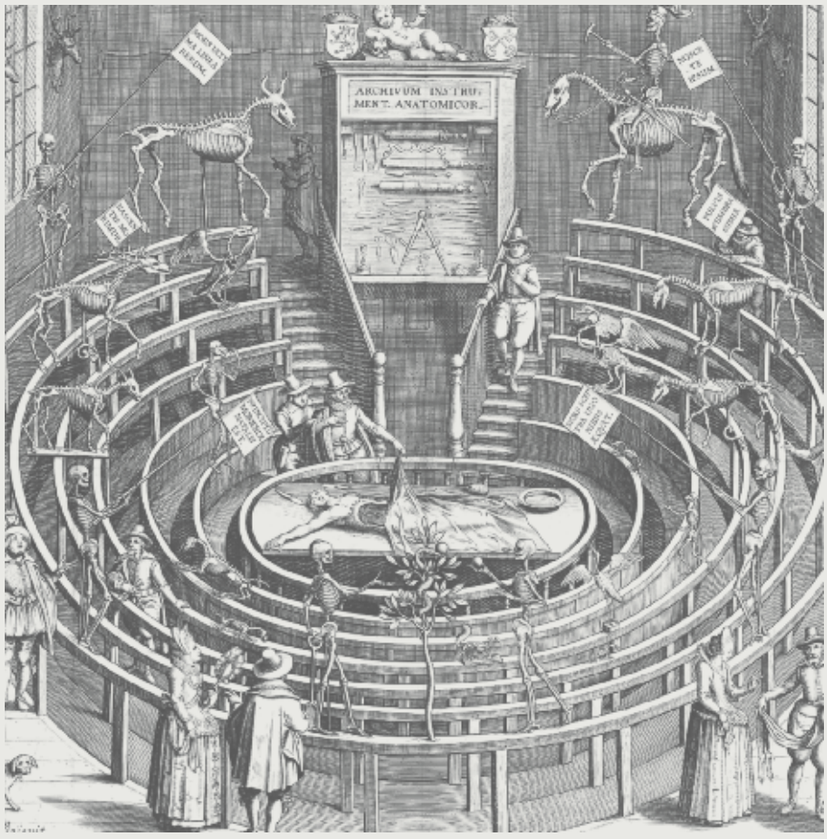
Grandi passi in avanti della tecnologia hanno fatto sì che l'utilizzo dei Laser in medicina divenisse sempre più diffuso: grazie alle loro peculiari caratteristiche le sorgenti Laser, oltre ad avere un largo impiego in dermatologia ed oftalmologia, trovano applicazione anche in molte altre discipline mediche. In urologia, ad esempio, si trattano con il Laser ostruzioni della vescica, verruche, calcoli. I neurochirurghi li utilizzano per una chirurgia di precisione. Altri utilizzi sono anche in ambito dentistico e veterinario (procedure endoscopiche, fotocoagulazioni di tumori, terapie fotodinamiche). Viene altresì fatto largo uso di questa tecnologia in fisiatria, oncologia, otorino, medicina estetica, ginecologia, oltre che nel campo della microscopia e della ricerca.

La continua evoluzione della tecnologia delle sorgenti Lasr e della sua applicazione in campo medico ha fatto sì che si rendesse necessaria una sempre crescente attenzione ai problemi di sicurezza che possono verificarsi sia per gli operatori che per i pazienti. Il Testo Unico sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, il D.lgs. 81/2008, impone l'obbligo al datore di lavoro di valutare i rischi a cui sono esposti i lavoratori che impiegano sorgenti di radiazioni ottiche coerenti (i Laser) anche attraverso misure e calcoli che verifichino il non superamento dei limiti di esposizione previsti dalla normativa stessa. I principali rischi associati all'utilizzo di apparecchi Laser sono riconducibili a una esposizione indesiderata di occhi e cute (gli organi a rischio), tale da implicare un livello di energia capace di produrre seri danni biologici. Esiste, inoltre, una serie di danni indiretti che comprendono: pericoli di riflessione (ad esempio su superfici lisce quali strumenti o arredi chirurgici), rischi di incendio e bruciature, fumi, elementi combusti, vapore, rischi elettrici (spesso i Laser di elevata potenza hanno dei circuiti ad alta tensione nei sistemi di pompaggio), radiazioni collaterali. Una grandezza importante per definire il rischio da esposizione a un'apparecchiatura Laser è quello di Lea (Accessible Emission Limit), che è definito come il livello di radiazione massimo di una sorgente cui può accedere un operatore. Il Lea determina la pericolosità di un apparato Laser. Attraverso lo studio della soglia di danneggiamento per l'occhio e la cute in funzione della lunghezza d'onda e della durata dell'esposizione alla radiazione Laser, sono stati dedotti i criteri che, in base alla lunghezza d'onda e al Lea, collocano un Laser in una certa classe di pericolosità (ve ne sono in tutto 7). Il D.lgs. 81/08 prevede la figura di un addetto alla sicurezza Laser (Asl) laddove vi siano installazioni di sorgenti Laser di classe 3B e 4 (gradi di pericolosità maggiori) che ha la funzione di garantire un impiego sicuro e di qualità delle apparecchiature sia per i pazienti che per gli operatori. Nello stesso decreto si sottolinea la necessità di avvalersi di persone competenti. Per l'importanza e la specificità del compito da svolgere, tale figura deve possedere un elevato livello di conoscenza dei principi fisici e delle interazioni delle radiazioni Laser con i materiali, della strumentazione e delle metodiche di misura, delle tecniche di valutazione e gestione dei rischi, delle procedure di sicurezza da adottare. Il Fisico medico, possedendo le conoscenze e le competenze necessarie, spesso si trova a ricoprire l'incarico di Asl. L'Aifm (Associazione Italiana di Fisica Medica) a tal riguardo ha pubblicato un rapporto tecnico (http://www.fisicamedica.it/aifm/report/2009_n5_ReportAIFM.pdf) con lo scopo di fornire uno strumento informativo e operativo ai Fisici medici che si trovano a dover trattare questo tipo di problematica all'interno delle strutture sanitarie in cui operano: il documento, basandosi su linee guida e normative nazionali ed internazionali fornisce indicazioni su apparecchiature Laser e loro utilizzi in ambito medico, controlli di qualità periodici da effettuare su di esse, procedure di sicurezza, strumentazione di misura.

