



All'Amministrazione dell'IRCCS
di diritto Pubblico
Fondazione Sen G Pascale
E p.c.
To whom it may concern

In relazione alla assemblea intersindacale medica del 7 giugno 2016, quale documento programmatico per la contrattazione decentrata e pubblica posizione sindacale della CISL MEDICI PASCALE, si trasmette quanto segue:

- 1) **E' norma nazionale, che sopravanza quindi qualunque iniziativa regionale, che per gli IRCCS pubblici di tutta Italia non si proceda piu' a stipulare specifici Protocolli di Intesa come quello vigente sino a due anni fa**, che ci ha permesso di vere sereni ma di non affrontare convenientemente e per tempo i parametri di legge obbligatori per la rimodulazione delle attività cliniche e dell'atto aziendale. Pertanto, dobbiamo partire dalla base delle nostre attività produttive in termini di DRG per la rimodulazione della organizzazione complessiva dell'Ente. Al momento il Pascale copre il proprio bilancio in termini di DRG per circa i due terzi del bilancio, che, in termini di benchmarking comparativo regionale, costituisce una eccellenza sanitaria assoluta in regione Campania, dal momento che siamo alla pari delle migliori e sovraccaricate realtà sanitarie regionali di alta specializzazione come ad esempio il Cardarelli, che pero' non è un IRCCS;
- 2) **Infatti, primo e principale problema organizzativo dell'unico IRCCS pubblico della regione Campania è dato dall'eccesso di personale in regime di "COSTO GENERALE" cioè che non produce DRG**. Tale personale, in quanto IRCCS, non è inferiore al 55% del totale rispetto ad una media ottimale, per le strutture sanitarie sia pure ad alta specializzazione come il Cardarelli, non superiore al 30%: medici dei servizi, direzione sanitaria, che da noi si sommano ai ricercatori. L'Istituto prevede, nella organizzazione attuale basata su protocollo di intesa e non produzione DRG, 42 strutture complesse in totale, di cui 20 che producono DRG e **ben 22/42 (52% del totale rispetto ad un ottimale 30% complessivo) strutture complesse quali costi generali NON produttori di DRG (amministrazione, servizi, ricerca)**.
- 3) Cio' determina quindi che **il 100% della produzione DRG, che ora dovrà necessariamente essere anche "spalmata in aggiunta" per altri 70 posti letto per recuperare DRG e salvare primariati, grava attualmente su non più del 45% dei medici in organico**, eccesso di Primari anche esclusi, dal momento che nessun Primario si fa carico, anche in assenza di personale medico, e neanche come facente funzione, di entrare, come da norma, nei turni

di reperibilità e/o ambulatori . Va detto che, sulla base della interpretazione scorretta della legge che include gli IRCCS alla pari delle strutture assistenziali del SSN, i tagli previsti sono infatti a carico, paradossalmente ed esclusivamente, delle strutture complesse che producono DRG e non su quelle “costi generali”, e questo è un evento gestionale grave da riequilibrare in sede di atto aziendale, proprio nel momento storico in cui, per legge nazionale, dobbiamo rientrare nell’equilibrio gestionale dell’Ente , per oltre il 95% , esclusivamente a carico della strutture complesse che producono DRG.

- 4) Ancora, il problema economico/gestionale e di bilancio dell’Ente è venuto ad aggravarsi per l’effetto mondiale dell’incremento eccezionale dei costi dei farmaci ad alto costo, in numerosi casi approvati per l’uso ma senza adeguate valutazioni costo/efficacia che hanno portato l’Ente ad avere , fatto 100 il bilancio complessivo , **ben il 52 % del bilancio impegnato solo per beni e servizi (farmaci, presidi, ecc) e soltanto il 48 % impegnato per il personale nel suo complesso (medici e infermieri) (dati da Bilancio Sociale Pascale 2012)** : in sintesi disponiamo di siringhe con farmaci ad altissimo costo ed efficacia incerta pieni ma non disponiamo di infermieri per somministrarli ne’ di medici per controllarne l’efficacia clinica e gli effetti collaterali certi.
- 5) Infatti, **la attuale organizzazione delle emergenze/urgenze in Istituto è particolarmente carente sulle 24h** e cio’ ha provocato la eliminazione (per fortuna!) dell’Istituto dal giro delle Sperimentazioni cliniche di fase I, per le quali al momento, come dichiarato dai certificatori internazionali, l’Istituto non ha l’organizzazione clinica sufficiente, specie sulle emergenze delle 24 h. A tale proposito, anche in relazione ad interventi in assemblea sull’argomento, va ricordato che il benchmarking comparativo per l’IRCCS pubblico Pascale del SSN italiano va fatto con gli altri omologhi IRCCS pubblici italiani come ad esempio l’Istituto Tumori di Milano. Non mi sembra che Milano abbia al momento né avviato la produzione di radiofarmaci né sperimentazioni cliniche di fase I ma non credo perché si ritengano meno bravi e preparati di noi ma per ovvie ragioni gestionali. Paragonarci con Istituti appartenenti ad altri sistemi sanitari come l’MD Anderson Center significa vivere e lavorare fuori dalla realtà del secondo migliore sistema sanitario al mondo che è quello italiano e non quello USA. Ovviamente se riusciremo a mantenere in equilibrio gli interessi pubblici con quelli privati , in primis ditte farmaceutiche.
- 6) **La carenza di infermieri, gravissima, per le sale operatorie, non è quindi che l’ultima goccia** che sta mettendo in difficoltà la corretta gestione in equilibrio di bilancio dell’Ente, dal momento che ancora oggi parliamo e sogniamo di organizzarci sulla base di protocolli di intesa che, ahinoi, non sembrano per legge più attuabili concretamente e nelle stesse condizioni di favore di cui abbiamo goduto sino a due anni fa.
- 7) **L’atto aziendale pertanto non puo’ non tenere conto di tutte le norme nazionali che, e va detto, improvvisamente per tutti, ci sono piombate addosso quando ancora non abbiamo tutti incominciato a ragionare gestionalmente per DRG e non per protocollo di intesa** e va rilevato, nel ringraziare la attuale amministrazione commissariale per l’equilibrio sinora dimostrato in un momento storico così delicato, che non si puo’ modificare in pochi giorni e d’imperio cio’ che comunque è stato costruito in vent’anni ed in eccellenza e non illegalmente ma secondo norme da circa due anni non più vigenti.
- 8) **Il Pascale, UNICO IRCCS ONCOLOGICO DI NATURA PUBBLICA della Regione Campania, deve essere il fulcro, e sinora non lo è stato , di tutta la problematica oncologica e di rete della regione Campania, a cominciare ad esempio dalla valutazione epidemiologica e dal**

