

Corso intensivo sul Risk management (Marsala 16-17 maggio 2003)

Trecentocinquanta partecipanti e 30 relatori provenienti dalle maggiori Università ed istituzioni ospedaliere, si sono dati appuntamento a Marsala il 16 e 17 maggio in un Corso sul "Risk Management" promosso dalla CIMO-ASMD e dalla SPEME. Il Corso, diretto dal Dott. Mario Ferrera, Segretario CIMO della provincia di Trapani, e dal Prof. Ignazio Carreca, Segretario CIMO del Policlinico di Palermo, ha riunito a Marsala i maggiori esperti nella gestione del rischio in sanità, che hanno presentato i risultati del loro lavoro ed indicato le linee guida per una corretta prevenzione degli errori in campo medico.

La relazione introduttiva al Corso "L'errore nella pratica medica, aspetti professionali e deontologici" è stata tenuta dal Presidente nazionale CIMO-ASMD, Dott. Stefano Biasioli. "In tutto il mondo - ha puntualizzato il nostro Presidente - la crescente richiesta di salute è accompagnata da un crescente contenzioso, sia in sede penale che civile, per presunti errori medici, subito amplificati dalla stampa scandalistica". "Ogni medico nell'arco di 20 anni di attività ha l'80% di probabilità di ricevere un avviso di garanzia e di entrare in un circuito infernale dal quale uscirà cambiato, innocente o reo che sia". Questi i termini del problema espressi dal Presidente Biasioli, che ha ribadito la convinzione che "Un sindacato come la CIMO non può limitarsi ad agire di rimessa, ma deve entrare nel cuore del problema. Ed il problema è che l'errore, purtroppo, è parte integrante della natura umana e quindi della medicina.". "L'errore nasce da una serie di carenze ed omissioni: la fretta, l'arroganza, la superficialità, il disinteresse, la presunzione, la disinformazione, la disorganizzazione, l'imprevisto. L'errore non può essere evitato perché i medici non sono tutti dei premi Nobel per la Medicina, perché l'organizzazione ospedaliera sarà sempre carente, perché un lavoro di gruppo è spesso un lavoro con poca solidarietà". La ricetta per uscire da questo pan-

tano si riassume, per il Presidente della CIMO, in un "miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso il monitoraggio (anonimo) degli errori, con la formazione (ECM), con un miglior rapporto medico paziente (puntando sull'informazione e sul consenso documentato), con le linee guida. Parametri che coinvolgono doveri professionali, ma che implicano altrettanti diritti professionali, largamente disattesi dalle ASL, specie in materia di: aggiornamento, formazione, organizzazione idonea". Nella sua relazione il Presidente Biasioli rilancia il progetto della CIMO, che è quello di "depenalizzare l'atto medico".

"Chiederemo al Governo - ha concluso Biasioli - che una nuova sensibilità porti l'errore medico ad un giudizio civile e non penale. Il danno va risarcito dal datore di lavoro e quindi l'eventuale azione legale deve essere avviata solo verso il datore di lavoro".

La D.ssa Francesca Rubboli, ricercatrice presso il CESREM (Centro studi errori in medicina) del San Raffaele di Milano ha presentato l'esperienza milanese nella prevenzione degli errori, "errori attivi come conseguenza di azioni errate ed errori latenti conseguenza di carenze organizzative". La Rubboli ha ricordato come il problema sia molto avvertito in Paesi come gli Stati Uniti ed il Regno Unito, Paesi in cui "gli eventi avversi interessano il 10% dei ricoveri, mentre il 3-4% dei pazienti subisce danni per errori medici". "Errori che nel 58% dei casi sono evitabili" mentre, puntualizza la D.ssa Rubboli, "muoiono più americani a causa di errori medici che per incidenti sul lavoro". Anche l'Italia, ha aggiunto la Rubboli, non è esente da rischi: "ogni anno negli ospedali pubblici e privati 320.000 ricoverati subiscono danni per cure errate e 35.000 pazienti muoiono per diagnosi e terapie scorrette". "Se errare è umano, la filosofia è quella di imparare dall'errore" e partendo "dall'analisi del rischio, da una valutazione del livello di rischio insito in ogni attività si può porre in atto una analisi delle