Molteplici sono le prospettive future nell'impiego dei Laser in medicina. Tra le applicazioni più interessanti in fase di studio c'è la Tomografia Ottica a radiazione Coerente (Otc), che consiste in una tecnica di diagnosi per immagini che utilizza raggi di luce coerente per ottenere delle scansioni tomografiche. Ad oggi l'Otc è ampiamente usata in oculistica, per l'analisi delle strutture oculari, soprattutto retiniche e corneali, mediante sezioni ad alta risoluzione. Ciò che si prevede per il futuro è l'impiego di questa tecnica diagnostica in altri ambiti della medicina: in particolare, James Fujimoto (Massachusetts Institute of Technology), co-inventore di questa tecnica, individua un potenziale impiego dell'Otc nell'imaging delle arterie, mediante l'impiego di fibre ottiche.

Altre linee di ricerca riguardano la spettroscopia con Laser a infrarosso (l'interesse nasce dal fatto che tessuti cancerogeni e tessuti sani presentano diversi fattori di trasmissione nel range dell'infrarosso, grazie a questa differenza, una promettente applicazione di questa tecnica potrebbe essere la diagnosi precoce dei melanomi) e la microscopia in vivo che, mediante l'utilizzo di opportune sonde endoscopiche, permette di produrre immagini ad altissima risoluzione e in tempo reale dei distretti anatomici analizzati.

La valutazione e lo sviluppo del servizio sanitario è determinato dalle sole prestazioni a rischio di inappropriatezza? (Parte prima)



Possiamo individuare, come problemi, che nella sanità italiana vi è un ritardo diffuso, non indifferente, nella modernizzazione dell'offerta dei servizi, nella tecnologia, nei modelli organizzativi, nella semplificazione dei percorsi, nell'informatizzazione e nella tempestività delle risposte. Sono trascorsi ormai 35 anni dall'avvio della Riforma Sanitaria che ha regolato, e rivoluzionato, la sanità Italiana in modo straordinario, tanto da essere considerata, come sistema, tra le più evolute al Mondo.
Cos'è mancato, in questi 35 anni, che ci costringe, ogni anno a risparmiare, a rileggere, a riscrivere, a ripensare, a ridimensionare, le regole per la sanità?
E rifare i conti quasi ogni mese.