registro tumori che, in benchmarking con Milano e non certo con MD Anderson, ci vede ancora molto lontani dagli omologhi standards di qualità e centralità della rete epidemiologica e dei flussi informativi sanitari oncologici della regione Lombardia, da noi presa a modello solo quando ci fa comodo, mai ad esempio nella parte centrale di ruolo dei flussi e della rete oncologica regionale lombarda innanzitutto per la migliore gestione epidemiologica ed economica. Non è certo per caso che la regione Lombardia, nonostante i grandi ed accertati imbrogli e colossali conflitti di interesse, viene certificata da AGENAS detentrica della minore quantità di sprechi in Sanità (non più del 3% di bilancio regionale) rispetto al 30 % della regione Campania , regione dichiarata da AGENAS tra le principali regioni fonte di sprechi “diffusi” in Sanità, esempio 1600 primari in eccesso.

- 9) **Uno dei principali problemi sanitari in regione Campania, e che ovviamente coinvolge a pieno titolo anche il Pascale, come dichiarato non da noi ma dalla Corte dei Conti, è dato dall'eccesso di primariati in regione Campania e quindi anche al Pascale (esempio 12 primari neurochirurghi in Campania per fare male cio' che fa bene un solo primario, giovane e di Acerra, in Inghilterra) . Ma non si puo' rimettere in ordine in pochi giorni cio' che è stato disorganizzato in venti anni almeno di malagestione sanitaria da parte non di marziani ma della politica innanzitutto regionale e comunque, va detto, non illegalmente**

In conclusione, dal momento che il ruolo dei sindacati è tecnico ed obbligatoriamente consultivo nei confronti dei propri iscritti ma anche degli stakeholder primari che, in sanità, non sono solo la controparte amministrativa e politica aziendale e regionale, ma innanzitutto i pazienti e quindi i loro legittimi rappresentanti, nel proclamare lo stato di agitazione del personale medico, **la scrivente OOSS Medica chiede l'immediato, urgente (finanche quotidiano) e legittimo tavolo di contrattazione aziendale su tutti i punti riportati all'ordine del giorno dell'assemblea e sui criteri generali di elaborazione dell'Atto aziendale alla luce delle surrichiamate norme nazionali e specificità istituzionali dell'Ente . Nello specifico della delicatissima situazione storica vigente e nel rispetto delle finalità istituzionali dell'Ente chiediamo formalmente , e che sia ripreso da tutti gli organi di stampa , che siano presenti al tavolo di decentrata, sia pure al momento come semplice uditori, (e penso al contrario ad esempio dell'Inghilterra e/o dell MD Anderson Center dove sono direttamente parte del CdA) i rappresentanti ufficiali e certificati delle principali associazioni di tutela dei pazienti, che sono i nostri reali e principali stakeholders di riferimento, oltre ovviamente alla controparte politica ed istituzionale.**

Se ristrutturazione aziendale ci deve essere , quindi, essa deve essere assolutamente fatta coi sindacati e coi rappresentanti dei pazienti **ed indirizzata da una Direzione Sanitaria Aziendale forte, molto forte, oggi invece improvvisamente e del tutto azzerata con le dimissioni del Prof Botti**, innanzitutto per stabilire le priorità di intervento nell'Atto Aziendale, dal momento che è stato ricordato in assemblea che lavoriamo ancora con una struttura di terapia intensiva follemente ubicata al quarto piano rispetto al piano terra delle radiologie e al primo piano della camera operatoria, ma chissà' perche', la corretta ed urgentissima riallocazione della struttura di terapia intensiva , in un Istituto che pure si voleva candidare a fare sperimentazioni cliniche di fase I, è ancora meno prioritaria dell'ammodernamento dell'aula convegni “Romolo Cerra”. Al Pascale serve una trasparente e decisa azione amministrativa ma soprattutto di Direzione Sanitaria

Aziendale, le cui priorità devono essere rappresentate e concertate con gli stakeholders pubblici e principali , cioè' sindacati e rappresentanti dei pazienti, INSIEME!

Napoli , li 10 giugno 2016

Distinti saluti

Dr Antonio Marfella, rappresentante aziendale CISL MEDICI PASCALE