

L'accordo mette sullo stesso piano un cardiocirurgo e qualsiasi altro dipendente della Pa

Contratto di lavoro dei medici? Otto anni di attesa per il nulla



Guido Quici, presidente Cimo

Dopo nove anni di mancati rinnovi contrattuali, l'avvicinarsi della tornata elettorale ha indotto il Governo ad avviare e concludere gli accordi sulle ipotesi di Ccnl dei Comparti delle aree centrali, regioni-enti locali, scuola e sanità ricorrendo, nell'ultimo caso, anche alla presenza del ministro Madia pur di portare a casa un risultato giudicato non positivo da parte delle organizzazioni sindacali autonome.

Si è tentato di avviare anche il contratto della dirigenza medica e sanitaria attraverso due incontri che, tuttavia, non hanno portato ad alcun risultato per il semplice motivo che Aran non è mai stata in condizione di dirimere la preliminare questione del monte salari propedeutica all'applicazione degli incrementi contrattuali, gli 85 euro, già concordati tra Governo e Confederazioni Cgil, Cisl e Uil. Tale accordo ha

messo sullo stesso piano il valore economico, ad esempio, di un neurochirurgo o un cardiocirurgo con qualsiasi altro dipendente della Pa.

Cimo si è trovata, quindi, di fronte ad un contratto politico, che per fortuna è stato sventato con la consapevolezza che occorre avviare con Aran un confronto di natura strettamente sindacale libero da ogni condizionamento esterno. Questo è il motivo per il quale ha rinviato, insieme alle altre sigle sindacali, lo sciopero nazionale pur mantenendo lo stato di agitazione con assunzione di determinazioni subito dopo l'incontro del 14 marzo 2018.

Partendo dagli aspetti normativi del contratto, Aran intende mutuare dal contratto del Comparto quanto già definito e sottoscritto dalle Confederazioni in tema di relazioni sindacali, orario di lavoro, permessi e congedi, mobilità, rapporto di lavoro, responsabilità disciplinare, ecc. anche attraverso l'istituzione di gruppi di approfondimento. Ovviamente quanto già concordato non ha mai visto partecipe i sindacati della dirigenza medica e sanitaria, ragion per cui la richiesta di Cimo è quella di ridiscutere il quadro normativo del contratto secondo le

L'ultimo stadio di un disegno che vuole aprire la strada alla sanità privata

esigenze e le peculiarità della professione medica.

Ovviamente Cimo ha elaborato una propria piattaforma contrattuale su cui poter confrontarsi, partendo dalla consolidata esperienza negoziale di questi anni che ha visto proliferare il contenzioso tra medici dipendenti ed amministrazioni per effetto delle innumerevoli aberrazioni contenute nei precedenti contratti, spesso oggetto di errate interpretazioni o disapplicazioni o, addirittura, abusi da parte di alcune aziende.

Venendo, quindi, agli aspetti economici del nuovo contratto, la partita si è subito arenata sull'entità del finanziamento del contratto, partita giocata al rimpallo tra regioni e Governo con accuse reciproche su chi dovrà finanziare il contratto di lavoro.

Giova ricordare che nella ripartizione regionale del finanziamento del servizio sanitario nazionale sono ricompresi, oltre all'assistenza ospedaliera, territoriale, farmaceutica, ecc., anche i rinnovi contrattuali del personale sanitario. Quindi il rinnovo del contratto in sanità è già finanziato ed, allora, diventa incomprensibile questo rimpallo di responsabilità tra Governo e Regioni.

Infatti dall'analisi dei conti economici 2010-2015 emerge, con chiarezza, un incremento di circa 5,5 miliardi di euro del finanziamento ed un contestuale risparmio di circa 2,1 miliardi di euro del costo del personale. Al tempo stesso il conto annuale del Mef, relativo al periodo 2010-

2016, conferma i risparmi regionali sul personale in linea con la riduzione del numero di medici di 6.724 unità (taglio di 2410 strutture complesse e 5.275 strutture semplici).

Ma quale è stata la proposta Aran?