azioni non corrette". Al San Raffaele da circa 1 anno è nata una Unità di gestione del rischio che ha analizzato il lavoro di 6 Unità operative, 2 per l'area servizi, 2 per l'area chirurgica, 2 per l'area medica. All'Unità di gestione del rischio sono pervenute in forma anonima le informazioni su tutti i possibili errori che successivamente sono passati al vaglio delle cause con lo scopo di ricercare le possibili soluzioni. Tutti i dati, ha aggiunto la D.ssa Rubboli, portano ad "una analisi della gravità dell'evento, al luogo di origine, alle persone coinvolte, ai fattori umani, organizzativi, alla causalità". La Rubboli ha infine presentato un filmato nel quale viene illustrato il funzionamento del famoso "carrello intelligente", un sistema computerizzato collegato con un braccialetto fornito a tutti i pazienti al momento del ricovero al San Raffaele. Il sistema ha permesso di ridurre "del 70% il livello di rischio nella preparazione e somministrazione dei farmaci".

"L'errore farmacologico nel paziente ospedalizzato: l'esperienza pilota della Farmacia Ospedaliera di Verona", è stato il tema della relazione della D.ssa Giovanna Scroccaro, Direttrice della Farmacia del Policlinico di Verona e Presidente della Società Italiana Farmacia Ospedaliera. La D.ssa Scroccaro ha analizzato la catena di eventi legati alla somministrazione dei farmaci in ospedale e le fonti di errori, dalla prescrizione alla trasmissione della prescrizione, etichettatura, confezione, allestimento, conservazione, distribuzione, somministrazione. Nell'esperienza di Verona, su 3 reparti pilota (Medicina, Urologia, Ematologia) durante un periodo di osservazione di 9 settimane si sono avuti nel 17,1% errori nella prescrizione, di trasmissione nello 0,9%, di somministrazione nell' 1,5%. Il sistema informatizzato messo in atto a Verona ha permesso di ridurre: la possibilità di somministrare dosi tossiche di farmaci, nonché il tasso di reazioni avverse e la durata della degenza. La D.ssa Leonilde Marzolini del Sandro

IL MEDICO OSPEDALIERO E DEL TERRITORIO

Pertini di Roma ha relazionato su "L'errore come difetto del sistema sanitario". Per la Marzolini "La gestione del rischio clinico è una strategia manageriale basata sulla raccolta, elaborazione, studio di dati relativi a pazienti che ricevono cure. Il suo obiettivo è ridurre al minimo le possibilità che si verifichino incidenti attraverso una metodologia di prevenzione". Perché occuparsi di gestione del rischio clinico? "Per non nuocere ai pazienti, garantire maggiore tranquillità ai medici, contenere i costi addizionali della spesa sanitaria". Anche la Marzolini ha ribadito come "negli USA gli incidenti nel corso di cure sanitarie rappresentano la prima causa di morte accidentale, ben superiore a quella conseguente agli incidenti stradali". Analizzando le cause, la Marzolini indica "l'errore umano come un aspetto parziale del problema" ed aggiunge che "è necessario cambiare prospettiva e atteggiamento: dall'individuo al sistema organizzativo". In ultima analisi occorre prendere in considerazione "la debolezza del sistema che ha consentito il verificarsi dell'errore". Il tutto, nell'esperienza della D.ssa Marzolini, ha sì "come obiettivo primario quello di tutelare il cittadino, prevenendo gli eventi avversi, ma va perseguito senza perdere di vista gli obiettivi del cambiamento culturale e della tutela dei professionisti". Il programma messo in atto al Sandro Pertini poggia su alcuni pilastri fondamentali: Formazione per proporre gli strumenti metodologici, Condivisione perché siano i professionisti a gestire, Consulenza metodologica perché nessuno venga lasciato solo a gestire situazioni difficili".

