

il nuovo Anestesista Rianimatore



Bollettino dell'Associazione Anestesiologi Rianimatori Ospedalieri Italiani

Direzione e Redazione: Via E. Suarez, 12 - 80129 Napoli - Tel. 081.558.51.60 - Spedizione in Abbonamento Postale - 45% - art. 2, comma 20/B - Legge 662/96 - Filiale di Napoli



La UMSPED (AAROI - AIPaC - SNR) proclama 24 ore di sciopero lunedì 10 dicembre 2007

ALLO SCIOPERO ADERISCONO ANCHE I RADIOLOGI DEL SNR ED I LABORATORISTI DELL'AIPAC NONCHÉ SIAARTI, SIARED E CPOAR

Il 21 novembre presso il Ministero del Lavoro è stato espletato il tentativo di raffreddamento e conciliazione dello sciopero proclamato dalla UMSPED (AAROI-AIPaC-SNR) per lunedì 10 dicembre 2007. Com'era prevedibile, non si è raggiunto alcun accordo in merito ai tre punti rivendicati, e cioè:

- la difesa ad oltranza delle competenze professionali degli anestesisti rianimatori contro

l'invasione operata dall'attivazione della nuova Scuola di Specializzazione in Medicina di Emergenza Urgenza;

- il rinnovo del Contratto di lavoro scaduto da due anni e la rivalutazione economica dell'indennità di esclusività di rapporto, nonché la soluzione del precariato medico;
- il riconoscimento per i medici dell'area dei servizi (anestesisti rianimatori, radiologi, me-

dici di laboratorio) di categorie che svolgono lavori usuranti.

Pertanto si conferma, da parte della UMSPED, la revoca dello sciopero del 26 novembre e la proclamazione dello sciopero del 10 dicembre. In buona sostanza, anestesisti rianimatori dell'AAROI, insieme ai colleghi della SIAARTI, della SIARED e del CPOAR, i radiologi del SNR ed i laboratoristi dell'AIPaC, saranno regolarmente in

servizio lunedì 26 novembre, mentre si asterranno dal lavoro lunedì 10 dicembre.

Si chiede a tutti il massimo impegno per procedere ad un'informazione capillare dei nostri colleghi, soprattutto con lo scopo di dimostrare che gli scioperi hanno successo quando ad effettuarli siamo noi. Naturalmente sono assicurate la piena e totale disponibilità delle Segreterie regionali e delle Presidenze nazionali delle Associazioni aderenti.

Grande manifestazione a Roma con un sit-in davanti al Ministero dell'Università per bloccare l'attivazione della scuola di specializzazione in medicina di emergenza urgenza

IL MINISTRO MUSSI NON HA VOLUTO RICEVERE I RAPPRESENTANTI DELLE QUATTRO ASSOCIAZIONI DEGLI ANESTESISTI RIANIMATORI

Il 24 ottobre a Roma 600 anestesisti rianimatori provenienti da ogni parte d'Italia, in un giorno lavorativo e senza far sospendere le attività ordinarie per non creare disagi ai malati, hanno effettuato un Sit in davanti al Ministero dell'Università per chiedere al Ministro Mussi di bloccare l'avvio della nuova Scuola di Specializzazione in Medicina di Emergenza Urgenza, che non nasce da una necessità di carattere scientifico, né tanto meno da una carenza strutturale e organizzativa del settore dell'emergenza urgenza, ma da una precisa volontà politica che non coincide però con gli effettivi bisogni dei cittadini. Gli anestesisti rianimatori, in particolare, non possono accettare che a questa nuova figura professionale venga assegnato in esclusiva il titolo di "medico specialista dell'Emergenza".

Bisogna evitare la nascita di una categoria di medici "tuttologi" che non sarebbe coerente con le oggettive necessità dell'utenza e di cui non si sente il bisogno, poiché già esistono le figure professionali che da tempo si occupano della gestione operativa di questo settore, avendo acquisito nel tempo la cultura, le capacità tecniche e l'esperienza per trattare, in tempi rapidissimi, pazienti veramente particolari ed impegnativi.

Non si può far nascere una figura professionale affidandogli competenze che gli anestesisti rianimatori svolgono egregiamente da più di trenta anni, senza clamori e senza mai cercare le luci della ribalta mediatica. Nel corso del Sit in abbiamo chiesto più volte di incontrare il Mini-



stro dell'Università per meglio definire ed eventualmente correggere le scelte fin qui effettuate, ma l'on. Mussi si è rifiutato di incontrare una nostra delegazione, così come aveva fatto in precedenza il Ministro della Salute Livia Turco che non ha nemmeno risposto alle richieste di incontro promosse dai Presidenti di AAROI-SIAARTI-SIARED-CPOAR.

Di fronte al silenzio delle istituzioni, per far sentire la nostra voce, la UMSPED-AAROI è stata costretta a proclamare uno sciopero per lunedì 10 dicembre, a cui parteciperanno anche i colleghi radiologi del SNR e di laboratorio dell'AIPaC e al quale hanno aderito anche SIAARTI-SIARED e CPOAR.

Naturalmente poiché non possiamo effettuare due giorni di sciopero nell'arco di un breve lasso di tempo siamo stati obbligati a revocare quello unitario del 26 novembre, pur condividendone tutte le motivazioni.

Se vogliamo difendere ad oltranza le competenze via via acquisite negli anni, con particolare attenzione al futuro dei nostri giovani colleghi, è evidente che dobbiamo fare tutto il possibile perché lo sciopero del 10 dicembre riesca pienamente chiedendo il massimo impegno a tutti gli anestesisti rianimatori italiani.

L'obiettivo dello sciopero è il blocco di tutte le Sale Operatorie del nostro Paese che avrà come conseguenza il rinvio di circa 50 mila interventi chirurgici di elezione.

Poiché bisognerà comunque garantire la presenza in servizio di un certo numero di colleghi, per assicurare e magari integrare la copertura dei turni in settori che richiedono la continuità delle prestazioni sanitarie indispensabili (Rianimazioni, Terapie Intensive, attività Chirurgica di urgenza ecc.), bisognerà programmare per tempo, insieme ai Primari delle rispettive Unità Operative, i turni del giorno dello sciopero indicando alle Direzioni Sanitarie e nominativi di coloro i quali lo effettuano.

Da questo momento il destino della disciplina dipende soprattutto dalla riuscita di questa importante rivendicazione.

Vincenzo Carpino

SERVIZIO FOTOGRAFICO DELLA MANIFESTAZIONE ALLE PAGINE 7-8-9-10

SCUOLA DI FORMAZIONE SINDACALE

L'impegno dell'AAROI per la formazione dei propri quadri dirigenti

Un esempio da imitare

Ha preso il via a Roma il primo ottobre il Corso biennale di formazione sindacale 2007-2008 "Strumenti Operativi a Supporto delle Funzioni Manageriali della Dirigenza Medica". L'AAROI è da sempre impegnata a fornire ai propri iscritti strumenti, conoscenze, tecniche che li aiutino ad interpretare al meglio il loro ruolo, sia come professionisti, sia come dirigenti, sia

come rappresentanti sindacali. In queste dimensioni si concretizza l'impegno della dirigenza medica, chiamata a rispondere a tre ordini di responsabilità:

- In primo luogo la responsabilità di dare agli assistiti, nel peculiare ed unico rapporto fiduciario che si instaura tra medico e paziente,

Continua a pagina 3

**ATTO DI INDIRIZZO
DEL COMITATO DI SETTORE
PER IL RINNOVO
DEL CONTRATTO DI LAVORO
DEL PERSONALE
DELLA DIRIGENZA
MEDICA E VETERINARIA
Quadriennio contrattuale 2006/09
Biennio economico 2006/07**

IL TESTO PUBBLICATO ALLE PAGINE 4 e 5

Nei prossimi anni i camici rosa diventeranno la maggioranza

Una recente statistica ha evidenziato come nel 2003 il 60% dei laureati in Medicina e Chirurgia erano donne e che nei prossimi 10 anni tale percentuale salirà all'80%. Nell'immaginario collettivo il "medico" è sempre stata una figura maschile così come rappresentata in moltissimi romanzi, film o serie televisive dedicati agli uomini in camice bianco (Dr. Kildair, Dr. Zivago, Dr. House, ecc.). E ancora oggi molti pazienti, almeno al sud, si rivolgono alle donne medico chiamandole "signora" e non dottoressa. Pur essendo il prendersi cura degli altri un punto di forza delle donne che lo hanno sempre fatto con un talento naturale che va riconosciuto (istinto materno?), questo cambiamento potrebbe creare qualche problema.



Senza dubbio i primi ad avere difficoltà potrebbero essere i medici "uomini" quando un numero sempre maggiore di donne occuperà i posti di responsabilità e di direzione. Anche i pazienti maschi potrebbero avere problemi trovandosi a dover esporre i loro disturbi ad un medico donna: in particolare in Urologia e Andrologia, fermo restando che spesso anche le donne preferiscono specialisti uomini (Chirurghi, Ortopedici, ecc.) cui affidarsi. Ma in realtà queste preoccupazioni sono infondate se consideriamo che l'uomo, nell'arco della sua vita, ha spesso la donna come interlocutrice primaria dei propri problemi più o meno intimi: la mamma, la fidanzata, la moglie, la compagna. Del resto è fin dall'infanzia che del corpo degli uomini si prende cura la donna madre. Pertanto sembra difficile pensare che possano scattare blocchi psicologici solo perché sotto il camice vi è una figura femminile.

Sicuramente l'aumento del numero delle donne nella professione creerà uno stimolo a nuove sfide fra i due sessi: non solo in campo tecnico-scientifico ma certamente nello stile di relazione. La presenza femminile dovrebbe migliorare la comunicazione fra medico e paziente dando più spazio all'ascolto, all'attenzione affettiva rispetto ad un atteggiamento più tecnico volto a soddisfare solo alcuni momenti dell'aspettativa di cura.

Maurizio Greco

I VANTAGGI DI ESSERE ISCRITTI ALL'A.A.R.O.I.

Una delle più grandi Associazioni autonome della dirigenza medica, dal 1952 a tutela degli interessi dei Medici Anestesisti Rianimatori, riserva, a titolo completamente gratuito e soltanto per i propri iscritti, i seguenti servizi:

- ▶ **SERVIZIO DI CONSULENZA LEGALE** che prevede la consulenza giuridico amministrativa.
- ▶ **SERVIZIO DI CONSULENZA PREVIDENZIALE** che prevede la ricostruzione della posizione previdenziale e del trattamento di fine rapporto.
- ▶ **SERVIZIO DI CONSULENZA MANAGERIALE** che prevede la consulenza operativa su problematiche relative al controllo di gestione.
- ▶ **PANDEI DEI MAGGIORI ESPERTI DI CONTRATTI, CONVENZIONI, FISICA, STATO QUINQUE, ECC. CON IL SUPPORTO DEGLI STUDI TECNICI**
- ▶ **PARTICIPAZIONE A CORSI DI AGGIORNAMENTO, CONGRESSI, CONVEGNI, SIMPOSI ORGANIZZATI DA AAROI-SIARED CON L'ACQUISIZIONE DI CREDITI FORMATIVI ECM.**
- ▶ **INVIÒ DEL PERIODICO "Il Nuovo Anestesista Rianimatore" bollettino ufficiale dell'Associazione.**
- ▶ **INVIÒ DELLA RIVISTA SCIENTIFICA "Acta Anaesthesiologica Italica" pubblicata a cura della SIARED.**
- ▶ **CONVENZIONI ASSICURATIVA PER LA COPERTURA DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE del Medico Anestesista Rianimatore (Copertura di 2° rischio) e sistema di protezione professionale e tutela legale. Servizio di consulenza telefonica in caso di incidente professionale selezionando il numero 334.2480994.**
- ▶ **CONVENZIONI PRIVILEGIATE CON LA BARCA NAZIONALE DEL LAVORO**
- ▶ **SITO INTERNET completamente riservato: www.aaroi.it con 19000 profili online alle Sezioni Regionali**
- ▶ **SERVIZIO DI DOCUMENTAZIONE PARLAMENTARE E RACCOLTA DELLE GAZZETTE UFFICIALI**

**È IL MOMENTO DI INVESTIRE NELL'A.A.R.O.I.
NON PERDERE ALTRO TEMPO
ISCRIVITI ANCHE TU!**

Per l'iscrizione all'AAROI occorre compilare e firmare il modulo-delega in triplice copia e consegnarlo al Presidente della Regione di appartenenza o spedirlo per posta a:

A.A.R.O.I.