GIUSEPPE IMBALZANO
Medico

Le criticità sanitarie

Se chiedessimo a qualcuno quali siano le attuali criticità del servizio sanitario, non credo che avremmo buone risposte se non una ripetizione, rafforzata e strutturata, di "economiche".
Ma la mortalità, le cause di morte e di danno, i fattori di rischio, le modalità di offerta dei servizi, la tempestività delle soluzioni (effettivamente valutate e certificate) e la coerenza di risposta ai bisogni del cittadino, il pieno utilizzo degli impianti (letti, apparecchiature, strutture, servizi, spazi e risorse umane, la copertura adeguata degli organici, la funzionalità e la coerenza rispetto agli obiettivi attesi...) hanno avuto obiettivi primari e poi sono stati aggiornati e valutati come sistema e struttura di miglioramento del Servizio, sia localmente che nell'ambito dell'intero sistema sanitario nazionale, nel corso degli anni?
Le risorse sono state orientate a dare risposta efficace ai problemi evidenziati ed effettivamente esistenti e hanno risolto i problemi stessi?
Le scelte aziendali avevano obiettivi definiti e hanno raggiunto il risultato desiderato?
Sono stati prodotti studi per definire gli obiettivi a lungo termine (2020-2030), la rete ospedaliera, organizzazione, rinnovo e priorità. Revisione della rete di degenza e dei servizi. Linee di sviluppo dei servizi sanitari… Sviluppo compiuto dell'assistenza all'anziano in strutture a lungo termine o a domicilio. Teleassistenza. Telediagnosi. etc?
Stiamo seguendo le indicazioni di questi obiettivi strategici? E a medio e breve termine? O proseguiamo a fare i conti di anno in anno per vedere cosa tenere aperto o meno?
A seguire facciamo un piccolo elenco di proposte, del tutto insufficienti e da sviluppare, ma comunque sono proposte, per eventuali scelte di rinnovamento (e di riduzione dei costi e degli sprechi) del sistema sanitario. Quali sono, con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza, gli obiettivi di salute che possiamo perseguire?
Miglioramento della qualità di vita dei pazienti cronici (non monitoraggio in attesa di complicanze!). Incremento della speranza di vita generale e per categorie di pazienti. Riduzione della mortalità prematura e da parto. Riduzione o eliminazione dei fattori di rischio e promozione della salute nelle procedure ospedaliere, nei rischi classici, negli stili di vita, negli ambienti di lavoro, etc.

Come ridurre la spesa migliorando la qualità del servizio

Considerato che è indispensabile una revisione significativa del modello di offerta e coordinamento dei servizi, possiamo, in via prioritaria, fare una valutazione sulla effettiva disponibilità delle risorse esistenti e una analisi sulla dispersione organizzativa e gestionale attualmente in essere.
Una valutazione dei posti letto, del loro utilizzo, delle motivazioni del mancato utilizzo, delle durate delle degenze (la radiologia e i servizi interni all'ospedale hanno parametri di risposta stringenti sulle prestazioni di ricovero? Tac-Rmn non urgenti sono eseguiti entro 12- 24- 36 ore dalla richiesta dell'unità clinica Diagnostica tradizionale entro 6-12 ore? Risposta del laboratorio non urgente diurna entro le 2 ore? Ecografia nelle 12- 24 ore? Il paziente ha concluso il primo ciclo diagnostico nelle 24- 48 ore? etc.).
Da soli questi parametri organizzativi possono abbattere il numero delle giornate di degenza, incrementare la qualità di risposta, migliorare la soddisfazione del Cliente e certamente incrementare la sicurezza del medico nella sua quotidianità operativa. Vanno completati gli organici, o la di-

Una giornata di degenza non critica

150-200

Euro

Con una riduzione media delle degenze del

5%

Risparmio di oltre

4-500

milioni di euro

sponibilità degli organici, compensando le diverse situazioni ospedaliere che poi, nel tempo, devono diventare stabili. Con progetti e obiettivi qualificanti si modificano sostanzialmente le organizzazioni. Le prestazioni per esterni non vengono influenzate dalla anticipazione di quelle interne se queste hanno una adeguata programmazione e volumi certi. Una giornata di degenza non critica costa circa 150- 200 euro e la riduzione delle degenze generali di 0,3-0,5 giorni/ medi per ricovero a livello nazionale (riduzione media delle degenze del 5%-oltre 3 milioni di giornate in meno) può portare un risparmio complessivo di oltre 4-500 milioni di euro. Un paziente ricoverato non ha bisogno di restare in ospedale a lungo ma di tornare rapidamente a casa e in buone condizioni. Ed eventualmente di essere assistito a domicilio per evitare ulteriori ricoveri.

L'utilizzo delle sale operatorie con copertura dell'80% per almeno 6-8 ore giornaliere è un altro parametro su cui investire risorse economiche e umane, con una revisione dei comportamenti inadeguati e poco funzionali.

Naturalmente obiettivo finale è l'utilizzo, in attività programmate, del quartiere operatorio, per 12-14 ore giornaliere con organico pieno (nella revisione organica dell'intero sistema). L'organizzazione di sedute operatorie programmate omogenee, ridefinendo le probabili degenze post operatorie - il lunedì interventi con degenze prolungate, il venerdì i Day Surgery - può favorire un elevato ed efficiente utilizzo di tutto il sistema con la riduzione o abolizione delle degenze nel fine settimana, secondo le diverse specialità. Tecnologie diagnostiche che vengono rese operative regolarmente fino alle 18.00 con espansioni anche nei fine settimana con coordinamento interaziendale degli operatori e degli specialisti del relativo settore.

