



# IL MEDICO OSPEDALIERO E DEL TERRITORIO



30° Congresso  
Nazionale  
CIMO-ASMD



© CIC Edizioni Internazionali

In caso di mancato recapito rinviare a Roma Romanina Stampe per la restituzione al mittente previo pagamento resi



# Tutti gli eletti dal Congresso

## DIREZIONE NAZIONALE

	Presidente Nazionale
Riccardo Cassi	Vicepresidente Nazionale Vicario
Guido Quici	Vicepresidente Nazionale
Sergio Barbicri	Segretario Nazionale Organizzativo
Giuseppe Lavra	Segretario Nazionale Amministrativo
Paolo Trovato	Componente il Consiglio di Presidenza
Luciano Moretti	Componente il Consiglio di Presidenza
Chiara Marangon	Componente il Consiglio di Presidenza
Arturo Oliva	Componente il Consiglio di Presidenza
Francesco Chiavilli	Componente il Consiglio di Presidenza
Giuseppe Ricciardi	Componente il Consiglio di Presidenza
Antonio De Falco	Componente il Consiglio di Presidenza
Antonio Monguzzi	Componente la Direzione Nazionale
Daniela Corsi	Componente la Direzione Nazionale
Domenico Bertero	Componente la Direzione Nazionale
Antonio Ramponi	Componente la Direzione Nazionale
Marco Saltarelli	Componente la Direzione Nazionale
Sebastiano Cavalli	Componente la Direzione Nazionale
Giulio Cecchini	Componente la Direzione Nazionale
Carlo Cordella	Componente la Direzione Nazionale
Luigi Mascia	Componente la Direzione Nazionale

## COMPONENTI LA DIREZIONE NAZIONALE DA MANDATO REGIONALE

REGIONE	SEGRETARIO	DELEGA
Abruzzo	Itala Corti	
Basilicata	Alfredo Cinnella	
Calabria	Giorgio Ferrara	
Campania	Antonio De Falco	
Emilia Romagna	Carlo Cordella	
Liguria Venezia Giulia	Giulio Andolfato	
Lombardia	Giuseppe Lavra	
Marche	Giulio Cecchini	
Molise	Giuseppe Ricciardi	
Piemonte	Luciano Moretti	
Puglia	Quintino Desiderio	
Sardegna	Paolo Trovato	
Sicilia	Arturo Oliva	
Toscana	Luigi Mascia	
Trentino Alto Adige	Riccardo G. Spampinato	
Umbria	Morando Grechi	
Val d'Aosta	Sonia Brugnara	
Veneto	Marco Cocchetta	
	Marcello Giudice	
	Luigi Dal Sasso	

**Direttore**

Riccardo Cassi

**Direttore responsabile**

Raffaele Salvati

**Comitato di redazione**Guido Quici, Sergio Barbieri, Giuseppe Lavra,  
Paolo Trovato, Luciano Moretti,  
Francesco Chiavilli**Coordinamento editoriale**

Daniela Robles

**Produzione editoriale**Antonella Onori  
onori@gruppocic.it**Progetto grafico e impaginazione**

Daniela Manunza

**Area pubblicità**Roma: Patrizia Arcangioli  
arcangioli@gruppocic.it**Area marketing e sviluppo**Carlo Bianchini, bianchini@gruppocic.it,  
Alfonso Dassogno, dassogno@gruppocic.it,**CIC Edizioni Internazionali s.r.l.**Direzione, redazione e amministrazione:  
Corso Trieste, 42 - 00198 Roma  
Tel. 06 8412673 - Fax 06 8412688  
e-mail: info@gruppocic.it - www.gruppocic.comAut. Trib. di Roma n. 709/02 del 30/12/2002  
R.O.C.: 6905/28541Stampa: Litograf Todi srl - Todi (Perugia)  
Finito di stampare nel mese di novembre 2013Copia omaggio.  
Il giornale viene inviato da CIMO-ASMD  
ai propri iscritti.

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n.196 (Art. 13) informiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che i dati in nostro possesso sono oggetto di trattamenti informativi e manuali; sono altresì adottate, ai sensi dell'Art. 31, le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza.

