

il nuovo Anestesista Rianimatore

AAROIEMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

Bollettino dell'Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani Emergenza Area Critica

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

APRILE
2013
4
Anno XXXIV

GIOVEDÌ 20 GIUGNO INIZIA A SORRENTO IL X CONGRESSO NAZIONALE DELL'AAROIE-EMAC

Concluse le operazioni di voto in tutte le Sezioni Regionali



Alle pagine 7-8-9-10 il Programma, i risultati delle Elezioni Regionali ed i Delegati al Congresso

Quando hai fatto un buon lavoro è il momento di farlo ancora meglio

Il sistema di valutazione della dirigenza medica

UN EQUILIBRIO DIFFICILE TRA EFFICACIA E OBIETTIVITÀ

La valutazione della dirigenza medica costituisce una delle questioni più complesse che l'organizzazione sanitaria deve affrontare se la si vuole vedere come risposta ad un'esigenza di equità non soltanto nei confronti degli operatori ma anche nei confronti dei cittadini.

Per i cittadini, infatti, la garanzia di qualità delle prestazioni sanitarie, almeno per l'aspetto tecnico-professionale, passa attraverso la possibilità che una valutazione rigorosa metta loro a disposizione professionisti capaci, i quali, d'altra parte, hanno diritto ad una valutazione obiettiva del proprio operato quale garanzia di valorizzazione del merito e di sviluppo professionale.

La problematica connessa alla valutazione proprio perché di vasta portata e di estrema importanza deve essere trattata con grande prudenza, tenendo ben presenti la normativa di riferimento e le difficoltà di applicazione pratica della stessa dovute alle peculiarità presenti nel sistema sanitario.

Tali peculiarità non hanno consentito di superare le criticità presenti anche se la normativa di riferimento, nel tempo, ha visto una caratterizzazione dei vari aspetti sempre più approfondita.

Di fatto la cornice di norme disegna un sistema in evoluzione e non completamente definito neppure dopo l'intervento del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, che lascia ancora margini di incertezza ed impone la ricerca costante di un delicato equilibrio tra esigenza di efficienza ed efficacia del sistema e garanzia di obiettività e trasparenza.

Criticità del sistema di valutazione della dirigenza medica

L'obiettività del sistema è fortemente condizionata sia dalla natura di valutatori e

valutati sia dal contenuto della valutazione e della metodologia utilizzata per effettuare la valutazione.

Per quanto riguarda i **valutatori** bisogna tenere conto, da una parte, che anch'essi sono dirigenti che a loro volta devono essere valutati, devono appartenere alla stessa disciplina del valutato e devono agire bilanciando conoscenza del valutato e imparzialità e, dall'altra parte, che per la garanzia di trasparenza e obiettività esiste la necessità/opportunità di intervento di organismi terzi e di partecipazione del valutato.

La natura del **valutato** è, forse, l'elemento di maggiore criticità trattandosi di professionisti appartenenti a differenti discipline, che hanno qualifica dirigenziale e, quindi, agiscono con autonomia tecnico-professionale piena e anche gestionale in base ai differenti incarichi dirigenziali che sono stati loro attribuiti.

Non influente nel determinare la complessità del sistema è il **contenuto della valutazione** che riguarda sia i risultati raggiunti in relazione ad obiettivi assegnati che l'attività professionale e/o gestionale a seconda dell'incarico.

L'efficienza e l'efficacia del sistema dipendono dalla metodologia utilizzata per la valutazione e sono condizionate dalla disponibilità di risorse e di sistemi informatizzati collegati agli altri sistemi di controllo e dall'implementazione di procedure che possono oscillare tra i due estremi dati da sistemi estremamente pesanti e di difficile monitoraggio o, al contrario, da sistemi fondati sulla autocertificazione e, quindi, essenzialmente virtuali.

Obiettività ed efficacia del sistema, come vedremo, sono più facilmente raggiungibili per la valutazione relativa ai risultati, mentre rivestono profili di estrema delicatezza per la valutazione professionale degli incarichi.

Evoluzione della normativa di riferimento

Per comprendere la strutturazione del sistema di valutazione dei dirigenti medici e le criticità in esso esistenti bisogna esaminare la normativa di riferimento, che riviene dalla lettura combinata del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286 e dei contratti collettivi nazionali di lavoro dell'area della dirigenza medica e veterinaria succedutisi nel tempo.

Il sistema di valutazione della dirigenza medica era inizialmente soltanto abbozzato dal combinato disposto dell'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, dell'articolo 20 del decreto legislativo febbraio 1993, n. 29 e dell'articolo 59 del CCNL 22 luglio 1996 (1994-1997) area della dirigenza medica e veterinaria.

La modifica del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 intervenuta con il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e, in particolare gli articoli 15 e 15 ter, in combinato con l'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ha disegnato la cornice legislativa di riferimento, tuttora sostanzialmente invariata, del sistema di valutazione della dirigenza medica.

Infatti, l'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 stabilisce, al comma 1, che la dirigenza sanitaria (nella quale è compresa quella medica) è collocata in unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali e che la **contrattazione collettiva nazionale** avrebbe previsto i **criteri generali per la graduazione delle funzioni dirigenziali** nonché per l'**assegnazione, valutazione e verifica degli incarichi dirigenziali** e per l'**attribuzione del relativo trattamento**

economico accessorio correlato alle funzioni attribuite ed alle connesse responsabilità del risultato.

Lo stesso articolo, al comma 3, prevede che l'attività dei dirigenti medici è caratterizzata, nello svolgimento delle proprie mansioni e funzioni, **dall'autonomia tecnico-professionale** i cui ambiti di esercizio, attraverso obiettivi momenti di valutazione e verifica, sono progressivamente ampliati e, al comma 5, che il dirigente è sottoposto a **verifica triennale**; quello con **incarico di struttura, semplice o complessa**, è sottoposto a **verifica anche al termine dell'incarico**. **Le verifiche concernono le attività professionali svolte ed i risultati raggiunti e sono effettuate da un collegio tecnico**, nominato dal direttore generale e presieduto dal direttore del dipartimento. L'esito positivo delle verifiche costituisce condizione per la conferma dell'incarico o per il conferimento di altro incarico, professionale o gestionale, anche di maggior rilievo.

Sempre l'articolo 15, al comma 6, prevede che ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura e che gli stessi dirigenti sono responsabili dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite. I risultati della gestione sono sottoposti a verifica annuale tramite il nucleo di valutazione. L'articolo 15-ter, al comma 1, ulteriormente precisa che gli incarichi sono attribuiti, a tempo determinato, dal direttore generale, secondo le modalità definite nella contrattazione collettiva nazionale, tenendo conto delle valutazioni triennali del collegio tecnico e, al comma 3, che gli incarichi sono revocati, tra l'altro, in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Tale ultimo principio è anche confermato dall'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, secondo il quale i ri-

sultati negativi dell'attività amministrativa e della gestione o il mancato raggiungimento degli obiettivi comportano per il dirigente interessato la revoca dell'incarico. Questa cornice è stata completata dal decreto legislativo 30 luglio 1999 n. 286 che all'articolo 1, definendo i principi generali del controllo interno, stabilisce che le pubbliche amministrazioni, nell'ambito della rispettiva autonomia, si dotano di strumenti adeguati, tra l'altro, a **valutare le prestazioni del personale con qualifica dirigenziale (valutazione della dirigenza)** e che l'attività di valutazione dei dirigenti **utilizza anche i risultati del controllo di gestione** ma è svolta da strutture o soggetti diversi da quelli cui è demandato il controllo di gestione medesimo.

L'articolo 5, che è specificatamente dedicato alla **valutazione del personale con incarico dirigenziale**, prevede che devono essere **oggetto di valutazione le prestazioni dei dirigenti**, nonché i **comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse professionali, umane e organizzative ad essi assegnate** (competenze organizzative) e, al comma 2, stabilisce due principi importanti.

Il primo è che la valutazione delle prestazioni e delle competenze organizzative dei dirigenti **tiene particolarmente conto dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione e ha periodicità annuale** e il secondo, essenziale ai fini dell'obiettività e della trasparenza del sistema, è che il procedimento per la valutazione è ispirato ai principi della **diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte dell'organo proponente o valutatore di prima istanza, della approvazione o verifica della valutazione da parte dell'organo competente o valutatore di seconda istanza, della partecipazione al procedimento del valutato**.

IN ITALIA GIÀ NOVE MILIONI DI CITTADINI NON SI CURANO PIÙ

La crisi finanziaria che sta colpendo il nostro Paese ha un costo pesante anche sulla salute e sulla vita dei cittadini. Aumentano i suicidi, i disturbi mentali e le malattie infettive.

Le peggiorate condizioni economiche e l'estendersi della disoccupazione stanno portando molte persone alla depressione e fasce più ampie di popolazione non sono più in grado di affrontare le spese per le visite mediche e per l'acquisto di farmaci.

Aumenta l'utilizzo di farmaci antidepressivi, peggiorano gli stili di vita, aumentano i suicidi. Sono questi, secondo il rapporto annuale stilato dall'Osservatorio nazionale sulla salute dell'Università Cattolica di Roma, gli effetti della crisi sulla salute in Italia.

In più il nostro Paese non ha messo in campo le iniziative possibili per limitare il problema. Nel nostro Paese ormai nove milioni di persone ha rinunciato a curare disturbi di piccola e media entità o per le liste d'attesa troppo lunghe, o perché non riesce a pagare le terapie. Un esempio lampante viene dalle cure dentali, con un aumento delle persone che perdono i denti e non li sostituiscono, anche perché l'odontoiatria in Italia è quasi esclusivamente privata. Il dato più eclatante, come nel resto d'Europa, è quello dei suicidi: se nel 2008 i casi erano 2.828, due anni più tardi sono saliti a 3.048. Agli effetti diretti sulle persone si aggiungono quelli dei tagli ai servizi sanitari. Un esempio di questo si può vedere nelle statistiche sui tumori della mammella. Al Sud c'è la metà dei casi ma lo stesso numero di morti. Questo perché mancano i servizi di screening, e quindi le diagnosi vengono fatte quando il cancro è in stadio avanzato. Molti altri paesi sono riusciti a limitare i danni con alcuni provvedimenti. Ci sono cinque o sei cose che si possono fare: dall'aumento della prevenzione, in cui l'Italia è ultima in Europa per spesa rispetto al Pil, alla modulazione delle prestazioni in base alle esigenze del territorio, all'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari, per impedire che prestazioni sociali vengano erogate a costi più alti dal Ssn.

Le misure di austerità non hanno risolto i problemi economici e hanno creato gravi problemi sanitari; le persone devono poter sperare che il loro governo li aiuterà nel momento del bisogno.

Invece le autorità politiche mostrano una scarsa attenzione al problema. È necessario che ogni sistema sanitario individui risparmi che non intacchino la salute dei cittadini.

I VANTAGGI DI ESSERE ISCRITTI ALL'AARO-EMAC

Una delle più grandi Associazioni autonome della dirigenza medica, dal 1952 a tutela degli interessi dei Medici Anestesiisti Rianimatori, dell'Emergenza e dell'Area Critica, 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.
- ▶ **PARERI DEI NOSTRI ESPERTI SU CONTRATTI, CONVENZIONI, FISCO, STATO GIURIDICO, ECC. CON IL SUPPORTO DELLO STAFF TECNICO.**
- ▶ **PARTECIPAZIONE A CORSI DI AGGIORNAMENTO, CONGRESSI, CONVEGNI, SEMINARI, EVENTI FAD ORGANIZZATI DALL'AARO-EMAC E DALLA SIARED CON L'ACQUISIZIONE DI CREDITI FORMATIVI ECM.**
- ▶ **PARTECIPAZIONE A CORSI DI SIMULAZIONE MEDICA AVANZATA**
- ▶ **INVIO DEL PERIODICO "Il Nuovo Anestesista Rianimatore" bollettino ufficiale dell'Associazione.**
- ▶ **INVIO DELLA RIVISTA SCIENTIFICA "AMC - Anestesia e Medicina Critica" pubblicata a cura della SIARED.**
- ▶ **CONVENZIONE 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.**
- ▶ **SITO INTERNET completamente rinnovato: www.aaroiemac.it con spazi dedicati anche alle Sezioni Regionali**
- ▶ **SERVIZIO DI DOCUMENTAZIONE PARLAMENTARE E RACCOLTA DELLE GAZZETTE UFFICIALI.**

**È IL MOMENTO DI INVESTIRE NELL'AARO-EMAC
NON PERDERE ALTRO TEMPO
ISCRIVITI ANCHE TU!**

Per l'iscrizione all'AARO-EMAC anno 2013 occorre compilare e firmare il modulo-delega in triplice copia e consegnarlo al Presidente della Sezione Regionale di appartenenza.

puoi scaricare il modulo-delega anche dal sito www.aaroiemac.it

SEDE NAZIONALE • Via XX Settembre, 98/E • 00187 Roma • Tel. 06.47825272 • Fax 06.47882016 • aaroiemac@aaroiemac.it

PRESIDENTE NAZIONALE • Dott. VINCENZO CARPINO • Via E. Suarez, 12 • 80129 Napoli • Tel. 081.5585160 • Fax 081.3606204 • carpino@aaroiemac.it

VICE PRESIDENTE NORD • Dott.ssa Teresa MATARAZZO • Via De' Romiti, 16 • 44100 Ferrara • Tel. 393.7248088 • emilia-romagna@aaroiemac.it

VICE PRESIDENTE CENTRO • Dott. MARCO CHIARELLO • C.da S.Andrea, 38 • 62029 Tolentino(MC) • Tel. 0733.633601 • Fax 0733.646140 • marche@aaroiemac.it

VICE PRESIDENTE SUD • Dott. MARIO RE • Via Michelangelo, 450 • 90145 Palermo • Tel. 339.4241469 • Fax 091.227982

PRESIDENTE SIARED • Dott. GIUSEPPE MARRARO • Via Marco Polo, 55 • 20049 Concorezzo (Mi) • Tel. 039.6042128 • Fax 02.700404589 • marraro@aaroiemac.it

PRESIDENTE SIAARTI • Prof. Vito Aldo PEDUTO • Osp. S. Maria della Misericordia • S. Andrea delle Fratte • 06156 Perugia • Tel. 075.5782420 • Fax 075.5783252 • peduto@aaroiemac.it

COORDINATORE UFFICIO ESTERI • Dott. Paolo NOTARO • Via Durazzo, 5 • 20134 Milano • Tel. 02.64442310-02.26411676 • ufficioesteri@aaroiemac.it

SEGRETARIO • Dott. UMBERTO VINCENTI • Corso Garibaldi, 47 • 84123 Salerno • Tel. 089.223093 • Fax 081.3606204 • u.vincenti@aaroiemac.it

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

ABRUZZO • Dott. Stefano MINORA • Via Galilei, 13 • 64015 Nereto (Te) • Tel. 0861.855371 • Tel. e fax 0861.810476 • abruzzo@aaroiemac.it

BASILICATA • Dott. Francesco ALLEGRINI • Via Pretoria, 247 • 85100Potenza • Tel. e fax 097135106 • basilicata@aaroiemac.it

CALABRIA • Dott. Vito CIANNI • Via Poseidone, 77 • 87023 Diamante(CS) • Tel. 098581554 • calabria@aaroiemac.it

CAMPANIA • Dott. Giuseppe GALANO • Via M.da Caravaggio, 143 • 80126 Napoli • Tel. 081.2394820 • Fax 081.7801501 • campania@aaroiemac.it

EMILIA ROMAGNA • Dott.ssa Teresa MATARAZZO • Via De' Romiti, 16 • 44100 Ferrara • Tel. 393.7248088 • emilia-romagna@aaroiemac.it

FRIULI-VENEZIA GIULIA • Dott. Sergio CERCELLETTA • Via S. Slataper, 2/A • 33100 Udine • Tel. 0432.530144-0432.552428 • Fax 0432.231977 • friuli@aaroiemac.it

LAZIO • Dott. Quirino PIADEVOLI • Via Andrea Barbazza, 154 • 00168 Roma • Tel. e Fax 06.6149007 • lazio@aaroiemac.it

LIGURIA • Dott.ssa Marialuisa POLLAROLO • Scalo Maria Giusti Colombo, 7/7 • 16016 Cogoleto (GE) • Tel. 010 6449868-9941 • liguria@aaroiemac.it

LOMBARDIA • Dott. Alessandro VERGALLO • Via Moretto, 1/A • 25012 Calvisano(BS) • Tel. 0303995330 • lobbardia@aaroiemac.it

MARCHE • dott. Marco CHIARELLO • C.da S. Andrea, 38 • 62029 Tolentino(MC) • Tel. 0733.633601 • Fax 0733.646140 • marche@aaroiemac.it

MOLISE • Dott. Roberto GRAMEGNA • Via delle Orchidee, 23 • 86039 Termoli (Cb) • Tel. 0875.83660-0875.7159323 • Fax 0875.702484 • molise@aaroiemac.it

PIEMONTE - VALLE D'AOSTA • Dott. Arturo CITINO • Corso Tanaro, 4 • 13100 Vercelli • Tel. e Fax 0113186439 • piemonte-aosta@aaroiemac.it

PROVINCIA DI BOLZANO • Dott. Massimo BERTELLI • Via Hoertmoos, 33 • 39018 Terlano(Bz) • Tel. 0471.933267-0471.908675 • bolzano@aaroiemac.it

PROVINCIA DI TRENTO • Dott. Alberto MATTEDI • Via Delle Laste, 37/24 • 38100 Trento • Tel. 0461231033 • trento@aaroiemac.it

PUGLIA • Dott. Antonio AMENDOLA • Piazza A. Diaz, 11 • 70121 Bari • Tel. e Fax 080.5540557 • puglia@aaroiemac.it

SARDEGNA • Dott. Cesare IESU • Via S. Tommaso D'Aquino, 8 • 09134 Pirri (CA) • Tel. e Fax 07042939 • sardegna@aaroiemac.it

SICILIA • Dott. Emanuele SCARPUZZA • Viale Michelangelo, 1004 • 90135 Palermo • Tel. 339.4241469 • Tel. e Fax 091.227982 • sicilia@aaroiemac.it

TOSCANA • Dott. Fabio CRICELLI • Via S. Donato, 24-4 • 50127 Firenze • Tel. 055.3245661 • Fax 055.39069595 • toscana@aaroiemac.it

UMBRIA • Dott. Alvaro CHIANELLA • Via della Ferrovia, 3 • 06034 Foligno(PG) • Tel. 074220818 • umbria@aaroiemac.it

VENETO • Dott. Attilio TERREVOLI • Via Berlendis, 9 • 36100 Vicenza • Tel. 0444.753438 • Fax 0444.302583 • veneto@aaroiemac.it

L'A.A.R.O.I. - EM.A.C. su INTERNET: www.aaroiemac.it

Anestesista Rianimatore

Organo Ufficiale dell'A.A.R.O.I. - EM.A.C.

Autorizzazione

Tribunale di Napoli
4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile

VINCENZO CARPINO

Vice Direttori

MARCO CHIARELLO
MARIO RE
TERESA MATARAZZO

Comitato di Redazione

GIAN MARIA BIANCHI
POMPILO DE CILLIS
COSIMO SIBILLA

**Direzione, Redazione,
Amministrazione**

VIA E. SUAREZ, 12 - 80129 NAPOLI
Tel. 081.5585160 - Fax 081.3606204
e-mail: aaroiemac@aaroiemac.it

**Progetto grafico
realizzazione e stampa**

INK & PAPER s.r.l.
Via Censi dell'Arco, 22 - 80040 Cercola (Na)
e-mail: inkpaper@fastwebnet.it

Il giornale è inviato gratuitamente
a tutti gli iscritti all'AARO-EMAC

Chiuso in Redazione il
28 aprile 2013
Tiratura: 10.000 copie
Spedito il
6 maggio 2013

Continua dalla prima pagina

Il sistema di valutazione...