Considerata la carenza di alcuni settori specialistici, va prevista una programmazione a lungo termine per ridefinire l'effettivo fabbisogno di specialisti (medici e non medici) nei diversi settori diagnostici e assistenziali, ma questo è un altro problema. Il preordino e la revisione delle dimissioni programmate, coordinato con i servizi territoriali, con lo sviluppo di adeguati e qualificati servizi di assistenza domiciliare, che prendano in carico pazienti con esigenze assistenziali significative ma comunque dimissibili, è un ulteriore elemento di corretta gestione dei flussi assistenziali ed è fondamentale per garantire un elevato livello di efficienza delle strutture di ricovero.

Oggi abbiamo una rete ospedaliera ampia oltre il necessario che ha una potenzialità produttiva ben oltre quanto indispensabile.

Mantenere l'ambiguità di svolgere attività nelle strutture ospedaliere inadeguate (per organizzazione, numero di letti e servizi- non clinicamente funzionali) come strumenti di assistenza al cittadino è certamente elemento di costo (e spreco e incertezza assistenziale e medicina difensiva e… e…) finalizzato a interessi non clinici e non sanitari. La revisione e il reindirizzo di queste strutture può favorire qualità di risposta e notevoli risparmi per il Ssn.

Altro elemento critico è la gestione del bilancio a pareggio aziendale, nella applicazione e con i limiti che abbiamo oggi (gli investimenti e le assunzioni sono impossibili se non specificamente autorizzate), che appare illusoria dell'equilibrio economico poiché sfuggono attività e servizi ad alto valore aggiunto a favore di prestazioni ad alto costo e bassa redditività per carenza di investimenti in tecnologie o banali carenze di organico (le sale operatorie hanno bisogno di personale altamente qualificato e motivato così come per tante altre attività è indispensabile avere tecnologie moderne ed efficienti).

> *"L'utilizzo delle sale operatorie con copertura dell'80% per almeno 6-8 ore giornaliere è un altro parametro su cui investire risorse economiche e umane, con una revisione dei comportamenti inadeguati e poco funzionali.*

Una revisione nella organizzazione e gestione delle strutture ospedaliere (anche da riordinare e reindirizzare), delle modalità di gestione e di spesa, con investimenti mirati, può portare a risultati qualificanti in tempi più lunghi di un ciclo annuale, ma con un modello che sviluppa e mantiene equilibri economici e li migliora nel tempo.

Il Drg

Altro elemento critico è la valorizzazione del Drg, in particolare nella proiezione delle strutture di ricovero, che oggi va rivisto nelle linee essenziali. In particolare il valore specifico di numerosi Drg va ricalcolato poiché si sono modificate sostanzialmente le modalità di offerta e di servizio, oltre alla risposta alle esigenze cliniche del cittadino, ed è la risposta integrata che va valutata e non soltanto i diversi passaggi clinico riabilitativi separati tra di loro, su cui va fatta qualche riflessione. Gli aggiornamenti effettuati non sempre rispondono alle effettive modifiche clinico organizzative. Il sistema deve valutare anche le strutture ospedaliere sulla base di una combinazione di valori che deve tenere conto del mix dell'età dei soggetti assistiti e della complessità dei servizi offerti ai pazienti, del risultato effettivo, della complessità specialistica della struttura, dei volumi relativi per singolo settore e della tempestività e qualità della risposta offerta secondo parametri relativi, oltre ad altri parametri che si ritenga di selezionare, con un costo finale neutro di tutto il sistema, premiando le situazioni più complesse e qualificate.

Ospedali con attività miste, selezione di pazienti con alta variabilità clinico demografica, servizi ad alta complessità e assistenza a patologie complesse, tempestività di risposta hanno mediamente costi più elevati. Così, sulla base del confronto tra le strutture ospedaliere potremo avere una percentuale di valore incrementale sul Drg prodotto rispetto alle strutture meno complesse.

Fatto il valore della spesa totale neutra (la somma totale non varia), le strutture a maggiore complessità avranno qualche punto percentuale in valore in più rispetto ad oggi, proprio per garantire la maggiore agilità e variabilità, oltre alla complessità, nei servizi e il maggiore costo unitario per prestazione relativa. Con questo modello la qualità clinico organizzativa espressa consente di qualificare, finanziare e retribuire, a tutti i livelli, chi la produce. E stimola azioni di miglioramento nel sistema in generale riducendo elementi parassitari nel sistema stesso.

Va valutata anche l'attività delle strutture che vengono finanziate a giornata di degenza per una verifica della continuità effettiva di servizio nel corso di tutti i giorni della settimana.

Pazienti extra regione- Abbattimento del 5- 10% dei valori del Drg al produttore della prestazione, con creazione di un fondo nella regione che eroga il servizio (a cui accedono anche le strutture accreditate private) per prestazioni effettuate da cittadini extraregione, finalizzate alla acquisizione di tecnologie o risorse umane, sulla base di parametri oggettivi di bisogni di assistenza extraregionale.

La consegna dei referti in portineria è diventata un modello di servizio e di semplificazione per i cittadini e riteniamo che molte altre modalità operative, con un modello di semplificazione e di risposta ai bisogni, possano essere realizzate senza costi ma con vantaggio per i cittadini.

