

RASSEGNA STAMPA CRT SICILIA

07 GENNAIO 2019

A CURA DELL'UFFICIO STAMPA CRT SICILIA

(TIZIANA LENZO - MARIELLA QUINCI)

L'Ismett replica al Nursind: «I benefit sono attribuiti con trasparenza ai dipendenti più meritevoli»

7 gennaio 2019

La direzione sanitaria smentisce il sindacato degli infermieri.



PALERMO. Nei giorni scorsi il sindacato Nursind aveva denunciato presunti carichi di lavoro eccessivi e benefit distribuiti senza trasparenza all'Ismett (leggi qui).

Ecco la replica della direzione sanitaria dell'Irccs palermitano: «Gli avanzamenti di carriera, incentivi o bonus una tantum sono affidati al 'compensation committee', un organismo regolato da una policy interna approvata dal cda e dall'Organismo di vigilanza (policy 231), e nota alle organizzazioni sindacali e a tutti i dipendenti. Tutto viene fatto attraverso la massima trasparenza. A proporre i dipendenti più meritevoli è il diretto superiore e i criteri di valutazione sono ben definiti».

Dall'Ismett aggiungono: «La direzione d'istituto è sempre pronta ad incontrare le organizzazioni sindacali firmatarie del Ccnl di settore. I sindacati legittimati a sedere al tavolo di confronto aziendale vengono costantemente aggiornati su quanto avviene in istituto e periodicamente convocati: l'ultima riunione sindacale si è svolta poco prima di Natale. Ove fosse necessario, l'istituto rimane comunque disponibile ad approfondire con le organizzazioni sindacali legittimate a livello aziendale il tema per garantire, come sempre, correttezza e trasparenza nei rapporti con i lavoratori».

L'Ismett precisa, tuttavia, che «il Nursind non è sindacato firmatario del Ccnl applicato dall'istituto e pertanto non è legittimato a sedere al tavolo di confronto aziendale».

quotidianosanità.it

Quotidiano on line di informazione sanitaria

Milano. Marco Luigi Votta è il nuovo presidente dell'Istituto nazionale dei tumori

Succede a Enzo Lucchini e rimarrà in carica per 5 anni. “Nei prossimi cinque anni dovremo sostenere diverse sfide che sicuramente affronteremo uniti e insieme alla Direzione Generale e alla Direzione Scientifica, con sinergie di intenti e grande collaborazione, tenendo sempre presente che l’obiettivo di tutti noi rimane la centralità del Paziente”.

07 GEN - Cambio ai vertici dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. Il dottor Enzo Lucchini, Presidente INT dal 1° gennaio 2016, ha concluso il 31 dicembre 2018 il suo mandato triennale e ha passato il testimone al dottor Marco Luigi Votta.

Il nuovo Presidente designato, 65 anni, ha ricoperto diversi incarichi: Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera della Valtellina e Valchiavenna (Sondrio), Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Lecco e Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda (Brescia) e, ultimo in ordine di tempo, Responsabile di Struttura Complessa – U.O.C. Distretto di Lodi, ATS Agenzia di Tutela della Salute Città Metropolitana di Milano.

“Sono onorato di essere stato nominato Presidente dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano che so essere nel cuore di moltissimi milanesi – dichiara il Presidente Votta. – Nei prossimi cinque anni dovremo sostenere diverse sfide che sicuramente affronteremo uniti e insieme alla Direzione Generale e alla Direzione Scientifica, con sinergie di intenti e grande collaborazione, tenendo sempre presente che l’obiettivo di tutti noi rimane la centralità del Paziente”.

Il dottor Marco Votta è entrato in carica il 1° gennaio 2019 e il suo mandato quale Presidente dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano avrà una durata di cinque anni.

quotidianosanità.it

Quotidiano on line di informazione sanitaria

Manovra. Smi: “Comma 687 mette a rischio il rinnovo contrattuale”

Il segretario Pina Onotri si scaglia contro la [misura](#): “Non è possibile stabilire per legge una modifica di un accordo quadro già concluso. No al Medioevo dei diritti sociali”. Chiesto incontro a Grillo e Lorefice.

07 GEN - “La legge 145/2018 (legge di bilancio 2019) al comma 687 mette a rischio l’istituto della contrattazione collettiva per i lavoratori della dirigenza amministrativa, professionale e tecnica del Servizio Nazionale Sanitario. In questo modo si vuole modificare un contratto collettivo, già sottoscritto dai sindacati della dirigenza sanitaria, esautorando le rappresentanze sindacali e, ancor più grave, mettendo, in discussione il prossimo rinnovo contrattuale per centocinquantamila medici e dirigenti sanitari”, dichiara Pina Onotri, Segretario Generale dello SMI.