I principi introdotti dal decreto legislativo 30 luglio 1999, n.286, come vedremo in seguito, subiscono una crisi a seguito dell'intervento del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150, ma costituiscono un pilastro importante del completamento del sistema operato dai contratti collettivi nazionali di lavoro succedutisi nel tempo che, muovendosi all'interno della cornice legislativa sopra vista perfezionano progressivamente il sistema fino a fargli assumere la struttura finora utilizzata dalle aziende sanitarie.

Il processo di perfezionamento è cominciato con il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro 8 giugno 2000 (1998-2001) area della dirigenza medica e veterinaria il cui articolo 27 ha dettagliato la definizione della natura dei valutati elencando le tipologie di incarico conferibili ai dirigenti medici e veterinari distinguendole nelle seguenti: a) incarico di direzione di struttura complessa; tra essi sono ricompresi l'incarico di direttore di dipartimento, di distretto sanitario o di presidio ospedaliero di cui al d.lgs 502/1992; b) incarico di direzione di struttura semplice; c) incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo e d) incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.

Lo stesso articolo ha, inoltre, precisato che per "struttura" si intende l'articolazione interna dell'azienda alla quale è attribuita con l'atto aziendale la responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie; per struttura complessa si considerano tutte le strutture già riservate in azienda ai dirigenti di ex II livello; per struttura semplice si intendono sia le articolazioni interne della struttura complessa sia quelle a valenza dipartimentale o distrettuale, dotate di responsabilità ed autonomia. Per incarichi professionali di alta specializzazione si intendono, invece, le articolazioni funzionali della struttura connesse alla presenza di elevate competenze tecnico professionali che producono prestazioni quali-quantitative complesse riferite alla disciplina ed organizzazione interna della struttura di riferimento e per incarichi professionali si intendono quelli che hanno rilevanza all'interno della struttura di assegnazione e si caratterizzano per lo sviluppo di attività omogenee che richiedono una competenza specialistica - funzionale di base nella disciplina di appartenenza.

La natura dei valutati è rimasta invariata, mentre l'assetto dato dal CCNL 8 giugno 2000 al sistema di verifica e valutazione dei dirigenti (artt. 31-32-33-34) e di affidamento e revoca degli incarichi (artt. 28-29) è stato modificato dal successivo Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro 3 novembre 2005 (2002-2005) area della dirigenza medica e veterinaria il cui articolo 25 riprende e consolida tutti i principi visti sopra stabilendo che la **valutazione dei dirigenti** - che è diretta alla verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati e della professionalità espressa - è **caratteristica essenziale ed ordinaria del loro rapporto di lavoro** e che le aziende **adottano preventivamente i criteri generali che informano i sistemi di valutazione** portandoli alla concertazione con i sindacati prima della definitiva adozione.

Il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro 17 ottobre 2008 (2006-2009) area della dirigenza medica e veterinaria (artt. 6-8-9-10) lascia tutto invariato stressando ulteriormente l'importanza della valutazione come elemento strategico del rapporto di lavoro diretta a riconoscere e a valorizzare la qualità e l'impegno ai fini del miglioramento dell'organizzazione e della soddisfazione degli utenti e precisando che le procedure di valutazione devono essere improntate a criteri di imparzialità, celerità e puntualità ai fini della continuità dell'incarico.

I principi ai quali devono essere improntate le procedure di valutazione secondo il CCNL 3 novembre 2005 sono a) trasparenza dei criteri usati, oggettività delle metodologie adottate ed obbligo di motivazione della valutazione espressa; b) informazione adeguata e partecipazione del valutato, anche attraverso la **comunicazione ed il contraddittorio** nella valutazione di I e II istanza; c) diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del soggetto che, in prima istanza, effettua la proposta di valutazione sulla quale l'organismo di verifica è chiamato a pronunciarsi.

Lo stesso articolo 25, al comma 2, facendo esplicito richiamo al d.lgs.286 del 1999, prevede che le aziende ed enti definiscono meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati e dell'attività professionale svolta dai dirigenti, in relazione ai programmi e obiettivi da perseguire correlati alle risorse umane, finanziarie e strumentali effettivamente disponibili, **stabilendo le modalità di articolazione dei processi di valutazione** - affidati al Collegio tecnico ed al Nucleo di valutazione - **garantendo**, in ogni caso, **una seconda istanza di valutazione** e rin-

viando, a tal fine, a titolo esemplificativo, all'allegato n.5 del contratto stesso.

L'articolo 26 precisa che **gli organismi per la verifica e valutazione dei risultati e delle attività dei dirigenti** sono il **Collegio tecnico** e il **Nucleo di valutazione** e precisa i soggetti sui quali rispettivamente i due organismi hanno competenza di valutazione.

Il **Collegio tecnico** procede alla verifica e valutazione: a) di **tutti** i dirigenti alla scadenza dell'incarico loro conferito in relazione alle attività professionali svolte ed ai risultati raggiunti; b) dei dirigenti di **nuova assunzione** al termine del primo quinquennio di servizio; c) dei dirigenti che raggiungono l'esperienza professionale **ultraquinquennale** in relazione all'indennità di esclusività.

Il **Nucleo di valutazione** procede alla verifica e valutazione annuale a) dei risultati di gestione del **dirigente di struttura complessa e di struttura semplice**; b) dei risultati raggiunti da **tutti** i dirigenti in relazione agli obiettivi affidati, anche ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato.

Dal combinato disposto degli articoli 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e s. m. e. i., 25 e 26 del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro 3 novembre 2005 e dall'allegato n.5 si ricava un assetto abbastanza preciso su valutatori e valutati in base alla tipologia di incarico dirigenziale.

L'articolo 27 dello stesso CCNL definisce i compiti del **nucleo di valutazione** precisando che esso ha competenza sulla **valutazione annuale dei risultati raggiunti** e che la stessa **per i dirigenti di struttura complessa e di struttura semplice** riguarda a) la gestione del budget finanziario formalmente affidato e delle risorse umane strumentali effettivamente assegnate in relazione agli obiettivi concordati e risultati conseguiti; b) ogni altra funzione gestionale espressamente delegata in base all'atto aziendale; c) l'efficacia dei modelli gestionali adottati per il raggiungimento degli obiettivi annuali. **Per tutti gli altri dirigenti**, invece, il nucleo di valutazione valuta: a) l'osservanza delle direttive nel raggiungimento dei risultati in relazione all'incarico attribuito; b) il raggiungimento degli obiettivi prestazionali quali-quantitativi espressamente affidati; c) l'impegno e la disponibilità correlati all'articolazione dell'orario di lavoro rispetto al conseguimento degli obiettivi.

L'esito positivo di tale valutazione comporta l'attribuzione ai dirigenti della retribuzione di risultato e concorre alla formazione della valutazione da attuarsi alla scadenza degli incarichi dirigenziali.

Se la valutazione di competenza del nucleo di valutazione, come è, riguarda i risultati raggiunti e l'attribuzione della retribuzione di risultato, affinché sia obiettiva ed efficace è necessario che essa sia collegata al ciclo della programmazione aziendale e al processo di budgeting che, se ben strutturato, è basato su un'analisi precisa di dati attendibili e porta alla definizione di pochi obiettivi, ma chiari e ben definiti da indicatori ed inoltre consente la condivisione e la responsabilizzazione piena perché deve essere negoziata dai responsabili di struttura e reso noto a tutti gli operatori e, quindi, anche ai dirigenti da valutare.

Le competenze del **Collegio tecnico** sono descritte all'articolo 28 CCNL 3 novembre 2005 che, nella rubrica, precisa che si tratta di organismo che interviene nella valutazione delle **attività professionali svolte e dei risultati raggiunti**.

Il Collegio tecnico interviene al termine dell'incarico e l'esito positivo della valutazione effettuata dallo stesso, oltre agli effetti sull'indennità di esclusività, per i dirigenti di struttura complessa o semplice, alla scadenza dell'incarico realizza la condizione per la conferma nell'incarico già assegnato o per il conferimento di altro della medesima tipologia di pari o maggior rilievo gestionale ed economico. Per gli altri dirigenti realizza la condizione per la conferma o il conferimento di nuovi incarichi di pari o maggior rilievo professionale ed economico o di struttura semplice. Per i dirigenti neo assunti, al termine del quinto anno, l'esito positivo della valutazione determina l'attribuzione di incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo, nonché di direzione di strutture semplici.

L'articolo 28 precisa anche che la valutazione del **Collegio tecnico** riguarda **tutti i dirigenti** e tiene conto: a) della collaborazione interna e livello di partecipazione multi-professionale nell'organizzazione dipartimentale; b) del livello di espletamento delle funzioni affidate nella gestione delle attività e qualità dell'apporto specifico; c) dei risultati delle procedure di controllo con particolare riguardo all'appropriatezza e qualità clinica delle prestazioni, all'orientamento all'utenza, alle certificazioni di qualità dei servizi; d) dell'efficacia dei modelli organizzativi adottati per il raggiungimento degli obiettivi; e) della capacità dimostrata nel motivare, guidare e valutare i collaboratori e di generare un clima organizzativo favorevole all'uso ottimale delle risorse, attraverso una equilibrata individuazione dei carichi di lavoro del personale, dei volumi prestazionali nonché della gestione degli istituti contrattuali; f) della capacità dimostrata nel gestire e promuovere le innovazioni tec-

nologiche e procedurali, in particolare per quanto riguarda il rispetto dei tempi e modalità nelle procedure di negoziazione del budget in relazione agli obiettivi affidati nonché i processi formativi e la selezione del personale; g) della capacità di promuovere, diffondere, gestire ed implementare linee guida, protocolli e raccomandazioni diagnostiche terapeutiche aziendali; h) delle attività di ricerca clinica applicata, delle sperimentazioni, delle attività di tutoraggio formativo, della docenza universitaria e nell'ambito dei programmi di formazione permanente aziendale; i) del raggiungimento del minimo di credito formativo o di cui all'art. 16 ter, comma 2 del d.lgs.502 del 1992 tenuto conto dell'art. 23, commi 4 e 5; j) del rispetto del codice di comportamento, tenuto conto anche delle modalità di gestione delle responsabilità dirigenziali e dei vincoli derivanti dal rispetto dei codici deontologici.

Come si può facilmente verificare dalla lettura dei criteri sopra elencati, la valutazione "professionale" dell'incarico si presta ampiamente al condizionamento della discrezionalità e, d'altra parte, è molto difficile che per contenuti professionali e comportamentali possano essere individuati indicatori quantitativi obiettivamente misurabili.

La riforma Brunetta

La cornice di regole vista sopra che nel tempo è stata disegnata con il soccorso della contrattazione collettiva ha fatto maturare, in tema di valutazione della dirigenza un'esperienza diffusa anche se non omogenea nelle aziende sanitarie e questa esperienza può essere tenuta come base per l'implementazione del nuovo sistema che scaturisce dalla legge delega 4 marzo 2009, n.15 che sottrae alla contrattazione tutta la materia relativa alla valutazione della produttività dei dipendenti pubblici e al riconoscimento del merito attraendola nella sfera della legge e dandole una nuova formazione che interviene con il decreto legislativo di attuazione 27 ottobre 2009, n. 150.

Il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150, infatti, tra l'altro, riforma tutto il sistema della contrattazione modificando ed integrando il decreto legislativo n. 165/2001 ed in particolare, nella maniera di nostro interesse, modifica l'art. 40 che, nel nuovo testo, al comma I, prevede l'**esclusione dalla contrattazione collettiva della materia del conferimento e della revoca degli incarichi dirigenziali** e limita la possibilità di intervento della contrattazione collettiva nella materia relativa alla **valutazione delle prestazioni ai fini della corresponsione del trattamento accessorio** negli esclusivi ambiti previsti dalle norme di legge. Al comma 3 bis, lo stesso articolo prevede che la contrattazione collettiva integrativa debba assicurare adeguati livelli di efficienza e produttività dei servizi pubblici, incentivando l'impegno e la qualità della performance, destinando al trattamento economico accessorio collegato alla performance individuale una quota prevalente del trattamento accessorio complessivo.

Il tema della misurazione, valutazione e trasparenza della performance e quello del merito e dei premi costituiscono gli altri due capitoli di intervento normativo del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150, declinati rispettivamente al titolo II e al titolo III dello stesso decreto, sulla base dei quali bisogna ripensare all'impianto dei sistemi di valutazione della dirigenza in sanità tenendo sempre ben presenti le peculiarità del servizio sanitario e le criticità che ne scaturiscono e che abbiamo visto all'inizio.

Innanzitutto, sulla base dei contenuti del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150, nello schema del nostro ragionamento alla domanda: "che cosa si valuta?", si può dare la seguente risposta: "si valuta la performance individuale del dirigente", dove per "performance" si intende "il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, gruppo di individui, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita". Dalla definizione riportata, suggerita dalla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT) con la delibera n.89/2010, si evince la stretta connessione che la performance individuale ha con la performance organizzativa della struttura di appartenenza e, in definitiva, dell'intera Azienda.

È evidente, a questo punto, l'analogia con il sistema di valutazione già disegnato dalla precedente normativa che collegava, come abbiamo visto, la valutazione della dirigenza al processo di budgeting e al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Riguardo, invece, alle modalità di valutazione il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150 fornisce alcune indicazioni da rapportare alla particolare qualificazione dei valutati.

Infatti, nell'articolo 9, comma I, del decreto legislativo n.150/2009 troviamo che la misurazione e la valutazione della performance individuale del dirigente è collegata: a) agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità; b) al raggiungimento di specifici obiettivi individuali; c) alla qualità del contributo assicurato alla performan-

ce generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate; d) alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi.

Il comma I, però, si riferisce ai dirigenti e al personale responsabile di una unità organizzativa in posizione di autonomia e, quindi, ai dirigenti con incarico di natura gestionale (direzione di struttura complessa, responsabilità di struttura semplice e semplice a valenza dipartimentale) tanto è vero che tiene in considerazione anche le competenze manageriali che non sono richieste a tutti i dirigenti del servizio sanitario.

Di conseguenza, per i dirigenti con incarichi di natura professionale e per i dirigenti con meno di cinque anni di attività bisognerà prendere in considerazione anche il comma 2 dell'articolo 9 in base al quale la misurazione e la valutazione svolte dai dirigenti sulla performance individuale del personale sono effettuate sulla base del sistema di cui all'articolo 7 e collegate: a) al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali; b) alla qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi.

Per definire meglio gli ambiti di valutazione della performance dei dirigenti in posizione di autonomia e responsabilità la delibera n.104/2010 (12) del 2 settembre 2010 della CIVIT fornisce alcune indicazioni. Sempre nell'ambito della modalità di valutazione, per correlare la performance individuale con la performance organizzativa, i cui ambiti di misurazione e valutazione sono declinati all'art. 8 del decreto legislativo n.150/2009, buone indicazioni possono essere attinte dalla già citata delibera n. 89/2010 della Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche che ci propone uno schema logico da seguire per individuare obiettivi e indicatori.

Obiettivi e indicatori per la valutazione della performance individuale devono essere individuati tenendo presente la differenza tra obiettivi strategici e obiettivi operativi nell'ambito dei quali bisogna individuare quelli da affidare alle strutture e ai dirigenti, in modo che siano in numero limitato e che per ciascuno sia individuato l'indicatore e il target, secondo le indicazioni della stessa delibera CIVIT.

La stessa delibera CIVIT, fornisce ottime indicazioni in ordine alla modalità di definizione degli indicatori che, innanzitutto, devono essere collegati agli obiettivi e agli ambiti di valutazione individuati dall'art.8. Inoltre, gli indicatori devono essere in possesso di una serie di caratteristiche che sono descritte nella delibera CIVIT, che fornisce anche uno schema per valutarne la validità.

Importante è che la delibera mette l'accento sul fatto che il target, definito come il risultato che ci si prefigge di raggiungere per ciascun indicatore espresso in termini di rendimento entro uno specifico intervallo temporale, debba essere sfidante, cioè ambizioso ma realisticamente raggiungibile.

La delibera n.89/2010 pone anche l'accento su un'altra caratteristica importante che il sistema di valutazione deve possedere e cioè un'infrastruttura di supporto e di processo, intesa come l'insieme di mezzi e soggetti che rendono possibile l'acquisizione, selezione, analisi, interpretazione e diffusione dei dati, garantendone la tracciabilità tanto più in ragione del fatto che il sistema di valutazione non può essere scollegato dai sistemi di controllo direzionale.

Le indicazioni della CIVIT danno sufficienti spiegazioni per costruire un sistema di valutazione trasparente in ordine alla definizione degli obiettivi, mentre le modalità di valutazione della performance per gli aspetti più strettamente professionali restano ancora indefinite e, soprattutto, soggette all'influenza della discrezionalità come, del resto, era nel sistema fin qui utilizzato.

Per tali aspetti è molto interessante la scheda di valutazione della performance individuale per l'area della dirigenza predisposta nell'ambito della sperimentazione effettuata a seguito della sottoscrizione del protocollo d'intesa tra il Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione, la FIASO, l'AGeNaS, il FORMEZ e alcune Aziende ospedaliere e Aziende Sanitarie sottoscritto il 20 gennaio 2010 e della quale esiste già il report finale.

Senza altro condivisibile è la suddivisione della scheda in una parte riferibile alle "competenze e comportamenti" e una riferibile al "raggiungimento degli obiettivi" (rilevato in percentuale rispetto al target) alle quali dare peso percentuale diverso.

Per una maggiore coerenza con le specifiche previsioni del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150 nella parte riferibile al "raggiungimento degli obiettivi" andrebbero distinti gli obiettivi individuali dal contributo agli obiettivi di gruppo e/o della struttura di appartenenza.

Per una maggiore coerenza con il sistema degli incarichi dirigenziali ed anche con le specifiche previsioni del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150, le schede di valutazione devono essere organizzate in maniera differenziata per dirigenti con meno di cinque anni di attività e dirigenti con incarico di natura

continua a pagina 4

Continua dalla terza pagina

Il sistema di valutazione...

professionale e per dirigenti con incarico gestionale e, all'interno di questi, tra dirigenti con incarico di struttura complessa e semplice a valenza dipartimentale, da una parte, e con incarico di struttura semplice, dall'altra, suddividendo la parte riferibile alle "competenze e comportamenti" in modo da evidenziare maggiormente la valutazione delle competenze professionali o la valutazione delle competenze manageriali a seconda della tipologia dell'incarico.

Altra modifica apportata dal decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 al sistema finora in vigore è data dalla ridefinizione degli organismi preposti alla valutazione.

Infatti, l'articolo 7, comma 2, stabilisce che la funzione di misurazione e valutazione della performance è svolta: dagli Organismi indipendenti di valutazione della performance (OIV), dalla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT) di cui all'art. 13 e dai dirigenti chiamati, quindi, a svolgere ordinariamente attività di valutazione su tutto il personale.