Si parte da un monte salari calcolato su 71.500 euro procapite (media pesata per professioni) e si applicano i seguenti incrementi: 0,3% per il 2016, 1,45% per il 2017 e si arriva a regime del 3,48% a decorrere dal luglio del 2018. In sintesi trattasi di un incremento mensile di 190 euro circa a decorrere dal 2019 di cui solo il 70% andrà sul tabellare.

Nulla di nuovo sulla richiesta dei sindacati di aggiungere al monte salari l'indennità di esclusività di rapporto come nulla di nuovo sulla ufficializzazione dell'atto di indirizzo, strumento necessario ad avviare la trattativa per il rinnovo del contratto.

Ricordo che la perdita di potere di acquisto dei colleghi avviene per due ordini di motivi: la perdita del valore di acquisto a decorrere dal 2010 rispetto al tasso di inflazione, stimabile nella misura di 3.275 euro procapite (circa 250 euro/mese) e la perdita derivante dai "furti" delle regioni e delle aziende sui fondi contrattuali stimabile nella misura di 3.402 euro circa (circa 261 euro/mese). In sintesi la perdita economica è nettamente superiore agli incrementi contrattuali proposti in sede Aran.

Quindi otto anni di attesa per il nulla e, dopo la drastica cura dimagrante a danno delle strutture ospeda-

riere, dopo l'enunciazione di un piano delle cronicità non operativo perché non finanziato, dopo l'aumento esponenziale dell'*out of pocket* a danno dei cittadini, dopo la progressiva riduzione dell'offerta sanitaria nei presidi ospedalieri e negli ambulatori, eccoci arrivati all'ultimo stadio di un disegno perverso: demotivare il personale sanitario per aprire definitivamente la strada alla sanità privata.

Cimo non starà certo a guardare.

Ci piacerebbe immaginare che il 51% della rappresentatività intersindacale non sia disponibile a firmare eventuali Ccnl di lavoro in queste condizioni proprio per dare un forte segnale alla politica ed al futuro Governo ma non ci illudiamo affatto che ciò possa avvenire ed è questo il motivo per il quale crediamo che l'intersindacale non avrà lunga vita.

Intanto si continua a lavorare in pronto soccorso spesso fatiscenti dove il rischio di aggressione è elevato, si lavora in più presidi ospedalieri distanti anche decine di chilometri tra loro con rischi per la sicurezza delle cure, si sopravvive in condizioni organizzative di vero e proprio disagio ed in situazioni di grave carenza organica, ed è proprio per queste ragioni che i medici vorrebbero più rispetto dal proprio datore di lavoro che, invece, continua a lucrare sui risparmi derivanti dalla costante riduzione del costo del personale.

Guido Quici

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA RETE DI STROKE UNIT SI FERMA A ROMA

Ictus cerebrale: siciliani cittadini di Serie B



Giuseppe Bonsignore

L'ictus cerebrale può essere di due tipi: ischemico o emorragico. Quello ischemico o infarto cerebrale è dovuto ad un minor afflusso di sangue in una porzione più o meno estesa di tessuto cerebrale. Il meccanismo con cui si determina è legato al restringimento di un vaso sanguigno arterioso dovuto principalmente alla formazione di un trombo sulla parete vasale, ma può essere dovuto anche ad un embolo, cioè ad un frammento di trombo presente anche in altro distretto corporeo e che, entrato in circolo, finisce per occludere un'arteria cerebrale.

Il danno può essere più o meno esteso a seconda delle dimensioni del trombo/embolo e quindi della porzione di arteria che viene occlusa. Più grande è il trombo/embolo maggiore sarà il tratto di vaso sanguigno a subire l'interruzione del flusso e più estesa sarà l'area danneggiata. L'ictus emorragico è invece uno spandimento di sangue che si produce nel cervello a causa della rottura della parete di un vaso sanguigno. A volte il sanguinamento all'interno del tessuto cerebrale è legato alla rottura di un aneurisma, cioè di una dilatazione che si forma in un tratto della parete vascolare e che rappresenta ovviamente un punto di minore resistenza più propenso alla rottura.