Via Suarez, 12 - 80129 NAPOLI

SEDE NAZIONALE • Via XX Settembre, 98/E • 00187 Roma • Tel. 06.47825272 • Fax 06.47882016 • e-mail: aaroi@aaroi.it

PRESIDENTE NAZIONALE • Dott. VINCENZO CARPINO • Via E. Suarez, 12 • 80129 Napoli • Tel. 081.5585160 • Fax 081.5585161 • e-mail: carpino@aaroi.it

VICE PRESIDENTE NORD • Dott. GIANMARIO MONZA • Via C. Franchi, 120 • 21040 Cislago (Va) • Tel. e Fax 02.96409202 • e-mail: lombardia@aaroi.it

VICE PRESIDENTE CENTRO • Dott. MARCO CHIARELLO • Via Cav. di V. Veneto, 34 • 62027 S. Severino M. (Mc) • Tel. 0733.633601 • Fax 0733.646140 • e-mail: marchiarelo@virgilio.it

VICE PRESIDENTE SUD • Dott. MARIO RE • Via Michelangelo, 450 • 90135 Palermo • Tel. 091.6662927 • Fax 091.6662920 • e-mail: a.a.r.o.i.sicilia@libero.it

PRESIDENTE SIARED • Dott. GIUSEPPE MARRARO • Via Marco Polo, 55 • 20049 Concorezzo (Mi) • Tel. 039.6042128 • Fax 02.700404589 • e-mail: gmarraro@picu.it

PRESIDENTE SIAARTI • Prof. LUCIANO GATTINONI • Piazza dei Daini, 3 • 20126 Milano • Tel. 02.55033231 • Fax 02.55033230 • e-mail: gattinoni@policlinico.mi.it

COORDINATORE UFFICIO ESTERI • Dott.ssa RAFFAELLA PAGNI • Via Zuccari, 6/A • 60129 Ancona • Tel. 071.33271-5962313 • Fax 071.5962310 • e-mail: pagnir@tin.it

SEGRETARIO • Dott. UMBERTO VINCENTI • Corso Garibaldi, 47 • 84123 Salerno • Tel. 089.223093 • Fax 081.8234797 • e-mail: u.vincenti@libero.it

TESORIERE • Dott. MAURIZIO GRECO • Via A. Minichini, 8 (IV Traversa) • 80035 Nola (Na) • Tel. 081.5585160-081.5124497 • Fax 081.5585161 • e-mail: m.greco@aaroi.it

ABRUZZO • Dott. Stefano MINORA • Via Galilei, 13 • 64015 Nereto (Te) • Tel. 0861.855371 • Tel. e fax 0861.810476 • e-mail: s.minora@tiscalinet.it

BASILICATA • Dott. Nicola SCACCUTO • Largo Mercato, 4 • 85057 Tramutola (Pz) • Tel. 0975.353750 • Fax 0975.612596 • e-mail: niscac@tiscali.it

CALABRIA • Dott. Guido MINUTO • Via S. Lucia al Parco, 6 • 89124 Reggio Calabria • Tel. 0965.28039-0982.977356 • Fax 0982.977270 • e-mail: guidominuto@yahoo.it

CAMPANIA • Dott. Elio RECCHIA • Via E. Suarez, 12 • 80129 Napoli • Tel. 081.5585160 • Fax 081.5585161 • e-mail: eliorecchia@virgilio.it

EMILIA ROMAGNA • Dott.ssa Teresa MATARAZZO • Via De' Romiti, 16 • 44100 Ferrara • Tel. 0532.769596 • Fax 0532.711453 • e-mail: aaroi@hotmai.com

FRIULI-VENEZIA GIULIA • Dott. Sergio CERCELLETTA • Via S. Slataper, 2/A • 33100 Udine • Tel. 0432.530144-0432.552428 • Fax 0432.231977 • e-mail: sergio.cercelletta@libero.it

LAZIO • Dott. Quirino PIACEVOLI • Via Andrea Barbazza, 154 • 00168 Roma • Tel. e Fax 06.6149007 • e-mail: aaroi@regionelazio@hotmail.com

LIGURIA • Dott. Pasquale DE BELLIS • Via di S. Zita, 1/14D • 16129 Genova • Tel. 010.565263-010.5552539 • Fax 010.5556860 • e-mail: debellispasquale@fastwebnet.it

LOMBARDIA • Dott. Gianmario MONZA • Via C. Franchi, 120 • 21040 Cislago (Va) • Tel. e Fax 02.96409202 • e-mail: lombardia@aaroi.it

MARCHE • Dott. Marco CHIARELLO • Via Cav. di V. Veneto, 34 • 62027 S. Severino M. (Mc) • Tel. 0733.633601 • Fax 0733.646140 • e-mail: marchiarelo@virgilio.it

MOLISE • Dott. Roberto GRAMEGNA • Via delle Orchidee, 23 • 86039 Termoli (Cb) • Tel. 0875.83660-0875.7159323 • Fax 0875.702484 • e-mail: rob-gram@libero.it

PIEMONTE - VALLE D'AOSTA • Dott. Bruno BARBERIS • Corso Re Umberto, 138 • 10128 Torino • Tel. e Fax 011.3186439 • e-mail: brunobarberis@hotmail.com

PROVINCIA DI BOLZANO • Dott. Massimo BERTELLI • Via Hoertmoos, 33 • 39018 Terlano (Bz) • Tel. 0471.933267-0471.908675 • e-mail: massimo.berelli@asbz.it

PROVINCIA DI TRENTO • Dott. Giorgio CESARI • Via Man di Sant'Antonio, 17/2 • 38100 Trento • Tel. 0461.921472-0461.755289 • Fax 0461.921472 • e-mail: pgtces@tin.it

PUGLIA • Dott. Antonio AMENDOLA • Piazza A. Diaz, 11 • 70121 Bari • Tel. e Fax 080.5540557 • e-mail: amendolaantonio@libero.it

SARDEGNA • Dott. Paolo CASTALDI • Via Einaudi, 40 • 09127 Cagliari • Tel. 070.664440-6094345 • Fax 070.42939 • e-mail: paolo.castaldi@tiscali.it

SICILIA • Dott. Mario RE • Via Michelangelo, 450 • 90135 Palermo • Tel. 091.6662927 • Fax 091.6662920 • e-mail: a.a.r.o.i.sicilia@libero.it

TOSCANA • Dott. Fabio CRICELLI • Via S. Donato, 24-4 • 50127 Firenze • Tel. 055.360415-055.3245661 • Fax 055.39069595 • e-mail: toscana@aaroi.it

UMBRIA • Dott. Luigi RINALDI • Strada di Piedimonte, 8-D • 05100 Terni • Tel. 0744.205262 • Tel. e Fax 0744.306131 • e-mail: luigirinaldi@alice.it

L'A.A.R.O.I. su INTERNET: www.aaroi.it

Anestesista Rianimatore

Organo Ufficiale dell'A.A.R.O.I.

Autorizzazione

Tribunale di Napoli
4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile

VINCENZO CARPINO

Vice Direttori

MARCO CHIARELLO
GIANMARIO MONZA
MARIO RE

Comitato di Redazione

GIAN MARIA BIANCHI
FELICE OCCHIGROSSI
POMPILO DE CILLIS
COSIMO SIBILLA

**Direzione, Redazione,
Amministrazione**

VIA E. SUAREZ, 12 - 80129 NAPOLI
Tel. 081.5585160 - Fax 081.5585161
e-mail: aaroi@aaroi.it

**Progetto grafico
realizzazione e stampa
MEDIA PRESS s.a.s.**

Via Manzoni, 54 - 82037 Telesse Terme (Bn)
www.mdpress.it
e-mail: info@mdpress.it

Il giornale è inviato gratuitamente
a tutti gli iscritti all'AAROI
Chiuso in Redazione il
19 novembre 2007
Tiratura: 10.000 copie
Spedito il
30 novembre 2007

Continua dalla prima pagina

L'impegno dell'AAROI per la formazione ...

quanto di meglio, in termini di efficacia ed appropriatezza clinica, possa offrire lo sviluppo delle conoscenze e delle tecnologie biomediche;

- in secondo luogo la responsabilità di un utilizzo ottimale delle risorse disponibili, posto che l'equilibrio economico è strumento indispensabile affinché una azienda sanitaria possa conseguire il fine che ne costituisce ragione d'essere stessa: la tutela della salute;
- in terzo luogo la responsabilità di contribuire, se e in quanto rappresentanti sindacali, a migliorare l'organizzazione del lavoro, premessa indispensabile per l'ottimizzazione dei processi assistenziali.

Per fare ciò è indispensabile investire risorse adeguate in interventi formativi che diano conoscenze tecniche, competenze specialistiche, criteri e strumenti operativi di concreta utilità pratica. Interventi formativi che siano:

- di alto profilo per la pregnanza dei contenuti e l'autorevolezza dei docenti, scelti tra esperti accreditati a livello nazionale nell'ambito delle diverse tematiche affrontate;
- integrati in una visione strategica di continuità della formazione come processo continuo;
- connessi, per i contenuti espressi, all'evoluzione del processo di riordino del servizio sanitario nazionale, degli istituti e delle norme che delimitano gli spazi della nostra azione sul piano professionale e gestionale.

Articolazione operativa del programma di formazione

A queste caratteristiche risponde il programma di formazione appena avviato, messo a punto dall'AAROI con il supporto dell'Istituto Health Management di Firenze, Istituto di management sanitario fondato e diretto dal prof. Marzio Scheggi, che ormai da anni collabora con l'AAROI (proprio il prof. Scheggi ha progettato e coordinato, negli anni 1997-1998, un corso di formazione manageriale che è stato per molti di noi un primo momento di approfondimento di temi come il controllo di gestione, la gestione delle risorse umane, la qualità nell'assistenza sanitaria, temi che erano stati introdotti dal processo di riordino del servizio sanitario nazionale allora appena avviato (la trasformazione delle unità sanitarie locali in aziende pubbliche di servizi coincide come noto con l'insediamento dei direttori generali, che in quasi tutte le regioni italiane avvenne il 1 gennaio 1995).

Il programma prevede lo svolgimento di 10 edizioni di un modulo formativo, articolato in quattro giornate monotematiche, che si terranno di norma nella prima settimana di ogni mese, dal mese di ottobre 2007 al mese di luglio 2008.

Il Corso è rivolto ai quadri sindacali dell'AAROI che, proprio per il ruolo svolto e l'impegno profuso a tutela dei diritti e degli interessi degli associati, costituiscono ambito privilegiato di un investimento formativo.

Il numero di partecipanti ad ogni edizione del modulo è stato limitato a ventidue, al fine di rispondere in maniera ottimale sia ad esigenze logistiche organizzative sia ad esigenze di interazione con i docenti, elementi entrambi di particolare rilievo per la migliore qualità del Corso.

L'intervento formativo interesserà quindi complessivamente 220 dirigenti medici, che costituiranno un primo nucleo di un progetto complessivo volto alla qualificazione ed all'aggiornamento di tutti i propri dirigenti sindacali.

Obiettivi e contenuti didattici

Le quattro giornate in cui si articola il percorso formativo sono finalizzate ai seguenti obiettivi:

- richiamare i concetti generali ed i riferimenti normativi del controllo direzionale, evidenziando gli elementi di criticità che hanno caratterizzato l'implementazione di questo meccanismo operativo nelle aziende sanitarie;
- approfondire quali sono i diritti, i doveri e le prerogative del rappresentante sindacale nell'esercizio del ruolo che ad esso è attribuito dalla normativa nazionale e dai contratti collettivi e integrativi di lavoro;
- analizzare l'utilizzo della balanced scorecard nelle aziende sanitarie, verificando come questo innovativo strumento di programmazione e controllo possa trovare concreta applicazione nel contesto specifico delle Unità Operative di anestesia e rianimazione;
- approfondire i contenuti del governo clinico, evidenziando le potenzialità che esso esprime come strumento di organizzazione per processi, e come strumento di valorizzazione della professionalità e dell'autonomia decisionale del medico, ed analizzare concrete applicazioni di questo strumento in alcune realtà aziendali.

I temi trattati ed i docenti delle diverse giornate sono indicati nel quadro sinottico di seguito riprodotto.

PRIMA GIORNATA

IL CONTROLLO DI GESTIONE NELLE AZIENDE SANITARIE: RIFERIMENTI CONCETTUALI E NORMATIVI E PROBLEMATICHE APPLICATIVE

(prof. Marzio Scheggi - Health Management - Firenze)

SECONDA GIORNATA

IL SISTEMA DELLE RELAZIONI SINDACALI: ASPETTI GENERALI E PREROGATIVE SPECIFICHE DEI RAPPRESENTANTI SINDACALI (dot. Stefano Simonetti - ASL di Pistoia)

TERZA GIORNATA

LA BALANCED SCORECARD COME STRUMENTO DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PROSPETTIVE DI UTILIZZO NELLE UNITÀ OPERATIVE DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE

(prof. Stefano Baraldi - Università Cattolica di Milano)

QUARTA GIORNATA

IL GOVERNO CLINICO: PRINCIPI GENERALI, STRUMENTI ED ESPERIENZE APPLICATIVE

(prof.ssa Rita Maria Melotti - Università degli Studi di Bologna)

Nell'ambito di ciascuna giornata è stato dato il massimo spazio possibile ad una interazione dinamica con i partecipanti, riducendo al minimo indispensabile i riferimenti di carattere normativo e concettuale, in un contrappunto sistematico tra aspetti teorici e aspetti applicativi.

Le giornate richiedono un impegno di sette ore, quattro ore al mattino (dalle 9 alle 13) e tre ore al pomeriggio (dalle 14 alle 17), per un totale di 28 ore di formazione. Per rendere possibile l'accesso al corso anche a coloro che risiedono fuori Roma la prima giornata di lunedì inizia alle ore 11 e termina alle ore 19.

Il termine di ogni giornata i partecipanti sono sottoposti ad un test di verifica dell'apprendimento degli argomenti trattati, e si richiede loro di compilare un questionario volto a verificare la rispondenza dei contenuti, delle modalità didattiche e della trattazione dei docenti rispetto alle loro esigenze ed alle loro aspettative.

Crediti ECM

In relazione alla consistenza dell'impegno formativo ed alla validità dei suoi contenuti, la Commissione Nazionale per l'accreditamento degli eventi formativi del Ministero della Salute ha attribuito al Corso **31 crediti ECM**. Si tratta di un riconoscimento della validità dell'iniziativa che sicuramente sarà apprezzato dai partecipanti.

L'auspicio è che questo modulo formativo costituisca un seme dal quale possano nascere esperienze applicative che trasformino le conoscenze acquisite in strumenti di concreta utilità pratica per migliorare l'organizzazione del lavoro, la qualità delle prestazioni, la capacità di esercitare quelle responsabilità tecnico professionali ed organizzative gestionali, oggi attribuite ai dirigenti medici.