Al Corso di Marsala un ruolo fondamentale è stato svolto dal Dott. Massimo Annicchiarico, Responsabile dell'Area di Emergenza Bologna Nord, che collabora con la SDA Bocconi in tema di "Risk Management". Nel suo primo intervento su "Gli indicatori di rischio nella prevenzione degli errori in medicina", Annicchiarico ha posto l'accento sui vari tipi di indicatori: strutturali (volume di pazienti trattati, tipo e status dell'ospedale, disponibilità di tecnologie avanzate), di

processo (processo assistenziale secondo linee guida), di esito (favorevole o sfavorevole). Tra gli indicatori di rischio rientrano le violazioni, intese come "deviazioni da pratiche operative sicure, standard, protocolli". Infine Annicchiarico, pur considerando che "l'aumento delle tecnologie ha reso meno facile l'errore umano", ha evidenziato come tutto ciò si presti "all'accumulo insidioso di insufficienze latenti nel sistema, predisponendo a rari ma potenzialmente catastrofici incidenti organizzativi".

Sulle strategie per prevenire e ridurre gli incidenti critici in anestesia, particolarmente stimolante è stata la relazione del Dott. Sergio Scaletti, Direttore Servizio di Anestesia e Rianimazione del Sandro Pertini di Roma, che ha indicato gli elementi fondamentali per una seria prevenzione: educazione (operatività dirigenziale in staff e revisione periodica degli incidenti), equipaggiamento (manutenzione programmata, misure di controllo), organizzazione (stress, fretta, migliore comunicazione), supervisione, protocolli (per compiti ripetitivi). Al Sandro Pertini il problema degli errori in sala operatoria è stato affrontato attraverso le compilazioni della check list preoperatoria e della Lista operatoria. Quali sono i reali desideri dei pazienti-familiari che si lamentano, si è chiesto Scaletti, mostrando una diapositiva assai singolare: il 37% vuole la testa del medico su un piatto d'argento, il 49% si accontenta delle scuse, il 74% vuole delle spiegazioni, l'80% esige maggiore attenzione, il 90% pretende di essere assicurato che il fatto non si ripeta.

Sugli aspetti medico-legali il Prof. Paolo Moreni di Padova e l'Avv. Fabrizio Scagliotti hanno fatto il punto sulla necessità di una efficace azione di prevenzione degli errori attraverso l'introduzione di metodologie di "Risk Management". In ogni azienda che si rispetti, per il Prof. Moreni, dovrebbe esistere una Unità Operativa che faccia capo ad un dirigente medico-legale, inserita nell'ufficio di staff aziendale con "compiti di coordinamento delle attività relative alla gestione medico-legale dei sinistri e di raccolta dati finalizzata a prevenire gli even-

ti forieri di responsabilità". L'avvocato Fabrizio Scagliotti, consulente legale della CIMO Veneto, ha chiarito cosa si intende per responsabilità del medico. Si ha responsabilità quando vi è "una condotta colpevole del sanitario, quando vi è un rapporto di causalità tra la condotta e l'evento in assenza di cause di giustificazione, in quanto la presenza di queste fa venir meno la responsabilità".

La giornata del 16 si è conclusa con una Tavola rotonda sul "Consenso Informato", presieduta dal Prof. Michele Poerio e dal direttore generale della ASL 9 di Trapani, Avv. Fulvio Manno.

Sabato 17 giornata dedicata, nella mattinata, alla Oncologia con la presenza di un illustre oncologo, il Prof. Robustelli Della Cuna di Pavia, che ha moderato la sessione dedicata ai tumori della mammella centrata sulla relazione del Prof. Marco Greco dell'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei tumori di Milano su "Linee guida nella diagnostica".

A seguire la sessione sui tumori del colon-retto, centrata sull'intervento del Prof. Ermanno Leo, Direttore Unità Operativa di Chirurgia colo-rettale dell'Istituto nazionale Tumori di Milano su "Confronto tra chirurgia tradizionale e tecniche mini invasive".

Il Corso si è concluso con la sessione di Uro-Andrologia, con la presenza del Prof. Pagano di Padova, che ha parlato degli aspetti critici nella diagnosi e trattamento della ipertrofia prostatica e del prof. Belgrano di Trieste, che ha relazionato sulla "Gestione del paziente con disfunzione erettile".