Il successivo articolo 14 norma gli Organismi indipendenti di valutazione della performance stabilendo che ogni amministrazione, singolarmente o in forma associata, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, si dota di un Organismo indipendente di valutazione della performance che sostituisce i servizi di controllo interno, comunque denominati, di cui al decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286 e, quindi, nel caso delle aziende sanitarie il nucleo di valutazione.

Contestualmente il decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150 abroga l'articolo 5 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286 e, quindi, quei principi generali di garanzia visti prima e dettati dal comma secondo cui il procedimento per la valutazione è ispirato ai principi della diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte dell'organo proponente o valutatore di prima istanza, della approvazione o verifica della valutazione da parte dell'organo competente o valutatore di seconda istanza, della partecipazione al procedimento del valutato.

Il sistema a due livelli, (prima valutazione da parte del dirigente e seconda da parte di un altro organi-

simo) è, comunque, ripreso dall'articolo 14, che precisa le attività che l'Organismo indipendente di valutazione della performance è chiamato a svolgere, e gli attribuisce, tra gli altri, i compiti di monitorare il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elaborare una relazione annuale sullo stato dello stesso; di garantire la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo dei premi di cui al Titolo III, secondo quanto previsto dal presente decreto, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'amministrazione, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità; di proporre, sulla base del sistema di cui all'articolo 7, all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi di cui al Titolo III.

L'OIV assume, quindi, un ruolo di valutazione super partes e di garanzia della correttezza dei processi messi a punto dalle amministrazioni al quale si può ritenere attribuita in esclusiva la competenza alla collocazione dei dirigenti nelle varie fasce di merito previste dall'articolo 19 che, come sappiamo, possono essere variate e ampliate dalla contrattazione collettiva.

Si può, quindi, ritenere che anche per il futuro possa essere riproposto lo schema sui soggetti cui è attribuita la responsabilità della valutazione in relazione al professionista da valutare e alla tipologia di incarico di cui lo stesso è destinatario con la sostituzione nel secondo livello dell'Organismo indipendente di valutazione della performance in luogo del Nucleo di valutazione.

A completamento del processo di valutazione e a favore della trasparenza l'articolo 14 prevede anche che l'Organismo indipendente di valutazione della performance, sulla base di appositi modelli forniti dalla CIVIT, curi annualmente la realizzazione di indagini sul personale dipendente volte a rilevare il livello di benessere organizzativo e il grado di condivisione del sistema di valutazione nonché la rilevazione della valutazione del proprio superiore gerarchico da parte del personale, e ne riferisce alla predetta Commissione.

A garanzia ulteriore della trasparenza del processo di valutazione è previsto che i componenti dell'Organismo indipendente di valutazione, tra i quali non possono essere nominati soggetti che rivestano incarichi pubblici elettivi o cariche in partiti politici o

in organizzazioni sindacali, debbano essere dotati dei requisiti stabiliti dalla CIVIT e di **elevata professionalità ed esperienza, maturata nel campo del management, della valutazione della performance e della valutazione del personale** delle amministrazioni pubbliche. I loro curricula sono comunicati alla CIVIT.

Nulla è espressamente previsto dal decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, invece, relativamente al Collegio tecnico che, come previsto dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m. e i. continuerà ad avere la composizione ivi prevista e competenza sulla valutazione al termine dell'incarico. Il suo lavoro però sarà, presumibilmente, agevolato in quanto la valutazione della performance individuale effettuata annualmente, come abbiamo visto, riguarda anche aspetti professionali e, quindi, il Collegio tecnico disporrà metodologicamente di documentazione annuale anche su tali aspetti e se tale documentazione di base è predisposta in forma trasparente (vedi le considerazioni a proposito della scheda utilizzata per la sperimentazione nazionale) gli ambiti di discrezionalità del giudizio potranno essere limitati pur non potendo essere completamente eliminati.

In ogni caso c'è da rilevare che, essendo caduta una buona parte dell'impianto normativo che reggeva la strutturazione dei sistemi di valutazione ed essendo stata limitata in tale ambito la possibilità di intervento della norma pattizia, assume estrema importanza ai fini sia della efficacia del sistema sia, soprattutto, della sua trasparenza e obiettività il sistema di misurazione e valutazione della performance che ciascuna amministrazione dovrà adottare, sulla base delle indicazioni della CIVIT, con provvedimento formale e nel quale dovranno essere individuati: a) le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti e le responsabilità del processo di misurazione e valutazione della performance; b) le procedure di conciliazione relative all'applicazione del sistema di misurazione e valutazione della performance; c) le modalità di raccordo e di integrazione con i sistemi di controllo esistenti; d) le modalità di raccordo e integrazione con i documenti di programmazione finanziaria e di bilancio.

Conclusioni

Come si può facilmente dedurre dalla disamina della normativa e dai risvolti applicativi visti, la strutturazione di un sistema di valutazione della dirigenza non è ancora certamente compiuta.

La progettazione del sistema ha bisogno di essere profondamente ponderata tenendo costantemente presente la assoluta necessità di integrazione tra la valutazione della dirigenza e tutti gli altri sistemi di controllo interno e, soprattutto, la necessità di coerenza degli obiettivi operativi con quelli strategici. Il sistema potrà essere agevolmente implementato soltanto se progettato in maniera non ridondante, evitando la proliferazione di obiettivi non chiari, non monitorabili e non verificabili attraverso indicatori precisi.

Di estrema importanza è avere ben presenti le difficoltà derivanti dalla necessità di valutare e governare anche aspetti intangibili come le competenze, le motivazioni, le relazioni, le capacità di innovazione, la legittimazione sociale. Tali aspetti in sanità hanno grandissimo rilievo e, però, se, da un lato, ben governati possono costituire la vera spinta al raggiungimento di elevati livelli di qualità, dall'altro, prestano il fianco al rischio di eccessi di discrezionalità e, quindi, di iniquità nella valutazione.

Per limitare tali rischi è importantissimo creare un clima organizzativo che favorisca la valutazione attraverso la partecipazione e la condivisione di principi e metodi in modo che tutti i dirigenti abbiano modo di sentirsi valorizzati e, comunque, spinti a migliorarsi.

Proprio questi aspetti rappresentano il momento di maggiore criticità del sistema di valutazione soprattutto se correlati all'aspetto forse meno condivisibile della riforma Brunetta che è quello delle fasce di merito tra le quali una deve "certificare" il merito zero che, a nostro parere, in un'organizzazione complessa non esiste.

Un punto di merito, invece, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 è l'esplicito riferimento, nell'articolo II, alla trasparenza come accessibilità totale alle informazioni e, quindi, anche a quelle relative ai risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta rendendo, in tal modo, concreta la possibilità per i cittadini di conoscere i professionisti sulla base di un'evidenza.

Se il sistema di valutazione della dirigenza verrà costruito tenendo conto delle condizioni sopra rappresentate potrà assumere veramente importanza strategica e diventare parte integrante del governo aziendale, ma costituirà anche occasione di miglioramento continuo dei professionisti che vedranno riconosciute le proprie capacità e di garanzia della qualità delle cure per i cittadini.

Gli iscritti sono la forza dell'AAROI-EMAC

A BARI LA QUARTA TAPPA DELLE GIORNATE DI ORIENTAMENTO SINDACALE

“Il sindacato non è un partito politico, ha obiettivi diversi, ma come un partito politico con la “P” maiuscola ha bisogno di partecipazione attiva da parte di tutti. Per questo motivo è assolutamente necessario che ogni anestesista rianimatore conosca i propri diritti e i propri doveri”. Con queste parole e con questo auspicio Antonio Amendola, Presidente della Sezione Regionale AAROI-EMAC Puglia ha dato il via alla Giornata di Orientamento Sindacale che si è svolta il 16 marzo a Bari. Quarta tappa di un percorso organizzato dall'AAROI-EMAC grazie al sostegno del Presidente Nazionale Vincenzo Carpino e alla collaborazione di Alessandro Vergallo, Presidente della Sezione Regionale AAROI-EMAC Lombardia, di Arturo Citino, Presidente della Sezione Regionale AAROI-EMAC Piemonte-Valle d'Aosta e di Marco Chiarello, Presidente della Sezione Regionale AAROI-EMAC Marche.

Un'iniziativa che ha lo scopo di informare, far conoscere e spiegare in maniera capillare alcuni dei principali temi sindacali che interessano la nostra categoria. Gli incontri sono inoltre uno strumento per approfondire le realtà aziendali e regionali attraverso le testimonianze degli iscritti all'Associazione. Uno scambio reciproco, quindi, che di tappa in tappa diventa un dibattito serrato tra relatori e partecipanti.

“Quando si pensa al sindacato – ha proseguito Amendola - non bisogna immaginare un'entità astratta in cui non è possibile partecipare. Al contrario, i Rappresentanti sindacali dovrebbero essere visti come portavoce degli iscritti e non solo come le persone a cui delegare tutto”.

Un tema raccolto dal Presidente Carpino che nel suo intervento ha spiegato la linea d'azione dell'AAROI-EMAC in un periodo in cui l'attività sindacale vera è propria è ridotta all'osso. “È comprensibile - ha affermato il Presidente Nazionale - che alcuni iscritti possano avere qualche perplessità sull'azione sindacale, ma è fondamentale che si tenga conto dei tempi. Di fatto le trattative contrattuali nazionali sono ferme dal 2009 e lo stop esiste anche a livello aziendale. Abbiamo avuto Governi che hanno sottoposto la sanità a tagli indiscriminati e iniqui in cui i margini di trattativa e la disponibilità all'ascolto sono stati pressoché nulli. Da parte nostra – ha sottolineato Carpino – siamo convinti di aver fatto tutto il possibile in qualsiasi sede per opporci ad una simile situazione. Abbiamo reagito e non siamo mai stati a guardare. Con la manifestazione del 27 ottobre a Roma abbiamo dimostrato la nostra forza di coesione. Allo stesso tempo non abbiamo perso di

vista i problemi dei singoli iscritti promuovendo anche azioni legali come la recente diffida portata avanti dalla nostra Associazione per la corretta articolazione delle Strutture Semplici e Complesse e prima ancora l'azione collettiva per il riconoscimento economico dell'indennità di esclusività di rapporto.

Detto questo, di fronte ad un'azione sindacale così difficile, l'AAROI-EMAC - ha proseguito Carpino - ha scelto anche di diversificare la propria azione e di offrire ai propri iscritti alcuni servizi quali la Copertura assicurativa e la formazione e l'aggiornamento gratuito attraverso i Corsi di simulazione ed i Corsi itineranti ECM. In questi giorni è partita anche la formazione a distanza (FAD) riservata agli associati con il primo Corso sull'“Ipotermia terapeutica nella pratica clinica”.

Queste scelte sono state premiate con un aumento del numero degli iscritti ormai vicino alle 10.000 unità”.

L'AAROI-EMAC quindi, cresce, va avanti e chiama a raccolta gli iscritti chiedendo loro di essere protagonisti insieme ai dirigenti nazionali.

Nel corso dell'incontro Arturo Citino, Alessandro Vergallo e Marco Chiarello hanno approfondito i diversi aspetti del contratto nazionale, ma soprattutto della contrattazione decentrata. In particolare sono stati affrontati, nella prima parte della giornata, temi come l'orario di lavoro, la dotazione organica, la pronta disponibilità e il lavoro straordinario, si è inoltre parlato degli incarichi professionali e della mobilità aziendale e inter aziendale.

“La forza del sindacato - ha sottolineato Vergallo - sta negli iscritti. Sono loro che rendono forte l'AAROI-EMAC. Queste giornate servono quindi per rendere i colleghi consapevoli delle carte che hanno da giocare, se bene informati”.

E proprio sulla necessità d'informazione è intervenuto anche Citino: “È necessario conoscere il contratto nazionale per non accettare decisioni calate dall'alto e soprattutto per non credere che quello che viene detto e fatto è vero e prescindere. La mancata applicazione del contratto favorisce la diffusione dell'“ovunque si fa così” e quindi si può fare. Ma non è così, dobbiamo fare in modo di non essere tanti single non informati”.

Nel pomeriggio Chiarello ha fatto il punto sulla gestione dei fondi contrattuali e si è soffermato in particolare analizzando le singole voci stipendiali.

La quinta edizione delle “Giornate di orientamento sindacale” si terrà a Firenze l'11 maggio 2013 promossa dalle Sezioni Regionali Toscana ed Emilia-Romagna dell'AAROI-EMAC.



Da sinistra Chiarello, Carpino, Citino e Vergallo



Sezione Regionale **TOSCANA** – Sezione Regionale **EMILIA ROMAGNA**

11 maggio 2013

GIORNATA DI ORIENTAMENTO SINDACALE

ORE 09:00 - 17:00

NO alle imposizioni
SI alle regole

FIRENZE





Hotel Hilton Garden Hill
Florence Novoli
via Pertini 2/9 Firenze

Diritti e Doveri del Medico Ospedaliero

Presiederà il Presidente Nazionale A.A.R.O.I.-EM.A.C.
Dr Vincenzo Carpino

Relatori:

- Dr A. Citino** – Presidente Sezione Regionale Piemonte-Valle d'Aosta A.A.R.O.I.-EM.A.C.
 - * l'orario di lavoro/servizio e la dotazione organica necessaria
 - * la pronta disponibilità e il lavoro straordinario
- Dr A. Vergallo** – Presidente Sezione Regionale Lombardia A.A.R.O.I.-EM.A.C.
 - * gli incarichi professionali: conferimento e responsabilità
 - * la mobilità aziendale e inter-aziendale
- Dr M. Chiarello** – Presidente Sezione Regionale Marche A.A.R.O.I.-EM.A.C.
 - * la costituzione e la gestione dei fondi contrattuali
 - * la corresponsione delle voci stipendiali fondamentali e accessorie

NEL CORSO DEI LAVORI POTRÀ ESSERE DATA RISPOSTA A QUESITI GENERALI E SPECIFICI

LA PARTECIPAZIONE È GRATUITA

PER I RAPPRESENTANTI SINDACALI E PER GLI ISCRITTI A.A.R.O.I.-EM.A.C.

Coffee-break e Lunch offerti da A.A.R.O.I.-EM.A.C. Toscana e A.A.R.O.I.-EM.A.C. Emilia Romagna

Per partecipare è necessario pre-iscriversi, inviando una richiesta completa di tutti i dati seguenti:

- Cognome e Nome
- Indirizzo e-mail personale e Recapito telefonico personale
- Eventuale carica sindacale ricoperta
- via e-mail alla casella di posta elettronica: toscana@aaroiemac.it
- oppure via fax al n° 055.69039595

Le pre-iscrizioni saranno accettate fino ad esaurimento dei posti disponibili.

Sarà inviata conferma di iscrizione al recapito email indicato nella richiesta di pre-iscrizione.

Referenti: Dr Fabio Cricelli – Presidente Sezione Regionale AAROI-EMAC Toscana
Dr.ssa Teresa Matarazzo – Presidente Sezione Regionale AAROI-EMAC Emilia Romagna

PER INFORMAZIONI: TEL. 055.3245661

Quali competenze dell'infermiere in emergenza?

L'avvento delle professioni sanitarie e delle relative lauree brevi ha suscitato non pochi dubbi negli addetti ai lavori, compreso quello che prima o poi si potesse arrivare ad una laurea breve in medicina e chirurgia. La pletera medica che per anni ha afflitto la nostra professione provocando disoccupazione e sottooccupazione del medico ha cambiato rotta, trasformandosi oggi in una carenza di professionisti a causa della quale sembrerebbe inevitabile l'aprirsi di nuovi spazi professionali.

In alcune regioni si sta già tentando di colonizzare l'area medica, consentendo, attraverso specifici protocolli, agli infermieri del pronto soccorso e del 118 di eseguire atti propriamente medici. Credo che confondere i ruoli e le correlate responsabilità non aiuti né il medico, né l'infermiere né tanto meno il paziente.

La legge 42/1999 ha posto alla base dell'esercizio professionale infermieristico tre criteri guida ben precisi e un limite dai contorni forse un po' meno precisi. L'infermiere deve quindi agire in base ai dettami del profilo professionale, ex DM 14 settembre 1994, 739, al contenuto degli ordinamenti didattici di base e post base e del Codice deontologico. Il limite posto dalla legge stessa è dato dalle "competenze previste per la professione medica", ovvero dall'atto medico, che la UEMS ha così definito nel 2006: "L'atto medico comprende tutte le attività professionali, ad esempio di carattere scientifico, di insegnamento, di formazione, educative, organizzative, cliniche e di tecnologia medica, svolte al fine di promuovere la salute, prevenire le malattie, effettuare diagnosi e prescrivere cure terapeutiche o riabilitative nei confronti di pazienti, individui, gruppi o comunità, nel quadro delle norme etiche e deontologiche. L'atto medico è una responsabilità del medico abilitato e deve essere eseguito dal medico o sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione".

Pertanto se il concetto di atto medico è posto come limite all'autonomia delle professioni sanitarie non mediche, stante la definizione di cui sopra, produrre "Procedure infermieristiche" abbia senso solo se commisurate al rispetto dei ruoli e delle funzioni e, comunque, non intese come autorizzazione perpetua a surrogare l'atto medico e quindi anche la figura medica in se e per se. L'autonomia decisionale per la somministrazione di una terapia non può prescindere da un inquadramento diagnostico.

La diagnosi (dal greco dià, attraverso e gnosis, conoscenza), infatti, è la procedura di ricondurre un fenomeno (o un gruppo di fenomeni), dopo averne considerato ogni aspetto, a una categoria. Il termine è frequentemente usato in medicina. Serve a riconoscere una malattia (categoria) in base a dei sintomi o dei "segni" (fenomeni); i primi, manifestazioni soggettive presenti nel paziente, i secondi evidenti anche al medico. L'insieme dei sintomi e segni, di cui alcuni specifici - detti patognomici - ed altri più o meno generici, caratterizza il quadro clinico di una malattia. L'insieme dei metodi di diagnosi, come è noto, si chiama diagnostica. La diagnostica è detta



"strumentale" quando si avvale di apparecchiature o strumenti particolari (come accade in ecografia, endoscopia, radiologia, ecc.) e "clinica" (dal greco kline, letto) quando si basa sull'esame diretto del paziente da parte del medico.

Il procedimento diagnostico, come tutti sanno, o dovrebbero sapere, è articolato in momenti diversi:

- Anamnesi: indagine sulla storia clinica del paziente, ricostruita interrogandolo direttamente o desumendola dal racconto dei familiari. Serve a raccogliere i dati riguardanti i precedenti familiari e personali oltre che quelli fisiologici e patologici, sia remoti che recenti.

- Semeiotica: esame del paziente alla ricerca dei sintomi e dei segni presenti. In questa fase il medico si avvale delle classiche manovre di ispezione, palpazione, percussione e auscultazione.

- Valutazione del quadro clinico e comparazione analogica dello stesso a quelli di malattie caratterizzate dai medesimi segni e sintomi. Esiste poi, per coloro che se ne fossero dimenticati, la diagnostica differenziale: discriminazione tra le patologie analoghe che vengono progressivamente eliminate in base alla presenza o assenza di altri sintomi e segni. Una volta raggiunta la certezza di una diagnosi è possibile stabilire se quella malattia è curabile e con quale tipo di terapia.

La diagnosi infermieristica è invece la dichiarazione di un problema della persona assistita, reale o potenziale, correlato alle motivazioni che lo sostengono; è centrata precisamente sulla persona; è un'espressione scritta con un linguaggio conciso e chiaro; viene formulata sull'insieme dei dati raccolti ed è la base per gli interventi autonomi infermieristici. È una tappa fondamentale per sviluppare ulteriormente il processo di assistenza infermieristica.