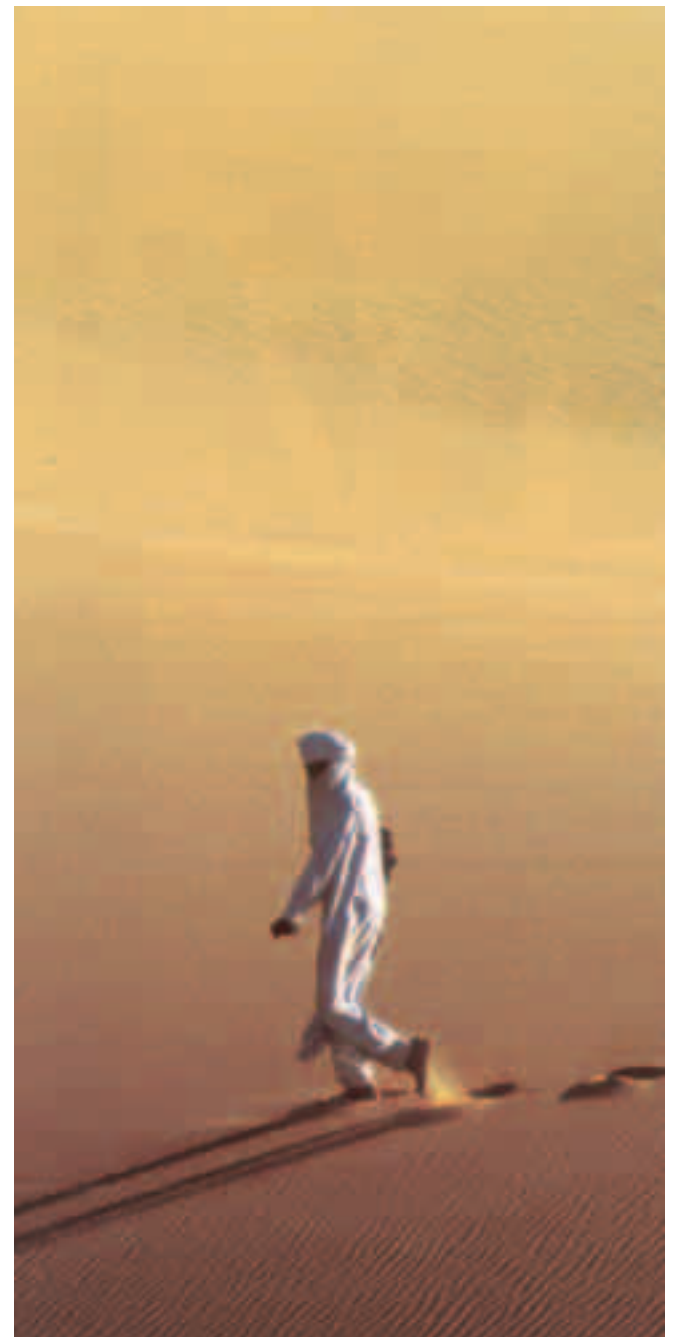
CALENDARIO

MODULO	ANNO	MESE	INIZIO	TERMINE
1	2007	OTTOBRE	lunedì 1	giovedì 4
2	2007	NOVEMBRE	lunedì 5	giovedì 8
3	2007	DICEMBRE	lunedì 3	giovedì 6
4	2008	GENNAIO	lunedì 14	giovedì 17
5	2008	FEBBRAIO	lunedì 4	giovedì 7
6	2008	MARZO	lunedì 3	giovedì 6
7	2008	APRILE	lunedì 7	giovedì 10
8	2008	MAGGIO	lunedì 5	giovedì 8
9	2008	GIUGNO	lunedì 9	giovedì 12
10	2008	LUGLIO	lunedì 7	giovedì 10

Il Corso si svolge nella Sala Conferenze "Planetario" dell'Hotel Nord Nuova Roma Via Amendola, 3 (nelle vicinanze della Stazione Termini). I partecipanti al Corso pernoverranno nello stesso Hotel.

GLI ORARI DELLE LEZIONI SONO I SEGUENTI

LUNEDÌ	11,00-13,00	14,00-19,00
MARTEDÌ	9,00-13,00	14,00-17,00
MERCOLEDÌ	9,00-13,00	14,00-17,00
GIOVEDÌ	9,00-13,00	14,00-16,00



Atto di indirizzo del Comitato di Settore per il personale della dirigenza medica e veterinaria

QUADRIENNIO CONTRATTUALE 2006-09 — BIENNIO ECONOMICO 2006-2007

TITOLO I LINEE GENERALI

Il Comitato di Settore assume la seguente direttiva per avviare le procedure di rinnovo contrattuale per l'Area della dirigenza medica e veterinaria, relativamente al quadriennio normativo 2006/2009 e per il biennio economico 2006/2007, con l'individuazione delle relative risorse ai sensi dell'art. 47 D.Lgs. n. 165/01 e successive modifiche.

1. Obiettivi di sistema

Il Comitato di Settore, nell'ambito del presente indirizzo, prende altresì atto dei contenuti e degli obiettivi di cui ai seguenti documenti:

- Intesa sul lavoro pubblico e sulla riorganizzazione delle Amministrazioni Pubbliche, sottoscritta il 6 aprile 2007;
- Protocollo d'intesa sottoscritto in data 6 aprile 2007 fra Governo, Regioni e OO.SS.;
- Documento sulle linee generali e sulle priorità dei rinnovi contrattuali 2006-2009 approvato dall'Organismo di Coordinamento dei Comitati di Settore il 11 aprile 2007;
- Protocollo d'intesa sottoscritto in data 29 maggio 2007 fra Governo e OO.SS.;

In particolare la contrattazione collettiva nazionale dovrà individuare strumenti di gestione del contratto che consentano agli Enti e alle Aziende del SSN, tenuto conto delle proprie specificità organizzative e di prodotto, di programmare la propria attività e di agire sempre più per obiettivi e progetti, quale metodologia ordinaria di lavoro e di organizzazione finalizzata all'ottimale utilizzo delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche. Coerentemente la contrattazione integrativa sarà finalizzata ad utilizzare l'insieme delle proprie potenzialità regolative per il perseguimento degli obiettivi di efficacia e qualità dei servizi e del lavoro, rafforzando ed adeguando, conseguentemente, la retribuzione variabile ai risultati conseguiti.

In questo quadro si ritiene, quindi, di evidenziare quali obiettivi prioritari della presente fase di rinnovo contrattuale:

- a) il rafforzamento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità del SSN, nel rispetto dei LEA da garantire su tutto il territorio nazionale, secondo gli impegni assunti con il Nuovo Patto per la Salute approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome in data 5 ottobre 2006;
- b) il sostegno al processo di autonomia e responsabilizzazione delle Regioni nell'ottica dell'attuazione dei principi della riforma del Titolo V della Costituzione;

- c) la valorizzazione delle risorse umane e delle professionalità necessarie al processo di innovazione del SSN con particolare attenzione al ruolo della formazione continua;
- d) l'individuazione di strumenti che favoriscano un utilizzo dei rapporti a termine coerente con le finalità e caratteristiche fissate dalla normativa in materia di reclutamento, nell'ottica di superare il ricorso improprio al lavoro precario;
- e) il rafforzamento degli strumenti di flessibilità nell'ambito del rapporto di lavoro contrattuale, anche a supporto della realizzazione delle politiche di cui al punto d).

2. Obiettivi generali del contratto collettivo nazionale di lavoro

Alla luce degli obiettivi di sistema sopra delineati il CCNL dovrà favorire il raggiungimento di:

- a) una significativa semplificazione del testo contrattuale da conseguire principalmente attraverso l'utilizzo di un linguaggio maggiormente comprensibile e una disciplina di più agevole applicazione degli istituti trattati. A tal fine si ribadisce l'ormai indifferibile necessità di pervenire alla redazione di un testo unico delle disposizioni contrattuali vigenti;
- b) una chiara definizione delle linee di responsabilità in armonia con le disposizioni normative interessanti anche le altre aree contrattuali, fermo restando lo sviluppo proprio di ciascuna di esse e la loro necessaria integrazione, prevedendo anche la possibilità di intese interaree contrattuali sull'organizzazione del lavoro e sull'evoluzione del rapporto fra le professioni;
- c) una significativa semplificazione del sistema retributivo che risponda all'esigenza di facilitare l'applicazione contrattuale e l'immediata percezione del valore dell'incarico;
- d) un necessario riequilibrio dei meccanismi di gestione che attualmente definiscono un quadro dove viene percepita una subordinazione dell'aspetto professionale a quello di direzione delle strutture (in particolare quelle semplici), delineando maggiormente gli ambiti di autonomia tecnico professionale, rispetto alle responsabilità gestionali;
- e) uno sviluppo della massima integrazione tra il lavoro medico svolto in regime di dipendenza, quello svolto in regime di convenzionamento e quello svolto nelle strutture di cui al d. lgs. n. 517/1999;
- f) un riconoscimento reale del raggiungimento collettivo ed individuale degli obiettivi e delle prestazioni svolte in condizioni disagiate;

- g) una spesa certa e coerente con le previsioni, nonché compatibile con le risorse messe a disposizione con il presente atto di indirizzo;
- h) un quadro di flessibilità coerente con la programmazione delle attività per progetti e con quanto delineato negli obiettivi di sistema.

TITOLO II ISTITUTI NORMATIVI

1. Relazioni sindacali

Il sistema delle relazioni sindacali dovrà:

- a) confermare l'impianto complessivo con riferimento alle diverse modalità e relative materie;
- b) rafforzare il livello di coordinamento regionale, anche in funzione di garanzia del raggiungimento degli obiettivi assegnati alla contrattazione integrativa dal Memorandum d'intesa sul lavoro pubblico e sulla riorganizzazione delle Amministrazioni pubbliche del 6 aprile 2007;
- c) individuare con chiarezza la procedura e la sua temporizzazione relativa all'apertura delle fasi di coordinamento regionale e di contrattazione aziendale; dovrà contenere altresì un equilibrato sistema di incentivi e penalizzazioni finalizzati al rispetto di quanto contenuto nel presente punto;
- d) orientare a valorizzare pienamente la contrattazione integrativa con le risorse ad essa destinata dai contratti collettivi, finalizzandola a risultati di miglioramento della qualità e quantità dei servizi, da definire in modo coerente con i modelli organizzativi delle singole regioni (ad esempio: l'ampliamento degli orari di apertura dei servizi, la riduzione dei tempi di attesa; i processi di stabilizzazione del precariato; l'innovazione organizzativa e tecnologica; la maggiore integrazione fra territorio e ospedale);
- e) prevedere, nell'ambito del coordinamento regionale, forme di consultazione fra Aziende e Organizzazioni sindacali e degli utenti al fine di verificare l'effettiva efficacia dei servizi erogati, anche sulla base della rilevazione del grado di soddisfazione di operatori e cittadini orientato al miglioramento del processo di umanizzazione, tenendo conto della complessità del sistema e della peculiarità delle prestazioni.

2. Sistema degli incarichi

Vanno individuate delle linee di valorizzazione finalizzate a:

- a) definire chiaramente le linee di responsabilità, i contenuti e le caratteristiche delle tipologie degli incarichi gestionali e di quelli professionali; in questo ambito appare utile prevedere un'articolazione ben definita delle medesime tipologie delineando dei percorsi di carriera specifici e disponibili per entrambi;
- b) prevedere un maggior bilanciamento tra percorsi di carriera relativi alle due macro tipologie sopra richiamate volto a consentire a livello regionale (sede di indirizzo) e a livello aziendale (sede di contrattazione integrativa) l'appropriato sviluppo dell'insieme degli incarichi coerentemente con le strategie organizzative delle singole aziende all'interno della programmazione regionale;
- c) valutare la necessità di rivedere l'attuale disciplina con particolare riferimento alla possibilità per le aziende, fermo restando le risorse disponibili, di graduare in maniera analoga i due percorsi di carriera;
- d) porre particolare attenzione all'individuazione delle funzioni relative agli incarichi gestionali al fine di evitare sovrapposizioni delle linee di responsabilità mediante una chiara definizione delle sfere di autonomia, in considerazione anche delle innovazioni introdotte in materia di dirigenza delle professioni sanitarie;
- e) confermare all'interno del sistema degli incarichi dirigenziali che le cause di revoca degli stessi, possono derivare anche da processi

di riorganizzazione comportanti soppressioni di posizioni dirigenziali precedentemente esistenti e coperte, purché motivati e condotti nel rispetto del sistema di relazioni sindacali vigenti.

3. Flessibilità nel rapporto di lavoro

3.1 Condizioni di lavoro

a) Pronta disponibilità

Occorre fare chiarezza sul punto, anche alla luce di recenti pronunce che contrastano la lettera dei vigenti CCNL, con l'obiettivo di potenziare l'utilizzo di tale istituto nella normale programmazione delle attività, in considerazione del fatto che lo stesso rappresenta uno strumento indispensabile di flessibilità nell'organizzazione del lavoro. Dovrà inoltre essere ribadito che la pronta disponibilità, tranne nel caso in cui dia luogo a chiamata, non costituisce orario di lavoro.

b) Permessi aggiuntivi a personale soggetto a esposizione a radiazione ionizzanti

Il CCNL dovrà disciplinare tali riposi secondo le modalità dei permessi, risolvendo le criticità determinate dalla qualificazione come "ferie" contenuta nella vigente normativa.

3.2 Forme di flessibilità

a) Modalità applicative del D.Lgs. n. 66 del 2003 e s.m.i.

Dovranno essere previste norme contrattuali affinché, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. n. 66 del 2003 la durata media dell'orario del personale addetto ad attività di assistenza e di supporto alla stessa non superi, per ogni periodo di sette giorni, le 48 ore comprese le ore di straordinario. In applicazione della medesima norma, la suddetta durata media dell'orario di lavoro dovrà essere calcolata con riferimento ad un periodo di 12 mesi per ragioni inerenti l'organizzazione e l'espletamento del servizio. In attuazione di quanto disposto dall'art. 17, comma 1 del D.Lgs. n. 66 del 2003, nel rispetto di quanto previsto dal comma 4 e con le modalità stabilite in sede di contrattazione integrativa, dall'entrata in vigore del decreto medesimo, l'attività del suddetto personale dovrà essere qualificata come attività caratterizzata dalla necessità di assicurare la continuità del servizio e pertanto deroga agli artt. 7 e 8 del D.Lgs. n. 66 del 2003. Tale indirizzo potrà essere esteso al personale a diretta disposizione della direzione strategica aziendale.

b) Rapporto di lavoro a tempo parziale

Si dovrà procedere all'adeguamento della disciplina contrattuale alle recenti disposizioni di cui alla legge n. 120 del 3 agosto 2007, prevedendo, in particolare, già in fase di avvio opportuni sistemi di verifica periodica relativamente ai motivi che hanno determinato l'iniziale trasformazione del rapporto e disciplinando la relazione che intercorre tra questo e il sistema di turnazione.

c) Integrazione

Nell'ambito della contrattazione si dovrà prevedere la possibilità che il personale medico ospedaliero possa operare all'interno di strutture territoriali, nel rispetto della disciplina di appartenenza, e coerentemente con le esigenze reali di tali strutture. In quest'ambito va rivista e potenziata l'integrazione tra territorio e ospedale attraverso lo sviluppo della logica dei percorsi assistenziali integrati unitamente all'esplicitarsi di una cultura della collaborazione e interdisciplinarietà professionale, coerentemente con quanto previsto dalla lett. b) degli obiettivi generali.

d) Mobilità tra Aziende

Per quanto riguarda la mobilità fra aziende, con particolare riferimento a quella interregionale, dovranno essere portate a regime le clausole applicative di gestione già introdotte in via sperimentale dall'art. 22 del CCNL 3.11.2005.

e) Assegnazione personale all'interno delle Aziende

Va individuata un'apposita procedura che permetta, fermo restando i caratteri di volontarietà e il relativo sistema di relazione sindacale, una





assegnazione del professionista, in possesso della specializzazione richiesta, in struttura diversa da quella di ingresso (con relativo incardimento in organico).

f) Definizione di esperienza professionale

Va verificata e coordinata la definizione di esperienza professionale, più volte richiamata nei precedenti CCNL, con quanto previsto dalle disposizioni europee in materia.