Mario Ferrera
Segretario CIMO-ASMD Trapani

MANIFESTO DELLA CIMO-ASMD SPECIALISTI AMBULATORIALI DEL TERRITORIO

Cari Colleghi,

molti specialisti ambulatoriali delle Marche, della Toscana, della Calabria e del Piemonte, si sono dimessi dal SUMAI, con un atto lungamente sofferto, ma consapevoli di dover dare un segnale forte per scuotere una categoria che fino ad oggi non ha più saputo reagire contro chi vorrebbe affossarla definitivamente.

Il 31 dicembre 2003, infatti, scade l'opzione per la presentazione della domanda per l'inquadramento nella dipendenza, ai sensi dell'art. 34 della legge 449/97, con la conseguenza che, dal 1° gennaio 2004, la categoria si troverà divisa in due grandi "tronconi": **specialistica ambulatoriale convenzionata e specialistica ambulatoriale della dipendenza.**

La nostra scelta è stata quella di evitare questa progressiva polverizzazione della categoria, realizzando invece una nuova forza che, aggregandosi ad una Sigla sindacale autonoma, non dipendente dai Partiti politici, ma soprattutto fuori da schemi e pregiudizi ideologici, che da tempo sono invece il bagaglio di tante Organizzazioni sindacali, potesse difendere realmente gli interessi degli specialisti ambulatoriali.

Così è nata la **CIMO-ASMD** - Specialisti ambulatoriali del territorio, che si è posta questi obiettivi:

CIMO-ASMD è impegnata nella difesa dello spazio della Specialistica ambulatoriale e nel mantenimento dell'area del tempo indeterminato. La previsione del passaggio al rapporto di dipendenza, di cui all'art. 8, comma 8, del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, deve essere mantenuta a domanda dello Specialista;

CIMO-ASMD ritiene che la copertura dei posti previsti dalla dotazione organica delle aziende sanitarie debba avvenire attraverso pubblico concorso per la dipendenza e con le modalità previste dal protocollo aggiuntivo della convenzione per la specialistica ambulatoriale, con contratti a tempo determinato da 1 a 3 anni, rinnovabili per la convenzionata;

CIMO-ASMD chiede una applicazione corretta della legge 29/93, e successive modificazioni e integrazioni, per la copertura di necessità temporanee e provvisorie nei presidi delle aziende sanitarie, bandendo i rapporti libero-professionali e le collaborazioni coordinate e continuative.

COME REALIZZARE QUESTI OBIETTIVI?

Attraverso le rivendicazioni sindacali di categoria e mediante un continuo approfondimento di temi di grande interesse politico-sociale, deontologico e professionale. La CIMO è nota per l'azione sindacale a difesa di tutti i medici, supportata da una grossa mole di attività (Convegni, Tavole rotonde, libri di documentazione sindacale e legislativa, videocassette per la formazione, ecc.) prodotta nel corso dell'ultimo decennio su molteplici temi sanitari ed indirizzata a:

1. favorire la separazione tra amministrazione politica e gestione tecnica delle aziende sanitarie e ospedaliere;
2. favorire l'autonomia e la responsabilizzazione dei medici;
3. difendere il Servizio sanitario nazionale, correggendone le storture ed i principali difetti;
4. difendere la professionalità medica ed i percorsi di carriera dei medici, nonché i diritti acquisiti;
5. difendere la libertà professionale dei medici contro ogni tentativo di ridurre gli ambiti professionali e gli spazi occupazionali;
6. favorire la formazione ECM dei propri iscritti attraverso la SPEME, Società scientifica accreditata.

È evidente tuttavia che soltanto avendo la forza di un sindacato potente e numericamente significativo, possiamo sostenere le nostre rivendicazioni sindacali di categoria, anche attraverso un continuo approfondimento di temi di profondo interesse e attualità politico-sociale, deontologico e professionale. La CIMO ci permette di continuare ad autogestirci come un'unica forza autonoma e con la capacità incisiva di un grande sindacato, ma per far questo è necessaria anche la Tua adesione.