“Non è possibile stabilire per legge una modifica di un accordo quadro già concluso. In questo modo non si prendono in considerazione gli elementi fondanti della contrattazione collettiva, così come si è sviluppata in questi anni nel nostro Paese. Il diritto del lavoro, infatti, prevede il consenso delle parti sociali per quanto riguarda la stipula di nuovi contratti, mentre il comma 687, la norma nella legge di bilancio 2019, stabilisce, con il blocco, che non si debba tenere conto nella contrattazione collettiva e della funzione dei sindacati del settore: siamo al Medioevo dei diritti sociali” continua Onotri.

“Non saranno colpi di mano che costringeranno la dirigenza dell’area sanitaria del SSN a subire il rischio di un blocco del rinnovo dei propri contratti, fermi da oltre dieci anni. Lo SMI si opporrà a questa vera e propria svolta antidemocratica contro i lavoratori e a svilimento del ruolo del sindacato. Si convochi subito, invece, l’avvio della discussione per il rinnovo del contratto 2019. Lo richiedono i lavoratori, lo prevede la democrazia”, conclude il segretario generale del Sindacato Medici Italiani.

Su questi temi lo SMI ha chiesto un incontro urgente all’on. MariaLucia Lorefice, Presidente della Commissione Affari Sociali della Camera e al Ministro della Salute, on. Giulia Grillo.

I medici e il lavoro gravoso: ancora non s'intravedono soluzioni

Eppure non sono poche le evidenze scientifiche ed oggettive che motivano l'ampliamento del riconoscimento di "lavoro gravoso" proprio ai medici. Proprio questi ultimi, che non operano secondo i comuni orari di lavoro similmente agli altri lavoratori inclusi nel decreto, possono infatti soffrire di numerosi e seri disturbi.

07 GEN - Per i medici che svolgono la loro attività con analoghi rischi e medesime difficoltà dei loro colleghi delle professioni infermieristiche ed ostetriche ospedaliere già inclusi dal Decreto Ministeriale 5 febbraio 2018 che individua le 15 categorie di lavoratori che svolgono una attività "gravosa", ancora non si intravedono possibili soluzioni.

Eppure non sono poche le evidenze scientifiche ed oggettive che motivano l'ampliamento del riconoscimento di "lavoro gravoso" proprio ai medici. Proprio questi ultimi, che non operano secondo i comuni orari di lavoro similmente agli altri lavoratori inclusi nel decreto, possono infatti soffrire di numerosi e seri disturbi. Sono stati descritti in questi professionisti: uno sconvolgimento dell'orologio interno del metabolismo (con conseguenze sul regolare funzionamento del cervello); una riduzione della memoria nel lungo termine; una riduzione della capacità di concentrazione e un incremento della sonnolenza in fase diurna; un ridotto assorbimento di vitamina D per mancata esposizione alla luce del sole; un incremento dello stress conseguente alla carenza di riposo; disturbi del sonno; difficoltà a riadattarsi al normale alternarsi di sonno e veglia nei giorni di riposo; disturbi digestivi e malattie gastroenteriche; un aumento del peso a causa della riduzione del metabolismo durante il rilassamento; malattie cardiovascolari (in quanto i turni prolungati aumentano la contrattilità del cuore, la pressione sanguigna e la frequenza cardiaca); una riduzione dell'attenzione spesa a garantire la propria sicurezza; carenza di energie, stanchezza e disattenzione durante il giorno.

La mancanza di un adeguato riposo e l'inversione del normale ciclo giorno/veglia – notte/riposo si concretizza in un deficit di attenzione che può tradursi nel medio e nel lungo periodo in negativi impatti emotivi (scontrosità, difficoltà a concentrarsi...), sociali (impossibilità a condurre una vita di legami soddisfacente per le differenze di orari), con conseguenze possibili anche gravi (pensiamo ad esempio agli incidenti per mancanza di sonno che possono verificarsi quando non ci si trova in stato di veglia non ottimale).

A quanto pare, la "sindrome del lavoratore turnista" colpisce il 10,15% di coloro che fanno i turni lavorativi, avviene quindi una discrepanza tra prestazioni lavorative offerte e il valore dei ritorni causata dal peggioramento delle condizioni psicofisiche di offrire servizio, e di ciò deve tenere conto chi programma i turni di lavoro per evitare affaticamenti e malesseri sopra la media. In uno studio della Consulta Interassociativa della Prevenzione (CIIP) viene precisato infatti che nei medici con turni di lunga durata (24 ore e più) si verifica un'associazione con la riduzione e vigilanza con l'aumento degli errori ed un significativo miglioramento limitando la durata del turno

(Lokley et al. NEMJ 2004).