4. Sistemi di valutazione

Il Comitato di Settore conferma la particolare importanza della materia ripresa con forza anche dall'Intesa sul lavoro pubblico e sulla riorganizzazione delle Amministrazioni Pubbliche, sottoscritta il 6 aprile 2007, ritenendo, quindi, che il contratto dovrà individuare:

- soluzioni ulteriormente semplificate, attraverso una concentrazione maggiore dei momenti di valutazione, rafforzando nel contempo i loro contenuti coerentemente con i principi di cui al citato Memorandum di Intesa;
- meccanismi rafforzati affinché vengano definiti in modo più puntuale e cogente gli effetti della valutazione negativa rispetto all'erogazione della retribuzione di risultato, alla revoca degli incarichi e al recesso dal rapporto di lavoro;
- meccanismi di tenuta della storia valutativa del singolo dirigente utili a favorire la dinamica comprensione dell'impegno profuso dal medesimo.

Per tale materia si ritiene necessario un rafforzamento delle funzioni attribuite al coordinamento regionale ex articolo 9 del CCNL 3.11.2005.

5. Aspetti del procedimento disciplinare

Nel confermare i principi vigenti del procedimento disciplinare e ferma restando la disciplina che regola le modalità e le procedure per il recesso, si ritiene che in presenza di violazioni degli obblighi espressamente contemplati dalle norme contrattuali e dal codice di comportamento, il CCNL debba prevedere un'adeguata forma di graduazione della sanzione. In merito all'attività del Comitato dei Garanti dovrà essere chiarito che la vincolatività del parere espresso non costituisce spogliazione del potere datoriale in capo all'Azienda.

6. Formazione

Il ruolo centrale della formazione continua dovrà ulteriormente esplicitarsi tramite la formazione "sul campo", la docenza interna e le funzioni di tutoraggio e le altre modalità di formazione previste dall'accordo Stato Regioni del 1 agosto 2007. A tal fine il CCNL dovrà individuare opportune forme di incentivazione. Per sottolineare l'importanza della formazione continua va ribadito che le Aziende devono predisporre piani formativi che garantiscano l'acquisizione dei crediti annuali ECM, anche riservando una quota ad iniziative proposte dagli interessati; va riaffermato che la partecipazione a iniziative formative rientra a tutti gli effetti nel normale orario di lavoro e quindi si ritiene opportuno rende-

re maggiormente flessibile la destinazione di uno specifico numero di ore settimanali da dedicare a tale attività.

7. Rapporto con i medici in formazione specialistica

Il contratto nazionale tratterà gli aspetti relativi ai doveri dei dirigenti nella gestione delle attività dei medici in formazione specialistica.

8. Risk Management

Nell'ambito delle disposizioni contrattuali dovranno essere trattate adeguate modalità di sviluppo dei sistemi aziendali di risk management.

**TITOLO III
ISTITUTI ECONOMICI**

1. Contenuti

Il Comitato di Settore individua i seguenti elementi contrattuali di natura economica:

a) Definizione e disponibilità delle risorse (con riferimento al monte salari 2005)

Il Comitato di Settore, a seguito di quanto disposto dalla legge finanziaria nazionale n. 266 del 23 dicembre 2005 all'art. 1 comma 183, nonché dalla legge finanziaria nazionale n. 296 del 27 dicembre 2006 all'art. 1 comma 546, in ordine ad una quantificazione delle risorse per i rinnovi contrattuali coerente con i criteri previsti per il personale delle amministrazioni dello Stato, e sulla base dei dati ad oggi comunicati dal Ministero dell'economia e delle finanze - Gabinetto del Ministro con nota prot. 19503 in data 2 agosto 2007, individua conseguentemente le risorse disponibili di cui all'allegata tabella 1, calcolate in applicazione delle seguenti percentuali di incremento sul monte salari dell'anno 2005:

- per l'anno 2006 le risorse corrispondenti al costo dell'indennità di vacanza contrattuale (0,39%);
- per l'anno 2007 gli incrementi retributivi pari al tasso di inflazione programmata del 2% con assorbimento del costo della vacanza contrattuale (1,61%);
- dall'anno 2008 gli incrementi di regime del 4,46%, assicurando oltre i tassi di inflazione programmata del biennio (3,7%), un ulteriore incremento retributivo dello 0,76%.

Circa la modulazione e la quantificazione dei benefici economici, l'Aran dovrà tener conto, durante l'iter della trattativa, anche degli impegni assunti dal Governo:

- nel Protocollo di intesa con le OO.SS. del 6 aprile 2007;
- nell'Accordo con le OO.SS. del 29 maggio 2007. Pertanto nel corso della trattativa si moduleranno conseguentemente gli incrementi retributivi di regime, rispetto alle scadenze imposte dal vigente quadro normativo, tenendo conto, ai fini della concreta possibilità di utilizzare le ulteriori risorse, rispetto a quelle previste dalla legge finanziaria del 2007, dei successivi sviluppi applicativi nell'ambito della legge finanziaria 2008. Per quanto riguarda la destinazione dei benefici economici, una quota

delle risorse disponibili comunque non inferiore allo 0,50% dovrà essere destinata alla contrattazione integrativa per finanziare la retribuzione di risultato dei dirigenti, secondo le indicazioni e per le finalità contenute nell'Intesa sul lavoro pubblico e sulla riorganizzazione delle Amministrazioni pubbliche" del 6 aprile 2007. Al fine della migliore destinazione fra le diverse voci retributive degli incrementi economici l'Aran procederà all'articolazione e rappresentazione degli incrementi stessi tramite valori percentuali.

Fermo restando il quadro economico sopra descritto, saranno oggetto di integrazione nel finanziamento alle Regioni da parte dello Stato le risorse economiche aggiuntive necessarie a garantire il riconoscimento dei benefici contrattuali previsti dal Protocollo di intesa con le OO.SS. del 6 aprile 2007 e dall'Accordo con le OO.SS. del 29 maggio 2007.

Le Regioni, all'interno dei vincoli di finanza pubblica fissati per i rispettivi SSR, secondo quanto previsto dal Nuovo Patto per la salute e dalle correlate normative finanziarie, e comunque nel rispetto delle condizioni economicofinanziarie stabilite dall'art. 52, comma 5, lett. b) del CCNL 8/6/2000, potranno prevedere annualmente l'utilizzo di risorse aggiuntive per conseguire ulteriori miglioramenti qualitativi e quantitativi nei servizi. Tali risorse sono destinate alla contrattazione integrativa e finalizzate esclusivamente alla produttività da corrispondere in modo selettivo a seguito della verifica delle condizioni previste da specifiche direttive regionali. Dette risorse non possono in ogni caso essere oggetto di consolidamento nei fondi ordinariamente definiti sulla base dei CCNL e non possono finanziare voci irreversibili della retribuzione.

b) Finalizzazione delle risorse

Nell'ambito delle risorse come sopra individuate il CCNL:

- b1) garantirà l'incremento del trattamento fondamentale stabilito secondo la dinamica inflattiva;
- b2) confermerà l'attuale assetto dei fondi contrattuali per il finanziamento delle voci accessorie della retribuzione;
- b3) stanzierà le risorse per finanziare la contrattazione integrativa finalizzandole in particolare alla retribuzione accessoria, e, per una quota non inferiore al 0,5% alla retribuzione di risultato, anche sulla base delle indicazioni regionali. Nell'ambito della quota destinata alla retribuzione di risultato vanno previste risorse a disposizione della direzione strategica aziendale finalizzate al riconoscimento del merito individuale;
- b4) demanderà alle linee di indirizzo regionali la facoltà di ridefinire particolari condizioni di lavoro, coerenti con gli specifici assetti organizzativi, da remunerare con le indennità già previste dal CCNL;
- b5) al fine di favorire il raggiungimento di

una semplificazione del sistema retributivo citata negli obiettivi generali, appare opportuno che venga definito l'inserimento del complessivo valore dell'incarico nel trattamento di fine servizio, coerentemente con la contabilizzazione degli oneri contributivi a carico del CCNL.

In coerenza con quanto comunicato dall'ARAN a questo Comitato in esito alla precedente tornata contrattuale, dovrà essere esplicitata nel testo contrattuale la cessazione di qualsiasi effetto derivante dalla retribuzione individuale di anzianità del personale cessato.

La negoziazione dovrà inoltre disciplinare l'esclusiva finalizzazione al fondo per la retribuzione di risultato, conseguente all'effettivo raggiungimento di obiettivi aziendali, del trattamento accessorio non legato alle condizioni di lavoro del personale cessato.

Ogni ulteriore disposizione contrattuale dovrà essere coerente con le risorse di cui al presente atto di indirizzo e comunque con il principio dell'invarianza della spesa.

Ai fini della certezza della spesa, gli incrementi delle risorse per il finanziamento dei fondi per la retribuzione variabile ed accessoria dovranno essere individuati esclusivamente in misura percentuale rispetto al monte salari di riferimento e non in valore assoluto. Andrà valutato l'impatto economico delle disposizioni contrattuali relativamente all'applicazione di quanto previsto dal d. lgs. n. 517/1999.

c) Contabilizzazione delle risorse

Nella quantificazione dei costi contrattuali e nella loro finalizzazione, come indicato nei punti precedenti, l'impegno di ciascuna Regione non può superare la percentuale a regime sul Monte Salari 2005 indicata nell'allegata tabella 1, e nelle eventuali modifiche intervenute a seguito dell'entrata in vigore della legge finanziaria per il 2008 relativamente all'applicazione degli accordi fra Governo e OO.SS. del 6 aprile 2007 e 29 maggio 2007.

d) Verifica delle risorse

Nella fase della negoziazione nazionale andrà attivata una procedura di verifica di eventuali criticità emerse, al fine di chiudere la fase sperimentale prevista dall'articolo 18 del CCNL 3.11.2005 finalizzando i risultati emersi alla ricerca di una flessibilità gestionale.

e) Indennità di esclusività

Il Governo ha riferito a questo Comitato circa la richiesta formulata dal Ministero della Salute di finanziare il maggior costo derivante dall'inserimento dell'indennità di esclusività tra le voci che compongono il monte salari, con conseguente rivalutazione della stessa. Il Comitato di Settore, nell'ipotesi che la suddetta abbia esito positivo, nel riservarsi la valutazione sull'effettiva congruità del finanziamento aggiuntivo a carico del bilancio dello Stato, fa presente all'Aran la necessità che di tale circostanza se ne tenga debito conto nell'ambito della trattativa. All'atto della valutazione di congruità saranno dati indirizzi per la revisione delle modalità di erogazione.



CORSO ITINERANTE A.A.R.O.I.-S.I.A.R.E.D. ECM anno 2007



I MODULI

MODULO 1

Quattro crediti ECM

**NUOVE POSSIBILITÀ DI ASSISTENZA
DELLA GRAVIDA DURANTE IL PARTO:
LA PARTO ANALGESIA QUALE POSSIBILE
REALTÀ OPERATIVA QUOTIDIANA**

Adriana Paolicchi – Stefano Brauneis – Agostino Brizzi
Daniela Dal Santo – Piero Filice – Pino Pasqua.

MODULO 2

Cinque crediti ECM

**"SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN":
DAL RICONOSCIMENTO CLINICO
DELLA SEPSI AI SUOI POSSIBILI
ATTUALI TRATTAMENTI**

Massimo Girardis – Fabio Baratto – Marco Marietta
Giuseppe Foti – Giorgio Tulli – Abele Donati.

MODULO 3

Cinque crediti ECM

**UPDATE SULLE NUOVE POSSIBILITÀ DI IMPIEGO
DELLA VENTILAZIONE ARTIFICIALE
IN DIFFERENTI CONTESTI PATOLOGICI**

Carlo Capra – Antonella Manieri – Giuseppe A. Marraro
Tiziana Principi – Cristian Romani – Mario Tavola.

SEDI E REFERENTI REGIONALI

PUGLIA – BASILICATA	BARI (tutti i moduli)	KURSAAL SANTALUCIA (Sala Giuseppina) Largo Adua – Bari	Dott. Marcello DI FONZO
LOMBARDIA	MILANO (modulo 3)	Aula Magna VILLA MARELLI Viale Zara – Milano	Dott. Carlo CAPRA
	MILANO (moduli 1 e 2)	Aula Magna A.O. NIGUARDA CÀ GRANDA P.za Maggiore, 3 – Milano	
CAMPANIA	NAPOLI (tutti i moduli)	HOTEL DELLE TERME DI AGNANO Via Agnano Astroni, 24 – Napoli	Dott. Antonio TROIANO
SARDEGNA	ORISTANO (tutti i moduli)	HOTEL CARLO FELICE Statale 131, Km 102 – Tramazza (OR)	DA DESIGNARE
TOSCANA	FIRENZE (modulo 1)	HOTEL UNAWAY – Subito all'uscita del casello di Firenze Nord della A1	Dott. Paolo FONTANARI
	FIRENZE (moduli 2 e 3)	HOTEL ALEXANDER Viale Guidoni, 101 – Firenze.	
VENETO – FRIULI VENEZIA GIULIA TRENTO – BOLZANO	VICENZA (tutti i moduli)	Centro Congressi VIEST HOTEL Strada Pelosa, 241 (Uscita autostrada Vicenza Est)	Dott. Flavio MICHIELAN
PIEMONTE – LIGURIA	ALESSANDRIA (moduli 1 e 2)	Aula Magna LICEO SCIENTIFICO "G. GALILEI" Spalto Borgoglio, 49 – Alessandria	Dott. Gian Maria BIANCHI
	GENOVA (modulo 3)	Aula Magna OSPEDALE SAN MARTINO Largo Rosanna Benzi, 10 – Genova	
EMILIA ROMAGNA	BOLOGNA (tutti i moduli)	Auditorium REGIONE EMILIA ROMAGNA Via Aldo Moro, 18 – Bologna	Dott.ssa Teresa MATARAZZO
CALABRIA	LAMETIA TERME (tutti i moduli)	Sala Congressi GRAND HOTEL LAMETIA Piazza Lametia – Lametia Terme	Dott. Guido MINUTO
SICILIA	PALERMO (tutti i moduli)	Sala Congressi ALBERGO ATHENEUM Viale delle Scienze – Palermo	Dott. Emanuele SCARPUZZA
LAZIO – UMBRIA	TERNI (tutti i moduli)	Sala Conferenze A.O. "S. MARIA TERNI" Via Tristano di Joannuccio, 1 – Terni	Dott. Luigi RINALDI
MARCHE – ABRUZZO – MOLISE	S. BENEDETTO DEL TRONTO (tutti i moduli)	Sala Convegni HOTEL CALABRESI Lungomare C. Colombo (Isola Pedonale Rotonda) San Benedetto del Tronto	Dott. Mario NARCISI

IL CALENDARIO

24 NOVEMBRE		15 DICEMBRE	
NAPOLI	modulo 3	PALERMO	modulo 3
ORISTANO	modulo 1	TERNI	modulo 1
VICENZA	modulo 2	MILANO	modulo 2

Il corso è patrocinato dalla FISM (Federazione delle Società Medico Scientifiche Italiane)









L'ONAOISI ritorni al suo ruolo originario

Si chiede una gestione più trasparente e democratica

Al Ministro della Salute

Al Ministro del Lavoro e Previdenza Sociale

Al Ministro della Solidarietà Sociale

Al Ministro delle Riforme ed Innovazioni
nella Pubblica Amministrazione

Al Ministro della Economia e Finanze

Al Presidente ed ai Componenti
della Commissione Sanità del Senato

Al Presidente ed ai Componenti
della Commissione Affari Sociali della Camera

Le scriventi OO.SS., che unitariamente sono le maggiormente rappresentative dell'area dirigenziale medica, ritengono necessario salvaguardare il fine storico istituzionale dell'Onaosi, di assistenza agli orfani dei sanitari, nonché il patrimonio acquisito negli anni con il contributo di diverse generazioni di medici.

