

L'intervento del segretario regionale Cimo sulla professione e la qualità del servizio

Medici ospedalieri: come fare sindacato di categoria, oggi



Giuseppe Riccardo Spampinato

Per fare sindacato ci vogliono i sindacalisti. E' sindacalista vero colui il quale sente l'obbligo morale di rappresentare e servire la categoria cui appartiene, non i propri interessi, personali e familiari, o le ambizioni politiche. Ci vuole, poi, una legislazione del lavoro che consenta alle rappresentanze collettive di esercitare un ruolo effettivo, non solo di facciata, attraverso un confronto franco, ma costruttivo, tra le Parti. Le due ultime riforme del pubblico impiego (d.lgs. 29/93; d.lgs. 150/2009) sono state invece animate da spirito antisindacale, addirittura da velleità autoritarie come quella di Brunetta, ma riusciamo a superarci anche a sinistra, l'insofferenza di chi ci governa verso il confronto con le parti sociali ipotizza che la rappresentatività sindacale sia UNICA, ovviamente fidando sul fatto che sia più facile favorire il dialogo se ci si confronta e si accontenta il sindacato one voice. Ma non abbiamo scoperto nulla, c'è chi l'aveva fatto circa 80 anni or sono. Come conseguenza, negli ultimi 25 anni per ben 9 anni (36% del periodo) i rinnovi contrattuali del pubblico impiego sono stati bloccati con legge e nell'89% dello stesso arco di tempo i medici dipendenti/dirigenti hanno lavorato, sofferto, rischiato in regime di prorogatio rispetto al contratto precedente, ampiamente scaduto, elar-

gendoci misericordiosi la solita prebenda dell'indennità di vacanza contrattuale. Ma sarà poi co-

stituzionalmente corretto? Nemmeno si è voluto approfittare di questi anni di forzato blocco contrattuale sul piano economico per mettere mano alla riforma della parte normativa del CCNL, avuto riguardo a temi scottanti quali la progressione di carriera, la responsabilità civile e penale, l'atto medico, la libera professione. Ma al di là degli aspetti contrattuali sono poi necessari, specie in un servizio essenziale come la Sanità Pubblica, dotazioni sufficienti di personale specializzato, laureato e non, nonché strutture ed attrezzature moderne, adeguate, efficienti. Ed invece si è intervenuti con il blocco del turn-over, chiudendo servizi e con la lesina dei finanziamenti, specie in conto capitale. In Sicilia poi abbiamo un grande gioco di prestigio: si chiama Piano di Rientro e scompare quando si devono tessere le lodi del politico di turno che dichiara "Siamo stati bravi ne siamo usciti, ma che dico di più siamo diventati un modello da seguire per le altre regioni d'Italia" e riappare tristemente quando si chiedono i fondi necessari per nuove assunzioni, rimodulazioni della rete assistenziale, strutture d'eccellenza sempre carenti nella nostra regione, semmai affidate a esportatori di Know How. Restiamo anche in questo periferia del Regno dove i Conti possono diventare Principi. Insomma non sono previsti finanziamenti aggiuntivi rispetto al 2011 per il Servizio Sanitario Regionale. Si sono inoltre gravati i pubblici dipendenti di una enormità di compiti burocratici, distraendoli dalle specifiche competenze professionali; si è abusato dei rapporti di lavoro precari;

si son dovuti cedere diritti consolidati sul piano economico e normativo, pur di ottenere un posto di lavoro, eccetera. Anche la libera professione, è stata dipinta (specie dall'ex Ministro Bindi) come un tumore maligno, anziché una appendice virtuosa di professionalità e dedizione da offrire anche fuori dalle strutture sanitarie pubbliche, una fonte di risorse economiche da reinvestire, a proposito che fine fa il prelievo del 5% sulla libera professione che le Aziende Sanitarie dovrebbero impegnare per l'abbattimento delle liste d'attesa. Chiederlo è lecito, non rispondere è solo scortesia? Per invertire le tendenze evidenziate occorrono: politiche nazionali lungimiranti per sviluppo ed occupazione, specie giovanile e risorse adeguate da reperire attraverso una lotta seria contro evasione, corruzione, sprechi e privilegi. In particolare in Sanità: Meno appalti edilizi per strutture inutilizzate, meno acquisti di tecnologia ad alto costo senza il personale che possa usarlo, meno ospedali fatiscenti mai chiusi per convenienze politiche, meno politica in sanità più politica sanitaria. Nonostante le difficoltà elencate, chi ha la vocazione del sindacalista non solo può, ma deve farlo, con onestà e fino in fondo, condizioni necessarie per riuscire nel compito di garantire dignità e prospettive di lavoro accettabili ai medici rappresentati e sicurezza ai pazienti.

Giuseppe Riccardo Spampinato
Segretario Regionale CIMO - Sicilia

Dopo il pasticcio della Rete Ospedaliera, si prova a salvare il personale dal rischio tagli

Pianta organica degli ospedalieri aperta la trattativa Medici-Assessorato

Dopo il pasticcio della Rete Ospedaliera, esitato e decretato senza alcun preventivo confronto con i Sindacati medici, l'Assessorato Regionale della Salute si apprestava già a fornire ai Direttori Generali isolani le Linee Guida per la ridefinizione degli Organici Ospedalieri. Stavolta però le indiscrezioni trapelate hanno provocato una vera e propria levata di scudi di tutte le Sigle Sindacali mediche, le quali hanno preso carta e penna e inviato una risentita missiva all'Assessore Borsellino, stigmatizzando questo modo di procedere, fatto di decisioni unilaterali e imposizioni. Si è dunque finalmente avviata una trattativa a livello regionale che, dopo i primi momenti di tensione ed attriti che sembravano insanabili, al punto da paventare la proclamazione dello stato di agitazione sindacale e la minaccia di uno sciopero, sembra stia sortendo risultati di un certo rilievo.

