

Con la presente ai fini della procedura conciliativa prevista dal ccnl si esplicitano le principali motivazioni, suddivise per Dipartimento, del dichiarato stato d'agitazione sindacale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria S. Maria della Misericordia di Udine:

DIPARTIMENTO DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE

Il DAI (Dipartimento ad attività integrata) di Anestesia e Rianimazione dell'AOUSMM è costituito da quattro U.O.: Anestesia e Rianimazione 1; Anestesia e Rianimazione 2; Clinica di Anestesia e Rianimazione; SOS di Dpt Terapia Antalgica e Anestesia Day Surgery.

Ai fini della presente nota verranno presi in considerazione esclusivamente le prime tre Soc.

A proposito delle finalità per cui sono stati costituiti i DAI, si riporta uno stralcio dell'Atto Aziendale:

*L'Azienda Ospedaliero Universitaria è organizzata in Dipartimenti ad attività integrata (DAI) al fine di **assicurare l'esercizio integrato delle attività di assistenza, didattica e ricerca**; i DAI prevedono unità operative a direzione ospedaliera ed unità operative a direzione universitaria.*

Si richiama in particolare quanto evidenziato in grassetto.

Nelle fasi precedenti all'ingresso nel Nuovo Ospedale, sono state definite le modalità di condivisione delle attività delle 3 soc sopra menzionate; era stato anche indicato dalla Direzione sanitaria e dal Direttore di Dpt, l'iter volto ad omogeneizzare procedure, consuetudini e la gestione integrata delle risorse professionali mediche ed infermieristiche. Inoltre, approfittando di un ritardo di circa 5 mesi rispetto alle date previste per l'occupazione della nuova struttura (ritardo dovuto sia a specifiche richieste della componente medica ospedaliera, sia a problemi tecnici), è stata messa in atto una organizzazione della turistica che simulava quella da attuare successivamente al trasferimento.

Da luglio a dicembre 2014, solo due o tre colleghi della Clinica di A e R, per un totale di cinque (5) gg., e solo nelle ore diurne, si sono affiancati ai colleghi delle SOC ospedaliere. Quello è stato il primo di una serie di accadimenti che hanno dimostrato l'assoluta mancanza di disponibilità all'integrazione: rifiuto di qualunque confronto al fine di omogeneizzare comportamenti, procedure, utilizzo di presidi e tecnologie (ed anzi tentativi di imporre i metodi propri della clinica di anestesia e rianimazione); rifiuto di un pieno inserimento dei medici della clinica nelle attività di guardia anestesiológica e di rianimazione; medesimo atteggiamento per la componente infermieristica. Anche la previsione di utilizzare gli infermieri delle tre terapie intensive in modo integrato (cioè come un unico pool di professionisti), che pure era stata testata e preparata nel corso del 2014 con "scambi alla pari" tra i gruppi di infermieri delle tre strutture intensive, è stata totalmente disattesa in quanto il direttore della clinica di anestesia e rianimazione ha preteso e ottenuto di avere il suo gruppo storico di infermieri. Questi ha inoltre richiesto che gli altri due reparti intensivi coprissero con turni infermieristici aggiuntivi, le accresciute necessità assistenziali nella T.I. della Clinica (in quanto questa, in occasione del trasferimento, ha guadagnato due posti letto a scapito della T.I. 1). Anche questa pretesa è stata immediatamente soddisfatta.

I rischi per pazienti e operatori innescati da tali comportamenti si sommano, evidentemente, ai rischi legati alle deficienze logistiche del nuovo ospedale, di cui nessuno finora si è occupato.

Invece di impegnarsi nella soluzione dei problemi in essere, alla fine di febbraio, la Dir. San. e i direttori delle SOC del Dpt, hanno imposto un nuovo assetto organizzativo che prevede:

inserimento di un reperibile ospedaliero sulla guardia di anestesia di pertinenza della clinica (l'ospedaliero sarebbe chiamato nel caso di "attività non gradite" al collega della clinica); conferma del non inserimento nel primo gruppo di rianimazione (met 1) dei medici della t.i. clinica; copertura della seconda urgenza di rianimazione notturna e festiva su trauma (con il met 1 già impegnato) espletata sempre dall'anestesista rianimatore della T.I. 1; medesimo discorso per gli infermieri della t.i. clinica; trasferimento di competenze ed afferenze delle sale operatorie di ortopedia e urologia, già di pertinenza della SOC di Anestesia e Rianimazione 2, alla Clinica di A e R in nome di un presunto più facile coordinamento "per piano" delle sale operatorie (coordinamento ospedaliero al primo piano ed universitario al secondo). Acquisizione delle sale della Cl. Chir. e delle Cliniche di chir. Specialistica da parte ospedaliera. Tutto ciò alla faccia dell'integrazione e contravvenendo:

- alle regole previste nell'atto aziendale;
- alla comune logica secondo cui in un ospedale di insegnamento il percorso didattico-formativo deve essere fornito (tanto più nell'ambito della pratica clinica) dai professionisti più esperti, (non da coloro che non si sono mai occupati di traumatologia ortopedica, né di urologia);
- alle precise garanzie dei politici e dei tecnici sul mantenimento di competenze e afferenze.