Sempre la CIIP sottolinea che in 2737 medici statunitensi in formazione, l'incidenza di almeno un errore importante: del 3,8% nel caso di nessun turno di lunga durata (32 ore in media); del 9,8% nel caso di più di 4 turni; del 16% nel caso di più di 4 turni di lunga durata e con aumento del 300% di eventi avversi prevedibili, dovuti a fatica e/o deprivazione del sonno, con decesso del paziente (Barger et al. PLOS Med 2006).

In una nostra riflessione di alcuni mesi fa (QS del 14 giugno 2018) è stato peraltro evidenziato anche che il riconoscimento di un danno conseguente ad una determinata attività lavorativa avviene attraverso la funzione della sorveglianza sanitaria svolta dal Medico Competente ed è indipendente dall'elenco in cui è inclusa la medesima attività lavorativa.

Per tentare di limitare l'insorgere dei problemi di salute connessi ai turni di lavoro – oltre a sottoporsi periodicamente a visite mediche qualora si riscontrino segnali preoccupanti – è possibile seguire alcune regole salutari elementari, quali diluire i pasti durante la giornata anziché concentrarli in pochi momenti; non consumare bevande eccitanti prima di addormentarsi; evitare di esporsi alla luce del sole dopo il lavoro notturno; dormire se possibile un poco prima o dopo il turno per concedere un po' di riposo all'organismo.

Non dimentichiamo, poi, che tutti i lavoratori della sanità oltre agli specifici rischi collegati al delicato settore, compreso il "lavoro a turni" sono esposti, come si è registrato ultimamente anche a quello "aggressioni e violenze" per cui è ancora più evidente la "gravosità" della loro attività, ha detto **Filippo Anelli**, presidente della FNOMCeO.

Il datore di lavoro è tenuto a valutare la categoria di rischi a cui sono sottoposti i collaboratori nell'espletamento delle proprie mansioni e ad adottare le pertinenti misure di sicurezza idonee a garantire l'integrità psico-fisica del dipendente, attraverso: una valutazione dei carichi di lavoro che tenga conto dei fattori che incidono sulla salute delle risorse umane (monotonia, fatica...); una definizione della mole di lavoro conforme alle regole in vigore e rispettose delle esigenze fisiche dei lavoratori.

Adoperarsi a ridurre l'insorgere dei problemi di salute degli occupati è un obiettivo delicato che coinvolge: l'organizzazione del lavoro; il contesto nel quale si opera (supporto da parte di dirigenti e colleghi); gli equilibri sindacali (spesso di impatto considerevole negli enti pubblici e nelle strutture con centinaia di addetti).

Domenico Della Porta

Docente Medicina del Lavoro Università Telematica Internazionale Uninettuno - Roma

Presidente Osservatorio Nazionale Malattie Occupazionali e Ambientali Università degli Studi Salerno

Spesa sociale. Il report Istat: nei Comuni diminuisce quella per gli anziani, cresce invece la quota destinata ai disabili

Secondo il Rapporto sulla “Spesa dei Comuni per i servizi sociali”, prosegue la ripresa iniziata nel 2014 riportando gradualmente la spesa sociale quasi ai livelli precedenti la crisi economica. Diminuiscono però le risorse dedicate ai servizi per gli anziani. La spesa per i disabili invece aumenta sia in valore assoluto che in rapporto alla popolazione di riferimento: da 1.478 euro annui pro-capite nel 2003 (19,7% l’incidenza sulla spesa sociale dei Comuni) a 2.854 nel 2016 (25,5%).

07 GEN - Nel 2016 la spesa dei Comuni per i servizi sociali è stata di circa 7,56 miliardi, lo 0,4% del Pil. Rispetto all’anno precedente si registra un incremento del 2 per cento.

Secondo il Rapporto Istat sulla “Spesa dei Comuni per i servizi sociali”, prosegue la ripresa iniziata nel 2014 che, dopo il calo registrato nel triennio 2011-2013, ha riportato gradualmente la spesa sociale quasi ai livelli precedenti la crisi economica e finanziaria.

Per ciascun residente i Comuni hanno speso in media 116 euro nel 2016, contro i 114 del 2015. A livello territoriale le disparità sono sempre elevatissime: si passa dai 22 euro della Calabria ai 517 della Provincia Autonoma di Bolzano.

Al Sud, in cui risiede il 23% della popolazione, si spende solo il 10% delle risorse destinate ai servizi socio-assistenziali.

La principale fonte finanziaria dei servizi sociali proviene da risorse proprie dei Comuni e dalle varie forme associative tra comuni limitrofi (61,8%). Al secondo posto vi sono i fondi regionali per le politiche sociali, che coprono un ulteriore 17,8% della spesa complessiva.

Il 16,4% della spesa è finanziata da fondi statali o dell’Unione europea. Tra questi il fondo indistinto per le politiche sociali, la cui incidenza è in progressiva flessione sulla copertura della spesa (dal 13% del 2006 al 9% nel 2016).