Con queste modifiche possiamo immaginare risparmi, senza creare problemi ai cittadini, reinvestendo gli stessi in incentivi al miglioramento qualitativo, in organico mirato, strutture e tecnologie.

Sulla reperibilità il Governo ha ignorato o omesso le disposizioni della Comunità europea? (Parte prima)

Abs. Le ore di reperibilità non possono essere considerate periodo di riposo (Conclusioni A.G. causa C393/98) di conseguenza le eventuali chiamate non possono sospendere il riposo in un periodo che, per definizione della Corte di Giustizia, non è di riposo: necessità di un impianto derogatorio condiviso che tenga conto della tipologia di attività e della frequenza delle chiamate stesse

SERGIO COSTANTINO
Anaao Assomed Fondazione Ca' Granda Policlinico di Milano IRCCS

In questi giorni di penoso caos organizzativo, dopo anni di opportunità sprecati, sono state espresse opinioni che risentono purtroppo di un difetto di fondo la non conoscenza della Direttiva (2003/88 Ce) od ancor peggio una conoscenza solo superficiale. In più la proposta del Comitato di Settore, allo scadere dell'ulteriore proroga (credo illecita in sé, perché rinviava di un ulteriore anno una norma che, derivante da una Direttiva europea (93/104 Ce) sufficientemente chiara e precisa da "dover" essere applicata in tutti i paesi della Comunità indipendentemente dal suo recepimento nel singolo Stato, avrebbe dovuto essere applicata dal 1993. sulla scorta di problemi organizzativi non risolti in soli 22 anni ed ignorati per 11 mesi su 12 della proroga!!) per adeguarsi alla Direttiva, ha il sapore di atto vessatorio premeditato che non mostra alcun rispetto per le migliaia di medici ed infermieri che quotidianamente lavorano onestamente nel Ssn.
Leggiamo insieme le definizioni base sulle quali lavorare successivamente.
2003/88 Ce *Articolo 2* Definizioni
Ai sensi della presente direttiva si intende per:
1) "orario di lavoro": qualsiasi periodo in cui il lavoratore sia al lavoro, a disposizione del datore di lavoro e nell'esercizio della sua attività o delle sue funzioni, conformemente alle legislazioni e/o prassi nazionali;
2) "periodo di riposo": qualsiasi periodo che non rientra nell'orario di lavoro;
9) "riposo adeguato": il fatto che i lavoratori dispongano di periodi di riposo regolari, la cui durata è espressa in unità di tempo, e sufficientemente lunghi e continui per evitare che essi, a causa della stanchezza, della fatica o di altri fattori che perturbano l'organizzazione del lavoro, causino lesioni a sé stessi, ad altri lavoratori o a terzi o danneggino la loro salute, a breve o a lungo termine.

Partendo da queste banali, se vogliamo, definizioni cerchiamo di verificare quanto queste incidano su un punto controverso e fonte di infinite discussioni, troppo spesso non supportate da adeguata conoscenza tecnica.
Il primo dato che dobbiamo sottolineare è che nella Direttiva europea 2003/88 Ce non si cita in nessun articolo il regime di reperibilità o pronta disponibilità quale area oraria che "sospenda" il regime di riposo. È ovvio ma è importante ribadirlo per configurare l'inappropriatezza della deroga prevista nella Legge 133/2008 (Art.41 comma 4). Tanto meno viene citata la possibilità di fruire del riposo di 11 ore in modo frazionato se non per ben specifiche categorie non mediche (ad esempio i lavoratori delle imprese di pulizie). Tutto il resto deve transitare attraverso regimi derogatori ben definiti e che prevedano immediati riposi compensativi.

Capo 2, periodi minimi di riposo — altri aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro
Articolo 3, Riposo giornaliero
Gli Stati membri prendono le misure necessarie affinché ogni lavoratore benefici, nel corso di ogni periodo di 24 ore, di un periodo minimo di riposo di 11 ore consecutive.
Dobbiamo tener presente che ci si riferisce a un periodo minimo di riposo che talora non è neppure tale in funzione del pendolarismo che riguarda una quota non indifferente degli operatori del settore. Infatti, non rientrando abitualmente nella definizione (di orario di lavoro) il tragitto residenza luogo di lavoro e viceversa viene considerato riposo.
La norma che cancellerebbe questo diritto per le categorie sanitarie è stata introdotta in Italia dalla Legge 133/2008, che già conteneva altre deroghe limitative alla Direttiva europea, deroghe considerate nulle, per merito di Anaao e Fems, dalla Comunità stessa, quindi in ragionamento consequenziale anche la norma che assimila il lavoro in reperibilità al lavoro frazionato non avrebbe senso di esistere.