I dati sono gestiti internamente e non vengono mai ceduti a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). Informiamo inoltre che in qualsiasi momento, ai sensi dell'art. 7, si può richiedere la conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la cancellazione, la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al trattamento per finalità commerciali o di ricerca di mercato con comunicazione scritta.

Il contenuto degli articoli rispetcia esclusivamente l'esperienza degli autori. La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della direzione del giornale ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'editore.

Ogni possibile sforzo è stato compiuto nel soddisfare i diritti di riproduzione. L'editore è tuttavia disponibile per considerare eventuali richieste di aventi diritto



© Copyright 2013



CIC Edizioni Internazionali

# IL MEDICO OSPEDALIERO E DEL TERRITORIO



ANNO XI (NUOVA SERIE) - N. 4 - DICEMBRE 2013

Relazione programmatica del Presidente Nazionale "Ritorniamo al Dottore. L'atto medico al centro delle cure"	4
Messaggio del Ministro Lorenzin al Congresso	13
Indagine CIMO - SICS. "Il medico oggi"	15
Sanità e Medicina: un rapporto conflittuale ma necessario	35
Chi gestisce la politica sanitaria del nostro Paese: chi lo sta facendo e non dovrebbe o chi dovrebbe e non lo sta facendo?	36
Le pensioni di invalidità	39
Tra ragione e potere	40
L'esperto risponde	43
Tutti gli eletti dal Congresso	45
Gli incarichi assegnati	47

## “Ritorniamo al Dottore. L’atto



**P**remessa  
La sanità pubblica italiana è profondamente cambiata in questi anni, perché non riesce più a garantire omogeneità nei livelli di assistenza e sostenibilità economica, con il rischio di pregiudicare seriamente quell’universalità delle cure che ha fino ad oggi caratterizzato il nostro Servizio Sanitario.

**L’aziendalizzazione ha fallito il suo obiettivo:** la spesa sanitaria regionale ha continuato a crescere senza controllo, raggiungendo in alcune Regioni deficit elevati. Contestualmente l’entità del Fondo Sanitario Nazionale ha continuato ad essere definita attraverso una trattativa Stato-Regioni, piuttosto che sui costi effettivi dei bisogni della popolazione, e la modifica del Titolo V della Costituzione ha impedito allo Stato di intervenire attivamente nei processi di riorganizzazione delle strutture e dei servizi sanitari regionali necessari ad ottenere un riequilibrio della spesa, limitandosi a imporre aumenti di tasse, ticket e blocchi del *turn-over* che hanno aggravato la situazione. Oggi siamo al punto che il sempre maggiore divario tra fabbisogni sanitari e copertura finanziaria pubblica rendono insostenibile l’attuale sistema.

Nel frattempo l’evoluzione della medicina richiede un diverso modello di assistenza sia ospedaliero che territoriale, con radicale trasformazione della rete degli ospedali e dell’emergenza, anche in termini di organizzazione interna; oggi servono, infatti, **Ospedali in grado di rispondere, in tempi rapidi ed in maniera adeguata,**

**utilizzando tutte le risorse umane e tecnologiche necessarie, alle patologie acute.**

Al tempo stesso, l’aumento della vita media, delle cronicità e delle non autosufficienze impone una diversa organizzazione dell’assistenza territoriale ad iniziare dal ruolo del medico di medicina generale sino ai nuovi assetti organizzativi che interessano la lungodegenza, la riabilitazione, l’assistenza domiciliare, la specialistica ambulatoriale, le *long term care*, ecc.

Questo contesto è aggravato dal sorgere di una “**questione medica**” che è esplosa negli ultimi anni determinata da una profonda demotivazione della categoria, che contribuisce non poco ad aggravare la crisi del SSN. Nasce per una serie di fattori di cui il principale è la modifica dello *status* del Medico, imposto dalle riforme degli anni ’90, che, omologando il suo *status* a quello di un “normale” pubblico dipendente, ha visto privilegiare l’aspetto cosiddetto “dirigenziale” rispetto a quello “professionale”. In linea con la spinta ad un’aziendalizzazione, il “dirigente medico” è stato progressivamente assimilato contrattualmente alla “dirigenza statale”, tendenza fortemente voluta dalle Regioni maggiormente interessate a valutare i risultati gestionali rispetto a quelli in termini di “salute”, anche perché questo consentiva loro un maggior potere nella scelta dei dirigenti e nella valutazione degli stessi, favorendo una pesante interferenza della politica.