Diminuiscono gradualmente le risorse dedicate ai servizi per gli anziani, sia in valore assoluto che come quota sul totale della spesa sociale dei Comuni (dal 25% nel 2003 al 17% nel 2016). Nello stesso periodo di tempo l’incremento delle persone anziane residenti accentua la diminuzione della spesa pro-capite: da 119 euro nel 2003 si passa a 92 euro annui nel 2016. La quota per gli anziani sul totale della spesa sociale dei Comuni è in diminuzione già dagli anni precedenti, per una crescita meno sostenuta rispetto alle altre aree che ha portato la quota per gli

anziani dal 25% del 2003 al 17% nel 2016.

Le principali voci di spesa per l'area anziani sono le strutture residenziali, comunali o private convenzionate, che assorbono circa il 38% delle risorse.

A risiedere nelle strutture comunali o finanziate dai Comuni è lo 0,8% degli anziani, valore stabile nel tempo ma con forti differenze territoriali: dal 2,1% del Nord-Est scende allo 0,1% nel Sud, dove i Comuni che offrono questo tipo di assistenza sono solo il 16,9%, contro il 56,9% al Nord-Est e il 33,3% a livello nazionale.

I Comuni destinano il 37% della spesa sociale per gli anziani all'assistenza domiciliare, soprattutto socio-assistenziale, che consiste nella cura e igiene della persona e nel supporto nella gestione dell'abitazione. Dal 2010 al 2016 per questa assistenza si registra un calo del 25% sia per la spesa che per il numero degli anziani assistiti, che passano da quasi 176mila nel 2010 a meno di 132mila nel 2016 (dall'1,4% all'1% degli anziani residenti).

A questi si aggiungono quasi 76mila persone (lo 0,6% degli anziani residenti) che ricevono Assistenza Domiciliare Integrata, cioè con l'integrazione di prestazioni di tipo sanitario a carico del Sistema sanitario nazionale.

Anche l'assistenza domiciliare Integrata ha subito un calo rispetto al 2010, quando gli anziani assistiti erano oltre 86mila, pari allo 0,7% dei residenti. Come per le altre aree, si registrano squilibri a sfavore delle Regioni del Sud, dove la spesa annua è di 48 euro pro-capite contro 80 euro nelle Isole, 78 al Centro, 91 al Nord-Ovest e 159 al Nord-Est.

Mentre al Nord-est la spesa sociale pro-capite per gli anziani è diminuita dell'8% dal 2010 al 2016, nelle altre zone il calo è più accentuato: -19% al Sud, -24% nelle Isole, -34% al Centro e -35% al Nord-Ovest.

La spesa rivolta ai disabili è invece aumentata sia in valore assoluto che in rapporto alla popolazione di riferimento: da 1.478 euro annui pro-capite nel 2003 (19,7% l'incidenza sulla spesa sociale dei Comuni) a 2.854 nel 2016 (25,5%). Per le persone con disabilità le principali voci di spesa sono riconducibili ai centri diurni (strutture che offrono assistenza ai disabili e supporto alle famiglie durante il giorno) e alle strutture residenziali. Sono oltre 26mila le persone disabili che utilizzano i centri diurni mentre altre 17mila circa beneficiano di contributi comunali per centri privati convenzionati.

Rispetto alla media dei paesi europei l'Italia destina alla protezione sociale una quota elevata del prodotto interno lordo (il 30% contro il 27% della media Ue). Tuttavia, mentre è alta la quota di spesa per trasferimenti monetari e in particolare per le pensioni di anzianità e vecchiaia, per i servizi sociali siamo tra i paesi con i livelli più bassi.

Contenute sono le spese per i servizi rivolti agli immigrati, che si mantengono sempre al di sotto del 5% della spesa sociale dei Comuni. Negli anni più recenti, tuttavia, si rileva un aumento della spesa e delle attività realizzate dai Comuni grazie all'impiego dei fondi del sistema "Sprar" (Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati) che favorisce la realizzazione di progetti di accoglienza e supporto per gli stranieri in difficoltà.

I servizi con il maggior numero di utenti sono il servizio sociale professionale, che ogni anno prende in carico oltre 240mila persone per valutare le problematiche e indirizzarle ai vari tipi di servizi; il sostegno socio-educativo scolastico, che fornisce assistenza a oltre 65.800 persone l'anno, l'assistenza domiciliare socio-assistenziale, che offre assistenza a più di 43mila persone l'anno. Anche per l'assistenza rivolta ai disabili le differenze territoriali sono

rilevanti: mediamente un disabile residente al Nord-est usufruisce di servizi e interventi per una spesa annua di oltre 5.150 euro mentre al Sud il costo dei servizi ricevuti è di quasi 865 euro pro-capite.