A seguito della rottura di un aneurisma cerebrale si ha uno spandimento di sangue che può rimanere confinato allo spazio extra cerebrale determinando quindi un'emorragia subaracnoidea (Esa) senza significativa lesione del tessuto cerebrale ma per questo

non meno grave. A volte invece il sanguinamento è tale da lacerare anche il cervello causando la presenza oltre che del sanguinamento extra cerebrale anche la formazione di un ematoma cerebrale vero e proprio.

Al di là del tipo di stroke, ischemico o emorragico, e delle cause che lo hanno determinato, siamo comunque in presenza di una patologia in grado di mettere a rischio la vita del paziente o di determinarne comunque una grave disabilità permanente. In Italia rappresenta la terza causa di morte e la principale causa di disabilità. Tuttavia, grazie ai costanti progressi della Medicina, l'ictus è oggi una patologia curabile e guaribile anche senza reliquati, ma la guarigione è strettamente dipendente dalla tempestività della diagnosi e del trattamento medico o, in alcuni casi chirurgico.

È di fondamentale importanza il riconoscimento precoce dei sintomi, il trasporto immediato del paziente in Ospedale, la valutazione clinica e l'esecuzione di una Tac cerebrale (se necessario integrata con una Risonanza magnetica) e quindi il trattamento terapeutico che deve essere messo in atto nel più breve tempo possibile. Il rispetto di questo iter e dei tempi di intervento possono ridurre in maniera sensibile sia la mortalità che il grado di invalidità conseguente all'ictus.

Per realizzare tutto ciò è necessario che le strutture ospedaliere siano dotate delle cosiddette *Stroke Unit*, unità operative neuro-vascolari che, sullo stesso modello delle Unità Coronariche per il trattamento dell'infarto del miocardio, sono in grado di gestire in maniera ottimale il paziente con ictus cerebrale.

Il Dm 70 (il famoso Decreto Balduzzi) ha identificato le patologie tempo dipendenti definendo 3 Reti Ospedaliere per l'emergenza-urgenza: la Rete dell'Ima (infarto miocardico acuto), la Rete del Trauma (Trauma Center) e la Rete dello Stroke.

Le *Stroke Unit* come definite dal Decreto Balduzzi sono di due tipi, di 1° e di 2° livello. In entrambe è prevista la presenza di strutture adeguate alla gestione diagnostica e terapeutica del paziente con ictus cerebrale e la presenza

di personale medico ed infermieristico qualificato. Entrambe le strutture ospedaliere devono essere in possesso di Tac multistrato e di Risonanza Magnetica attiva h 24, ma le differenze tra le due tipologie di *Stroke Unit* sono rilevanti quando vi sia la necessità di ricorrere alla Neuroradiologia Interventistica, prevista unicamente nelle *Stroke Unit* di 2° livello.

Il Neuroradiologo può oggi ricorrere alla tecnica della trombectomia meccanica, cioè alla rimozione per via endovascolare del trombo che ostruisce l'arteria con un notevole incremento delle possibilità di successo terapeutico nei casi in cui la sola trombolisi endovenosa non dia i risultati auspicati.

Ma la Rete dello Stroke, come concepita dal legislatore, è finora rimasta solo sulla carta in gran parte del territorio nazionale, soprattutto per la mancata attivazione delle *Stroke Unit* di 2° livello in varie Regioni.

Il DM 70 prevedeva la dislocazione di queste Unità Neurovascolari su base demografica, tenendo conto anche delle condizioni oro-geografiche e della viabilità, aspetti non secondari in relazione al fattore tempo. I Centri di 1° livello sono previsti per bacini di utenza compresi tra i 150.000 e i 300.000 abitanti, mentre quelli di 2° livello sono previsti per un bacino medio di circa 1.000.000 di abitanti.

Al momento il dato nazionale sulla copertura territoriale delle *Stroke Unit* si attesta attorno al 60%, ma questo dato è inoltre estremamente disomogeneo a seconda che prendiamo in considerazione le Regioni del Centro-Nord che risultano addirittura al di sopra della media e quelle del Centro-Sud, ben al di sotto dei parametri previsti per legge. Su 300 unità operative neurovascolari previste in Italia ne sono state finora attivate soltanto 160 e di queste l'80% si trovano nelle Regioni al di sopra di Roma.