A questo si aggiunga che con la “**dirigenza**” si perdono la peculiarità e la specificità delle professioni, creando una confusione di ruoli e competenze, una sovrapposizione di responsabilità gestionali e professionali, un permanente conflitto tra chi fa cosa e chi ne risponde, il tutto acuito dall’assenza di una chiara normativa di riferimento nazionale.

**CIMO-ASMD ritiene che sia giunto il momento di una “riforma quater” che corregga gli errori del passato, restituisca al Medico il ruolo che gli compete e riporti l’atto medico al centro delle cure.**

### Modifica del quadro legislativo

#### Riforma del titolo V e della gestione delle Aziende sanitarie

Alla luce di quanto detto in premessa, occorre attuare urgentemente una modifica del titolo V della Costituzione,

# medico al centro delle cure”

Riccardo Cassi



che ha consentito la creazione di ventuno servizi regionali, facendo perdere l'universalità al sistema.

L'esperienza di questo decennio ha dimostrato che occorre che lo Stato, attraverso il Ministero della Salute ed il Parlamento, sia in grado di garantire su tutto il territorio nazionale il diritto alla salute ai cittadini, lasciando alle Regioni la gestione con propri modelli organizzativi, all'interno di un definito *standard* assistenziale ospedaliero e territoriale che sia omogeneo su tutto il territorio nazionale. Occorre quindi che sia il Parlamento a stabilire i LEA, **che gli stessi LEA non siano di esclusiva natura economica, ma che tengano conto di indicatori di qualità, appropriatezza e adeguatezza, ad iniziare dal fabbisogno minimo di risorse umane, tecnologiche, strutturali e standard organizzativi necessari a garantirli**, e che il Governo possa concretamente intervenire con gli indispensabili strumenti correttivi, laddove i governi regionali dimostrino la loro incapacità a modificare i pro-

pri modelli gestionali ed organizzativi. Altro coerente intervento legislativo attiene alla **modifica del d.lgs. 502/92 e s.m.i. nel modello aziendalistico**: le logiche di un'azienda che eroga servizi sanitari devono essere sì improntate ad una corretta gestione, ma occorre privilegiare la qualità e l'efficacia del servizio offerto ai cittadini.

Il Direttore Generale monocratico, diretta espressione del Governo regionale, ha esasperato la politicizzazione delle "aziende" sanitarie negli aspetti più deteriori. **Bisogna distinguere chiaramente, nella gestione del bene-salute, tra funzioni di indirizzo e controllo politico e funzioni manageriali e tecniche, responsabilizzando cioè i tecnici secondo le rispettive competenze.**

Troppi timidi tentativi in questa direzione sono stati compiuti nell'intento di introdurre una normativa qualificata a proposito del governo clinico, forse temendo che un riassetto così imposta-

to delle Aziende trasferisse l'asse del "potere" a chi dispone delle competenze per far funzionare la macchina-salute.

**CIMO-ASMD ritiene, invece, che occorra limitare l'attuale ingerenza politica nella gestione delle strutture sanitarie attraverso la costituzione di organismi tecnici che diano attuazione alla programmazione regionale. È proprio così: i Medici vogliono tornare ad essere, come devono, il motore centrale della "macchina salute".**

**La necessità di forti cambiamenti del nostro Sistema Sanitario Nazionale**

La politica del solo risparmio, basata essenzialmente sui tagli lineari senza incidere sulle diseconomie vere, sulle sacche di ristagno, sulle rendite di posizione e senza un vero processo di ristrutturazione del nostro Servizio Sanitario Nazionale, ha ottenuto in questi anni il solo risulta-



to di una progressiva riduzione dei servizi e della sicurezza delle cure. Oggi la spesa sanitaria pubblica italiana incide sul PIL nella misura del 7,1% e questo dato, nettamente inferiore a quella dei maggiori Paesi europei, manifesta il rischio di una mancata sostenibilità del nostro SSN.