Oltre a quanto fin qui riportato, per poter analizzare attentamente la differenza sostanziale tra le definizioni di diagnosi medica e infermieristica, bisogna spulciare il nostro codice deontologico al CAPO IV ("Accertamenti diagnostici e trattamenti terapeutici") all'art. 13 - "Pre-

scrizione e trattamento terapeutico": "La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la diretta responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico.

Su tale presupposto al medico è riconosciuta autonomia nella programmazione, nella scelta e nella applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico, anche in regime di ricovero, fatta salva la libertà del paziente di rifiutarle e di assumersi la responsabilità del rifiuto stesso".

Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche tenuto conto dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente secondo criteri di equità.

Il medico è tenuto a una adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e delle reazioni individuali prevedibili, nonché delle caratteristiche di impiego dei mezzi diagnostici e terapeutici e deve adeguare, nell'interesse del paziente, le sue decisioni ai dati scientifici accreditati o alle evidenze metodologicamente fondate [...omissis...].

Per garantire una maggior comprensione del problema deve essere analizzato anche il Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere (DM 739/94) dove all'art. 1 è scritto:

1. È individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

2. L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

3. L'infermiere: a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; b) identifica i bisogni di assistenza infer-

mieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico; d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche - terapeutiche; e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali; f) si avvale per l'espletamento delle funzioni, ove necessario, dell'opera del personale di supporto; g) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale.

Da quanto premesso e da un attento esame della legislazione vigente non sembra, di fatto, che la figura professionale dell'infermiere possa intendersi come sostitutiva di quella medica né tanto meno interscambiabile, ma piuttosto complementare; infatti si ritiene che il miglior livello assistenziale sia costituito da medico e infermiere che operino congiuntamente, integrando le loro professionalità, proprio come scritto nell'Articolo 14 del Codice deontologico infermieristico che recita: "L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito".

Purtroppo però sono sempre più numerosi gli esempi di "fughe in avanti" specialmente nell'ambito del servizio 118, le quali prevedono l'utilizzo dell'infermiere in totale autonomia nell'emergenza e di conseguenza la possibilità per quest'ultimo di compiere azioni terapeutiche che prevedono a monte una diagnosi; tale scelta porta inevitabilmente ad individuare i termini di un abuso della professione medica e senza attendere al riguardo, in quanto, per effettuare diagnosi e terapia, ancora oggi ci vuole una laurea specifica che, guarda caso, non è in scienze infermieristiche.

Non è certo con il far fare ciò che non compete che si rende una professione importante e specifica, a maggior ragione nel settore sanitario. Tuttavia la professione sarà sicuramente da incentivare, ma non certo con un cammino così sconsiderato e fuori da ogni logica, come quello di imitare il medico non avendo a monte la formazione adatta, né tantomeno con il ricorso ad artifici, che sanno molto di populismo, come quelli di assegnare mansioni improprie facendo credere agli infermieri di essere già medici. Buon senso vuole, senza guerre di religione, che si debba lavorare insieme, ma nel più assoluto rispetto reciproco dei ruoli. Continuare a fingere di non vedere o ancora peggio ad avallare certi comportamenti equivale a cantare il "de profundis" della professione medica.

In conclusione, bisognerà porre in essere un'intesa ed una collaborazione nuova che miri a determinare con chiarezza ruoli e funzioni, attivando un mansionario nuovo e adatto alle realtà lavorative contemporanee, che non spenga le legittime aspirazioni degli infermieri, ma che punti a rendere facile il lavoro fra diverse professionalità nel rispetto dei ruoli. Tutto questo senza confusione e con la massima trasparenza, altrimenti sarà solo anarchia.

L'Intersindacale chiede lo slittamento della scadenza della libera professione intramoenia

On. Prof. Renato Balduzzi
Ministro della Salute

per conoscenza

Dott. Vasco Errani
Presidente Conferenza delle Regioni

Dott. Luca Coletto
Coordinatore Consulta Assessori Sanità
Roma 21 aprile 2013

Oggetto: scadenza libera professione intramoenia dirigenza medica, veterinaria e sanitaria.

L'art. 2 della Legge 8 novembre 2012 n. 189 "Esercizio dell'attività libero professionale intramuraria" individua le modalità di modifica e riorganizzazione sull'esercizio di tale attività, prevedendo una serie di adempimenti già da attuarsi con la scadenza del 30 aprile 2013.

Dal momento che la maggior parte delle Aziende non ha provveduto agli adeguamenti richiesti né le Regioni sono intervenute in merito, e considerando che la definitiva sistemazione dell'istituto è prevista entro il 2015, si richiede in tempi rapidissimi lo slittamento della scadenza suddetta al 31 dicembre 2013. Tutto ciò per dare certezze ai professionisti e ai cittadini, in una fase in cui è già grande l'incertezza per l'assistenza sanitaria. Le stesse aziende non potrebbero tollerare, in tale momento di crisi, ulteriori perdite del finanziamento pubblico.

D'altronde neanche le varie commissioni e tavoli di concertazione sono stati avviati da parte delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, ove è prevista dalla legge la presenza delle OO.SS maggiormente rappresentative interessate.

Non sono state avviate verifiche di nessun genere sul nuovo ordinamento della LAP intramuraria allargata previste comunque, anche se di natura negativa, entro il 28 febbraio 2015.

Pertanto, non essendo state avviate né le commissioni, né le ristrutturazioni, né tanto meno le verifiche, appare giustificata la

nostra richiesta di uno slittamento della scadenza del 30 aprile almeno al 31 dicembre 2013, mentre a nostro avviso per una definitiva regolamentazione occorrerebbe aspettare il 28 febbraio 2015.

Distinti saluti.

Costantino Troise
Riccardo Cassi
Vincenzo Carpino
Aldo Grasselli
Francesco Lucà
Biagio Papotto
Carmine Gigli
Raffaele Perrone Donnorso
Armando Masucci
Ruggero Di Biagi
Alberto Spanò
Mario Sellini

ANAAO ASSOMED
CIMO ASMD
AAROI-EMAC
FVM
FASSID
CISL MEDICI
FESMED
ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI
UIL FPL MEDICI
UGL MEDICI
SDS SNABI
AUIP

I MINISTRI DEL NUOVO GOVERNO



ENRICO LETTA
Presidente del Consiglio dei Ministri

Nato a Pisa il 20 agosto 1966, è laureato in Scienze politiche all'Università di Pisa. Nel 1998 è stato nominato ministro per le politiche comunitarie del governo D'Alema I, diventando il più giovane, fino ad allora, ministro della storia della Repubblica. È stato successivamente ministro dell'industria nei Governi D'Alema II ed Amato II, e poi sottosegretario di Stato alla presidenza del Consiglio dei ministri del governo Prodi II. Europarlamentare dal 2004 al 2006 nel gruppo liberaldemocratico, dal 2001 è deputato, iscritto dapprima al gruppo parlamentare della Margherita e poi a quello del PD, partito del quale è stato vicesegretario nazionale dal 2009 al 2013.



BEATRICE LORENZIN
Ministro della Salute

Nata a Roma il 14 ottobre 1971. La sua attività politica comincia con il movimento giovanile di Forza Italia nel Lazio nel 1996. Nell'ottobre 1997 viene eletta nella lista di Forza Italia, al Consiglio del XIII Municipio di Roma. Nell'aprile 1999 è Coordinatore Regionale del Lazio del movimento giovanile di Forza Italia. Nel maggio 2001 è eletta Consigliere comunale di Roma. Unica donna nella coalizione di centrodestra, è Vicepresidente della commissione Donne Elette e Vicepresidente del Gruppo consiliare di Forza Italia. Tra la fine del 2004 e la metà del 2006 è Capo della Segreteria Tecnica di Paolo Bonaiuti, Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio dei ministri per l'informazione e l'editoria nel governo Berlusconi. Nel maggio del 2005 è nominata Coordinatore Regionale di Forza Italia per il Lazio. Dal settembre 2006 al marzo 2008 ha ricoperto il ruolo di Coordinatore Nazionale di Forza Italia - Giovani per la Libertà. Eletta alla Camera dei Deputati nelle elezioni politiche del 2008 nella lista PDL, per la XVI Legislatura. Membro del Consiglio Direttivo del gruppo PDL alla Camera e della commissione Affari Costituzionali della Camera, della Commis-

sione Bicamerale per l'Attuazione del Federalismo Fiscale, della Commissione Parlamentare per l'Infanzia. Nel 2013 è inizialmente candidata alla presidenza della Regione Lazio, ma lascia in seguito il posto a Francesco Storace, già Presidente della regione Lazio dal 2000 al 2005. Alle elezioni politiche del 24-25 febbraio 2013 viene riconfermata deputata alla Camera dei Deputati nelle liste del PDL.



FABRIZIO SACCOMANNI
Ministro dell'Economia e delle Finanze

Nato a Roma il 22 novembre 1942, dopo la laurea in Economia e Commercio alla Bocconi di Milano, ha seguito corsi di perfezionamento in economia monetaria e internazionale presso la Princeton University, nel New Jersey. Dopo essere entrato a far parte della Banca d'Italia nel 1967, ha lavorato, sempre come rappresentante della Banca centrale italiana, presso il Fondo Monetario Internazionale, la Banca centrale europea, la Banca dei Regolamenti Internazionali e l'Unione Europea. Il 2 ottobre 2006 è diventato Direttore Generale della Banca d'Italia, riconfermato nel luglio del 2012.



ENRICO GIOVANNINI
Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

Nato a Roma il 6 giugno 1957. Nel 1981 consegue, con il massimo dei voti, la laurea in Economia e Commercio all'Università degli Studi di Roma "La Sapienza". Economista e statistico è stato Presidente dell'ISTAT dal 2009 al 2013. Dal 2002 è professore di Statistica economica presso la Facoltà di Economia dell'Università di Roma "Tor Vergata". Da giugno 2011 è Presidente della Conferenza degli Statistici Europei, organismo della Commissione Economica per l'Europa delle Nazioni Unite. È membro del Consiglio dell'Istituto Statistico Internazionale (ISI), dell'Advisory Board per il rapporto sullo Sviluppo Umano

delle Nazioni Unite, del Partnership Group del Comitato Statistico Europeo ed è Presidente del Board del Progetto internazionale della Banca Mondiale per la misura delle parità dei poteri d'acquisto.

Dal gennaio 2001 al luglio 2009 è stato Chief Statistician e Director of the Statistics Directorate dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) di Parigi.



GIANPIERO D'ALIA
Ministro per la Pubblica Amministrazione e la Semplificazione

Nato a Messina il 22 settembre 1966. Avvocato cassazionista, è sposato ed ha un figlio. Deputato nelle legislature XIV e XV e senatore nella legislatura XVI. Nel governo Berlusconi III (2001-2006) è stato Sottosegretario di Stato all'Interno. Nel 2013 è stato eletto in Sicilia deputato nelle liste dell'UdC diventando vicecapogruppo vicario alla Camera dei Deputati del gruppo Scelta Civica per l'Italia, gruppo unitario dei partiti centristi vicini a Mario Monti.



MARIA CHIARA CARROZZA
Ministro Istruzione, Università e Ricerca

Nata a Pisa il 16 settembre 1965 è laureata in fisica e dottore di ricerca in ingegneria, è professore ordinario di bioingegneria industriale presso la Scuola superiore di studi universitari e di perfezionamento Sant'Anna di Pisa, ateneo di cui è stata Rettore per due mandati, dal 2007 al 2013. È membro della IEEE Society of Engineering in Medicine and Biology (EMB) e della IEEE Society of Robotics and Automation (R&A). È coordinatrice di diversi progetti finanziati dalla Commissione Europea, dal Miur e della Regione Toscana nel settore della Neuro-Robotica nel campo delle protesi di arto superiore e inferiore, dell'assistenza personale e della riabilitazione neurologica.

Gli auguri dell'AAROI-EMAC al neo Ministro della salute

L'AAROI-EMAC invia gli Auguri al neo Ministro della salute Beatrice Lorenzin e nel farlo sottolinea quanto sia delicato il momento per la sanità italiana. "Auguriamo buon lavoro al Ministro Lorenzin e speriamo che l'azione di questo nuovo esecutivo ponga fine ad un lungo periodo di tagli che si sono abbattuti sul Servizio sanitario nazionale - afferma Vincenzo Carpino, Presidente dell'Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Ita-

liani Emergenza Area Critica - . Sono tante le questioni che il Ministro Lorenzin dovrà affrontare, tutte di primaria importanza, sia per quel che riguarda i lavoratori del mondo sanitario sia per garantire alla popolazione cure adeguate e accessibili a tutti". "È necessario - prosegue il Presidente AAROI-EMAC - riportare in primo piano la sanità italiana invece di considerarla come un settore a cui poter attingere per far quadrare i conti. Ci auguriam-

mo che il neo Ministro voglia venire sul campo per conoscere le reali condizioni in cui i dirigenti medici spesso si trovano a lavorare, con organici incompleti, turni massacranti e stipendi ormai fermi da anni. Dalla parte dei cittadini la situazione non è migliore. È cronaca quotidiana il fatto che in tanti siano ormai costretti a rinunciare alle cure". "Abbiamo l'impressione di non essere tenuti nella giusta considerazione, soprattutto quando

si tratta di prendere decisioni che coinvolgono il mondo sanitario. Speriamo quindi - conclude Carpino - che il Ministro Lorenzin voglia presto incontrare l'AAROI-EMAC per un confronto sui principali nodi cruciali della nostra professione".

Roma, 30 aprile 2013

Il Presidente Nazionale dell'AAROI-EMAC
dott. Vincenzo Carpino

A.A.R.O.I.- EM.A.C.
ASSOCIAZIONE ANESTESISTI RIANIMATORI OSPEDALIERI ITALIANI
EMERGENZA AREA CRITICA

X CONGRESSO NAZIONALE

SORRENTO, 20-21-22 GIUGNO 2013
HILTON SORRENTO PALACE



L'AAROI-EMAC: sindacato di specialità o sindacato generalista?

PROGRAMMA

Giovedì 20 giugno

12.00 Registrazione dei partecipanti
13.00-15.00 Pranzo a buffet
16.00 Apertura del Congresso e adempimenti statutari
16.30 Presentazione delle Candidature
17.00 Coffee break
17.15 Relazione del Presidente Nazionale
18.00 Indirizzi di saluto
18.30 Dibattito congressuale (1^a parte)

Venerdì 21 giugno

9.00 Esame ed approvazione delle proposte di modifiche dello Statuto dell'Associazione
11.00 Coffee break
11.15 Dibattito congressuale (2^a parte)
13.30 Colazione di lavoro
16.00 Dibattito congressuale (3^a parte)
17.30 Coffee break
18.00 Replica del Presidente Nazionale
21.00 Cena Sociale con spettacolo

Sabato 22 giugno

9.00 Apertura del seggio elettorale e votazioni
11.00 Chiusura del seggio elettorale e scrutinio
12.30 Presentazione ed approvazione del documento finale e proclamazione degli eletti
13.00 Chiusura del Congresso
13.15-15.00 Pranzo a buffet

A.A.R.O.I.-EM.A.C.

Segreteria di Napoli

Via E. Suarez n. 12 - 80129 Napoli
Tel. 081 5585160 - Fax 081 3606204
e-mail: aaroiemac@aaroiemac.it

SEDE DEL CONGRESSO

Auditorium Sirene

Hilton Sorrento Palace
Via S. Antonio n. 13 - 80067 Sorrento (NA)

ABRUZZO

Presidente

Michele FAVALE

Consiglieri Regionali

Angelo DI CICCO
Walter DI LAUDO
Vincenzo PACE
Antonio POLCI

Consiglio di Bilancio

Giampiero DELL'ELCE

Revisori dei Conti

Nicola ANGELUCCI
Valter LATTANZI
Sara VISCONTI

BASILICATA

Presidente

Francesco ALLEGRINI

Consiglieri Regionali

Francesco DIMONA
Alfredo FILIPPONE
Giovanna GUTTIERI
Francesco Massimo ROMITO
Mauro Luigi Vito ROSUCCI
Maria Luigia TELESCA

Consiglio di Bilancio

Leonardo PERFIDO

Revisori dei Conti

Giovanni GAZZANEO
Giuseppe GRIESI
Nicola SCACCUTO

CALABRIA

Presidente

Vito CIANNI

Consiglieri Regionali

Francesco BRUNO
Rocco CHIARO
Angelo LIGUORI
Nicola LODDO
Giovanni MALTESE
Domenico MINNITI
Peppino OPPEDISANO
Pino PASQUA
Giuseppe PIRAINA
Francesco SINOPOLI
Stefania TEODORO
Fiore TORCHIA

Consiglio di Bilancio

Dario VITELLARO

Revisori dei Conti

Stylianos GLYRONAKIS
Luigi Francesco IDA
Aurelio MACRÌ

CAMPANIA

Presidente

Giuseppe GALANO

Consiglieri Regionali

Franco CIRILLO
Bennardo DI MATTEO
Benedetta FINELLI
Maurizio GRECO
Mario GUARIGLIA
Vittoriano L'ABBATE

Vincenzo LANDI
Delia LUCUGNANO
Giancarlo MAIO
Giovanni MANFREDI
Roberto MANNELLA
Maria MONTANARO
Alfonso NATALE
Giovanni OLIBET
Giuseppe ORIOLO
Amalia PALMISANI
Matilde Miranda PICILLI
Eugenio PISCITELLI
Maria Giuseppina TONTO
Ugo TOZZI
Enrico ZOLLO
Giuseppe GALANO

Consiglio di Bilancio

Vito BOSSONE

Revisori dei Conti

Massimo CARBONE
Giovanni OLIBET
Michele SENNECA

EMILIA - ROMAGNA

Presidente

Teresa MATARAZZO

Consiglieri Regionali

Igor BACCHILEGA
Deanna CANGINI
Pompeo DE PATRE
Giuseppe Luciano FORMARO
Fulvio FRACASSI
Giuseppe Antonio LAGANÀ
Maurizio LECCABUE
Teresa MATARAZZO
Carla OLIVIERI
Valeria POCI
Rita REGOLI

Consiglio di Bilancio

Rodolfo GALLI

Revisori dei Conti

Nicola BREVEGLIERI
Gilberto GALLERANI
Marina MALAGODI

FRIULI VENEZIA-GIULIA

Presidente

Sergio CERCELLETTA

Consiglieri Regionali

Fabio FABIANI
Romano GUERRA
Massimo NORDIO
Alberto PERATONER

Consiglio di Bilancio

Stefano MAURO

Revisori dei Conti

Stefano MAURO
Fulvio POLDINI
Stefano PUSSINI

LAZIO

Presidente

Quirino PIACEVOLI

Consiglieri Regionali

Massimo BOGLIONE

I RISULTATI DELLE E

Fabrizio CACCAMO
Alessandra CASTELLANO
Danilo CELLENO
Denis CIOCCHETTI
Antonio CLEMENTE
Luigi COSTANZO
Edoardo DE RUVO
Daniele DI CERBO
Antonio DI LAURO
Carlo FELICI
Gianfranco FUSCO
Luisa GATTA
Emilia GENOVESE
Arturo GNESI
Marco MARANO
Luisa MARCHIONI
Antonio MASCIA
Maria MINUTOLO
Giancarlo MUZZI
Andrea PELLICO
Massimo PERFETTI
Nicola PIROZZI
Franco RUBERTO
Fabio SPINELLI
Marco TRAVERSA
Luigi ZURLO