DIPARTIMENTO CHIRURGIA GENERALE

Il Dipartimento di Chirurgia Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "S.Maria della Misericordia" di Udine nel corso del 2014 è stato impegnato in un laborioso e difficile percorso di preparazione al trasferimento nel Nuovo Ospedale.

Sono quindi stati elaborati dettagliati e puntuali documenti sulle regole di accesso e di funzionamento nella nuova struttura concepita per intensità di cura (Reparti di degenza ordinaria, week-surgery, sezione di terapia semiintensiva), con il coinvolgimento della componente medica ed infermieristica di tutte le Strutture Complesse afferenti al Dipartimento.

Da ricordare che nel Nuovo Ospedale si prevede una diminuzione di 25 posti letto complessivi rispetto alla dotazione preesistente.

Nell'Agosto 2014 è stato dato inizio alla sperimentazione gestionale ed organizzativa di integrazione delle strutture con l'attivazione della nuova guardia medica dipartimentale al fine di garantire la continuità assistenziale.

Gli accordi prevedevano che ciascuna Struttura avrebbe contribuito alla guardia dipartimentale in proporzione al numero di Dirigenti Medici in dotazione/ posti letto assegnati.

Con il trasferimento effettivo nel Dicembre 2014 tale modello è stato messo in crisi dalle forti resistenze e dalla manifesta non volontà di partecipazione alla guardia dipartimentale da parte della componente universitaria (Clinica Chirurgica) nonostante la forte pressione esercitata dal Direttore di Dipartimento e dalla Direzione Sanitaria.

Questo sta determinando gravi e reali rischi sia sul versante dell'assistenza sia sulla reale risposta operativa da parte dei medici del Dipartimento.

Un solo Medico di guardia durante la notte, impegnato su Pronto Soccorso (distante 400 metri dalle degenze), sulle richieste di consulenze urgenti e sulla assistenza ai degenti su 2 piani (compresa Semiintensiva e Week Surgery) non può assicurare una efficace e pronta risposta a tutte le richieste in arrivo. E' evidente a quali rischi un tale assetto si espone in termini di qualità verso il paziente e di sicurezza degli operatori.

La Chirurgia Vascolare si trova a svolgere di fatto il ruolo di Struttura Hub per le emergenze di tutta la regione nei festivi ed in molti periodi dell'anno, ed utilizza l'istituto della Pronta Disponibilità in modo eccessivo (tutti i Dirigenti della struttura superano da anni i 10 turni mensili istituzionali) ed improprio (si impiegano le ore di PD per coprire l'assistenza ordinaria festiva e per eseguire degli interventi in urgenza programmata differita che altrimenti non troverebbero spazio nella attività istituzionale), a causa del sottodimensionamento della pianta organica rispetto le attività richieste istituzionali ed in urgenza-emergenza. A questo si aggiunge il nuovo carico di Guardie Dipartimentali a cui contribuisce attualmente impropriamente per circa un terzo dei turni.

L'Ortopedia Ospedaliera e la Clinica Ortopedica non dividono in modo equo il carico della Traumatologia, che è scaricata completamente sulla Ospedaliera, mentre l'elezione ortopedica è praticata solo dagli Universitari, che operano solo in elezione;

DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA

A distanza di molti anni dalla fusione tra Azienda Ospedaliero Universitaria, non si è assistito ad un'integrazione delle funzioni assistenziali tra il personale delle strutture ospedaliere e del personale delle strutture afferenti all'ex policlinico universitario nel contesto del Dipartimento di Medicina Interna. Tale Dipartimento risulta costituito ormai da 6 anni e prima della sua costituzione nell'assetto attuale, nel contesto del Dipartimento della ex Azienda Ospedaliera erano presenti delle attività a valenza dipartimentale, quali le guardie attive e attività ambulatoriali ad indirizzo specialistico. Ad oggi, nel nuovo Dipartimento di Medicina Interna costituitosi dopo la fusione, le guardie dipartimentali vengono svolte dai dirigenti medici delle Medicine Ospedaliere che svolgono attività di guardia sui posti letto delle 2 Medicine Ospedaliere e sui posti letto della Pneumologia (struttura peraltro non inclusa nel Dipartimento Medico, ma nel Dipartimento Cardiotoracico). I medici funzionalmente assegnati alla Clinica Medica (ovvero alla struttura universitaria) svolgono reperibilità e non guardia attiva sui posti letto della Clinica Medica e le guardie assistenziali sono svolte dagli specializzandi di Medicina Interna e di Geriatria. Vi sono quindi medici che svolgono guardia attiva dipartimentale nelle ore notturne e nei giorni festivi su un numero elevato di letti (172-202) - peraltro non tutti funzionalmente del Dipartimento di Medicina Interna - e medici del sistema sanitario regionale che svolgono reperibilità su un numero esiguo di posti letto (30) sui quali la guardia attiva è svolta da un medico specializzando.