Si tratta di riportare l'Onaosi, dopo una politica della recente gestione orientata verso una estensione della contribuzione obbligatoria insieme ad una impropria diversificazione delle attività, al suo proprio ruolo di assistenza agli orfani.

Questo si può realizzare con la solidarietà dei contributi volontari, che già vedono interessati circa i 7.000 sanitari, ed ai quali si potrà aggiungere una parte rilevante degli attuali oltre 100.000 contribuenti obbligatori.

Si ritiene infatti di dover porre fine alla obbligatorietà dei contributi che, come ha già relazionato la Corte dei Conti, ha portato nel passato ad un eccesso di risorse finanziarie, e che contrasta con il principio della volontarietà in ambito assistenziale.

L'eliminazione della contribuzione obbligatoria da parte dei sanitari non dipendenti del Ssn, già introdotta con la Finanziaria 2007, in presenza di un progetto di espansione, e soprattutto la recente sentenza della Corte Costituzionale, che ha dichiarato illegittima la potestà decisionale in merito all'entità dei contributi obbligatori da parte dell'Onaosi, rischiano di portare al collasso l'Ente, a danno di chi crede nelle sue origina-

rie funzioni di assistenza.

Deve essere chiusa una fase storica che ha visto l'Onaosi accomunata nella Legge 509 del 1994 come Fondazione privata al pari degli enti previdenziali, pur non essendolo, e che oggi rischia di vedere la sua sostanziale scomparsa all'interno di qualche grande ente previdenziale, quale l'Inpdap, l'Enpam o la stessa Inps, con il paradosso della obbligatorietà dei contributi.

Si tratta anche di avere una gestione trasparente e democratica, dove solo chi contribuisce deve amministrare l'Ente. Una richiesta più volte inutilmente avanzata all'attuale gestione che vede un Cda con ben 23 membri, in gran parte di nomina estranea alla platea dei contribuenti obbligatori.

Si deve consentire il risanamento dell'Onaosi, garantendo l'assistenza a chi ne ha veramente bisogno, cioè agli orfani dei sanitari, introducendo i principi della volontarietà e della democrazia rappresentativa, oggi assenti, e garantendo l'occupazione dei lavoratori.

Le scriventi OO.SS., che rappresentano gli attuali contribuenti obbligatori, chiedono pertanto alle SS.VV. di mettere in atto tutte le necessarie modifiche legislative e procedurali, a partire dalla prossima finanziaria 2008, per consentire una nuova ed appropriata veste gestionale e giuridica dell'Onaosi, che potrebbe vedere un ritorno alle origini istitutive del 1899, quando nacque come Ente Morale.

In attesa di cortese riscontro, si porgono cordiali saluti

Roma, 26 settembre 2007

Raffaele Perrone Donnorso
ANPO

Armando Masucci
FEDERAZIONE MEDICI aderente UIL FPL
(AMCO-COAS-CUMJAIS-FAPAS
FNAM-NuovaASCOT-SAPMI
UIL-FPLMEDICI-UMI-UMUS)

Carmine Gigli
FESMED
ACOI-ANMCO AOGOI-SUMI-SEDI-FEMEPA-ANMDO)

Massimo Cozza
FP CGIL MEDICI

Vincenzo Carpino
UMSPED
(AAROI-AIPAC-SNR)

Comunicato Stampa

Roma, 12 novembre 2007

Il nuovo statuto Onaosi non deve penalizzare i dirigenti medici ospedalieri e del territorio.

Le scriventi OO.SS., che unitariamente sono le più rappresentative dell'area medica, esprimono la piena solidarietà al sindacato dei medici del territorio SIMET, che sabato 11 novembre, attraverso il segretario nazionale Mauro Mazzoni, ha votato nel Cda della Fondazione Onaosi contro la bozza di nuovo Statuto.

Ancora una volta si vogliono calpestare i diritti dei dirigenti medici ospedalieri e del territorio, defraudati da una bozza di statuto che prevede la designazione di un terzo dei componenti del Comitato di Indirizzo da parte degli Ordini Professionali, l'imposizione della presenza dell'Ordine di Perugia, nonché delle specificità professionali degli odontoiatri, dei farmacisti e dei veterinari, perfino nel Consiglio di Amministrazione.

Siamo noi dirigenti medici ospedalieri e del territorio che, in oltre cento anni di storia, abbiamo realizzato la Fondazione, e della quale siamo i contribuenti obbligatori: la vogliamo rilanciare ma con il rispetto della trasparenza e della democrazia.

È paradossale voler continuare a far svolgere un ruolo decisionale a persone designate dagli Ordini Professionali, nominati da una platea diversa rispetto a quella dei contribuenti dell'Onaosi.

Chiediamo pertanto il rispetto del principio elementare di democrazia associativa: nomina degli organi con

il solo voto dei contribuenti attivi e passivi, senza alcuna designazione da parte di chi è estraneo alla Fondazione come gli Ordini Professionali. Fermo restando la legittimità dei designati da parte dei Ministeri vigilanti. Si tratta di tutelare oltre 110.000 medici ospedalieri e del territorio che devono avere la certezza che i loro rappresentati portino avanti una gestione finalizzata a preziose funzioni assistenziali, correlate a giuste quote contributive. E questa passa attraverso il solo voto democratico e non anche attraverso la designazione di persone che rispondono ad altri interessi.

La bozza del nuovo statuto è anche in netto contrasto con il DL Fiscale della Finanziaria 2008, che prevede la democraticità della vita associativa, cioè l'elezione diretta degli organi da parte dei contribuenti.

Le indicazioni emerse dall'ultimo incontro istituzionale con il Sottosegretario alla Salute Serafino Zucchelli non sono state quindi compiutamente rispettate, e per questo ci appelliamo alla Ministra della Salute Livia Turco, denunciando anche nella nuova bozza di statuto l'aumento immotivato dei componenti degli organi: da 23 consiglieri del Cda a ben 43, dei quali 34 nel Comitato di indirizzo e 9 nel Cda.

ANPO

FEDERAZIONE MEDICI aderente UIL FPL

FESMED

FP CGIL MEDICI

UMSPED (AAROI-AIPAC-SNR)

Illegittimo il licenziamento di due dirigenti medici dell'azienda USL di Empoli

Il Tribunale ordinario di Firenze – Sezione Lavoro – in composizione collegiale, con la sentenza del 28/9/2007 ha riconosciuto definitivamente l'illegittimità del licenziamento dei due medici ginecologi respingendo il ricorso presentato dall'Azienda USL 11 di Empoli.

Nel dispositivo viene ancora una volta ribadita la piena validità giuridica del contratto di lavoro, dove si stabilisce che il parere del Comitato dei Garanti è obbligatorio e vincolante per le Aziende sanitarie e deve essere espresso in tutti i casi di recesso. In particolare, viene rigettata la tesi, alquanto dogmatica, di una separazione tra recesso per responsabilità dirigenziale, che prevedrebbe il parere di un organo terzo ed imparziale, e recesso per responsabilità disciplinare in cui verrebbero a mancare gli istituti di garanzia e sarebbe fatto salvo il potere datoriale dell'Azienda sanitaria. In realtà questo aspetto, afferma il Collegio giudicante richiamando il D.Lgs 165/2001, non trova una diversa disciplina nel dato contrattuale ed aggiunge, in linea con recenti sentenze della Corte Costituzionale, che il controllo da parte di un organo terzo può servire proprio al buon andamento della Pubblica Amministrazione.

Le Organizzazioni sindacali regionali e nazionali hanno più volte nei mesi passati sollecitato l'Assessore alla Salute della Regione Toscana, Enrico Rossi, a prendere una posizione inequivocabile sul rispetto dei patti contrattuali e ad intervenire presso il direttore generale dell'Azienda USL 11 di Empoli per il ripristino della legalità.

A questo punto, dopo il giudizio di ben cinque magistrati del Tribunale di Firenze, non è più possibile minimizzare. È necessario riaffermare la centralità e l'intangibilità del contratto nazionale, che non può e non deve essere calpestato, magari nell'imbarazzante silenzio delle istituzioni regionali, proprio quando si colpisce in modo arbitrario il diritto al lavoro.

La stessa la valutazione di fine mandato del direttore generale dell'Azienda USL 11 di Empoli non potrà prescindere dall'esito giudiziario della vicenda, come del resto lo stesso Assessore ha più volte pubblicamente promesso. Una latitanza su questi aspetti sarebbe inaccettabile e porrebbe un problema politico più generale perché l'Assessore Rossi fa parte del Comitato di settore con cui le OO.SS. della Dirigenza Medica e Veterinaria si dovranno confrontare per il prossimo contratto: come queste potranno prendere accordi con un Assessore che nella sua Regione non è in grado o non vuole che l'attuale CCNL venga applicato integralmente?

LA LEGGE SUL TESTAMENTO BIOLOGICO È UNA TRUFFA

In riferimento all'intera pagina che il numero di Settembre 2007 de: "Il nuovo Anestesista Rianimatore", ha dedicato ad una eventuale legge sul testamento biologico, desidero invitare tutti i colleghi ad una attenta riflessione sulla posta in gioco e sui reali contenuti di tale provvedimento.

Già lo stesso Prof. U. Veronesi, dopo la conclusione della vicenda Welby, dichiarò che si era trattato di un caso di "suicidio assistito" e proprio questa scomoda verità si vuole celare ora, anche all'opinione dei medici, coprendola di una falsa pietà, adducendo, con tecnica ormai consolidata, i soliti casi pietosi.

Mi rivolgo a quanti hanno veramente a cuore la salute del paziente affermando che tale legge non sarebbe giustificata da una reale difesa della autonomia dei malati, ma si sancirebbe il diritto dei sanitari ad un suo concreto abbandono. La convenzione di Oviedo, di circa dieci anni fa, verrebbe stravolta dal momento che, nelle originali stesure in lingua francese ed inglese, parla di "desiderio del paziente", senza una vera e propria legittimazione legale, che precluderebbe al medico quel vero rapporto di "alleanza terapeutica" che sta alla base della nostra professione. In più occasioni, infatti, la classe medica ha manifestato, se non la propria contrarietà, sicuramente la perplessità su una legge inutile ed inopportuna. In caso di morte cerebrale, una commissione apposita sancisce il distacco dal respiratore e non vengono intraprese terapie inutili ed inefficaci. Sono altri i contenuti di una legge che vuole introdurre nel nostro paese un più facile accesso alla eutanasia.

Pur di garantirsi questo nuovo diritto di morte, c'è chi è capace di stravolgere l'orientamento del Comitato Nazionale di Bioetica, che non affida al medico il diritto di intraprendere terapie là dove il paziente si oppone, ma neanche gli consegna il diritto di sospendere terapie vitali già in atto. Un conto è non somministrare un antibiotico ed un conto non somministrare più ossigeno. Si prefigurano brutti tempi se l'onore di un medico si fa coincidere con l'accondiscendenza ad una volontà capace solo di avvertire l'ineluttabilità della propria condizione. Non sarebbe più umano il controllo del dolore e dell'emotività, pur accettando i rischi di un graduale abbassamento del livello di coscienza?

L'individuazione di un soggetto "incapace", porterebbe la nostra società verso un piano inclinato molto pericoloso, che, purtroppo, hanno già percorso recenti dittature. Anche allora tutto veniva eseguito a scopi "umanitari", così come si vuole suggerire oggi. Ma nessuno garantirebbe più di non trovarsi, da un giorno all'altro, nelle stesse condizioni di quei soggetti, senza la qualifica di diritto di vivere. Sembra oltretutto incostituzionale una legge che impone scelte e comportamenti di vita redatti molti anni prima che si verifichi un evento. Le uniche ragioni valide, sono quelle di difesa della vita come testimoniano molte persone, tra cui colleghi come M. Melazzini, primario oncologo della Fondazione Maugeri di Pavia e malato lui stesso di SLA. Vorrei vedere se il prof. Veronesi avrebbe il coraggio di dire a lui che il medico che non approva il testamento biologico non ha mai conosciuto da vicino la sofferenza! Ogni istante della vita è prezioso ed è stato consegnato solo a noi. Dobbiamo avere il coraggio di gestirlo sempre e comunque.