Consiglio di Bilancio

Francesca PRINCIPI

Revisori dei Conti

Pietro Fortunato ASSISI
Daniela CUCCOLI
Angelo GIULIANI

LIGURIA

Presidente

Maria Luisa POLLAROLO

Consiglieri Regionali

Walter BELCIO
Brunello BRUNETTO
Massimo CARBONE
Simone CARLINI
Riccardo CELENTANO
Andrea DERCHI
Claudio FARALDI
Stefano FAZZARI
Francesco ROBBIANO
Marco SANTINI
Claudio SPENA
Franca ZAPPA

Consiglio di Bilancio

Francesco ROBBIANO

Revisori dei Conti

Maria Luisa POLLAROLO
Paolo FUCCARO
Franca ZAPPA

LOMBARDIA

Presidente

Alessandro VERGALLO

Consiglieri Regionali

Francesco AGNELLO
Giuseppe AMBROSINO
Simone Alberto AMBROSONI
Giovanna BATTAGLIA
Anna BRAMBILLA



Antonino CALDARELLA
Federico CAPRA MARZANI
Umberto CASELLA
Andrea COELLI
Antonino FRANZESI
Sergio FUSCO
Paolo GALIMBERTI
Angelantonio GIUSSANI
Cristina MASCHERONI
Paolo NOTARO
Bruno ORIA
Mauro RAVAZZOLI
Luigi ROSSETTI
Erminia Emilia Maria SPADOTTO
Romano VANZINO
Alessandro ZANON

Consiglio di Bilancio

Maria Grazia BONALUMI

Revisori dei Conti

Sergio ABBATI
Claudio Marco LAUDI
Andrea PATRIARCA

MARCHE

Presidente

Marco CHIARELLO

Consiglieri Regionali

Linda AMELI
Daniela ANTONELLI
Vito Maria CARFÌ
Marco CARUSELLI
Giampiero DI SERAFINO
Maurizio DONATI
Stefano FALCETTA
Luciano MARIANI
Salvatore MAVIGLIA
Mario NARCISI
Augusto SANCHIONI
Pietro SAVELLI

ELEZIONI REGIONALI



Laura LORENZELLI
Maurizio MEINERI
Pasquale PORTOLESE
Marcello TOSCANO
Vincenzo TROTTA
Rodolfo Domenico TUSCANO

Consiglio di Bilancio

Domenico MALARA

Revisori dei Conti

Maria Luisa BELLERO
Gian Maria BIANCHI
Alessandro MASTROIANNI

PUGLIA

Presidente

Antonio AMENDOLA

Consiglieri Regionali

Giovanni ANDRIULLI
Michele Luigi DEBITONTO
Vito DELMONTE
Marcello DIFONZO
Giancarlo NEGRO
Francesco PROTO
Salvatore RAO
Raffaele SANTAMARIA
Cristian SELVINI
Giovanni VITALE

Consiglio di Bilancio

Salvatore RAO

Revisori dei Conti

Maximiliano GALIZIA
Anna Maria NATOLA
Filomena Florinda PIERRO

SARDEGNA

Presidente

Cesare IESU

Consiglieri Regionali

Mariano CABRAS
Paolo CASTALDI
Cristiano CHIRRA
Maurizio COCCO
Gianni CULEDDU
Salvatore FARCI
Tania FAVINI
Roberto FODDANU
Daniela LEDDA
Sebastiana LEONI
Antonia Anna MANCONI
Assunta MARONGIU
Vittorina OLIANAS
Giovanni PALA
Giuseppe PROFILI
Elisabetta PUSCEDDU
Leonardo Giovanni TOLA
Demetrio Mario VIDILI

Consiglio di Bilancio

Luca PATRIGNANI

Revisori dei Conti

Pieralba ARBA
Beniamino CARTA
Stefano MANCOSU

SICILIA

Presidente

Emanuele SCARPUZZA

Consiglieri Regionali

Carmelo ANGELONE
Giuseppe CACCAMO
Luciano CALDERONE
Filippo CAVALLI
Salvatore CHIOFALO
Ezio Massimo DE ROSE
Giuseppe DI GRAZIANO
Vincenzo DI MARI
Domenico GARBO
Fabio GENCO
Giuseppe GENNARO
Giuseppe GIACALONE
Franco GIOIA PASSIONE
Antonio LAMBERTO
Gaetano MARCHESE
Santo Vincenzo MILARDI
Francesco OLIVERI
Rita Teresa OLIVERI
Alfonso PALILLO
Filippo PANTANO
Giovanni PINO
Luigi RABITO
Giuseppe RAPISARDA
Domenico RUNCI
Sebastiano SAVOCA
Enzo Leonardo Maria SCROPPO
Walter TAGNESE
Salvatore TINÈ
Antonino TUTONE

Consiglio di Bilancio

Salvatore FERRIGNO

Revisori dei Conti

Umberto D'ANGELO
Mario MILIA
Michele RIILLI

TOSCANA

Presidente

Fabio CRICELLI

Consiglieri Regionali

Giovanni BERTELLI
Rodolfo Alfonso CAMBI
Mauro CAVUTA
Fabio CRICELLI
Dino Aurelio Cleto DI PASQUALE
Carlo Iacopo FAUSTO
Paolo FONTANARI
Antonio GATTO
Mario IOVINE
Marco LA GRUA
Chiara LEONI
Giuseppina ROMBO
Giancarlo ROSSI
Cesare VITTORI

Consiglio di Bilancio

Luigi DE SIMONE

Revisori dei Conti

Stefano GIANNONI
Marco LIBRENTI
Sergio PITTINO

UMBRIA

Presidente

Alvaro CHIANELLA

Consiglieri Regionali

Sergio FALCONI
Sergio FAUSTO
Paola FAVETTA
Daniela PETRUZZI
Luigi RINALDI
Giulio TAZZA

Consiglio di Bilancio

Daniela DAMIANI

Revisori dei Conti

Sergio FALCONI
Patrizia MORETTONI

VENETO

Presidente

Attilio TERREVOLI

Consiglieri Regionali

Carlo CHEMELLO
Rosadele DANZA
Riccardo DROGHETTI
Paolo GENNARO
Fiorenzo LATERRA
Massimo LINCETTO
Maria Grazia MAGGIOLINI
Ivo MARTINELLI
Roberto RAPISARDI
Mario Annunziato RODÀ
Giampiero RUZZI
Alberto TODESCO

Consiglio di Bilancio

Fortunato CASSINI

Revisori dei Conti

Francesco Maria CIRILLO
Angelo MANGANO
Liliana Vilma ORLANDI

Provincia di BOLZANO

Presidente

Massimo BERTELLI

Consiglieri Regionali

Massimo BERTELLI
Giuseppe CAPOZZOLI
Loris FABBRO
Josef LUNGER
Roberto PITTINI

Consiglio di Bilancio

Alessandro BOSCOLO

Revisori dei Conti

Benedetto BACCELLIERE
Georg RAMMLMAIR
Petra REYER

Provincia di TRENTO

Presidente

Alberto MATTEDI

Consiglieri Regionali

Maurizio AZZOLINI
Guido GIRARDI
Gabriele LELI
Manfred PFAENDER

Consiglio di Bilancio

Giovanni PEDROTTI

Revisori dei Conti

Giovanna CALLIARI
Piergiorgio CASETTI
Franco PAROTTO

Consiglio di Bilancio

Ernesto LANGIANO

Revisori dei Conti

Cinzia BOCCOLINI
Emanuela BRUNORI
Tiziana CICCOLA

MOLISE

Presidente

David DI LELLO

Consiglieri Regionali

Antonio ACETO
Renata Maria CIVITILLO
Francesco FRATICELLI
Maria Antonietta MARRONE

Consiglio di Bilancio

Walter PREZIOSO

Revisori dei Conti

Pasquale PENSERINO
Nicola ZAGARIA

PIEMONTE VALLE D'AOSTA

Presidente

Arturo CITINO

Consiglieri Regionali

Massimo AUDISIO
Consuelo BARBIERI
Maria Teresa BELOTTI
Laura BURBI
Alessandro BUTTIGLIERI
Ferdinando CADREGARI
Fabrizio DE BIASI
Gilberto FIORE
Fabio FORNARA
Carlo FRANCO

I DELEGATI ELETTI PER IL X CONGRESSO NAZIONALE

ABRUZZO

Nicola ANGELUCCI
Attilio CUPAILOLO
Vittorio DIODATO
Patrizio EVANGELISTA

BASILICATA

Alfredo FILIPPONE
Lidia MANIERI

CALABRIA

Vincenzo BRESCIA
Luigi Francesco IDA
Nicola LODDO
Domenico MINNITI
Peppino OPPEDISANO
Loredana PAGNOTTA

CAMPANIA

Vincenzo BANCONE
Giuseppe CALICCHIO
Angelo CARBONE
Massimo CARBONE
Aniello DE NICOLA
Giacomo DIANA
Antonio FRANGIOSA
Ilaria GIARDINO
Maurizio GRECO
Mattia IORILLO
Vincenzo MAUTONE
Nicola MERCOLINO
Carmine MOCERINO
Giovanni OLIBET
Nicola ROMANO
Silvana SBRIGLIA
Pasquale SIANI
Annateresa SPIRITO
Francesca Paola VARRIALE
Umberto VINCENTI

EMILIA-ROMAGNA

Raffaele ASPIDE
Igor BACCHILEGA
Luciano BORTONE
Nicola BREVEGLIERI
Deanna CANGINI
Angelo COFFA
Fulvio FRACASSI
Giuseppe Antonio LAGANÀ
Teresa MATARAZZO
Andrea NANNI
Carla OLIVIERI
Elis SACCHI

FRIULI VENEZIA GIULIA

Giovanni ALBANO
Fabio FABIANI
Ivana FLORE
Francesca LUCCHESI
Alberto PERATONER
Fabio SAVRON

LAZIO

Massimo BOGLIONE
Fabrizio CACCAMO
Alessandra CASTELLANO
Antonio CLEMENTE
Paolo COSTANTINO

Luigi COSTANZO
Fabrizio COTTINI
Andrea D'ALONZO
Antonio DI LAURO
Andrea FARINACCIO
Carlo FELICI
Fabio FERRARI
Luisa GATTA
Lorenzo GIONFRA
Luisa MARCHIONI
Antonio MASCIA
Michele MESSINA
Ida MINNOCCI
Maria MINUTOLO
Andrea PELLICO
Massimo PERFETTI
Francesca PRINCIPI
Franco RUBERTO
Marco TRAVERSA
Luigi ZURLO

LIGURIA

Walter BELCIO
Brunello BRUNETTO
Massimo CARBONE
Riccardo CELENTANO
Alessandro FASCILOLO
Stefano FAZZARI
Milena SURACE

LOMBARDIA

Sergio ABBATI
Giuseppe AMBROSINO
Simone Alberto AMBROSONI
Giovanna BATTAGLIA
Maria Grazia BONALUMI
Enrico BOSELLI
Anna BRAMBILLA
Antonino CALDARELLA
Carlo CAPRA
Federico CAPRA MARZANI
Edvige CAPUTO
Mariacristina CICCARELLI
Andrea COELLI
Antonino FRANZESI
Sergio FUSCO
Angelantonio GIUSSANI
Cristina MASCHERONI
Giosuè MEAZZA
Giovanni MORANDO
Fabio MOTTA
Paolo NOTARO
Bruno ORIA
Andrea PATRIARCA
Mauro RAVAZZOLI
Luigi ROSSETTI
Alessandro VERGALLO
Alessandro ZANON

MARCHE

Marco CARUSELLI
Maurizio DONATI
Stefano FALCETTA
Augusto SANCHIONI
Pietro SAVELLI
Mauro TURANO

MOLISE

David DI LELLO
Gennaro MARTUCCI

PIEMONTE

Massimo AUDISIO
Gian Maria BIANCHI
Arturo CITINO
Fabrizio DE BIASI
Gilberto FIORE
Fabio FORNARA
Carlo FRANCO
Pier Mario GIUGIARO
Francesco LEMUT
Laura LORENZELLI
Carlo MAESTRONE
Domenico MALARA
Alessandro MASTROIANNI
Marina Marcella PARODI
Pasquale PORTOLESE
Vincenzo TROTTA

PUGLIA

Maria CAMERO
Michele Luigi DEBITONTO
Vito DELMONTE
Marcello DIFONZO
Maximiliano GALIZIA
Caterina Valeria PESCE
Francesco PROTO
Salvatore RAO
Raffaele SANTAMARIA
Giovanni VITALE

SARDEGNA

Pieralba ARBA
Paolo CASTALDI
Fortunato DEPLANO
Assunta MARONGIU
Stefania MILIA
Vittorina OLIANAS
Carlino RUM

SICILIA

Carmelo ANGELONE
Antonella Alba BONIFACIO
Giuseppa BRUNO
Carmela DI GIACINTO
Salvatore FRENDA
Domenico GARBO
Giuseppe GENNARO
Franco GIOIA PASSIONE
Antonio LAMBERTO
Gaetano MARCHESE
Rita Teresa OLIVERI

Filippo PANTANO
Michele POLITI
Giuseppe RAPISARDA
Pietro Aldo Salvatore SENTINA
Sebastiano TIRALONGO
Manuela VENTURA

TOSCANA

Massimo ARENA
Giovanni BERTELLI
Rodolfo Alfonso CAMBI
Sauro COLOMBINI
Marco DAL DOSSO
Luigi DE SIMONE
Paolo FONTANARI
Antonio GATTO
Alessandra PANCHETTI
Adriana PAOLICCHI
Giancarlo ROSSI
Decio VISCIDI
Silvio ZUCCOTTI

UMBRIA

Sergio FAUSTO
Lorenzo FIRMI
Luigi RINALDI

VENETO

Fortunato CASSINI
Angelo Antonio CICCARESE
Rosadele DANZA
Vinicio DANZI
Nella DE BERNARDO
Massimo LINCETTO
Fabrizio LUCCHIN
Maria Grazia MAGGIOLINI
Silvio MARAFON
Ivo MARTINELLI
Liliana Vilma ORLANDI
Giovanna PISANA
Mario Annunziato RODÀ
Giampiero RUZZI
Stefania STERLICCHIO
Vincenzo TRIPALDI

Provincia di BOLZANO

Andrea BRASOLA

Provincia di TRENTO

Luca FILETICI
Matteo ZUCCO



Come si nominano i primari

LE LINEE GUIDA DELLE REGIONI SUI CRITERI GENERALI PER GLI INCARICHI DI STRUTTURA COMPLESSA

Nomine dei primari si cambia. E si cambia secondo le prescrizioni della legge 189/2012 (legge Balduzzi) e secondo le linee di indirizzo che le Regioni (Commissione salute) hanno messo a punto per il "Conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa per la dirigenza medico-sanitaria nelle aziende del Servizio sanitario nazionale". Linee guida perché le Regioni nel documento approvato dai governatori sottolineano che "ciascuna Regione", fermo restando quanto previsto dal Dlgs 502/1992 "può promuovere, secondo i rispettivi ordinamenti, la regolamentazione delle procedure per l'attribuzione degli incarichi di struttura complessa di direzione universitaria nelle aziende ospedaliere universitarie e negli altri enti ove siano presenti strutture a direzione universitaria, al fine di garantire l'applicazione dei medesimi principi previsti nel Dl 158/2012 (decreto Balduzzi)".

Ad accompagnare le linee di indirizzo c'è anche la richiesta al Ministero della Salute di costituire presso lo stesso dicastero, "ai fini del sorteggio per la composizione della Commissione esaminatrice", l'albo nazionale unico per garantire "correttezza, trasparenza ed economicità dell'azione amministrativa".

Il tutto all'ombra del documento sui nuovi standard di posti letto che, rinviato prima della pausa elettorale, non è ricomparso all'ordine del giorno della prima Stato-Regioni post-elezioni e che comunque indica per il taglio dei posti letto la soppressione diretta delle unità operative complesse: in tutto circa 12.500 nel 2011 che però, secondo i nuovi parametri, potrebbero essere ridotte di oltre duemila con la conseguente riduzione dei primari.

Procedure e pubblicità

La procedura di nomina dei direttori di struttura complessa secondo il documento approvato si articola in sei fasi:

- definizione del fabbisogno sotto il profilo oggettivo e soggettivo;
- avvio della procedura con la pubblicazione di avviso;
- nomina della commissione di valutazione;
- valutazione dei candidati;
- scelta da parte del direttore generale e conferimento dell'incarico;
- sottoscrizione del contratto individuale.

Naturalmente il tutto dovrà avere la massima pubblicità sia sul bollettino ufficiale della Regione che per estratto sulla Gazzetta Ufficiale, ma anche sul sito aziendale.

Altre pubblicità da garantire riguardano la data di effettuazione delle operazioni di sorteggio per la nomina della Commissione, la nomina stessa, il verbale delle operazioni condotte dalla Com-



missione e, prima della scelta del candidato, la pubblicazione del profilo professionale predelineato del dirigente da incaricare sulla struttura organizzativa, i curricula dei candidati che hanno partecipato alla procedura, la relazione della Commissione di valutazione. Deve inoltre essere pubblicato l'atto di attribuzione dell'incarico di direzione.

Definizione del fabbisogno

La definizione della posizione di struttura complessa da ricoprire è l'aspetto centrale per l'avvio della procedura e deve fare riferimento agli aspetti del governo clinico, alle caratteristiche organizzative, agli elementi tecnico-scientifici (profilo oggettivo) e alle competenze professionali e manageriali, alle conoscenze scientifiche e alle attitudini ritenute necessarie per l'incarico di direzione (profilo soggettivo).

La definizione del fabbisogno/profilo è effettuata sulla base della programmazione regionale, di quella aziendale e delle attività e degli obiettivi che la struttura complessa deve raggiungere.

La caratterizzazione del fabbisogno/profilo deve essere caratterizzata anche da elementi di specificità e concretezza anche per fornire alla Commissione uno strumento adatto alla valutazione "nel modo più rispondente possibile alle necessità rilevate".

Nomina della commissione

Secondo la legge 189/2012 "la commissione è composta dal direttore sanitario dell'azienda interessata e da tre direttori di struttura complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale nominativo costituito dall'insieme degli elenchi regionali dei Direttori di struttura complessa appartenenti ai ruoli regionali del Ssn". Secondo le Regioni a tenere e aggiornare l'elenco per garantire l'omogeneità delle operazioni di sorteggio dovrà essere un unico soggetto: il Ministero della Salute. E l'elenco dovrà essere pubblicato in una sezione ad hoc del sito della Salute e periodicamente aggiornato.

Inoltre dovrà essere previsto che gli elenchi siano suddivisi per disciplina di inquadramento e indichino cognome e nome, data di nascita, Regione e azienda sanitaria di appartenenza, struttura complessa presso cui è svolto l'incarico e relativa data di scadenza.

Criteri di valutazione

In linea di massima sono divisi tra curriculum e colloquio. Eventuali altre macroaree potranno essere definite dalle Regioni per esigenze di valutazione in ambiti specifici. A ciascuna macro-area dovrà essere assegnato un punteggio. Nelle macroaree si potranno prevedere scale di misurazione degli elementi singoli o aggregati. La valutazione dovrà comunque mirare alla verifica dell'aderenza al fabbisogno/profilo professionale.

Nell'avviso pubblico dovranno essere indicati le macroaree, le scale di misurazione e i relativi punteggi.