"Inoltre tali Stati non possono subordinare a qualsivoglia condizione il diritto dei lavoratori a che i periodi di lavoro, e, correlativamente, quelli di riposo, siano tenuti in debito conto, poiché un diritto del genere deriva direttamente dalle disposizioni di tale direttiva" (sentenza Jaeger della Corte di Giustizia europea C 151/02.)

Analizziamo in dettaglio le indicazioni sulle caratteristiche peculiari della definizione di orario di lavoro dell'articolo 1 (2003/88Ce):

a. *al lavoro*
b. *a disposizione del datore di lavoro*
c. *Nell'esercizio della sua attività o funzioni*

Ricordo peraltro come nella sentenza Simap C303/98 l'Avvocato Generale A. Saggio si era espresso, al punto 36 delle sue conclusioni, con queste parole in merito alla definizione di orario di lavoro:

"*36. Ritengo dunque che l'art. 2 n. 1) della Direttiva debba essere interpretato nel senso che i tre criteri ivi indicati per definire l'orario di lavoro sono autonomi e non devono essere presenti contestualmente".* Non hanno dunque necessità di essere presenti contemporaneamente!

"Si conclude, cioè, nel senso che i tre criteri ivi indicati devono essere considerati come fattispecie autonome di prestazioni lavorative".

"In effetti, una prima perplessità sorge quando si confrontano, e soprattutto si sommano, le due nozioni di 'disposizione' e di 'esercizio [effettivo] della sua attività' (rispettivamente secondo e terzo criterio di cui al n. 1 dell'art. 2), nozioni queste che presentano un contenuto manifestamente antitetico, e quindi non possono essere cumulate".

"A ciò si aggiunga che l'applicazione congiunta dei tre criteri mal si concilia con gli scopi e quindi con la ratio della direttiva, che è appunto quella di assicurare ai lavoratori un tempo ragionevole di riposo."

Confrontiamo però nella fattispecie queste indicazioni con le caratteristiche della Reperibilità:

I. Si è al lavoro? No ma ci si deve trovare in un luogo relativamente vicino per poter raggiungere il luogo di lavoro in tempi adeguati, talvolta parametrati in 30 minuti. Quindi c'è un vincolo importante che limita le possibilità di spostamento e di luogo (campo telefonico ad esempio)
II. Si è a disposizione del datore di lavoro? Si lo si è
III. Si è nell'esercizio delle proprie attività e funzioni? Si perché la funzione è quella di essere in disponibile attesa di una eventuale chiamata.

Articolo 3:

"nel corso di ogni periodo di 24 ore, di un periodo minimo di riposo di 11 ore consecutive".

I. Il periodo di riposo è di almeno 11 ore consecutive? Dipende dalle potenziali chiamate, ma qualsiasi chiamata frazionerebbe il riposo e violerebbe l'indicazione.

Appare evidente a tutti che nella visione dicotomica lavoro/riposo la reperibilità ha più punti di contatto con definizione di lavoro che non con quella di riposo

Dobbiamo peraltro tenere in debito conto il dato che la reperibilità abitualmente avviene dopo aver già effettuato del lavoro "ordinario" con la possibilità quindi di superare il limite massimo di lavoro (nell'arco delle 24 ore di riferimento) se "richiamati" in servizio.

È francamente inequivocabile come l'estensione, della Legge 133/2008, *(Art.41 comma 4 : dopo le parole 'frazionati durante la giornata',* sono aggiunte le seguenti: *"o da regimi di reperibilità")* ai regimi di reperibilità del riposo "frazionato" sia una forzatura delle indicazioni di risultato (il riposo per almeno 11 ore consecutive) previste dalla Direttiva europea e per tale motivo, così come sono già state giudicate non compatibili, per i vincoli obbligatori della Direttiva, le deroghe sul riposo giornaliero (e quest'ultimo caso cadrebbe nelle violazioni del riposo minimo) e sull'orario medio settimanale anche la specifica del lavoro in reperibilità della L 133/2008 appare quanto mai traballante e poco sostenibile in stretto senso giuridico, ma ad essa ossequiosamente si sono rifatte come ancora di salvezza le amministrazioni ospedaliere. La minaccia di sanzioni della Comunità europea al Governo italiano sulle deroghe illegittime riguarda anche questo aspetto. Peraltro la Corte di Giustizia europea ha, e assai prima della Direttiva 2003/88 CE, già esplicitato la questione in una sentenza del 1978:

"L'esigenza di immediata e uniforme applicazione del diritto comunitario impone a qualsiasi giudice nazionale, adito nell'ambito della sua competenza, l'obbligo di applicare integralmente il diritto comunitario e di tutelare i diritti che questo attribuisce ai singoli, disapplicando le disposizioni eventualmente contrastanti della legge interna, sia anteriore che successiva alla norma comunitaria". (C106/77 Causa Simmenthal)

La Corte Costituzionale successivamente, nella sentenza n. 170/1984, confermerà il principio della disapplicazione del diritto interno da parte dei giudici comuni.