Nel contesto del Azienda Ospedaliera esistevano precedentemente alla "fusione" delle attività specialistiche a valenza dipartimentale (Epatologia, Allergologia) o della attività ambulatoriali e di Day Hospital specialistiche (Diabetologia, Endocrinologia) che trovavano un corrispettivo anche nella Clinica Medica. Negli anni non si è proceduto ad una implementazione ed integrazione delle attività che trovasse un coinvolgimento sia degli specialisti ex-ospedalieri che degli specialisti ex-universitari. Quindi ancora oggi esistono attività specialistiche e percorsi assistenziali specialistici non integrati con possibili percorsi diagnostico-terapeutici difformi e disparità di accesso alle cure per l'utenza.

Un ulteriore riguarda la mancata copertura degli organici medici con organici a tempo indeterminato. Le vacanze in organico riguardano sia posizioni di Dirigenti medici di primo livello (con numerosi colleghi che sono in incarico), ma anche una posizione di Direttore. Risulta infatti vacante da oltre tre anni la direzione di una Medicina con concorso che è stato bandito e non espletato a distanza di oltre 30 mesi dalla chiusura della presentazione delle domande. Analoga situazione relativa agli organici ed alla Direzione della struttura riguarda la SOC di Pneumologia.

Per quanto concerne il Dipartimento di Medicina specialistica, segnaliamo la discrepanza di attività svolte tra la Clinica Dermatologica e la SOC di Dermatologia, ove i medici in organico della SOC di Dermatologia svolgono le visite in urgenza ed i medici della Clinica Dermatologica non svolgono le stesse, pur avendo un medesimo Direttore (sebbene la Dermatologia ospedaliera con Direttore *ad interim*).

PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA

La cronica plethora del Pronto Soccorso e' legata alla mancata organizzazione dei flussi in urgenza – emergenza dell'Area Vasta e della Regione. A tale disfunzione si aggiunge il massiccio impiego di precari e medici neoassunti, cui si aggiunge l'elevato turn – over causato dall'indice di fuga professionale, ed il mancato tempestivo rimpiazzo della pianta organica.

La notte il Medico di Guardia della Medicina d'Urgenza e' lo stesso impiegato nel Pronto Soccorso, come in un ospedale di Rete. A questo si aggiunge la necessita' di completare le visite del pomeriggio, che obbliga i medici di turno nel pomeriggio a fermarsi abitualmente oltre il terminato orario.

DIPARTIMENTO CARDIOTORACICO

E' nota da anni la grave situazione dei Chirurghi Toracici, a causa della pianta organica inadeguata per coprire i turni di una struttura complessa funzionante 24 \24 e conseguente sforamento perenne dell'orario istituzionale previsto dal contratto.

In Cardiochirurgia non e' stato mai prodotto in modo regolare l'orario di servizio sul previsto foglio excel dalla contrattistica aziendale, in modo da non dover giustificare ne' pagare il pauroso sforamento di orario istituzionale per ciascun Dirigente Medico. Le Direzioni succedute negli anni sono state conniventi di questa situazione che ha determinato un contenzioso presso il Giudice del Lavoro, ancora aperto.

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA SPECIALISTICA

La nuova logistica ed organizzazione del lavoro ha determinato l'inasprimento della diffidenza e dei timori di reciproco annientamento delle diverse SOC ospedaliere e Cliniche Universitarie. La riduzione dei posti letto e delle sedute operatorie determina un rimaneggiamento delle attivita' chirurgiche, con incremento delle liste d'attesa delle soc Ospedaliere. Non vi e' corrispondente messa a disposizione delle risorse delle strutture Universitarie in termini di sedute operatorie a fronte di liste d'attesa molto minori, ne' collaborazione per la distribuzione equa dei turni d'ingresso in urgenza, e si lamenta l'abitudine da parte delle Cliniche a differire le urgenze in modo da scaricarle sulle SOC Ospedaliere, intasandone ulteriormente i posti letto e le liste operatorie. La Guardia Dipartimentale, strumento necessario di continuita' assistenziale nella nuova disposizione logistica, e' aborrita nel timore che i turni vengano scaricati, come gia' nei Dipartimenti di Medicina e Chirurgia, sulle sole soc Ospedaliere.

Timore infine per i posti di Direttore di struttura che andranno in vicino futuro a scadenza, dato che chi fa assistenza e notti non produce titoli utili alla carriera.