Tempi della procedura

Nell'avviso, secondo quanto stabilito dalle attuali norme sui procedimenti amministrativi e di diritto di accesso e in analogia con la normativa concorsuale del personale dirigente e non del Ssn, dovrà essere riportato il termine massimo di conclusione della procedura che si intende conclusa con l'atto formale di nomina adottato dal direttore generale.

In un anno 500mila ricoveri in meno

Nel 2011 mezzo milione di ricoveri in meno rispetto all'anno precedente (-4,5%), per una riduzione complessiva di quasi due milioni e mezzo di giornate di ricovero: è quanto emerge dal Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero relativi alle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) del 2011, pubblicato dal Ministero della Salute sul proprio portale www.salute.gov.it.

I ricoveri ospedalieri del 2011, secondo quanto emerge dai dati ricavati dalle SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera), sono stati complessivamente 10.749.246, per un totale di 69.417.699 giornate. La degenza media per acuti si mantiene pressoché costante da diversi anni intorno al valore di 6,7 giorni, mentre le degenze medie per riabilitazione e per lungodegenza sono in calo dal 2009: nel 2011 la degenza media per riabilitazione in regime ordinario è stata pari a 26,6 giorni, mentre la degenza media per l'attività di lungodegenza a 30,6 giorni.

L'attività per acuti in regime ordinario si attesta a 7.043.070 ricoveri, corrispondenti a 47.963.625 giornate, mentre i cicli di day hospital erogati sono stati 2.828.910, per un totale di 7.979.357 accessi. Confermata la tendenza a migliorare l'erogazione appropriata dell'assistenza ospedaliera: rispetto al 2010 i ricoveri ad alto rischio di inappropriata in regime ordinario sono diminuiti di circa 185.000 unità (-10%) e quelli in regime di day hospital di circa 80.000 unità (-7%).

Il tasso di ospedalizzazione per acuti in regime ordinario per l'anno 2011 si riduce ulteriormente rispetto all'anno precedente passando da circa 116 dimissioni per 1.000 abitanti nel 2010 a poco meno di 110 per 1.000 abitanti nel 2011, pur mantenendo un discreta variabilità regionale. Il

decremento è presente in tutte le fasce di età. Valori più elevati rispetto al dato nazionale sono stati rilevati nel Sud Italia.

La principale causa di ricorso all'ospedalizzazione in regime ordinario, pur non costituendo una condizione patologica, è rappresentata dal parto con 316.814 dimissioni. Escludendo il parto, le principali cause di ospedalizzazione sono riconducibili a patologie cardiovascolari (drg 127 - Insufficienza cardiaca e shock) e respiratorie (drg 087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria), interventi chirurgici per sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (drg 544).

Per quanto riguarda l'attività di day hospital, la principale causa di accesso è rappresentata dalla somministrazione di chemioterapia (drg 410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta) con 1.917.024 di accessi (il 24% del totale).

Il Rapporto SDO fotografa l'attività di ricovero e cura per acuti degli ospedali italiani, pubblici e privati, in modo affidabile e completo. Grazie al forte impegno congiunto del Ministero della Salute, delle Regioni e delle strutture erogatrici, la banca dati SDO assicura infatti una copertura della rilevazione superiore al 99,5% degli istituti pubblici e accreditati. Una qualità dei dati già elevatissima che nel 2011 è ulteriormente migliorata: nel 2010 erano stati rilevati 21.795.895 errori nell'intera banca dati, mentre nel 2011 il numero si è quasi dimezzato, attestandosi a 12.387.798. Per avere una reale misura della dimensione dell'errore rispetto al contenuto informativo dell'archivio, si consideri che una scheda SDO contiene 45 variabili per cui le 10.757.733 schede pervenute contengono 484.097.985 informazioni distinte, raccolte con una percentuale di errore solo del 2,5%.

Svegliarsi sotto il bisturi

Accade in un caso su 15 mila

Aprire gli occhi e ritrovarsi di fronte al chirurgo che ci sta operando, ben svegli nonostante l'anestesia generale? Si tratta di un'esperienza rara, ma non impossibile, secondo uno studio britannico pubblicato su 'Anaesthesia', che ha monitorato quasi 3 milioni di operazioni condotte nel 2011, intervistando 7.125 anestesisti (l'82% degli specialisti presenti in Gran Bretagna). Ebbene, la ricerca rivela che a svegliarsi sotto il bisturi, nonostante l'anestesia, è stato un paziente su circa 15 mila, ovvero 153 persone in un anno. La maggioranza dei malcapitati è uscita dalla sedazione troppo presto, o ha impiegato troppo tempo ad addormentarsi: ecco perché, spiegano gli studiosi, i pazienti si sono ritrovati svegli al momento dell'incisione. Non solo: un terzo di questi (46 in totale) erano lucidi durante l'operazione.

Ma secondo gli anestesisti l'esperienza non è stata così scioccante: pochissimi pazienti hanno lamentato dolore o disagio a causa del 'fuori programma'. Dunque, secondo i ricercatori del Royal College of Anaesthetists e dell'Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland questi risultati preliminari dovrebbero essere rassicuranti per i pazienti. Anche perché il fenomeno si è dimostrato molto più raro di quanto non si pensasse: si riteneva, infatti, che accadesse in ben un caso su 500.

"La maggioranza degli episodi che abbiamo rilevato si è verificata all'inizio, durante la sedazione, o dopo la fine dell'intervento vero e proprio", racconta Tim Cook, coautore della ricerca. "Pochi anestesisti hanno segnalato delle lamentele dei pazienti o una protesta formale per questi episodi", precisa. L'obiettivo è quello di ottenere una sedazione ottimale, senza somministrare troppi medicinali, "dal momento che questo sarebbe pericoloso di per sé", ricorda l'esperto. Alcune strutture hanno dei monitor per misurare la profondità del sonno indotto dall'anestesia, ma anche quando questo apparecchio esiste, solo il 2% degli anestesisti dice di usarlo di routine. La ricerca ora andrà avanti, cercando di capire meglio cosa accade ai pazienti che si 'svegliano' sotto il bisturi.



Viaggio nelle Unità Operative di Anestesia e Rianimazione

AZIENDA OSPEDALIERA "ISTITUTI OSPITALIERI" DI CREMONA

L'Azienda Ospedaliera di Cremona è un DEA di II livello organizzata in due presidi ospedalieri: il presidio principale di Cremona e il presidio satellite di Oglio Po. Nell'Ospedale di Cremona sono attualmente disponibili circa 700 posti letto per un bacino d'utenza di circa 300mila abitanti, con specialità che richiamano anche da fuori Provincia e Regione. L'attività chirurgica negli ultimi anni è infatti aumentata in maniera esponenziale.

A Cremona esistono due unità operative di competenza degli anestesisti rianimatori: una Struttura Complessa di Terapia Intensiva diretta dal f.f. dott. Luciano Crema che si occupa della Rianimazione, del Pronto Soccorso e della attività operatoria Neurochirurgica. Una Struttura Complessa di Anestesia, Analgesia e Medicina Perioperatoria diretta dal dott. Giorgio Danelli che sovrintende alle attività chirurgiche e Urgenza/Emergenza. A questa Struttura fanno capo anche l'attività di day surgery multidisciplinare e dal 2008 il servizio di partoanalgesia H24. Da circa un anno è stato attivato il servizio di terapia del dolore dedicato al dolore cronico e acuto. Nel presidio ospedaliero di Oglio Po il Responsabile di Struttura Complessa è il dott. Luigi Borghesi, anche in questa struttura vi è un presidio di Rianimazione e di Partoanalgesia h/24.

GIORGIO DANELLI

Direttore della Struttura Complessa di Anestesia, Analgesia e Medicina Perioperatoria Presidio Ospedaliero Cremona



- dott. Danelli, quali sono i rapporti interpersonali e di socializzazione all'interno della Unità Operativa?

Abbiamo la fortuna di avere ottimi rapporti interni dovuti alla perfetta integrazione avvenuta tra colleghi di esperienza e colleghi più giovani. Integrazione facilitata dalla volontà di crescita professionale da parte dei giovani e favorita proprio dalla collaborazione dei più esperti e dall'introduzione di nuove tecniche di anestesia.

All'interno del gruppo esistono momenti di incontro professionale con un aggiornamento continuo e momenti di valutazione delle attività svolte e delle metodiche utilizzate. I rapporti personali tra colleghi sono stati inoltre facilitati anche dalla provenienza diversa rispetto alla città che ha favorito l'instaurarsi di rapporti amichevoli tra colleghi anche al di fuori dell'ospedale.

- Quali sono i motivi di soddisfazione (o insoddisfazione) professionale?

I motivi di soddisfazione derivano prevalentemente dalla progressiva crescita professionale - in particolare dei più giovani - grazie all'introduzione di nuove tecniche di anestesia endovenosa e soprattutto di tecniche eco guidate sia per quel che riguarda l'anestesia loco regionale, sia per la terapia del dolore.

L'utilizzo di queste tecniche nell'ospedale di Cremona ha tra l'altro richiamato anestesisti rianimatori da tutta Italia che hanno partecipato a corsi da noi organizzati. Personalmente sono il coordinatore del gruppo di studio SLAARTI sull'anestesia in ortopedia e ho introdotto tra i primi in Italia le tecniche eco guidate nell'anestesia loco regionale con una consolidata attività scientifica.

Altro motivo di soddisfazione è stato il passaggio - da noi interamente gestito - da un'organizzazione verticale delle sale operatorie al blocco operatorio unico con 9 sale operatorie e una postanestesia care unit (PACU) con quattro posti letto.

Lo sviluppo del servizio di terapia del dolore, con notevole apprezzamento da parte degli utenti, rappresenta un ulteriore motivo di soddisfazione. Recentemente è stato accolto dalle ASL con entusiasmo un progetto che prevede la formazione continua dei medici di medicina generale del territorio ed una integrazione tra attività Ospedaliera e sul Territorio.

I motivi di insoddisfazione sono legati ad un problema di organico. Nonostante sulla carta l'organico è al completo - con 18 anestesisti rianimatori e due specializzandi in convenzione con la Scuola di Specializzazione Anestesia e Rianimazione di Parma -, in realtà esistono problemi importanti dovuti alla necessità di sostituzioni temporanee. I frequenti rallentamenti, non dipendenti dall'azienda, nella sostituzione del personale hanno portato al passaggio della PACU dalla gestione medica alla gestione infermieristica.

- Quali sono i rapporti con i vertici Aziendali?

I rapporti sono discreti con una buona risposta alle nostre richieste da parte dell'Azienda. Purtroppo la burocrazia spesso rallenta le progettualità, ma nonostante queste difficoltà siamo riusciti a raggiungere obiettivi importanti come l'attivazione del servizio di terapia del dolore, il mantenimento della partoanalgesia e l'aumento delle attività operatorie erogate con l'apertura della PACU.

- Quali sono i margini di accoglimento e di realizzazione delle vostre richieste?

Nonostante le difficoltà attuali, l'Azienda - quando possibile - ha accolto le nostre richieste orientate alla sicurezza del paziente con l'acquisizione di broncoscopi e di tutti i presidi dedicati all'intubazione difficile nonché alla ventilazione non invasiva per quanto riguarda la PACU.

L'Azienda ci sta inoltre supportando nell'attività di gestione del dolore post operatorio con l'implementazione delle tecniche di analgesia perineurale, peridurale e con la PCA elettronica.

- Quanto è sentito l'interesse per l'aggiornamento professionale?

È molto sentito soprattutto da parte dei giovani. La formazione avviene internamente con l'aggiornamento continuo accreditato e incontri a cadenza quindicinale escludendo il periodo estivo. Rimane però il problema della scarsità di fondi per maturare crediti al di fuori dell'Azienda.

- Sono sufficienti il livello e la modalità dell'informazione sindacale?

L'attività della nostra Azienda ospedaliera è molto ben seguita grazie alla presenza costante ed attiva del nostro rappresentante sindacale che diffonde le informazioni in maniera pressoché immediata a tutti gli Anestesisti Rianimatori.

- Quale è il livello di gradimento degli obiettivi e della metodologia delle iniziative che l'AAROI-EMAC promuove soprattutto in sede nazionale?

Ho sempre auspicato la collaborazione tra la SLAARTI sotto il profilo scientifico e l'AAROI-EMAC sotto il profilo sindacale. Ritengo che la nostra categoria debba puntare a crescere dal punto di vista scientifico e allo stesso tempo anche dal punto di vista organizzativo. Come anestesisti, ossia come figura trasversale all'interno dell'ospedale, dovremmo avere un ruolo sempre più attivo in quello che è il lato organizzativo della attività chirurgica. Al momento, invece, si assiste in questo ambito ad una crescita eccessiva della parte infermieristica. In tal senso apprezzo molto gli interventi dell'Associazione per tutelare e definire il ruolo medico rispetto a quello infermieristico.

LUIGI ROSSETTI

Rappresentante Aziendale dell'AAROI-EMAC e Consigliere Regionale



- dott. Rossetti, quale è la situazione professionale dell'Ospedale di Cremona?

La nostra professionalità spazia dall'anestesia loco regionale e plessica per via ecografica sino alla chirurgia toracica passando attraverso la chirurgia generale, vascolare, ortopedica, urologica, otorinolaringoiatrica e per finire ostetrico ginecologica, mentre la neurochirurgia è gestita dai colleghi che si occupano della rianimazione in modo da avere un quadro completo del paziente che successivamente alla seduta operatoria andrà in rianimazione.

Come ha detto il dott. Danelli abbiamo un servizio di partoanalgesia H24 gestita dal medico di guardia supportato nei periodi notturni, festivi e prefestivi dal reperibile ed eseguita solo su donne che hanno seguito il percorso. Il servizio è reso possibile da un progetto incentivato da parte della Direzione che riconosce un forfait orario a tutti i colleghi che svolgono questa attività.

L'Azienda ha sempre mantenuto fede a questo accordo anche se spesso è stato necessario sollecitarla al rinnovo annuale. È inoltre prevista la possibilità di incrementare le sedute operatorie in caso di liste d'attesa non corrispondenti ai parametri attraverso l'attività incentivata in APA che l'Azienda ci riconosce quadrimestralmente.

- Quale è il vostro rapporto di categoria con l'Azienda?

Il rapporto è discreto: l'Azienda ci mette sempre al corrente di decisioni e cambiamenti. Ogni qualvolta si siano rese indispensabili richieste alla parte amministrativa, siamo stati ascoltati e abbiamo quasi sempre risolto le principali criticità.

- Qual è il grado di sindacalizzazione aziendale al vostro interno?

In ambedue i presidi siamo all'80% di iscritti. Meno l'adesione nella Terapia Intensiva.

- C'è unione fra i vostri iscritti?

La partecipazione è scarsa anche se tra gli iscritti esiste unione di idee e di obiettivi. D'altra parte al momento l'attività sindacale è ridotta al minimo e anche lo sciopero ha perso di significato. Fare una sola giornata di sciopero non produrrebbe alcun risultato, farne tante sarebbe impossibile perché il danno economico rischierebbe di essere troppo pesante.

- Quali sono i rapporti con gli altri sindacati?

I rapporti con gli altri sindacati sono solo di parentela sindacale. È difficile che ci siano strategie comuni. Ad esempio nell'ultimo tavolo è stato deciso l'ingresso del Sitra Dirigenti

nel diritto al Fondo di perequazione da cui peraltro noi anestesisti rianimatori siamo stati esclusi perché facciamo l'APA. Io naturalmente mi sono opposto ma gli altri sindacati hanno firmato senza apparenti problemi.

Quali sono i rapporti con gli altri operatori sanitari?
Abbiamo difficoltà con le Unità chirurgiche di nostro riferimento per l'organizzazione delle attività operatorie e per la gestione delle liste. Ci piacerebbe avere un rapporto di collaborazione e non essere visti come professionisti di serie B. Per evitare il problema legato al termine delle sedute operatorie non coerente con i turni abbiamo trasformato le sedute operatorie previste solo di mattina a sedute mattina e pomeriggio.

Che cosa pensa degli obiettivi e dei metodi di trattativa che l'AAROI-EMAC promuove sia in ambito regionale che nazionale?

Approvo perfettamente le modalità sindacali portate avanti sia a livello regionale che nazionale. Gradirei che a livello nazionale ci fosse una maggiore visibilità e sensibilità su quella che è la professione dell'anestesista rianimatore e del terapista del dolore. Spesso anche sui media ci sono specialisti che parlano di diverse patologie, ma difficilmente vengono approfondite le attività di cui noi ci occupiamo.

Gli Anestesisti Rianimatori della Struttura Complessa di Anestesia del Presidio Ospedaliero di Cremona



COMMISSIONE EUROPEA

Piano d'azione di lotta ai crescenti rischi di resistenza antimicrobica (AMR)

Azione n. 1: Rafforzare la promozione dell'utilizzazione adeguata degli antimicrobici in tutti gli Stati membri.

In cooperazione con l'ECDC (Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie), la Commissione mirerà a garantire che l'insieme delle raccomandazioni del Consiglio 2002 sull'uso prudente degli agenti antimicrobici nella medicina umana sia realmente applicata dagli Stati membri, con una particolare attenzione agli aspetti seguenti:

- miglioramento della sostenibilità dei sistemi nazionali di sorveglianza in materia di resistenza antimicrobica e un migliore accesso ai dati di sorveglianza a livello locale e regionale;
- una migliore applicazione, da parte di tutti gli Stati membri, dei requisiti riguardo all'accesso agli agenti antimicrobici soltanto su prescrizione;
- una migliore applicazione delle misure di controllo contro la resistenza antimicrobica presso cliniche e strutture di assistenza a lungo termine;
- rafforzamento dell'istruzione e della formazione degli operatori sanitari su tutti gli aspetti inerenti alla resistenza antimicrobica;
- migliore valutazione e controllo a livello nazionale dell'applicazione e dell'efficacia delle strategie nazionali e delle misure di controllo.

La Commissione elaborerà e pubblicherà entro il 2015 una nuova relazione sui progressi realizzati e sulle lacune rilevate nelle misure che raccomandano l'utilizzazione prudente degli antimicrobici a livello nazionale e dell'UE e valuterà l'opportunità di rivedere o meno il quadro esistente dell'UE in merito.

Azione n. 2: Rafforzare il quadro regolamentare nel settore dei medicinali veterinari e dei mangimi medicati tramite il pacchetto di riesame previsto per il 2013, in particolare:

- per far sì che avvertenze adeguate e consigli figurino sulle etichette degli antimicrobici veterinari;
- per prevedere restrizioni concernenti l'utilizzazione normale o off-label di alcuni antimicrobici di nuovo genere o molto importanti per l'uomo nel settore veterinario;
- per esaminare se modificare le norme di pubblicità degli antimicrobici veterinari;
- per riesaminare le condizioni di autorizzazione per tener sufficientemente conto dei rischi e dei vantaggi dei medicinali antimicrobici.

Azione n. 3: Elaborare raccomandazioni sull'utilizzazione prudente di antimicrobici in medicina veterinaria, ivi comprese relazioni di controllo, adottando lo stesso approccio della raccomandazione del Consiglio

del 2002 sull'utilizzazione prudente degli agenti antimicrobici in medicina umana.