Ma c'è di più la Direzione Generale del Lavoro ha espresso, nell'Interpello 31/2007 al Ministero del Lavoro (5 Novembre 2007), queste parole inequivocabili:

"nel caso in cui i lavoratori ... omissis con obbligo di reperibilità vengano richiamati in servizio, i riposi giornalieri e settimanali decorrono nuovamente dalla cessazione della prestazione lavorativa, rimanendo escluso il computo di ore eventualmente già fruite"

Ovviamente cambiato il Direttore Generale l'anno successivo nell'Interpello 13/2008 (29 Maggio 2008) quello nuovo cercherà, facendosi forte delle indicazioni del D.lgs. 112 che diventerà poi Legge 133, arrampicandosi sugli specchi ed utilizzando massime della Corte Costituzionale, datate ed antecedenti la Direttiva "madre" 104/93 Ce di negare tale diritto riferendolo solo al riposo settimanale.

Pronto, avvocato?
Risponde l'ufficio legale Anaao Assomed

La Direttiva europea sull'orario di lavoro si applica anche al medico in formazione?

In origine, i medici specializzandi erano espressamente esclusi dal campo di applicazione della Direttiva 93/104/CE. Tale Direttiva è stata tuttavia modificata dalla Direttiva 2000/34/CE che ha esteso il campo di applicazione della medesima al fine di comprendere i medici specializzandi; tale requisito doveva essere trasposto nel diritto nazionale al più tardi entro il 31.08.2004. Pertanto, alla luce della Direttiva comunitaria in esame, le disposizioni in materia di riposo minimo contenute nella medesima Direttiva, si applicano ai medici specializzandi allo stesso modo dei lavoratori in generale. Ne consegue che anche rispetto ai medici in formazione trova applicazione la regola relativa al periodo di riposo minimo giornaliero di 11 ore consecutive per ogni periodo di 24 ore, e un periodo di riposo settimanale minimo di 24 ore consecutive per ogni periodo della durata di 7 giorni. Secondo la Direttiva, deroghe sono possibili nelle attività che necessitano di continuità nel servizio quali gli ospedali, anche per quanto riguarda i medici specializzandi, a condizione che ai lavoratori interessati vengano concessi periodi di riposo equivalenti di compensazione. Il riposo compensativo deve essere goduto immediatamente successivo al periodo di lavoro interessato.

Sono un medico del 118 con rapporto a convenzione. La legge sui riposi vale anche per me?

Il rapporto di lavoro del medico convenzionato ha natura autonoma, parasubordinata. Tale rapporto, quindi, è giuridicamente caratterizzato da una collaborazione coordinata e continuativa regolata dalle disposizioni privatistiche in materia di attività autonoma libero-professionale. Pertanto, rispetto ai medici in regime convenzionale non trova applicazione la disciplina limitativa dell'orario di lavoro di cui al D.lgs. 66/2003, il quale regolamenta l'orario della diversa categoria dei lavoratori con contratto di lavoro subordinato.

Il servizio di pronta disponibilità è assimilabile alla guardia ai fini del calcolo del riposo giornaliero?

Ai fini dell'applicazione del diritto alle 11 ore di riposo ogni 24 ore, la pronta disponibilità sostitutiva non è assimilabile al servizio di guardia. Difatti, la giurisprudenza non riconosce alla c.d. reperibilità passività (turno senza chiamata) natura di orario di lavoro, e come tale, la considerata non computabile ai fini del calcolo dei limiti di legge sull'orario di lavoro. Con particolare riferimento all'incidenza del turno di reperibilità sul di diritto alle 11 ore di riposo giornaliero, la stessa la legge (art. 7, D.lgs. n. 66/2003), stabilisce che il riposo giornaliero di undici ore ogni ventiquattro "deve essere fruito in modo consecutivo fatte salve le attività caratterizzate da periodi di lavoro frazionati durante la giornata o da regimi di reperibilità". Ciò posto, la chiamata dalla pronta disponibilità sospende, ma non interrompe, il diritto alle 11 ore di riposo consecutivo. In tal caso, il dirigente avrà diritto a vedersi accordato un adeguato periodo di riposo immediatamente dopo la fine del turno di durata pari alle ore effettuate in chiamata di reperibilità in modo da garantire 11 ore senza impegni lavorativi.

Corte di Cassazione
Quarta sezione Penale
Sentenza n. 45527/2015
No all'omicidio colposo se il medico sbaglia "seguendo" i colleghi

Niente omicidio colposo per il medico a domicilio che sbaglia la diagnosi, appiattendosi sulle conclusioni dei colleghi che avevano osservato il paziente nel corso di un ricovero. La Corte di Cassazione, con la sentenza 45527, amplia il raggio di azione della legge Balduzzi, che depenalizza la colpa medica lieve, estendendola anche ad addebiti diversi dall'imprudenza, precisando che "pur trovando terreno d'elezione nell'ambito dell'imperizia può essere applicata anche quando in discussione sia la diligenza".