La delegazione assessoriale, guidata dalla Dott.ssa Di Liberti, ha alla fine preso atto della bontà dei rilievi mossi dai Medici che, ricusando inadeguati criteri meramente ragionieristici, puntano, non tanto sui famigerati coefficienti minimi, ma sulle reali necessità delle strutture sanitarie pubbliche e quindi sulla adeguatezza degli organici sanitari, tali da garantire la sicurezza di medico e paziente in ogni struttura sanitaria. Sicurezza per gli Operatori Sanitari ma soprattutto per i pazienti che, alla fine, avrebbero pagato il salatissimo conto



di un Sistema già afflitto da gravi lacune organizzative e che rischiava di vedere ulteriormente sottostimate le esigenze assistenziali.

È stato accettato il principio del fabbisogno necessario e quindi "indispensabile al corretto funzionamento della varie Unità Operative con Posti Letto".

Al termine dei vari incontri programmati con i vari soggetti istituzionalmente coinvolti (Organizzazioni Sindacali non mediche, Rettori delle Università, Direttori Generali) la Bozza di accordo sarà al vaglio dell'Assessore Borsellino che la dovrà inoltrare a breve in Commissione Sanità dell'ARS (anche se nelle ultime ore è giunta la notizia di una emparse nella trattativa con il Comparto Universitario, al quale non tornano i conti relativi agli Infermieri previsti dall'Assessorato).

Per quanto riguarda i medici, la delegazione CIMO, capitanata dal Segretario Regionale Ric-

cardo Spampinato e composta anche dal Vice Segretario Vicario Angelo Collodoro nonché dal Segretario Provinciale di Palermo Antonio Iacono, ha giocato un ruolo determinante nella trattativa regionale, riuscendo a trovare quella sintesi indispensabile a far quadrare il cerchio e riportando i temi del confronto sui binari di una corretta dialettica, come del resto CIMO ha sempre fatto.

Si è riusciti a ritrovare quell'unità di intenti e quell'intesa a volte smarrita tra le varie sigle sindacali mediche che è stata probabilmente il punto di svolta per il buon esito della trattativa regionale. L'auspicio è quello di vedere finalmente rideterminati gli organici ridotti all'osso dei vari Operatori Sanitari che, dopo la "cura dimagrante" degli ultimi anni, rischiavano di mettere in crisi l'intero sistema sanitario pubblico siciliano.

I medici italiani "lavorano troppo", venendo sottoposti a turnazioni massacranti, illegittime e pericolose. Lo scrive l'Unione Europea che già in passato aveva bacchettato l'Italia sul tema e di recente ha deferito il nostro Paese alla Corte di Giustizia Europea. Speriamo che, almeno sotto quest'aspetto, la Sicilia anche grazie alla CIMO possa finalmente distinguersi positivamente.

Giuseppe Bonsignore
Responsabile Comunicazione CIMO Sicilia

Accettato il fabbisogno necessario al corretto funzionamento delle Unità operative

Approfondimento

La Cartella Clinica è a tutti gli effetti un Atto pubblico di fede privilegiata

La prevalente Dottrina Giuridica, in accordo con la consolidata Giurisprudenza di Legittimità, riconosce alla Cartella Clinica, redatta da un medico di un ospedale pubblico o di un nosocomio privato convenzionato (alias, da un pubblico ufficiale), il possesso di tutti i requisiti propri dell'atto pubblico di fede privilegiata. Questo è dotato di certezza legale, nel senso che prova la verità dei fatti attestati, salvo che la parte che vi ha interesse intenti una querela di falso.

Due i riflessi operativi per i sanitari: 1. Attesa la funzione, peculiare della cartella, di diario del decorso di una malattia, i fatti clinici devono essere in essa annotati dai sanitari senza ritardo, contestualmente al loro accadimento o, comunque, al loro rilievo e, quindi, in sequenza cronologica (contestualità e cronologia danno garanzie sulla

veridicità di quanto documentato). Anche se, eccetto alcune obiettività rilevanti e/o in rapida evoluzione, la cui registrazione in cartella va fatta rigorosamente in modo coevo al loro accadimento/rilievo, sono tollerati ritardi secondari a contingenze e riflessioni, purché gli eventi vengano poi annotati cronologicamente e mai in modo riassuntivo e a fine turno. 2. Ciascuna singola annotazione in cartella di eventi clinici da parte dei sanitari ha valore documentale autonomo, di fatto acquisito nel momento della sua effettuazione. È nello stesso momento che essa acquista carattere definitivo ed esce dalla sfera di disponibilità del medico compilatore, pur essendo la cartella clinica (in attesa di essere trasmessa alla Direzione Sanitaria) materialmente a disposizione di quest'ultimo.

Qualsiasi modifica successivamente ap-

portata dal medico redattore durante la progressiva formazione del documento (trattasi di aggiunte o di eliminazioni postume, talora compiute per leggerezza e talaltra, spesso in modo maldestro, nel tentativo di ostacolare la comprovazione di un errore commesso) integra, in capo al medesimo, il reato di falsità materiale commessa da pubblico ufficiale in atto pubblico.

Il che, anche se il sanitario abbia agito per ristabilire la verità dei fatti e anche se le alterazioni sia tanto evidenti da escludere l'inganno della fede pubblica: dette modifiche violano, infatti, la certezza accordata alla cartella clinica quale atto pubblico di fede privilegiata.

Luigi Giuseppe Angiò