Azione n. 4: Rafforzare la prevenzione e il controllo delle infezioni presso strutture medico-sanitarie:

- Elaborare e pubblicare entro il 2013 una relazione sui progressi e le lacune degli Stati membri nell'applicazione delle raccomandazioni del Consiglio del 2009 relative alla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria, verificando in special modo:
 - se gli orientamenti sulla prevenzione e il controllo delle infezioni sono stati elaborati;
 - se la sorveglianza delle infezioni associate all'assistenza sanitaria è stata rafforzata;
 - se il personale medico-sanitario ha beneficiato di un'adeguata istruzione e formazione.

Azione n. 5: Elaborazione di una nuova legislazione in materia di salute animale, che metterà in rilievo la prevenzione delle malattie, grazie ad una minore utilizzazione degli antibiotici e alla sostituzione delle attuali disposizioni in merito alla salute animale basate sul controllo delle malattie.

Azione n. 6: Promuovere, nel quadro di un'azione per tappe, lavori di ricerca in comune e mai tentati e sforzi di messa a punto di nuovi antibiotici da mettere a disposizione dei pazienti

- in collaborazione con l'EFPIA (Federazione Europea delle Associazioni delle Industrie Farmaceutiche), nell'ambito dell'impresa comune IMI (Iniziativa sui medicinali innovativi), avviare un programma di ricerca su nuovi antibiotici al fine di migliorare l'efficacia della ricerca e dello sviluppo di nuovi antibiotici grazie ad una condivisione di conoscenze trasparente e inedita;
- instaurare un accordo quadro globale con l'industria, definire obiettivi, impegni, priorità, principi e modalità d'azione per una collaborazione a più lungo termine tra il settore pubblico e quello privato, mobilitare risorse adeguate, in particolare a titolo dell'impresa comune per l'attuazione dell'iniziativa tecnologica congiunta sui medicinali innovativi (e eventuali azioni successive), del Settimo programma quadro e, a lungo termine, il prossimo programma di ricerca e di innovazione per il periodo 2014-2020 (Orizzonte 2020), al fine di sostenere i lavori di ricerca e di sviluppo in base a criteri e modalità adeguati ai fabbisogni specifici e ai rischi rappresentati dalla messa a punto di antibiotici, ricorrere alla flessibilità nell'attuale legislazione farmaceutica per autorizzare rapidamente nuovi antibiotici e operare, in colla-

borazione con le parti interessate e le autorità degli Stati membri, per porre condizioni di mercato e di fissazione dei prezzi adeguate per i nuovi antibiotici;

– garantire e rispettare procedure accelerate di autorizzazione di immissione in commercio di nuovi antimicrobici.

Azione n. 7: Promuovere gli sforzi per analizzare la necessità di disporre di nuovi antibiotici in medicina veterinaria

- Elaborare una domanda di consulenza scientifica per chiarire, in particolare, se la messa a punto di nuovi antimicrobici veterinari possa ridurre la resistenza antimicrobica.
- Valutare il bisogno e la possibile messa a punto di incentivi per stimolare lo sviluppo di medicinali veterinari affinché le innovazioni possano arrivare sul mercato nell'ambito del riesame, previsto nel 2013, delle norme relative ai medicinali veterinari.

Azione n. 8: Favorire e/o rafforzare gli impegni multilaterali e bilaterali per la prevenzione e il controllo della resistenza antimicrobica in tutti i settori.

Cooperazione multilaterale

- Cooperazione con la regione EUROPA dell'OMS per l'applicazione delle nuove strategie regionali di lotta alla resistenza antimicrobica e la tubercolosi multifarmacoresistente nell'insieme della regione EUROPA dell'OMS.
- Contributo all'elaborazione di nuovi codici sanitari dell'OIE (Organizzazione Mondiale per la salute animale) e stimolo all'applicazione delle norme internazionali del Codex Alimentarius sulla resistenza antimicrobica.
- Avviare una cooperazione per la riduzione dell'inquinamento ambientale da medicinali antimicrobici, provenienti in special modo da impianti di produzione.

Cooperazione bilaterale

- Sforzo di mantenimento e di rafforzamento della cooperazione transatlantica in materia di resistenza antimicrobica per una partecipazione attiva in seno alla TAFTAR (Task force transatlantica UE-Stati Uniti) e l'applicazione delle sue raccomandazioni. Elaborazione e realizzazione, nel quadro di una iniziativa a tappe, di un piano di applicazione delle 17 raccomandazioni della TAFTAR.

Azione n. 9: Rafforzare i sistemi di sorveglianza della resistenza antimicrobica e del consumo di antimicrobici in medicina umana

- Con il sostegno dell'ECDC, analizzare le modalità per migliorare l'accesso ai dati relativi alla resistenza antimicrobica a tutti i livelli (regionale, locale e ospedaliero).
- Garantire il trasferimento efficace del progetto dell'ESAC (Controllo europeo sul consumo degli antimicrobici) all'ECDC per garantire la sostenibilità del progetto.

- Con il supporto dell'ECDC, sostenere e monitorare l'elaborazione positiva del nuovo progetto di sorveglianza finanziato dall'UE: AR-PEC (Resistenza e prescrizione di antibiotici nei bambini europei).

Azione n. 10: Rafforzare i sistemi di sorveglianza della resistenza antimicrobica e del consumo di antimicrobici in medicina veterinaria

- Integrare nelle prossime proposte di nuova legislazione sulla salute animale una base giuridica per la sorveglianza della resistenza antimicrobica negli agenti patogeni animali.
- In collaborazione con l'EMA (Agenzia Europea per i Medicinali) promuovere e ampliare la sorveglianza europea del consumo di antimicrobici quali medicinali veterinari (ESVAC) per ottenere dati armonizzati sull'utilizzazione per specie animale e per categoria di produzione, nonché varie informazioni presso tutti gli Stati membri.
- Riesaminare la sorveglianza della resistenza antimicrobica nei batteri e/o indicatori.
- Con il sostegno delle competenti agenzie dell'Unione, giungere ad una armonizzazione della sorveglianza.

Azione n. 11: Rafforzare e coordinare gli sforzi di ricerca, in particolare:

- sviluppare la ricerca per meglio comprendere la resistenza antimicrobica e le interazioni ospite-agente patogeno;
- sviluppare la ricerca sulla messa a punto di strumenti diagnostici, di vaccini e di altre misure preventive;
- sostenere l'avvio di una iniziativa di programmazione congiunta mirante al coordinamento delle attività di ricerca nazionali connesse alla resistenza antimicrobica;
- sostenere un'analisi dei motivi di utilizzazione massiccia di antimicrobici nei paesi in cui la resistenza antimicrobica in medicina è più elevata;
- contribuire alla cartografia mondiale della resistenza antimicrobica.

Azione n. 12: Indagine e ricerca d'efficacia comparativa

In base alle conclusioni dell'indagine Eurobarometro del 2010 sulla resistenza antimicrobica, la Commissione condurrà, entro il 2015, una nuova indagine a livello dell'Unione:

- per analizzare l'impatto delle campagne nazionali e dell'UE di sensibilizzazione alla resistenza antimicrobica, compresa la messa a punto di indicatori;
- per sorvegliare l'evoluzione del comportamento del pubblico nei confronti della resistenza antimicrobica e dell'utilizzazione adeguata degli antimicrobici;
- per contribuire a migliorare l'efficacia e l'impatto di queste campagne, in particolare grazie all'individuazione dei gruppi destinatari, delle prassi di comunicazione più efficaci e dello scambio di prassi ottimali.

Storia di vento e "sopravvento"

"Sopravvento". Cerchiamo sul dizionario: è avverbio e sostantivo. Avverbio: "dalla parte da cui soffia il vento". Il bravo nocchiero dirige la nave a favore di vento. L'opportunisto navigato si dirige dove tira il vento. Sostantivo: "posizione vantaggiosa, predominio". "Avere il sopravvento" in una gara sportiva significa arrivare prima, fare più punti o più gol. In una competizione elettorale significa raccogliere più voti. In un concorso pubblico significa - o dovrebbe significare - vincere perché si è fatto meglio degli altri concorrenti. "Sopravvento": parola competitiva, parola bella e virtuosa. Già, ma solo se la competizione è leale!

Vince colui o colei che arriva al di sopra, in latino *supra venit*. Più veloce, più alto, più forte. È il motto delle Olimpiadi: *citius, altius, fortius*. *Supra ventum*: "al di sopra del vento". È molto difficile superarlo, il vento. Lui è un campione olimpionico detentore di molti record. Non lo sapevate?

Lui *soffia sempre più forte*, fino a diventare tifone o uragano, quelli che spazzano tutto e fanno disastri. Ci sono anche uomini e donne che fanno così.

Lui *soffia sempre più veloce*, fino a superare i 180 Km orari, come la Bora di Trieste, che porta via ombrelli e cappelli e poi fugge via lontano. Ci sono anche uomini e donne che portano via oggetti o sentimenti e poi fuggono via così.

Lui *soffia sempre più alto*, fino a portare in cielo, con le sue correnti ascensionali, aquile, gabbiani e alianti silenziosi. Ci sono anche uomini e donne che si elevano così: riescono a raggiungere le più alte vette della sapienza e della spiritualità.

Il vento, come abbiamo visto, è pieno di energia. Negli ultimi anni i tecnici e gli scienziati dell'energia alternativa hanno inventato il suo sfruttamento. E, per non far torto a Eolo, il legittimo dio dei venti, l'hanno soprannominata energia "eolica", pulita e rinnovabile, ecologica ed economica.

Ma che bella scoperta! È dalle scuole elementari che lo sappiamo: quel tipo di energia, fin dall'antichità, veniva sfruttato come motore di navi da guerra e da commercio. E i mugnai si costruivano i mulini sulle alture per far girare meglio le pale collegate alle macine.

Poi sono sopravvenute le macchine a vapore e i motori a scoppio che hanno preso il "sopravvento" sui velieri e sui mulini a vento. Don Chisciotte, sui mulini, non c'era riuscito. Loro sì.

Alla fine è arrivata l'energia atomica e ha superato tutti: "sopravvento nucleare" su eolico, solare, carbone, petrolio.

Incredibile! Una particella submicroscopica, l'atomo, che vuole spadroneggiare sulle forze della natura, quelle del cielo e quelle della sottoterra.

Natura perdente? Uomo vincente? Beh, col suo ingegno l'uomo ha trovato il modo di sprigionare energia dagli elementi radioattivi, ma ha finito così per imprigionare l'umanità sotto il volere delle potenze nucleari, quelle che hanno la bomba e che dominano, esibiscono, ricattano. È il "sopravvento" di chi applica non le leggi della natura o del codice, ma la legge del più forte e

del più armato. *Dura lex sed lex*. Monito inventato dai Romani, i padri del diritto. Che erano i più forti e i più armati.

Oggi uranio è uguale a potere. Del resto già gli antichi sapevano che Urano, figlio di Gea, la madre terra, era il dio che fu il primo dominatore dell'universo. Era padre di Saturno e nonno di Giove. In greco *uranòs* significa cielo. Urano oggi è un pianeta: dista dalla Terra quasi tre miliardi di chilometri. Urania era la Musa dell'astronomia.

Che peccato! Dalle stelle del cielo la parola *uranòs* è precipitata nelle camere dalle spesse

pareti di piombo delle centrali nucleari. Ha fatto la stessa fine di Icaro, quando si avvicinò troppo al sole.

Gli dei e gli eroi della mitologia continuano a ricordarci che "non c'è niente di nuovo sotto il sole", come sta scritto nella Bibbia, nel libro sapienziale del Qoèlet.

A proposito di dei, di vento e di sole, Osiride, il dio sole egizio, aveva come figlio il Faraone. Il quale era circondato da schiavi che gli facevano vento con grandi piume di struzzo. Mentre il Re Sole di Francia era incorniciato da dame che si facevano vento coi loro piccoli ventagli d'avorio. I ventagli manuali vennero poi sostituiti, grazie al progresso e all'energia elettrica, dai ventilatori artificiali.

Qualche decennio fa nacque un modello molto sofisticato di ventilatore, un'arma che ha avuto il "sopravvento" su nemici potenti e agguerriti: tachipnea, dispnea e apnea. In "mancanza di respiro" sopravviene il ventilatore automatico che rianima il malato. Ri-anima: *ànemos* è il vento in greco.

Vento, anima, vita. Cielo, etere, etere etilico, anestesia.

L'anestesista-rianimatore, in fondo, è il dio del sonno, Morfeo, che usa etere e morfina, ed è anche il dio dei venti, Eolo, che usa i venti-latori ed è fulmineo come un lampo con le scariche elettriche del defibrillatore.

Parole che giocano con la mitologia e con la medicina.

E, come per l'energia atomica, anche per la medicina l'*homo sapiens* crede di aver preso il "sopravvento" sulla natura. Chi può negare che il medico tecnologico super-accessoriato del 2000 spadroneggia ormai su quasi tutte le malattie? Peccato che, nella sua marcia marziale (lui è anche Marte, dio della guerra), lasci dietro di sé morti e feriti vittime del "fuoco amico" o "patologia iatrogena", dal greco *iatròs* medico e *gènos* origine.

Malattie che originano dai medici? Proprio così. Sono gli "effetti collaterali negativi" di farmaci, irradiazioni e operazioni chirurgiche. Quelli che vengono scritti in caratteri piccolissimi nei foglietti illustrativi e nei moduli di consenso informato.

Meno male che la natura ha quasi sempre il "sopravvento" sui tentativi di metterla da parte, fin dall'antichità.

Lo scrittore irlandese Jonathan Swift, autore dei Viaggi di Gulliver (1726) e maestro nella prosa satirica, in una raccolta di pensieri aveva scritto: "Si credeva che Apollo, dio della medicina, fosse anche quello che mandava le malattie. In origine, i due mestieri ne formavano uno solo: è ancora così."



Eolo, dio dei venti



Morfeo, dio del sonno



Apollo, dio della Medicina

Gian Maria Bianchi

REBUS frase : 7, 9, 6



calcolo ure le



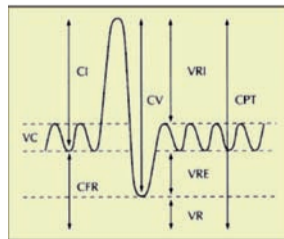
Università "La Sa . . . nza"



. . . ubazione . . dotracheale



contrazioni espul



CFR : c . . acità funzionale residua



v bre lombari

Soluzione: Terapie Intensive aperte

SENTENZE IN PILLOLE

COMPORAMENTO COLPOSO DEL MEDICO DI GUARDIA IN PRONTO SOCCORSO

Corte di Cassazione

Una bimba di quattro anni viene accompagnata alle ore 06,35 al Pronto Soccorso di un ospedale. Qui, visitata dal medico di turno, le viene diagnosticata una dispnea respiratoria e un diffuso broncospasmo, nonché le viene eseguita una iniezione di una fiala di bentelan, con miglioramento della situazione clinica e disposizione di ricovero in pediatria. In questo reparto, privo di medici di turno presenti essendo solo previsto un obbligo di reperibilità, sopravviene un peggioramento delle condizioni cliniche della piccola paziente rilevato dalle infermiere che provvedono, alle ore 7,50 dello stesso giorno, ad avvisare dell'accaduto il medico del pronto soccorso che chiama in servizio il pediatra e l'anestesista. La pediatra raggiunge in pochi minuti l'ospedale, ma non può fare altro che constatare il decesso della piccola per collasso cardiocircolatorio. Il medico del pronto soccorso viene rinviato a giudizio per rispondere del delitto di omicidio colposo in danno della bimba e condannato in primo grado alla pena di un anno e quattro mesi di reclusione, nonché al risarcimento dei danni in favore delle costituite parti civili. Il giudice d'appello dichiara estinto il reato per intervenuta prescrizione, essendo decorso il tempo previsto al riguardo dalla legge, ma conferma, sia pure con una parziale diversa motivazione, la responsabilità del medico agli effetti civili già accertata in primo grado. La Corte d'Appello, infatti, pur ritenendo corretta (a differenza di quanto affermato dal giudice di primo grado) la diagnosi posta dal medico di guardia in pronto soccorso e l'iniziale terapia praticata, osserva che il comportamento tenuto successivamente dall'imputato è stato colposo in quanto, in presenza di una patologia che rendeva prevedibile il sopraggiungere di ulteriori crisi respiratorie, aveva ommesso di esercitare una personale vigilanza sulle condizioni di salute della paziente, inviandola in un reparto privo di medici in servizio, senza avvisarli di rientrare in ospedale e, quindi, senza predisporre le condizioni per una assistenza idonea a fronteggiare tempestivamente l'eventuale peggioramento delle condizioni della bimba. Sarebbe stato sufficiente, infatti, ad evitare il decesso l'infusione con continuità di un farmaco cortisonico. Ricorre in cassazione l'imputato contestando l'esistenza della sua responsabilità, ma la **Corte di cassazione**, quarta sezione penale, con **sentenza n. 3281/13**, depositata il 22/01/2013, respinge l'impugnazione giudicando infondate le critiche mosse dal sanitario alla sentenza d'appello. I giudici della Suprema Corte, infatti, ritengono che correttamente in appello è stato ritenuto colposo il comportamento del medico di guardia in pronto soccorso che, pur essendo prevedibile una insorgenza di complicanze pericolose, aveva avviato la paziente in pediatria ove non era presente alcun medico di reparto. Giustamente, infine, secondo la Cassazione era stato ritenuto sussistente il nesso di causalità in quanto la tempestiva erogazione di una flebo con cortisone avrebbe evitato l'evento letale con alto grado di probabilità logica e statistica.

RAPPORTO TRA CONSENSO INFORMATO E COLPA PROFESSIONALE

Corte di Cassazione

Una donna, per eliminare ovvero correggere un'imperfezione estetica congenita dovuta all'eccessiva sporgenza degli incisivi superiori, si rivolge a chirurghi plastici e ad ortodontisti, sottoponendosi prima a trattamenti ortodontici e poi ad un intervento plastico agli zigomi ed al mento e, infine, anche ad un intervento di chirurgia maxillofacciale di osteotomia mandibolare prodromica ad altri trattamenti diretti a risolvere il problema estetico. L'ultimo intervento non ha l'esito sperato in quanto la paziente lamenta tumefazioni e gonfiore al viso, perdita di sensibilità al labbro inferiore, gravi difficoltà respiratorie e persistente rinoliquorrea, tanto da indurla a sottoporsi ad una ulteriore operazione chirurgica che determina un miglioramento delle condizioni respiratorie. Ritenendo che le lesioni personali patite siano una conseguenza dell'intervento maxillofacciale mal eseguito, la paziente querela il chirurgo che, sottoposto a procedimento penale con l'imputazione di lesioni gravi (art. 590, secondo comma, c.p.), viene condannato in primo grado e assolto invece in appello, con conseguente revoca delle statuizioni civili. La Corte d'Appello, in particolare, ritiene insussistente nella fattispecie un rilevante comportamento colposo del chirurgo che aveva concordato l'intervento con gli altri specialisti impegnati ad emendare il difetto estetico della donna. Su ricorso solo della paziente, costituitasi parte civile nel processo penale, la **Corte di Cassazione**, quarta sezione penale, con **sentenza n. 4541/13**, depositata il 29/01/2013, ha annullato la sentenza impugnata per carenza di adeguata motivazione sui profili di colpa contestati all'imputato, rimettendo gli atti al giudice civile competente per un riesame della vicenda sotto il profilo civilistico. La Suprema Corte, in particolare, ha affermato che, di norma, l'omessa acquisizione di un consapevole consenso informato non rileva ai fini della valutazione della colpa professionale, fermo restando a carico del sanitario un dovere particolare di informazione sui prevedibili esiti dell'intervento, attesa la natura della chirurgia estetica e di quella maxillofacciale. I giudici della Suprema Corte, inoltre, hanno precisato che l'eventuale corretta acquisizione del consenso informato non vale comunque ad escludere la colpa del medico che abbia agito con negligenza ovvero con imperizia o in violazione delle *leges artis*. D'altra parte, il chirurgo che, come ipotizzato nel caso di specie alla luce del contenuto del modulo di informazione predisposto che elenca i possibili esiti "perversi" del trattamento proposto, rilevi l'estrema aleatorietà dell'esito dell'intervento in questione (comportante segmentazione in quattro parti della mandibola, con asportazione di una parte considerevole del mascellare superiore) avrebbe dovuto sconsigliarlo ovvero non eseguirlo, a nulla rilevando l'eventuale adeguatezza dell'informazione e il consenso prestato dalla paziente.