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

Corte di Cassazione
Sezione Penale – Sentenza n. 40320 del 7 ottobre 2015
Abuso d'ufficio e configurabilità del reato di mobbing

Ciò che dal punto di vista del codice deontologico medico viene considerato una grave violazione della regola del rispetto fra i colleghi con il camice bianco, dal punto di vista della Corte di Cassazione penale viene punito invece come abuso d'ufficio e mobbing. La Corte di Cassazione con la sentenza n. 40320, infatti, punisce la condotta di un direttore d'ospedale verso un suo medico e lo condanna perché responsabile dei delitti di abuso d'ufficio e maltrattamenti in famiglia. Il caso prende le mosse dalle continue condotte discriminatorie perpetrate sistematicamente da un direttore dell'unità di cardiochirurgia nei confronti di un medico chirurgo. Il direttore inizia la sua "escalation di prevaricazione" destinando il medico ad attività di consulenza in una struttura diversa e meno importante di quella dove abitualmente egli si reca. Non solo, fa anche in modo che il medico nella ripartizione degli interventi chirurgici tra lui e i colleghi, ne debba effettuare sempre meno degli altri. La vittima quindi non solo viene messa da parte all'interno dell'ambiente ospedaliero nel quale era solito svolgere le prestazioni mediche, ma assiste progressivamente allo screditamento delle sue competenze professionali.
La Corte condanna: abuso d'ufficio e reato di mobbing.

Cassazione Civile
Sezione Lavoro – Sentenza n. 21262 del 20 ottobre 2015
Guardia e pronta disponibilità notturna e festiva

La sentenza esprime il principio secondo cui le prestazioni di lavoro straordinario effettuate dai dirigenti per garantire le guardie e le pronte disponibilità notturne e festive, se non compensate con riposi sostitutivi, devono essere remunerate secondo le maggiorazioni previste dal Contratto Collettivo e ciò a prescindere dalla capienza del relativo fondo contrattuale. In altri termini viene affermato il principio di corrispettività e proporzionalità della retribuzione, contenuto nell'art. 36 della Costituzione, che deve trovare applicazione a prescindere da eventuali limitazioni finanziarie e tenendo conto di quanto previsto dalle regole contrattuali che governano il rapporto di lavoro.

Corte di Cassazione
Sesta Sezione Penale – Sentenza n. 45928 del 19 novembre 2015
Il servizio di pronta disponibilità non prevede la discrezionalità del medico, ma l'obbligo di intervenire

Con la sentenza numero 45928/2015, depositata il 19 novembre scorso, i giudici hanno nuovamente chiarito che il servizio di pronta disponibilità è stato istituito allo scopo di garantire una continuità assistenziale nel processo di erogazione delle prestazioni sanitarie.

In tal senso, esso non può ritenersi sostitutivo rispetto al turno di guardia, ma integrativo dello stesso, a maggiore tutela dei pazienti. Di conseguenza, il medico in reperibilità deve innanzitutto essere sempre concretamente e permanentemente reperibile. Inoltre, se la sua presenza è sollecitata, egli deve intervenire in reparto entro i tempi tecnici concordati e prefissati. Insomma, il medico reperibile non può sottrarsi alla chiamata ritenendo che non sussistano i presupposti dell'emergenza, in quanto il medico in servizio di reperibilità chiamato dal collega già presente in ospedale che ne sollecita la presenza a una ravvisata urgenza non può sindacare a distanza la valutazione del sanitario e sottrarsi alla chiamata deducendo che secondo il proprio giudizio tecnico non sussisterebbero i presupposti dell'invocata emergenza. Non rileva, infatti, la sua discrezionalità ma solo un obbligo di recarsi in ospedale.

Il vademecum
per il giovane medico in formazione e per il neo-specialista (e non solo).

ANAAO ASSOMED
SETTORE ANAAO GIOVANI

Per richiedere una copia cartacea del vademecum scrivere a: segreteria.nazionale@anaao.it

Campagna iscrizioni 2016

Se ti iscrivi per la prima volta dal 1° novembre 2015 al 31 gennaio 2016 potrai avere vantaggi esclusivi

Gratis fino al 30 giugno 2016 la polizza rivalsa colpa grave, con massimale 5 milioni in costanza di iscrizione

Gratis la Polizza tutela legale con estensione massimale a 50.000 euro gratuita per il primo anno

Gratis la partecipazione a Corsi di formazione accreditati ECM organizzati da Anaao Assomed

Pronto soccorso medico legale

Consulenza previdenziale personalizzata

Consulenza problematiche contrattuali

Consulenza assicurativa

Revisione busta paga

Tutela sindacale

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

Dal 1959 in prima linea per i tuoi diritti.

www.anaao.it