La cartina riportata in foto da un quadro visivo desolante e più di numeri e dati rappresenta l'enorme squilibrio tra Nord e Sud anche in questo caso.

In Sicilia, su un territorio che copre oltre 25.711 Km quadrati e con una popolazione di poco superiore ai 5 mln di abitanti, il ritardo nella messa a punto

delle 3 Reti tempo-dipendenti è sensibile, ma diventa gravissimo quando prendiamo in considerazione la sola Rete per lo Stroke.

Nella nostra Regione un paziente colpito da ictus cerebrale ha almeno il 30-40% di possibilità in meno di salvarsi rispetto ad un cittadino dell'Emilia Romagna, della Toscana, del Veneto o della Lombardia.

Le *Stroke Unit* di 1° livello sono pochissime, ma di fatto non ne esiste nessuna realmente operativa in regime di h 24 su tutto il territorio regionale, con l'unica eccezione di Messina e qualche attività a singhiozzo a Catania e Palermo. Troppo poco per poter dire che la Rete esiste.

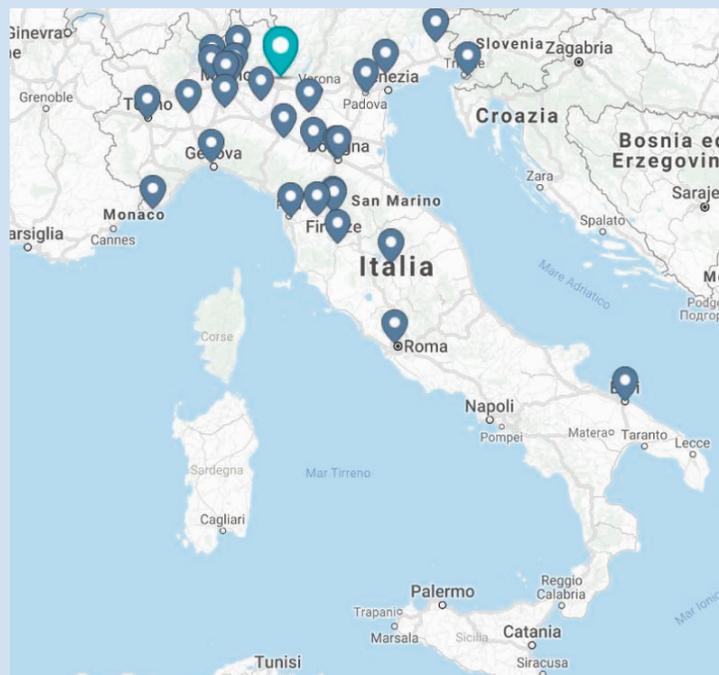
Le ragioni di questo ritardo sono come al solito molteplici, partendo da precise responsabilità formative e quindi Universitarie che non hanno adeguatamente provveduto alla formazione degli operatori specializzati gravemente carenti in Regione, passando

poi alle ataviche carenze strutturali e tecnologiche dei nostri Ospedali, per finire ad una assenza di programmazione vera ed efficace di una Rete Ospedaliera che non ha tenuto del giusto conto la Salute dei cittadini messa in secondo piano rispetto a valutazioni di ordine politico che non possono che tarpare le ali ad un Sanità siciliana ancora al palo.

È ormai inderogabile occuparsi di un aspetto così delicato, il tempo è scaduto e bisogna passare ai fatti. Non è più accettabile che i cittadini siciliani continuino a vedersi privati del diritto della Salute, costituzionalmente sancito. Non è accettabile, nel 2018, per i siciliani vedersi negato un accesso alle cure uguali a quello di milioni di altri concittadini solo perché nascono, vivono e muoiono (di più) in una Regione piuttosto che in un'altra.

Giuseppe Bonsignore
Responsabile Comunicazione Cimo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La Rete di Stroke Unit in Italia