IL MOBBING NEL PUBBLICO IMPIEGO

Consiglio di Stato

Sette ricorsi per chiedere l'annullamento di atti ritenuti lesivi del proprio status di pubblico dipendente. Attraverso l'azione giudiziaria si è anche domandato il risarcimento del danno per una ipotesi di mobbing e comunque per lesioni alla integrità psicofisica e alla qualità della vita. Il Tar ha accolto alcuni ricorsi annullando i provvedimenti impugnati ma ha negato il risarcimento del danno non ritenendo sussistente il mobbing. Il concetto di mobbing è alquanto indeterminato, anche se per una ragionevole definizione possa considerarsi tale quell'insieme di condotte vessatorie e persecutorie del datore di lavoro o comunque emergenti nell'ambito lavorativo concretizzanti la lesione della salute psicofisica e dell'integrità del dipendente e che postulano, ove sussistenti, una adeguata tutela anche di tipo risarcitorio. L'indeterminatezza della nozione ha indotto ancora la giurisprudenza ad indicare una serie di elementi ed indizi caratterizzanti il fenomeno dai quali far emergere la concreta sussistenza di una condotta offensiva. Così per aversi mobbing è richiesto che l'azione offensiva posta in essere a danno del lavoratore sia sistematica e frequente con una serie prolungata di atti ed abbia le caratteristiche oggettive di persecuzione e discriminazione o riveli intenti puramente emulativi. Il Consiglio di Stato ha confermato le decisioni del primo giudice.

L'ERRORE È OMICIDIO COLPOSO

Corte di Cassazione

Omicidio colposo per il medico di famiglia che prescrive una cura sbagliata senza visitare il paziente. Con la sentenza 12923, la Cassazione torna a censurare le "leggerezze" dei medici di base nel fare diagnosi senza una visita accurata o saltandola del tutto. Nel caso esaminato la superficialità del professionista è costata la vita a un ragazzo di 18 anni, morto per una polmonite bilaterale "sfuggita" al medico curante, che lo seguiva da alcuni anni per problemi di tonsillite. Alla base dell'errore fatale, una serie di inadempiimenti, iniziati con la prescrizione di una terapia scelta "al buio" senza verificare le effettive condizioni del paziente con una visita. Anche dopo aver "auscultato" il paziente che la madre aveva più volte accompagnato presso lo studio aveva minimizzato il problema, assicurando che non c'era alcuna patologia polmonare e, ancora una volta, prescrivendo una cura del tutto inutile. In questo contesto era stata, ovviamente, negata anche la necessità del ricovero, malgrado il ragazzo avesse la febbre alta e facesse fatica a respirare. La Cassazione risponde quasi "risentita" alla tesi della difesa che considera non provato il nesso di causalità con l'evento. La Suprema Corte sottolinea che i giudici di seconda istanza non si erano limitati a fare un'osservazione contestata dal ricorrente ma condivisa dalla Suprema Corte, secondo la quale: "Non occorre essere particolarmente esperti in materia per rilevare che, nel 2000, la morte di ragazzi diciottenni, a causa di polmonite sia evenienza statisticamente irrilevante, atteso che trattasi di malattia che, se diagnosticata in tempo, guarisce quasi sempre". A parte l'appunto di buon senso, il collegio di merito aveva verificato, anche grazie alle consulenze tecniche, il collegamento tra le omissioni e gli errori del camice bianco e la morte del suo assistito, che non si sarebbe verificata se il professionista avesse operato in maniera diversa. Con l'occasione la Corte ricorda che "l'esistenza del nesso causale richiede una conditio sine qua non, un antecedente senza il quale l'evento non si sarebbe verificato, da valutare sulla base del criterio della elevata credibilità razionale o probabilità logica". I medici di famiglia erano già finiti nel mirino della Cassazione per i certificati medici fatti per telefono senza visitare il paziente. Allora, con la sentenza 18.687 del 2012, la Suprema Corte aveva considerato irrilevante l'esistenza o meno della malattia.

INDENNITÀ DI ESCLUSIVITÀ: VALUTAZIONE ESPERIENZA MATURATA

Tribunale di Milano

Un medico ha adito il tribunale di Milano per ottenere che venisse accertato il diritto al riconoscimento dell'esperienza professionale maturata prima presso un Irccs e poi presso un Ospedale Classificato con conseguente condanna del datore di lavoro alle differenze retributive relative a una specifica indennità. A sostegno di quanto

rivendicato, il sanitario ha dedotto di essere dirigente medico della fondazione datrice di lavoro con contratto di tipo subordinato a tempo indeterminato e rapporto esclusivo a far tempo dal 2006. In precedenza, si è precisato, il rapporto di lavoro era stato intrattenuto alle dipendenze di un Irccs di diritto privato e, successivamente, di un Ospedale Classificato, prestandosi quindi attività lavorativa in qualità di medico endocrinologo senza soluzione di continuità dal 1995 in Enti del Ssn o equiparati alle aziende ospedaliere pubbliche. Pur riconoscendosi la ragionevolezza delle argomentazioni del sanitario circa la non comprensibile esclusione dell'esperienza professionale maturata presso gli Irccs Privati/Ospedali classificati ai fini del computo dell'indennità di cui al giudizio - stante la loro sostanziale equiparazione alle aziende ospedaliere pubbliche con la previsione del passaggio diretto dei dipendenti tra i suddetti istituti ai sensi del D.Lgs. 502/1992 - si deve osservare che, a fronte dell'interpretazione autentica del Ccnl del 2000 da parte delle parti firmatarie, si deve dare atto come la volontà negoziale collettiva abbia stabilito che, ai fini dell'irrogazione della indennità richiesta, debba essere considerata valida esclusivamente l'esperienza professionale maturata in qualità di dirigente del Ssn, senza soluzione di continuità, presso aziende o enti del comparto, con l'esclusione, quindi, di quella maturata presso gli Irccs Privati/Ospedali classificati.

A BOCCA ASCIUTTA L'ASPIRANTE PRIMARIO

Cassazione Sezione Lavoro

Non esiste un diritto, accertabile dal giudice, a ricoprire l'incarico di direttore di struttura complessa. Perché la procedura di conferimento "non può essere ricondotta a una procedura concorsuale" e il relativo provvedimento di nomina "è censurabile in giudizio solo per ragioni di manifesta illogicità o di contrarietà ai canoni di buona fede e correttezza" e in questo caso dà diritto esclusivamente al risarcimento per perdita di chance. Con queste motivazioni la sezione lavoro della Cassazione (**sentenza n. 21943/2012**, depositata il 6 dicembre), ha respinto il ricorso di un odontoiatra contro un'azienda ospedaliera lombarda, in cui nel 2004 era stato nominato primario un medico non iscritto all'albo degli odontoiatri al momento della scadenza del bando. Il ricorrente aveva chiesto invano al tribunale di Bergamo e poi alla Corte d'appello di Brescia di accertare il suo diritto al conferimento dell'incarico e di condannare l'Ao al pagamento delle differenze retributive tra la qualifica di dirigente medico di primo livello e quella di direttore di struttura complessa di odontoiatra. Aveva inoltre domandato il risarcimento dei danni morali ed esistenziali derivanti dal ritardo nella nomina. Il "no" dei giudici di merito non lo ha scoraggiato, ma adesso è arrivato anche il responso negativo della Cassazione. Che spiega a chiare lettere, forte di una giurisprudenza ormai consolidata, come quello di primario sia "un incarico fiduciario connotato dal fatto che la Pubblica amministrazione - e per essa il direttore generale - agisce con i poteri del datore di lavoro privato sicché deve rispettare i criteri del bando e quelli legali, ma non è tenuta a motivare la propria scelta fiduciaria". La commissione ha soltanto il compito di predisporre un elenco di candidati idonei da sottoporre al Dg, la cui scelta deve sì essere ispirata al criterio del buon andamento della Pma, in caso di violazione dei canoni di correttezza e buona fede, non determina "l'invalidità dell'atto". Non trattandosi di un concorso, per gli esclusi non può essere accertato alcun diritto a ricoprire l'incarico. L'unica "pretesa risarcitoria" possibile è quella per perdita di chance, che però non è stata avanzata dal ricorrente.

NON SI LICENZIA IL MEDICO MALATO

Cassazione Sezione Lavoro

È illegittimo il licenziamento di un medico per giustificato motivo oggettivo costituito dalla sopravvenuta inidoneità alla mansione se l'azienda non dimostra l'impossibilità di adibire il lavoratore a una diversa attività riconducibile - alla stregua di un'interpretazione del contratto secondo buona fede - alle mansioni già assegnategli in precedenza, o altre equivalenti e, subordinatamente a mansioni inferiori, purché tale diversa attività sia utilizzabile, secondo l'assetto organizzativo insindacabilmente stabilito dall'ente (Cass. 7 marzo 2005 n. 4827; Cass. 26 ottobre 2008 n. 25883). Nel caso di illegittimo licenziamento anche se si tratta di pubblico dipendente va applicata la reintegrazione in servizio come prevista dalla disciplina prevista dall'art. 18 dello Statuto dei lavoratori secondo la formulazione della L. n. 300 del 1970, art. 18, vigente all'epoca dei fatti, e ciò sulla base norma del Dlg n. 165 del 2001, art. 51, comma 2, (Cass. I febbraio 2007 n. 2233; Cass. 13 giugno 2012 n. 9651). E con questa motivazione che la **Corte di Cassazione, sezione lavoro, con sentenza 18 dicembre 2012 n. 23330**, ha confermato quella della Corte di Appello di Milano che reintegrò al lavoro il sanitario con riconoscimento del danno retributivo. Nella fattispecie il medico risultava affetto da una sintomatologia ansiosa, secondo le prescrizioni mediche doveva essere esentato dai turni di reperibilità e affiancato nella refertazione. Di conseguenza ritenendolo inutilizzabile, l'azienda l'aveva licenziato. La Corte precisava che, pur essendo insindacabile dal giudice l'esercizio dell'attività economica nei suoi aspetti tecnici come previsto dall'art. 41 della Costituzione, tale attività deve svolgersi nel rispetto dei diritti al lavoro e alla salute. Ne consegue la correttezza della pronuncia che ha dichiarato illegittimo il licenziamento per sopravvenuta inidoneità fisica alle mansioni assegnate, in quanto il datore di lavoro non aveva dimostrato l'impossibilità di adibirlo a mansioni diverse e di pari livello, evitando trasferimenti di altri lavoratori o alterazioni dell'organigramma aziendale (Cass. 13 ottobre 2009 n. 21710). La Corte territoriale, nella sua pronuncia, aveva appurato che dalle certificazioni mediche emergeva una sopravvenuta, parziale inidoneità fisica del ricorrente senza carattere permanente; di conseguenza ben avrebbe potuto recuperarla in un prosieguo. L'amministrazione aveva ommesso di verificarla, pur con la ridotta capacità lavorativa, il medico suo dipendente non fosse in grado di svolgere mansioni compatibili con l'organizzazione aziendale.

DESTINA IL TUO 5 PER MILLE all'Associazione "DINO MASULLO ONLUS"

iscritta nell'elenco tenuto dall'Agenzia delle Entrate ai sensi dell'art. 3 c. 5 L. 244 del 24/12/2007 per la destinazione del 5 per Mille dell'IRPEF

codice fiscale

0 9 5 3 0 6 7 1 0 0 8

Gentili Colleghe e cari Colleghi, come già sapete, circa sette anni orsono il Consiglio Nazionale pro tempore dell'AAROI-EMAC promosse la costituzione dell'Associazione "Dino Masullo" Onlus per onorare degnamente la memoria del collega, prematuramente scomparso, che per 18 anni aveva svolto in modo encomiabile la sua attività professionale presso l'Ospedale Santobono di Napoli e dal 1996 al 2006 era stato il solerte Tesoriere Nazionale dell'AAROI.

L'Associazione "Dino Masullo" persegue finalità sociali attivandosi per garantire l'assistenza domiciliare, anche integrata, ai malati bisognosi e svantaggiati per le patologie sofferte e/o per le loro condizioni economiche, familiari e sociali e per provvedere alla formazione e all'aggiornamento degli operatori sanitari interessati e dei familiari degli stessi malati.

Subito dopo la sua costituzione l'Associazione è stata iscritta, con il codice fiscale 09530671008, nello specifico elenco - tenuto dall'Agenzia delle Entrate - delle onlus, alle quali i contribuenti italiani possono destinare il "cinque per mille" della loro IRPEF.

Vi invito pertanto, con particolare calore, a scrivere il numero del suddetto codice fiscale e ad apporre la vostra firma nel riquadro riservato nell'apposita pagina della dichiarazione dei redditi (mod. 730 o "Unico"), che compilerete nelle prossime settimane, e a sollecitare, perché facciano altrettanto, i vostri parenti, i vostri amici e soprattutto i colleghi con i quali lavorate quotidianamente gomito a gomito.

L'operazione è a costo zero e vi consente di assicurare all'"onlus degli anestesisti rianimatori italiani" le risorse indispensabili per realizzare le finalità sociali previste dal suo statuto.

A tale scopo in questa pagina sono stampati dei piccoli memorandum che potrete utilizzare per un efficace "passaparola".

Vi ringrazio per quanto farete e vi saluto cordialmente.

Girolamo Gagliardi
Presidente dell'Associazione "Dino Masullo" Onlus

MODELLO 730-1 redditi 2012

MODELLO UNICO



CUD 2013

P A S S A P A R O L A

DESTINA IL TUO 5 PER MILLE all'Associazione "DINO MASULLO ONLUS"

Sostieni, le nostre iniziative apponendo il codice fiscale 09530671008 e la Tua firma nell'apposito riquadro della Tua dichiarazione dei redditi

SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF per scegliere, FIRMARE in UNO SOLO dei riquadri. È possibile indicare anche il codice fiscale di un soggetto beneficiario

Soggetto delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale e delle associazioni ricreative che operano nei settori di cui all'art. 10, c. 1, lett. a), del D.Lgs. n. 460 del 1997 e delle fondazioni riconosciute di carattere culturale

FIRMA *la tua firma* FIRMA

Codice fiscale del beneficiario (eventuale) **0 9 5 3 0 6 7 1 0 0 8** Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

DESTINA IL TUO 5 PER MILLE all'Associazione "DINO MASULLO ONLUS"

Sostieni, le nostre iniziative apponendo il codice fiscale 09530671008 e la Tua firma nell'apposito riquadro della Tua dichiarazione dei redditi

SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF per scegliere, FIRMARE in UNO SOLO dei riquadri. È possibile indicare anche il codice fiscale di un soggetto beneficiario

Soggetto delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale e delle associazioni ricreative che operano nei settori di cui all'art. 10, c. 1, lett. a), del D.Lgs. n. 460 del 1997 e delle fondazioni riconosciute di carattere culturale

FIRMA *la tua firma* FIRMA

Codice fiscale del beneficiario (eventuale) **0 9 5 3 0 6 7 1 0 0 8** Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

Il 5 per Mille è aggiuntivo e non sostitutivo dell'8 per Mille destinato alle Confessioni Religiose

Il 5 per Mille è aggiuntivo e non sostitutivo dell'8 per Mille destinato alle Confessioni Religiose

DESTINA IL TUO 5 PER MILLE all'Associazione "DINO MASULLO ONLUS"

Sostieni, le nostre iniziative apponendo il codice fiscale 09530671008 e la Tua firma nell'apposito riquadro della Tua dichiarazione dei redditi

SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF per scegliere, FIRMARE in UNO SOLO dei riquadri. È possibile indicare anche il codice fiscale di un soggetto beneficiario

Soggetto delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale e delle associazioni ricreative che operano nei settori di cui all'art. 10, c. 1, lett. a), del D.Lgs. n. 460 del 1997 e delle fondazioni riconosciute di carattere culturale

FIRMA *la tua firma* FIRMA

Codice fiscale del beneficiario (eventuale) **0 9 5 3 0 6 7 1 0 0 8** Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

DESTINA IL TUO 5 PER MILLE all'Associazione "DINO MASULLO ONLUS"

Sostieni, le nostre iniziative apponendo il codice fiscale 09530671008 e la Tua firma nell'apposito riquadro della Tua dichiarazione dei redditi

SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF per scegliere, FIRMARE in UNO SOLO dei riquadri. È possibile indicare anche il codice fiscale di un soggetto beneficiario

Soggetto delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale e delle associazioni ricreative che operano nei settori di cui all'art. 10, c. 1, lett. a), del D.Lgs. n. 460 del 1997 e delle fondazioni riconosciute di carattere culturale

FIRMA *la tua firma* FIRMA

Codice fiscale del beneficiario (eventuale) **0 9 5 3 0 6 7 1 0 0 8** Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

Il 5 per Mille è aggiuntivo e non sostitutivo dell'8 per Mille destinato alle Confessioni Religiose

Il 5 per Mille è aggiuntivo e non sostitutivo dell'8 per Mille destinato alle Confessioni Religiose

DESTINA IL TUO 5 PER MILLE all'Associazione "DINO MASULLO ONLUS"

Sostieni, le nostre iniziative apponendo il codice fiscale 09530671008 e la Tua firma nell'apposito riquadro della Tua dichiarazione dei redditi

SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF per scegliere, FIRMARE in UNO SOLO dei riquadri. È possibile indicare anche il codice fiscale di un soggetto beneficiario

Soggetto delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale e delle associazioni ricreative che operano nei settori di cui all'art. 10, c. 1, lett. a), del D.Lgs. n. 460 del 1997 e delle fondazioni riconosciute di carattere culturale

FIRMA *la tua firma* FIRMA

Codice fiscale del beneficiario (eventuale) **0 9 5 3 0 6 7 1 0 0 8** Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

DESTINA IL TUO 5 PER MILLE all'Associazione "DINO MASULLO ONLUS"

Sostieni, le nostre iniziative apponendo il codice fiscale 09530671008 e la Tua firma nell'apposito riquadro della Tua dichiarazione dei redditi

SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF per scegliere, FIRMARE in UNO SOLO dei riquadri. È possibile indicare anche il codice fiscale di un soggetto beneficiario

Soggetto delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale e delle associazioni ricreative che operano nei settori di cui all'art. 10, c. 1, lett. a), del D.Lgs. n. 460 del 1997 e delle fondazioni riconosciute di carattere culturale

FIRMA *la tua firma* FIRMA

Codice fiscale del beneficiario (eventuale) **0 9 5 3 0 6 7 1 0 0 8** Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

Il 5 per Mille è aggiuntivo e non sostitutivo dell'8 per Mille destinato alle Confessioni Religiose

Il 5 per Mille è aggiuntivo e non sostitutivo dell'8 per Mille destinato alle Confessioni Religiose