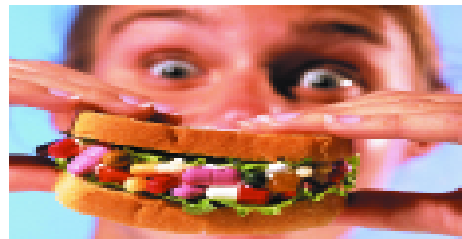
Stiamo lottando: per il riconoscimento dell'anzianità di servizio, osteggiato da molte forze politiche; per la possibilità di mantenere (anche per coloro che passeranno a rapporto di impiego) l'autonomia libero-professionale; per molti altri diritti che stanno cercando di toglierci. Quanti altri sindacati lo stanno facendo con il nostro impegno?

Tra poco tempo inizieranno le trattative per il nuovo ACN. Soltanto con la Tua adesione la CIMO potrà difendere in prima persona, senza demandare ad altri, i Tuoi diritti.

Dott. Luigi Venanzi

Il Coordinatore nazionale del Settore

CIMO-ASMD - Specialisti Ambulatoriali del Territorio



DI TUTTO UN PO'

Enrico Fusaro

A causa del giusto periodo di ferie del titolare e inventore della presente Rubrica, il dott. E. Fusaro, in via eccezionale, la stessa è stata curata dal direttore del Giornale.



Dal 1985 ad oggi i laureati in Medicina e chirurgia iscritti agli Albi sono aumentati del 45% circa (dato FNOMCeO). Oggi, quindi, il rapporto medico-abitanti è, in Italia, di 1/170, record mondiale. Visto che a tre anni dalla laurea (che avviene all'età media di 28,4 anni) solo il 24% circa dei neo-dottori lavora, secondo i dati e le analisi di Alma laurea, stupisce che sia ancora tanto "gettonata" l'iscrizione al Corso di laurea in Medicina e chirurgia. Una volta si diceva, per sottolineare la pleora medica, "c'è un medico per condominio, o per scala condominiale", ma nel mio condominio (300 abitanti, 4 scale) ci sono oggi 7 medici, più 2 dentisti.



Secondo la ricerca dell'Osservatorio su fumo, alcol e droga (Ossfad) dell'Istituto superiore di sanità, risulta che il consumo di alcol aumenta particolarmente tra i "teenagers", cioè tra i ragazzi tra i 14 e i 17 anni e tra le ragazze di pari età. Preoccupa l'uso delle bevande a più alta gradazione, quali liquori e amari. La nuova "cultura del bere" è alimentata, oltre che dalla propaganda diretta delle bevande alcoliche, dalla televisione e dai media, che propongono il consumo di alcol associandolo spesso a "situazioni di quotidiana convivialità e a protagonisti con personalità positive". Non mi sento quindi, neppure per scherzo, di augurare ai giovani bevitori

un "prosit", ben sapendo che, secondo l'OMS, l'alcool è la prima causa di morte tra i giovani europei di età compresa tra i 15 e i 29 anni: un decesso su quattro è dovuto infatti al consumo di alcol per un totale di 55.000 morti l'anno a causa di incidenti automobilistici, avvelenamento, suicidio indotto dal bisogno di liberarsi dall'alcolismo, omicidi legati allo stesso fenomeno, ecc.



La bozza dell'atto di indirizzo del Comitato di settore per il rinnovo del CCNL2002-2005 di area medica prevede, tra l'altro: che i medici dipendenti abbiano un orario minimo di lavoro come puro riferimento, senza indicare limiti massimi; che per beneficiare dell'indennità di esclusività di rapporto si debbano rendere "prestazioni aggiuntive"; che non ci sia più la riserva di 4 ore settimanali per attività non assistenziali, cioè per la formazione e l'aggiornamento; che sia abolito il Comitato dei garanti (che tutela dai recessi ingiustificati da parte aziendale), e tante altre amenità simili. Perché non dire chiaramente, cara Controparte, che la dirigenza medica deve fare un contratto "a costo zero o sottozero", così da consentirle finalmente (paradosso per paradosso!) di mantenere l'invarianza nel tempo del potere reale d'acquisto della propria retribuzione?