Giovanni Borroni

Il testo della sentenza sul "caso Welby" è pubblicato sul sito www.aaroi.it

Assegnati alle Università i contratti di formazione per l'ammissione alle scuole di specializzazione

ANESTESIA E RIANIMAZIONE AL PRIMO POSTO CON 621 CONTRATTI

Il Ministero dell'Università e della Ricerca

Visto il decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 e, in particolare, l'art. 35, comma 2, il quale prevede che il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, acquisito il parere del Ministero della salute, determina il numero dei posti da assegnare a ciascuna scuola di specializzazione in medicina e chirurgia;

Visto il decreto in data 31 ottobre 1991 e successive modificazioni ed integrazioni, del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, che ha individuato le specializzazioni mediche di cui ai commi 1 e 2 dell'art. 34 del citato decreto legislativo n. 368/1999;

Visto l'accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, intervenuto nella seduta del 18 aprile 2007 della Conferenza Stato-regioni, sulla determinazione del numero globale dei medici specialisti da formare nelle scuole di specializzazione e sui contingenti dei contratti di formazione specialistica da assegnare alle scuole di specializzazione mediche per l'anno accademico 2006-2007 di cui all'art. 35, primo comma del decreto legislativo n. 368/1999;

Visto il decreto del Ministero della salute in corso di perfezionamento, adottato di concerto con il Ministero dell'università e della ricerca e con il Ministero dell'economia e delle finanze, concernente il fabbisogno annuo di medici specialisti da formare nelle scuole di specializzazione per l'anno accademico 2006-2007, pari a 7.003 unità e la determinazione del numero complessivo dei contratti di formazione specialistica da assegnare nell'anno accademico 2006-2007, pari a complessivi n. 5.000, con la conseguente ripartizione per ciascuna tipologia di scuola di specializzazione;

Ritenuto che l'offerta formativa delle università si rivolge all'intero territorio nazionale; Ravisata l'opportunità di adottare quale criterio base per l'assegnazione dei contratti di formazione specialistica quello di assicurare la continuità formativa delle scuole tenendo conto delle capacità ricettive, nonché del volume assistenziale delle strutture inserite nella rete formativa della scuola stessa ed, in mancanza di una propria rete formativa, sulla base del volume assistenziale complessivo, per ogni disciplina delle strutture sanitarie presenti nell'ambito territoriale di ciascuna regione o provincia autonoma, rilevato a livello nazionale attraverso i DRG;

Visto il decreto 17 dicembre 1997 del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, di concerto con il Ministro della sanità, con il quale sono stati fissati i requisiti di idoneità delle strutture universitarie della formazione specialistica;

Vista la nota del 19 dicembre 2006, prot. N. 25070, con la quale il Ministero della difesa, Direzione generale della sanità militare ha rappresentato le proprie esigenze di medici specialisti, ai sensi del citato decreto legislativo n. 368/1999, art. 35, comma 3, per l'anno accademico 2006-2007;

Vista la nota del 14 novembre 2006, prot. 850/A A. 6/13-7391, con la quale il Ministero dell'interno, Dipartimento della pubblica sicurezza, Direzione centrale di sanità ha rappresentato le esigenze ai sensi dell'art. 52 del decreto legislativo n. 334/2000, per l'anno accademico 2006-2007; Viste le note nn. 339/IX/88439 e 339/IX/94958, in data 6 e 9 marzo u.s., del Ministero degli affari esteri, con la quale è stato comunicato l'elenco dei posti da riservare ai medici provenienti da Paesi in via di sviluppo, per l'anno accademico 2006-2007, come previsto dall'ultimo comma dell'art. 35 del decreto legislativo n. 368/1999;

Visto l'art. 46, comma 2, del predetto decreto legislativo n. 368/1999, come modificato dal comma 300 della legge n. 266 del 23 dicembre 2005; Vista la legge del 12 novembre 2004, n. 271, art. 1, comma 6-bis, che integra il comma 5 dell'art. 39, del decreto legislativo n. 286/1998, preve-

do l'accesso, a parità di condizioni con gli studenti italiani, anche alle scuole di specializzazione per gli stranieri titolari di carta di soggiorno, ovvero di permesso di soggiorno per lavoro subordinato o per lavoro autonomo, per motivi familiari, per asilo politico, per asilo umanitario o per motivi religiosi, ovvero agli stranieri regolarmente soggiornanti in possesso di titolo di studio superiore conseguito in Italia o, se conseguito all'estero, equipollente; Ritenuto necessario, nell'assegnazione dei posti, come previsto nell'accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome del 18 aprile 2007, di tenere conto, per quanto possibile, delle priorità espresse nei fabbisogni regionali; Visto il decreto ministeriale n. 172, del 6 marzo 2006, che riguarda il "Regolamento concernente modalità per l'ammissione dei medici alle scuole di specializzazione in medicina"; Sentito il Ministero della salute,

Decreta:

Articolo 1

Per l'anno accademico 2006-2007 il numero dei medici da ammettere, con assegnazione dei contratti di formazione specialistica di cui all'art. 35, comma 2, del decreto legislativo n. 368/1999, alle scuole di specializzazione individuale nel decreto ministeriale 31 ottobre 1991 e successive modificazioni ed integrazioni, citato nelle premesse, è di n. 5000 così come indicato nella tabella allegata che costituisce parte integrante del presente provvedimento, alla III colonna.

Articolo 2

Il numero dei posti complessivamente riservati ai medici stranieri provenienti da Paesi in via di sviluppo è 32, ai medici militari è 27 e alla Polizia di Stato è di 19, come indicato nella medesima tabella allegata, rispettivamente alle colonne IV, V, VI.

Articolo 3

Possono essere attivati contratti finanziati dalle regioni, da enti pubblici, nonché quelli derivanti da finanziamenti comunque acquisiti dalle università che si aggiungono ai contratti statali, così come deliberato nella Conferenza Stato-regioni, nell'incontro del 18 aprile 2007, al fine di colmare, ove possibile il divario tra fabbisogni e numero dei contratti statali. I contratti aggiuntivi finanziati dalle regioni ed altresì quelli derivanti da finanziamenti comunque acquisiti dalle università, verranno assegnati con successivo provvedimento.

Articolo 4

La specifica categoria destinataria della norma di cui al comma 4, dell'art. 35 del citato decreto legislativo n. 368/1999, è espressamente individuata nel personale medico di ruolo in servizio in strutture sanitarie diverse da quelle inserite nella rete formativa e riguarda, quindi, esclusivamente i medici dipendenti pubblici, ivi compresi quelli che operano in enti ed istituti contemplati nell'art. 15-undecies del decreto legislativo n. 229/1999. Come previsto per le altre categorie riservatarie, alla colonna VII vengono indicati i posti riservati, messi a concorso, per i medici appartenenti alla categoria in esame, nel rispetto delle maggiori esigenze espresse dalle singole regioni e province autonome.

Articolo 5

Per usufruire dei posti riservati di cui all'art. 2 e dei posti in soprannumero di cui all'art. 4, i candidati devono aver superato le prove di ammissione previste dal Regolamento per l'ammissione dei medici alle scuole di specializzazione citato nella premessa.

Articolo 6

Con successivo provvedimento, valutate le richieste delle università, si provvederà all'assegnazione dei posti di cui all'art. 3 del presente decreto.

ANESTESIA e RIANIMAZIONE

N.	UNIVERSITÀ	CONTRATTI 2006-2007	BORSE MAE	MEDICI MILITARI DIFESA	MEDICI MINISTERO INTERNI	10% fabbisogno nazionale di medici SSN fuori rete formativa
1	Ancona	12	0	0	0	2
2	Bari	20	0	0	0	2
3	Bologna	10	0	0	0	1
4	Brescia	12	1	0	0	2
5	Cagliari	7	0	0	0	2
6	Catania	13	0	0	1	2
7	Catanzaro	8	0	0	0	2
8	Chieti	7	0	0	0	1
9	Ferrara	11	0	0	0	1
10	Firenze	14	0	0	0	2
11	Foggia	6	0	0	0	2
12	Genova	15	0	0	0	2
13	L'Aquila	10	0	0	0	1
14	Messina	15	0	0	0	2
15	Milano "Bicocca"	11	0	0	0	2
16	Milano "San Raffaele"	4	1	0	0	1
17	Milano Cattolica	18	0	0	0	2
18	Milano I	21	0	1	0	1
19	Milano II	7	0	0	0	1
20	Modena	12	0	0	0	2
21	Napoli Federico II	20	0	0	0	5
22	Napoli II Ateneo	27	0	0	0	5
23	Novara "Piemonte O."	12	0	0	0	2
24	Padova	20	0	0	0	3
25	Palermo	14	0	0	0	3
26	Parma	10	0	0	0	1
27	Pavia	12	0	0	0	2
28	Perugia	10	0	0	0	1
29	Pisa	20	0	0	0	2
30	Roma La Sapienza	24	0	0	0	2
31	Roma La Sap. II Fac.	12	0	2	0	2
32	Roma Tor Vergata	18	0	1	1	2
33	Roma Campus	5	0	0	0	2
34	Sassari	10	0	0	0	1
35	Siena	14	0	0	0	2
36	Torino	25	0	0	0	2
37	Trieste	9	0	0	0	1
38	Udine	9	0	0	0	1
39	Varese Insubria	11	0	0	0	1
40	Verona	20	0	2	0	3
		535	3	6	2	75

Articolo 7

La data di inizio delle attività didattiche delle scuole di specializzazione mediche per l'anno accademico 2006-2007, in conformità a quanto disposto dal comma 4, dell'art. 5, del decreto ministeriale n. 172, del 6 marzo 2006, è il 30 luglio 2007. Il presente decreto sarà inviato al Ministero della

giustizia per la pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.
Roma, 27 aprile 2007

Il Ministro: Mussi

Publicato sulla Gazzetta Ufficiale del 27 ottobre 2007

Finalmente il Ministero dell'economia sblocca i fondi per gli specializzandi

Via libera al decreto per sbloccare i fondi necessari al pagamento dei contratti dei 22mila medici in formazione che dovranno firmare con la Regione e l'Università (in cui ha sede la scuola) il contratto di formazione specialistica. Il Ministro dell'Economia ha infatti firmato il provvedimento che permette il trasferimento dei fondi al Ministero dell'Università autorizzando quindi il pagamento dei contratti in tutti gli atenei italiani.

Il decreto emanato su proposta dei ministri dell'Università, della Salute, dell'Economia e del Lavoro era l'ultimo tassello mancante per dare attuazione al Dlgs 368/1999, che aveva previsto "contratti di formazione-lavoro" (mai decollati) per garantire un'adeguata remunerazione ai futuri specialisti, come stabilito sin dal 1982 dalle direttive europee in materia. Norme rimaste lettera morta per mancanza di fondi: è stata la Finanziaria 2006 a stanziare 300 milioni annui a decorrere dal 2007, sbloccando lo stallo.

Da lì la strada pareva in discesa: a novembre 2006 il Ministero dell'Università aveva comunicato l'entrata in vigore del Dlgs 368, nella versione rivista dalla manovra, a partire dall'anno accademico 2006-2007. A marzo 2007 era stato varato il Dpcm sul trattamento economico, determinato in una parte fissa di 22.700 euro lordi annui (ben diversa dagli 11mila euro della borsa di studio) ed una parte variabile non superiore al 15% di quella fissa, determinata in 2.300 euro lordi annui per i primi due anni di formazione e di 3.300 euro lordi per gli altri.

L'iter è diventato più affannoso proprio per il secondo decisivo Dpcm: lo schema tipo di contratto. Ad aprile 2007, infatti, la Conferenza Stato-Regioni aveva modificato la bozza trasmessa dai ministeri, prevedendo che accordi aziendali ad hoc potessero estendere l'orario di lavoro degli specializzandi (il Dlgs 368, invece, stabilisce che l'orario è pari a quello dei medici a tempo pieno: 38 ore settimanali). Gli interessati non hanno gradito ed il tiramolla tra Governo e Regioni ha dilatato i tempi, tanto che FederSpecializzandi aveva minacciato per il 10 luglio 2007 una nuova astensione in corsia.

L'odissea si è conclusa proprio il 6 luglio. Lo schema di contratto, in otto articoli, ricalca quasi fedelmente le norme "fantasma" del 1999, orario compreso. Istituisce una gestione previdenziale separata presso l'Inps (la parte più sgradita ai giovani medici), obbliga le aziende sanitarie a provvedere alla copertura assicurativa dei rischi professionali degli specializzandi e disciplina l'attività formativa. Tratta insomma gli specializzandi per quello che sono, senza ipocrisie: non soltanto studenti, ma soprattutto lavoratori. Nelle corsie di tutta Italia.

Contratto di formazione specialistica (art. 37 del Dlgs 368/1999 e successive modifiche)

Articolo 1

1. Il contratto ha la durata di un anno, a decorrere dal... ed è rinnovabile di anno in anno per la durata del corso di specializzazione.
2. Il rapporto instaurato con il presente contratto cessa comunque alla data di scadenza del corso legale degli studi, salvo quanto previsto dai successivi commi 3 e 5.
3. Gli impedimenti temporanei superiori ai quaranta giorni lavorativi consecutivi per maternità, per la quale restano ferme le disposizioni previste dal decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, e malattia sospendono il periodo di formazione con obbligo per il medico in formazione specialistica di recupero delle assenze effettuate. Durante la sospensione per i predetti impedimenti al medico in formazione specialistica compete esclusivamente la parte fissa del trattamento economico di cui all'articolo 6, limitatamente ad un periodo di tempo complessivo massimo di un anno oltre quelli previsti dalla durata legale del corso.

4. Non determinano interruzione della formazione, né sospensione del trattamento economico, le assenze per motivi personali preventivamente autorizzate, che non superino i trenta giorni lavorativi complessivi nell'anno di pertinenza del presente contratto e che non pregiudichino il raggiungimento degli obiettivi formativi.

5. Sono causa di risoluzione anticipata del contratto:

- a) la rinuncia al corso di studi da parte del medico in formazione specialistica;
- b) la violazione delle disposizioni in materia di incompatibilità;
- c) le prolungate assenze ingiustificate ai programmi di formazione o, in caso di malattia, il superamento del periodo di un anno, nell'ambito della durata del corso di specializzazione;
- d) il mancato superamento delle prove stabilite per il corso di studi della scuola di specializzazione frequentata.

Articolo 2

1. Il medico in formazione specialistica si impegna a seguire con profitto il programma di formazione svolgendo le attività teoriche e pratiche previste dall'ordinamento didattico della scuola determinato secondo la normativa vigente in materia, in conformità alle indicazioni dell'Unione europea.
2. L'Università e la Regione si impegnano a far seguire il medico in formazione specialistica da un tutore, designato annualmente dal consiglio della scuola, che non potrà seguire più di tre medici in formazione.
3. Le modalità di svolgimento delle attività teoriche e pratiche del medico in formazione specialistica, la rotazione tra le strutture inserite nella rete formativa, nonché il numero minimo e la tipologia di interventi pratici da eseguire personalmente sono quelli determinati all'inizio di ogni accademico dal Consiglio della scuola in conformità agli ordini didattici e agli accordi tra Università e Azienda sanitaria coinvolta. Tale programma sarà portato a conoscenza del medico in formazione specialistica all'inizio di ogni anno accademico. Egualmente saranno portati a conoscenza gli aggiornamenti annuali resi indispensabili in relazione alle mutate necessità didattiche ed alle specifiche esigenze del programma di formazione.