La maggioranza di Governo ha approvato, ai primi di agosto, il Documento di programmazione economico-finanziaria del quadriennio 2004-2007. Queste le previsioni: crescita del PIL 2004 del 2%, e poi del 2,3%, del 2,5% e del

2,6% nei tre anni successivi; inflazione programmata in calo, rispettivamente 1,7%, 1,5%, 1,4%, 1,4%, negli anni 2004, 2005, 2006 e 2007; tasso di disoccupazione in calo (dall'8,5% del 2004 al 7,5% del 2007); avanzo primario in crescita (dal 3,1% del 2004 al 5,2% del 2007). Dati troppo ottimistici, per eccesso il PIL e per difetto l'inflazione. Scommettiamo che nessuna di queste previsioni reggerà all'esame-verità della realtà, nonostante siano suggellate dall'autorevolezza di un professore universitario, il Prof. Giulio Tremonti, Ministro dell'Economia? Una volta si diceva: ottimismo di regime...



Il Ministro della Funzione pubblica, Luigi Mazzella, ha affermato ("Il Sole-24 Ore" del 1° agosto, pag. 20) che si augura che i contratti del pubblico impiego (compreso quello di area medica) "possano essere chiusi subito dopo la pausa estiva" (si riferiva, evidentemente, all'estate 2003, la cui "pausa" termina il 1° settembre 2003). Non voglio lasciare il Ministro alle sue illusioni (o speranze), infatti: per essere "chiuso" un contratto deve essere stato "aperto" in precedenza, il che non è per il nostro contratto; possibile che nessuno l'abbia informato sulla "celebrità" delle trattative per le code contrattuali dell'ultimo contratto di area medica, definite con preintesa nell'estate 2002, siglate il 7 maggio 2003 e ancora in attesa oggi, e siamo a settembre 2003, di essere finalmente sottoscritte e stipulate? Ed allora la battuta del Ministro o la cataloghiamo tra le "banalità di facciata", o bisogna inviarla al Festival dell'umorismo per competenza.



Tormentone estivo scatenato dai giornalisti (italiani ed europei) sull'incremento delle morti negli anziani "provocate dall'eccezionale periodo di calura". Se ne sono dette e scritte di tutti i colori, si sono dati autenticamente i numeri: 1.000, 2.000, 10.000 morti... Non stupisce che i giornalisti (evidentemente privi di competenze tecnico-specialistiche in materia sanitaria) siano caduti in considerazioni e valutazioni tanto generiche, non provate, errate. Purtroppo anche tecnici di settore, o responsabili politico-amministrativi della Sanità sono caduti nel circolo vizioso: ma come si può attribuire ad una concausa (come la calura estiva) la eziopatogenesi di morti che hanno mille altre giustificazioni, anche maggiori, sul piano clinico-sociale, quali l'età avanzata (ricor-

date il detto "*senectus ipse morbus*"), il degrado funzionale degli organi ed apparati vitali, le riacutizzazioni di vecchie patologie, le condizioni di povertà e di solitudine, la depressione, l'inedia, ecc.? Questa volta peggio degli italiani hanno fatto i francesi: che colpo al loro orgoglio nazionale, specie in un campo, come quello sanitario, in cui credevano di essere i primi! Purtroppo ancora una volta il Ministro Sirchia ha fatto la cosa sbagliata: anziché dedicarsi alle cose importanti ed utili (e Dio solo sa quanti problemi attendano soluzione!), ha nominato una Commissione d'inchiesta per accertare il fenomeno e studiare le cause, non mancando di polemizzare con Comuni e Regioni. Anche i giornalisti meritano una tirata d'orecchi: hanno forse creato più danno loro agli anziani (riempiendoli di paure e di angosce con la loro

penna insensibile e sgarbata) di quanto non ne abbia procurato la calura estiva. Ciò premesso e tuttavia: che caldo!



Dalla Relazione sullo "stato sanitario del Paese 2001-2002", risulta che in pochi anni (1999-2002) l'attesa di vita alla nascita è cresciuta di quasi un anno. Questo stesso dato, che è riguardato con orgoglio e con speranza da quanti si interessano di Sanità e di salute, determina invece sconcerto e preoccupazione in chi si interessa di previdenza, di bilanci e conti pubblici. Noi della CIMO naturalmente "teniamo" per la Sanità, la salute, la vita, non siamo quindi né super partes, né imparziali. Salute e lunga vita a tutti, questo è il nostro augurio! ■