Articolo 3

1. L'Università e la Regione garantiscono al medico in formazione specialistica la partecipazione guidata alla totalità delle attività mediche dell'unità operativa presso la quale è assegnato, nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolate alle direttive ricevute dal tutore, in coerenza al processo formativo. L'attività del medico in formazione specialistica deve essere comunque coerente con il percorso formativo. In nessun caso l'attività del medico in formazione specialistica è sostitutiva di quella del personale di ruolo.
2. L'Università fornisce al medico in formazione specialistica un apposito libretto personale di formazione in cui attività e interventi, concordati dal consiglio della scuola con la direzione sanitaria e con i dirigenti responsabili delle strutture delle aziende sanitarie interessate, sono illustrati e certificati a cura del dirigente responsabile dell'unità operativa presso la quale il medico in formazione specialistica espleta volta per volta le attività assistenziali del programma formativo e controfirmati dal medico stesso.

Articolo 4

1. Il medico in formazione specialistica si impegna ad assolvere un programma settimanale complessivo da ripartirsi tra attività teoriche e pratiche, secondo quanto stabilito dall'ordina-

mento didattico della scuola.

2. L'impegno richiesto per la formazione specialistica è pari a quello previsto per il personale medico del Servizio sanitario nazionale a tempo pieno.

Articolo 5

1. Il medico in formazione specialistica si impegna a non svolgere alcuna attività libero-professionale all'esterno delle strutture assistenziali in cui effettua la formazione, né ad accedere a rapporti convenzionali o precari con il Servizio sanitario nazionale o con enti e istituzioni pubbliche e private.
2. Il medico in formazione specialistica fermo restando il principio del rispetto del tempo pieno può, ai sensi dell'art. 19, comma 11, della legge 28 dicembre 2001, n. 448, sostituire a tempo determinato i medici di medicina generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale ed essere iscritto negli elenchi della guardia medica notturna, festiva e turistica, ma occupato solo in caso di carenza disponibilità dei medici già iscritti nei predetti elenchi.
3. È assicurata al medico in formazione specialistica la facoltà dell'esercizio della libera professione intramuraria, in coerenza con i titoli posseduti.
4. Nel caso sussista un rapporto di pubblico impiego il medico in formazione specialistica per poter frequentare la scuola di specializzazione deve essere collocato in posizione di aspettativa senza assegni, secondo le disposizioni legislative e contrattuali previste per l'amministrazione di appartenenza.

Articolo 6

1. Fermo restando quanto disposto dall'articolo 1, al medico in formazione specialistica compete il trattamento economico annuo onnicomprensivo - parte fissa e parte variabile - previsto, con riferimento alla specializzazione in... e al... anno di corso, dal Dpcm... Tale trattamento viene corrisposto dall'Università in 12 rate mensili posticipati ed è comprensivo di tutti gli oneri contributivi a carico dei contraenti e, pertanto, sia della quota dei due terzi a carico dell'Università che della quota di un terzo a carico del medico in formazione specialistica.
2. Il medico in formazione specialistica ai fini previdenziali è iscritto alla gestione separata di cui all'art. 2, comma 26, della legge 8 agosto 1995, n. 335.
3. Il trattamento economico spettante al medico in formazione specialistica è esente dall'imposta sul reddito delle persone fisiche.
4. L'azienda sanitaria, presso la quale il medico in formazione specialistica svolge attività formativa, provvede, con oneri a proprio carico, alla copertura assicurativa dei rischi professionali, per la responsabilità civile contro terzi e gli infortuni connessi all'attività assistenziale svolta dal medico medesimo nelle proprie strutture, alle stesse condizioni del proprio personale.

Articolo 7

1. Per quanto non espressamente previsto dal presente contratto si applicano le disposizioni di cui agli artt. 37, 38, 39, 40 e 41, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 e successive modificazioni, nonché le specifiche disposizioni regionali in materia, in quanto compatibili con la normativa vigente e con quanto contenuto nel presente contratto.
2. Eventuali controversie sono devolute all'Autorità giudiziaria ordinaria presso il Foro competente.

Articolo 8

Il presente contratto decorre dalla data del...

Data...

Firme...

All'ospedale di Lecce attivato un servizio di partoanalgesia

Circa un anno fa nell'Ospedale "Vito Fazzi" di Lecce ha iniziato a funzionare un servizio di partoanalgesia con guardia anestesiológica dedicata.

Dal 15 novembre 2006, il direttore dell'U.O. di Anestesia e Rianimazione ha attivato un servizio con 16 anestesisti. Tale unità dal giugno 2006 è andata a regime coprendo le 24 ore di tutti i giorni dell'anno. Tutti i medici sono esperti e hanno effettuato un training presso il "Fatebenefratelli" di Roma e presso altre strutture nazionali accreditate.

È stato creato un percorso "Materno-Fetale": tutte le donne in gravidanza afferiscono al servizio di ostetricia del nostro ospedale, dove fanno una preospedalizzazione. Essa consiste nella visita ostetrica, ecografia, esami ematici ed ecg. Quindi viene effettuata visita anestesiológica con in-

formazione alle pazienti e acquisizione del consenso informato. La cartella viene depositata in sala parto, dove al ricovero sarà a disposizione del ginecologo e dell'anestesista.

Numerosi poster schematici del percorso sono affissi nei luoghi più adatti per divulgare con precisione la prassi da seguire per le partorienti. Circa una volta al mese viene organizzata una conferenza informativa alle partorienti, presso i consultori dell'ASL.

In un anno sono state effettuate oltre 200 partoanalgesie. Il maggior lavoro si è svolto negli ultimi 4-5 mesi.

Luigi Fuggiano

Le pensioni dei dipendenti pubblici

L'Inpdap, l'istituto previdenziale dei pubblici dipendenti, ha realizzato uno studio approfondito sullo stato dei trattamenti pensionistici dei propri iscritti e nel quale sono state indicate le diverse condizioni relative ai pensionati del settore. Nel 2006 (i dati si riferiscono al mese di dicembre), l'Inpdap ha erogato 2.539.499 trattamenti pensionistici, contro i 2.490.120 dell'anno precedente con un incremento di circa l'1,98%. Dal 1997 – all'epoca il numero delle pensioni era pari a 2.184.148 – la crescita è stata progressiva con un incremento annuo medio dell'1,7%. Il 42% circa dei trattamenti pensionistici è concentrato al nord. La regione che eroga il maggior numero di pensioni è il Lazio, seguita da Lombardia, Campania, Sicilia, Emilia Romagna, Veneto, Toscana, Puglia, Piemonte, Liguria, Sardegna, Calabria, Marche, Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, Trentino Alto Adige, Umbria, Basilicata, Molise, Val d'Aosta. Roma, come è facile immaginare, è la provincia che eroga il maggior numero di pensioni, seguita da Milano, Napoli, Torino, Bari e di seguito le altre. La prima provincia, non capoluogo di regione, è Salerno che occupa il decimo posto di questa classifica, mentre le ultime risultano essere Aosta, Crotona, Verbania e Isernia.

Il 31,58% dei pensionati Inpdap percepisce una pensione mensile lorda inferiore ai 1.032 euro. Il 32,8% si colloca nella fascia compresa tra i 1.033 e i 1.499 euro mensili, mentre il 31,84% è al di sopra dei 1.500 euro. Solo il 3,77% supera i 3.000 euro mensili. Gli uomini si concentrano nelle fasce di reddito più alte, mentre le donne prendono di meno. Questo è dovuto al fatto che le posizioni ricoperte dalle donne durante il periodo lavorativo sono mediamente di livello più basso rispetto a quelle degli uomini. Ultimamente però le cose si stanno modificando e questo dato è in crescita. Annualmente l'importo medio lordo delle pensioni dirette (che costituiscono più del 75% del totale) è pari a 20.823 euro, mentre il corrispondente importo percepito dai superstiti è pari a 12.213 euro.

Se, come abbiamo già detto, il nord detiene il primato per maggior numero di pensioni erogate, non è così però per gli importi. L'importo medio delle pensioni al nord è inferiore di circa il 4% rispetto al dato medio nazionale, mentre nelle regioni centrali e meridionali è superiore rispettivamente del 6% e dell'1% al corrispondente dato nazionale. Questa peculiarità è dovuta alla presenza consistente al nord di pensionati della Cpdel (Cassa Pensioni Dipendenti degli Enti Locali), che dopo i pensionati della Cpi (Cassa per le Pensioni agli Insegnanti d'asilo e di scuole elementari parificate), hanno la pensione media più bassa. Il Lazio, oltre ad essere la regione con maggior numero di pensioni erogate, è anche quella in cui l'importo medio è il più alto.

L'età media dei pensionati è di 69,6 anni (70,3 per le donne e 68,8 per gli uomini), con forti differenze a seconda del tipo di pensione. Per i pensionati diretti è di 68,9 anni e gli uomini risultano essere leggermente più vecchi delle donne. La situazione cambia per i pensionati indiretti che fanno registrare una media di 60,9 anni con una significativa variazione per sesso (64,3 anni per le donne e 45,5 anni per gli uomini) e per i pensionati di reversibilità, con una media di 75,7 anni (88,7 anni gli uomini e 76,7 le donne).

Le difformità derivano dalla diversa età di ingresso delle donne nel pubblico impiego, dalla diversa incidenza per sesso delle pensioni di inabilità, da particolari modalità di pensionamento dei militari e delle forze di polizia, dalla diversa predisposizione al prepensionamento delle donne e ai più favorevoli requisiti per l'accesso alla pensione di vecchiaia.

Dei 2.539.499 trattamenti pensionistici del 2006 il 57,4% è erogato a favore delle donne, e questa presenza è leggermente aumentata dal 1997 ad oggi. Nelle pensioni dirette erogate nel 2006 le donne superano il milione con un'incidenza del 52,5%, mentre una percentuale decisamente maggiore si registra nei trattamenti ai superstiti dove, a fronte di 619.724 pensioni, l'87% sono a

favore di donne!

Durante il 2006 è stato registrato un maggior numero di cessazioni dal servizio che ha determinato un incremento, rispetto agli anni precedenti, di nuove pensioni dirette che si attestano, al 31 dicembre 2006, su una consistenza pari a 85.704 unità, facendo registrare un aumento del 47,7% rispetto alle cessazioni del 2005. Dal 1997 al 2006 il numero delle nuove pensioni ha oscillato annualmente tra 51.000 e 69.000 unità con l'eccezione, oltre che del 2006, anche del 1997 con 126.430 unità. Queste differenze sono dovute, per il 1997, agli effetti prodotti dall'entrata in vigore della legge Dini del 1995 e per il 2006 alla prevista entrata in vigore della riforma Maroni del 2004.

L'età media al pensionamento, tranne che nel 2006, è comunque crescente. L'anzianità media si sposta in avanti coerentemente con l'aumento dei requisiti richiesti dalle norme. Nel 1997 si andava mediamente in pensione a 55,5 anni con 28,2 anni di contributi. Nel 2006 invece l'età media del pensionamento è di 60,2 anni con 36 anni di contributi.

Le pensioni dirette sorte nel 2006 che usufruiscono di riscatti e ricongiunzioni sono state 8.423 e rappresentano quasi il 10% del totale con un numero medio di 6,7 anni riscattati e di 4,5 anni ricongiunti. L'anzianità ricongiunta più alta è quella della Cpdel, mentre l'anzianità media riscattata più alta è quella della Cps (Cassa Pensioni Sanitari).

Gli alti valori di ricongiunzioni della Cpdel ri-

sentono della mobilità dei dipendenti degli enti territoriali. Questa considerazione vale anche per i medici del Servizio sanitario nazionale a cui si somma – data la sola presenza di personale laureato – il valore elevato degli anni riscattati.

Tra gli "statali" iscritti alla Ctps (Cassa per i Trattamenti Pensionistici degli Statali) l'anzianità riscattata massima si concentra nell'università che

presenta un dato alto anche per le ricongiunzioni. Un singolo pensionato può essere titolare di una o più pensioni. La maggior parte dei pensionati (il 91,87%) ne percepisce una, mentre bassa è la percentuale di chi ne percepisce due (7,99%) o più (0,13%). L'età media di chi riceve una sola pensione è di 69 anni, per chi percepisce due o più pensioni invece è di 75 anni.

Claudio Testuzza

Ripartizione delle pensioni e della spesa per cassa

CASSA	NUMERO	INCIDENZA %	SPESA COMPLESSIVA*	INCIDENZA %	IMPORTO MEDIO ANNUO
C.P.D.E.L.	960.003	37,80	14.978	31,5	15.602
C.PI.	13.052	0,51	190	0,4	14.532
C.P.U.G.	2.504	0,10	39	0,1	15.666
C.T.P.S.	1.512.650	59,56	30.277	63,7	20.016
C.P.S.	51.290	2,2	2.059	4,3	40.138
I.N.P.D.A.P.	2.539.499	100,00	47.543	100,00	18.721

*in milioni di euro

In ricordo di Stefano Fossa

Il 2 luglio è mancato all'età di 71 anni il prof. Stefano Fossa, Primario del Servizio di Anestesia e Rianimazione dell'Istituto pediatrico G. Gaslini di Genova. Il prof. Pasquale de Bellis e il dott. Gianfranco Mazzarello mi hanno chiesto di ricordarlo e io volentieri non mi sottraggo a quanto ritengo un onore e un dovere anche se con un certo ritengo. E questo perché non è facile schematizzare la figura professionale e umana del professore. Chi scrive gli ha fatto da vice per oltre 20 anni, ma senza un rapporto gerarchico bensì paritetico sostenuto da una reciproca stima e da una solida amicizia rimaste intatte nel tempo. Insieme e da giovani abbiamo iniziato il nostro iter professionale condividendo ogni situazione, difficoltà e soddisfazioni. Il nostro Primario, dott. Francesco Dall'Orso, è stato il primo anestesista del Gaslini e le sue armi del mestiere erano costituite da mascherine metalliche e da etere. Nella seconda metà dagli anni '60, con Fossa, ho visto la coda di queste tecniche di anestesia, invariate da decenni, che oggi potremmo definire primitive e rudimentali. Unitamente a una terza collega, la compianta dott.ssa Carla Marino, ci siamo ben presto resi conto della necessità di migliorare quanto possibile. I colleghi pediatri infatti ci portavano nelle sale operatorie neonati in condizioni terminali per tentare, con l'intubazione e l'assistenza del respiro, un ultimo infruttuoso tentativo di recupero. Ugualmente i chirurghi di allora (non si può non ricordare il prof. Franco Soave) operavano con perizia le grandi malformazioni neonatali quali l'atresia esofagea e l'ernia diaframmatica, ma questi pazienti non potevano guadagnare in tempi brevi l'autonomia respiratoria e l'assenza di un supporto intensivo postoperatorio ne condizionava la sopravvivenza.