IL RISCHIO PROFESSIONALE DEL MEDICO

A cura di Riccardo Cassi

Volume brossurato f.to 15x21

156 pagine - € 15,00



 **CIC Edizioni Internazionali**

IL DIRETTORE RISPONDE

Carlo Sizia

A. Mobilità coatta o d'urgenza intra-aziendale

Il Dott. O.A.P. ci scrive:

"Si prospetta l'eventualità dell' attivazione della mobilità coatta o d'urgenza per alcuni chirurghi di una U.O. ospedaliera, ritenuta ufficialmente sovrabbondante di personale medico (2 o 3 unità), per coprire le necessità di U.O. di chirurgia o di Pronti soccorso di altri presidi della stessa ASL. Come poterci tutelare di fronte a tale eventualità? Quali criteri seguire per tale tipo di mobilità?"

Sulla base della documentazione fornita, posso dire:

- che l'istituto in questione è la mobilità d'urgenza intra-aziendale, regolamentata dall'art. 81 del D.P.R. 384/90, dall' art. 31 del CCNL 94/97, in parte dall'art. 20 del CCNL 98/2001 e, in prospettiva, dall'art. 16 delle cosiddette "code contrattuali" (già sottoscritte, ma ancora in attesa della definitiva stipula);
- che la gestione di tale istituto è prettamente locale, attraverso le relazioni sindacali dell'informazione, consultazione e concertazione (trattandosi anche di "articolare piani per assicurare le emergenze", ai sensi dell'art. 6, c. 1, sub B, del CCNL 98/2001);
- che l'azienda ha il diritto di attivare, nel caso di specie, la mobilità interna temporanea o d'urgenza;
- che è logico che in questo caso il personale da utilizzare sia quello della U.O. di Chirurgia generale dell' ospedale maggiore, struttura che pare presentare una relativa eccedenza del personale medico-specialistico;
- che, abitualmente, per individuare il personale medico da "mobilizzare", si utilizzano i seguenti criteri: a) graduatoria inversa (viene cioè mobi-



lizzato il personale con minori titoli professionali complessivi); b) viene mobilitato il personale ufficialmente dichiarato "in eccedenza" (se tale dichiarazione è ufficialmente intervenuta); c) il criterio ritenuto dal sindacato più giusto (e sacralizzato anche dalla normativa contrattuale) è tuttavia quello della "mobilità a rotazione", che interessa tutto il personale non apicale della U.O. in questione (U.O. di Chirurgia generale, nella fattispecie);

- che vanno rispettate comunque alcune garanzie per la struttura che "cede" il personale, nonché per il personale medico-dirigente, e cioè bisogna assicurare in via prioritaria la funzionalità della struttura di provenienza e la mobilità stessa non può superare il mese all'anno, salvo consenso del dirigente, deve avvenire nell' ambito della disciplina di appartenenza, ecc.

B. Guardie interdivisionali

La dott.sa G.M. ci scrive:

"Sono un dirigente medico di 1° livello operante presso un servizio di riabilitazione ospedaliera. È possibile che ai medici fisiatristi, pur appartenendo all'area riabilitativa, venga richiesta la copertura di turni di guardia nelle divisioni di area medica?"

È possibile che, in caso di guardie mediche interdivisionali, ai medici fisiatristi chiedano la copertura di turni di guardia che impegnano competenze proprie di un medico internista.

Quanto anzidetto è possibile, nonostante che rappresenti una notevole fonte di insicurezza per gli operatori e per gli utenti, per due ordini di fattori:

- perché la medicina fisica e riabilitazione è comunque un servizio che appartiene all'area medica e delle specialità mediche;

- perché l'attuale disciplina contrattuale della guardia medica non prevede (a differenza che per i servizi di pronta disponibilità) l'utilizzo di "dirigenti appartenenti alla medesima disciplina".

È da anni che la CIMO, purtroppo non spalleggiata dalle altre OO.SS. mediche, chiede una profonda riscrittura contrattuale degli istituti per l'emergenza, soprattutto al fine di migliorare qualità e sicurezza del lavoro medico.