Da queste esperienze all'apertura, nel 1968, della prima rianimazione neonatale e pediatrica in Italia il passo è stato breve. Eppure da quel momento è iniziato il travolgente progresso della medicina e della chirurgia pediatrica. Vorrei anche aggiungere che nel 1972 al Gaslini è iniziata l'attività di ostetricia e il nostro gruppo, ormai con qualche medico in più, vi ha introdotto l'assistenza del neonato in sala parto. Tale attività che anestesisti e pediatri si sono per molto tempo contesi è stata per anni competenza dei primi, causa la poca familiarità con l'intubazione e con la gestione dei respiratori da parte dei pediatri. Oggi il campo è occupato da loro che, nel frattempo, hanno creato la figura del neonatologo.

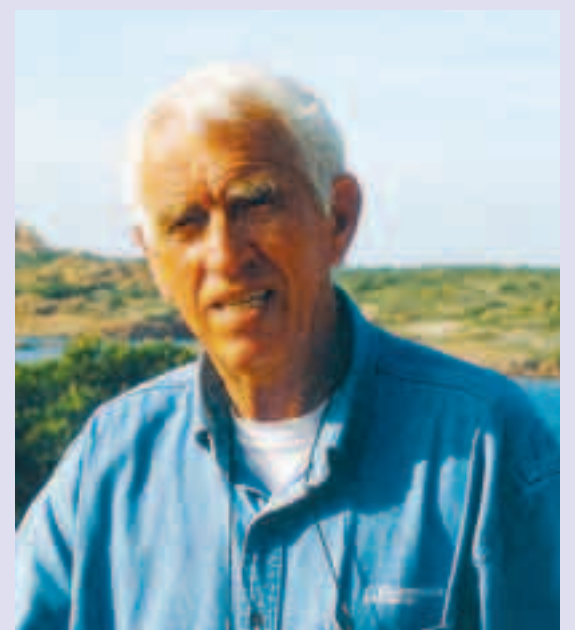
In quegli anni Fossa è diventato primario, il gruppo si è rinfoltito e tutti hanno contribuito introducendo continue innovazioni. In questo contesto grande merito di Fossa è stato quello di circondarsi di un nocciolo duro distribuito nei punti chiave (i cosiddetti "colonnelli") e di un qualificato gruppo di medici interscambiabili nei vari ruoli (oltre trenta). Veniva assicurata l'assistenza in una rianimazione di 25 posti letto, in dodici punti operativi, in due guardie e una reperibilità senza nulla sacrificare alla qualità ed alla sicurezza. Fossa, a questo punto, era il Primario dell'equipe più numerosa e, credo di poter dire senza presunzione, stimata da tutti per quanto fatto in passato e per quel che faceva al presente.

Ma come governare un gruppo così numeroso e caratterialmente disomogeneo? Fossa ci riusciva molto bene, con semplicità, utilizzando soprattutto le sue grandi doti umane. Lui non si sentiva né un grande né un potente, eppure, senza saperlo, lo era. L'atteggiamento era semplice e modesto, quasi dimesso. Distribuiva il lavoro chiedendo "per favore" o "fammi questo piacere". Certo non mancavano i "mugugni" o piccole rivalità, tutti potevano parlare e chiarire, ma tutti alla fine si attenevano a quanto lui riteneva più opportuno o più giusto. Quando c'era qualche problema (in realtà erano all'ordine del giorno) mi diceva "Ti te preoccupi? Lascia corri ò pesciu", ovvero lascia perdere, le cose si aggiustano da sole. Semplice e spontaneo come capo e come uomo, con lo stesso metro intratteneva tutti, grandi e meno grandi. Con tutti era amico, disponibile, amato. Lo si è visto al suo funerale dove, come in un film, ho visto scorrere la storia della sua vita, ma anche della mia.

Ci ha lasciato, vittima di un male veloce e devastante, tanto rapido che ancora non me ne rendo conto. L'ho frequentato come sempre, fin quasi alla fine. E in quest'ultimo periodo gli ho scoperto un'altra caratteristica: aveva un grande coraggio. Mi diceva "So bene quel che ho, ma voglio comunque pensare positivo e, finché potrò, vivrò come ho sempre vissuto". E l'ha fatto. Aveva lasciato il lavoro prima del tempo per godersi la gioia delle sue nipotine, oltre al fatto che l'ingravescente burocratizzazione delle sue mansioni apicali e la limitazione delle sue libertà di professionista poco si conciliavano con il suo concetto di medico, la cui funzione doveva essere quella di curare, non quella di fare il burocrate.

Ciao Fossa, eri noto per la tua proverbiale fortuna che questa volta non ti ha proprio arriso. Peccato, soprattutto perché un altro personaggio come te non ci sarà mai più.

E. A. Palleschi



La cravatta di Marinella

UN SIMBOLO DEL MADE IN ITALY

Una cravatta Marinella si riconosce sempre. "È la somma dei piccoli particolari che fanno l'uomo elegante. Mai una camicia azzurra di sera e mai una cravatta rossa sfacciata".

Pochi consigli, una grande saggezza frutto di un'esperienza maturata negli anni, quella di don Eugenio Marinella che, sulla soglia del suo piccolo negozio di Riviera di Chiaia a Napoli, agli inizi del ventesimo secolo, detta le regole di un'eleganza che avrebbe condizionato le generazioni future.

La sua è una scelta lungimirante: nessuno alla vigilia della prima guerra mondiale, in un clima di incertezza, avrebbe scommesso su una bottega in piazza Vittoria. Venti metri quadrati sono sufficienti perché la sua creatività stupisca l'alta società napoletana. Il suo, più che un negozio, diventa presto un salotto, un punto di ritrovo per i signori della Napoli bene e i ricchi turisti stranieri in villeggiatura nella splendida città partenopea. Don Eugenio acquista e ristruttura due locali: uno ampio e spazioso da destinare alla fabbricazione di camicie, l'altro, più piccolo da dedicare esclusivamente alle cravatte.

Guidato dall'amore per lo stile e l'eleganza tipicamente inglese, compie il suo primo viaggio a Londra. Qui seleziona stoffe di prima scelta e inizia ad importare in esclusiva vere e proprie perle di gusto. All'inizio della carriera, la sua attenzione è tutta rivolta alle camicie e, per distinguersi dai suoi concorrenti, fa trasferire direttamente da Parigi maestri camiciai che insegnino ai suoi operai l'arte del taglio. Sono già presenti nelle sue creazioni quell'amore per il lavoro, l'attenzione allo stile, l'intuizione e il gusto che faranno di lui un punto di riferimento per l'eleganza.

E le cravatte? Inizialmente solo un accessorio, un quadrato perfetto di stoffa ripiegato sette volte verso l'interno. Ma sarà questo fazzoletto di stoffa che qualche anno più tardi, decreterà non solo la salvezza dell'azienda ma la sua consacrazione a livello internazionale. Il periodo tra le due guerre è infatti il più difficile, vengono meno le sicurezze, decade la nobiltà napoletana, si affaccia nella società la nuova borghesia, cambia-



no i gusti, il mercato viene sommerso da nuove proposte, la moda si trasforma rapidamente e con essa le richieste del mercato.

Don Eugenio Marinella non si lascia scoraggiare da tutto questo, osserva il mutare delle cose e decide di abbandonare la creazione delle camicie per concentrarsi unicamente sulla produzione delle cravatte. La scelta si dimostra vincente, scure o colorate, a righe o in tinta unita, questi eleganti accessori permettono all'azienda di superare momenti duri e potersi evolvere. La moda della cravatta in tanti anni è cambiata, ma non i fornitori che Maurizio Marinella ama visitare rigorosamente almeno tre volte l'anno per assortire le fantasie, scegliere le tinte, le sfumature, lasciarsi convincere dalle proposte di chi, in tanti anni, ha garantito qualità e stile, al suo lavoro. I tessuti più usati restano comunque il twill e la seta, mentre si contendono lo scettro dei motivi più amati pois, tinte unite e piccole fantasie in centinaia di varianti di colori.

È un fatto risaputo come durante il periodo natalizio, quando le code davanti al negozio sono interminabili, sia usanza offrire sfogliatelle e caffè ai clienti in attesa per farli pazientare. Convivialità,

attenzione maniacale per le materie prime, la cura per la fattura, rigorosamente artigianale e ad un ambiente informale sono la giusta ricetta per un successo universalmente riconosciuto. Linee riconoscibili e modelli senza tempo rendono possibile ancora oggi la realizzazione di cravatte che coniugano la veracità napoletana ad uno stile molto "old British". Un mix vincente anche all'estero. Le cravatte di Marinella sono infatti esportate in tutto il mondo con un occhio di riguardo verso gli Stati Uniti e il Giappone, dove recentemente è stato inaugurato il primo monomarca al di fuori dei confini nazionali.

Oggi alle tradizionali cravatte si affianca anche un'ampia gamma di proposte create con il medesimo amore. Borse, cinture, cartelle, portafogli e porta-documenti vengono confezionati con pellami di prima scelta mentre eleganti caschi per centauri vengono realizzati coniugando sicurezza ed eleganza. Tra gli amanti illustri del marchio napoletano troviamo il grande Luchino Visconti che prediligeva cravatte blu e rosse, ne ordinava a bizzeffe e le esibiva come insoliti foulard che amava indossare in coordinato con pregiati e coloratissimi fazzoletti da taschino in pura seta indiana. Anche Aristotele Onassis scelse l'inconfondibile stile Marinella, comprava una dozzina di cravatte alla volta, tutte rigorosamente nere, si dice per scoraggiare gli interlocutori e non far trapelare di che umore fosse. Ma l'hanno stretta al collo anche tutti i presidenti americani dai Kennedy in poi, è risaputo che quella indossata da Bill Clinton sia stato un graditissimo regalo della moglie Hillary. Tra i clienti blasonati si possono enumerare personalità come re Juan Carlos e il principe Alberto di Monaco, molti degli Agnelli, certamente Cossiga, ma anche l'onorevole Berlusconi e l'onorevole D'Alema.

Personaggi di grande rilievo politico, accomunati da un comune buongusto che obbliga loro di non poter fare a meno di un accessorio confezionato su misura dalla perizia di sarti esperti, gli unici in grado di garantire un vero e proprio nodo d'autore.



Il decalogo della cravatta secondo Marinella

- 1 La cravatta è una questione di misura: quella giusta è compresa tra gli 8,5 e i 9,5 cm nel punto più largo.
- 2 Il nodo: farlo senza stringere troppo, per evitare l'effetto "impiccato". Disfarlo sempre la sera e appendere la cravatta ben tesa durante la notte.
- 3 Avere la stoffa giusta: seta jaquard per le regimental, seta più leggera tipo foulard per gli stampati, fantasie per le cravatte dal tono elegante, lana a righe o fantasie scozzesi per l'abbigliamento invernale sportivo.
- 4 Una cravatta per ogni occasione: al mattino preferire la cravatta chiara e di fantasia, la sera optare per una cravatta più scura.
- 5 Non farsi consigliare e non domandare a nessuno la scelta della cravatta: l'unica regola è seguire l'istinto. Scegliere la cravatta deve essere un atto irrazionale.
- 6 Anche l'istinto deve seguire una certa logica. Assolutamente da evitare: i disegni molto grandi e vistosi, quelle con un unico disegno centrale ma anche quelle troppo smorte e anonime. Ricordarsi che la cravatta rivela il carattere.
- 7 Da preferire: quelle in tinta unita in colori decisi, piccoli disegni (pois, losanghe, quadretti, rombi, piccole stampe cachemire), righe trasversali di due o tre colori al massimo.
- 8 I colori: la cravatta deve "staccare" dall'abito e dalla camicia, senza per questo fare a pugni. Deve essere di colore più scuro della camicia e più intensa di quello della giacca. E spesso l'unica nota colorata di un abbigliamento serio ma attenzione a non esagerare! Evitare il verde pisello, il giallo canarino così come il rosso fuoco ed il rosa confetto. Più scuri senza essere anonimi i bordeaux ed i rossi scuri, i blu, i verdi e i marroni.
- 9 L'abbinamento con la camicia è un campo minato in cui solo il buongusto vi può guidare: da evitare comunque la sovrapposizione di una cravatta dal disegno fitto su una camicia a quadretti o l'abbinamento "tutto righe" di una cravatta regimental, camicia rigata e giacca in tessuto operato.
- 10 Mai il coordinato cravatta + fazzoletto da taschino: è un'inutile quanto anacronistica affettazione. Evitare sempre di avere un aspetto d'insieme troppo curato e lezioso e optare per un'eleganza decontractée.

AAROLit
associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani

il medico
con amici in tua vita

SMART CARD

visita il TUO sito!

- NEWS • CONTRATTO • CONCORSI •
- COPERTURA ASSICURATIVA • ATTIVITÀ SINDACALI •
- SEZIONI REGIONALI • CORSI ECM E FORMAZIONE •

E ANCORA NUMEROSI CONTENUTI E COLLEGAMENTI A SITI D'INTERESSE PER LA CATEGORIA

U.M.SPE.D.

(Unione Medici Specialisti Dirigenti)

A.A.R.O.I. (Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani)

A.I.Pa.C. (Associazione Italiana Patologi Clinici)

S.N.R. (Sindacato Nazionale Area Radiologica)

LA UMSPED PROCLAMA 24 ORE DI SCIOPERO NAZIONALE LUNEDÌ 10 DICEMBRE 2007

Per rivendicare:

- 1. la difesa ad oltranza delle competenze professionali degli anestesisti rianimatori contro l'attivazione della nuova Scuola di Specializzazione in Medicina di Emergenza Urgenza;**
- 2. il rinnovo del Contratto di lavoro scaduto da due anni e la rivalutazione economica dell'indennità di esclusività di rapporto, nonché la soluzione del precariato medico;**
- 3. il riconoscimento per i medici dell'area dei servizi (anestesisti rianimatori, radiologi, medici di laboratorio) di categorie che svolgono lavori usuranti.**

Allo sciopero aderiscono anche gli Anestesisti Rianimatori di:

S.I.A.A.R.T.I. (Società Italiana Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva)

S.I.A.R.E.D. (Società Italiana Anestesia Rianimazione Emergenza e Dolore)

C.P.O.A.R. (Collegio Professori Ordinari di Anestesia e Rianimazione)

Durante la giornata di sciopero sarà comunque garantita la copertura dei turni nei settori che richiedono la continuità delle prestazioni sanitarie indispensabili ed indifferibili.

Se le istituzioni non daranno risposte concrete, le iniziative di protesta saranno inasprite e proseguiranno ad oltranza.

Colleghi, dimostriamo una volta per sempre che se ci fermiamo noi si blocca la gran parte delle attività ordinarie degli ospedali italiani.