Nel caso di specie, se si insiste nelle guardie interdivisionali, esse vanno supportate, quanto meno, da servizi di pronta disponibilità integrativa della guardia per ciascuna delle specialità che concorrono al servizio di guardia interdivisionale, in modo che il medico di guardia possa contare, in caso di difficoltà, sulla competenza dello specialista di volta in volta necessario per le specifiche esigenze cliniche del caso in esame.

C. Sulla pronta disponibilità

Il Dott. T.M. ci scrive:

"Chiedo cortesemente documentazione sulla normativa vigente riguardante la pronta disponibilità. In particolare:

- *quale è il tempo massimo previsto per l'arrivo del medico al presidio dopo la chiamata?; è vero che la pronta disponibilità diurna non festiva viene considerata come normale orario di servizio?;*
- *come viene conteggiato il riposo compensativo rispetto all'orario settimanale?;*
- *quale è la normativa economica?;*
- *la pronta disponibilità è materia di contrattazione decentrata?"*

Rispondo, nell'ordine, ai quesiti sulla pronta disponibilità, cosa che qualsiasi Segretario aziendale CIMO sarebbe stato ugualmente in grado di fare.

1. Il tempo massimo di arrivo al presidio in corso di pronta disponibilità, a seguito di chiamata, è fissato abitualmente dai Regolamenti aziendali in un periodo variabile dai 20 ai 30 minuti.
2. Abitualmente i servizi di pronta disponibilità vanno limitati ai periodi notturni e festivi ed il singolo turno dura 12 ore. Se il turno ha una durata inferiore (tuttavia non può essere inferiore alle 4 ore), l'indennità è corrisposta proporzionalmente alla durata della stessa, con maggiorazione del 10%. Non è vero che la eventuale pronta disponibilità diurna non festiva viene considerata come "normale orario di servizio".
3. Il riposo compensativo (che precede o segue la pronta disponibilità che cade in giorno festivo) non determina riduzione del debito orario settimanale.
4. Il turno di 12 ore di pronta disponibilità è compensato, come livello minimo, con 40.000 vecchie lire lorde. Per superare tale limite ci vuole, evidentemente, volontà delle Parti in tal senso e disponibilità nel fondo ex art. 51 del CCNL vigente.
5. La pronta disponibilità non è un istituto da "contrattare", ma da "concertare" ai sensi dell'art. 6, c. 1, sub B, del CCNL 98/2001. La pronta disponibilità, infine, è un istituto che non è stato modificato nell'ultimo e vigente contratto di area medica. Pertanto la relativa disciplina è ancora quella dettata dall'art. 20 del CCNL 94/97.

Carlo Sizia

NOTIZIE REDAZIONALI

La CIMO si allarga ...

Dopo il Settore dei medici degli Ospedali classificati, la CIMO-ASMD ha costituito due nuovi Settori specifici: i dirigenti medici del Ministero della Salute ed i medici specialisti ambulatoriali del territorio.

A. DIRIGENTI MEDICI DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Si è costituita una Sezione CIMO-ASMD che ha eletto come propri rappresentanti i dottori Salvatore Caruso e Domenica Centi.

I Colleghi del Ministero non hanno ancora

rinnovato l'accordo integrativo del CCNL 1998-2001, perché non viene loro riconosciuta la completa equiparazione economica né con la dirigenza dell'Area 1 (Ministeri), né con quella dell'Area 4 (S.S.N.), con notevoli penalizzazioni.

La CIMO ha avuto numerosi incontri con esponenti politici e ministeriali nel tentativo di trovare una soluzione soddisfacente. Ci auguriamo che, dopo la pausa estiva, la situazione si sblocchi in maniera positiva.

B. MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI DEL TERRITORIO

Circa 200 specialisti ambulatoriali delle Marche e della Toscana, non condividendo più la strategia dei sindacati storici della convenzionata, sono confluiti nella CIMO, costituendo a norma di Statuto la specifica Sezione.

Il Dott. Luigi Venanzi, di Ancona, è stato nominato Coordinatore nazionale di Settore ed il nostro Comitato centrale ha approvato lo specifico Regolamento del Settore "specialisti ambulatoriali".

In Toscana è stato eletto il Coordinatore regionale nella persona del Dott. Paolo Francini.

inserire pubblicità
cd allegato