**La questione non è solo ridurre la spesa, ma attraverso interventi “chirurgici” e non lineari, garantire la sostenibilità attraverso un ammodernamento della nostra rete ospedaliera e territoriale, anche per recuperare risorse da destinare alle mutate necessità della popolazione.**

Ad esempio, nell’ambito dell’assistenza ospedaliera, in Italia esiste una frammentata rete di piccoli presidi rispondenti agli interessi clientelari della politica locale, che esprimono una medicina di 50 anni fa. Solo alcune Regioni hanno attuato processi di riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale con la finalità di garantire un pronto ed efficace intervento nelle emergenze attraverso un’assistenza qualificata. Tuttavia la riduzione delle strutture senza *standard* di riferimento ed il contestuale blocco del *turn-over* hanno creato un’estrema difficoltà operativa, gestita sulla pelle dei medici, con situazioni ormai vicine al collasso, ed aggravato le differenze assistenziali tra le varie realtà sanitarie.

**Occorre, pertanto, avviare, al più presto, il processo di ristrutturazione degli Ospedali e della rete territoriale potenziando l'emergenza ed i servizi ambulatoriali, riabilitativi ed assistenziali e concentrando le attività a più elevata specializzazione nelle strutture in grado di garantirle in assoluta sicurezza di personale, tecnologie e specialità.**

#### Stato giuridico del Medico

CIMO-ASMD, in questi quattro anni, ha chiesto con forza la ricostruzione di una carriera premiante per il

**Medico dipendente, in base all’esperienza professionale acquisita, al suo mantenimento e progressivo aggiornamento, con possibilità di raggiungimento dei livelli più elevati per i migliori professionisti.**

Dopo il d.lgs. 229/99, infatti, la carriera del medico si è trasformata in un sistema di incarichi a tempo, con verifiche sia gestionali che tecnico-professionali; in particolare, i dirigenti di struttura complessa sono stati nominati dai Direttori Generali attraverso una selezione basata su criteri “aziendali” e la recente parziale modifica introdotta dalla legge Balduzzi non modifica sostanzialmente la procedura.

Il fallimento di questo sistema è ormai riconosciuto da molti, perché gli strumenti di verifica del medico sono quasi esclusivamente indirizzati sul raggiungimento o meno degli obiettivi gestionali, per cui non esiste, oggi, né una verifica sull’acquisizione di maggiori competenze professionali, né una progressione di carriera basata sul merito.

**L’evoluzione tecnologica ed i nuovi modelli organizzativi rendono necessaria una rivisitazione della figura professionale del medico, troppo spinta, oggi, verso competenze gestionali e sempre meno verso competenze professionali, modificando le modalità di accesso e di sviluppo di carriera dei dirigenti del SSN.**

È stato, infatti, un grave errore aver appiattito tutti i medici dipendenti in un unico livello giuridico, senza riconoscere le peculiarità rispetto alle altre figure del ruolo sanitario. Proprio perché il lavoro medico ospedaliero si realizza in *équipe* e comporta elevata responsabilità e rischio, è essenziale una precisa gerarchia, sulla base delle diverse competenze ed esperienze professionali, con precise e distinte attribuzioni funzionali, in primo luogo a garanzia della qualità e sicurezza delle prestazioni erogate ed a tutela sia dei cittadini-utenti che degli stessi operatori.



Così come è un fatto che la dirigenza medica sia stata trasformata (inseguendo un modello di “medico innaturale”), in una sorta di burocrate censore dei bisogni e delle richieste di salute degli assistiti, schierato dalla parte degli interessi economici dell’azienda di appartenenza, o ancora in fredda ed acritica esecutrice di protocolli clinici, diagnostici o terapeutici, contribuendo, assieme alle deficienze organizzative che causano liste di attesa, eventi avversi, pronto soccorso intasati, ecc., alla crisi del rapporto di fiducia medico-paziente.

L’organizzazione, inoltre, va sempre più verso il modello dipartimentale, con una condivisione di risorse ed attrezzature. In un modello dipartimentale il Responsabile di Dipartimento assume prevalentemente funzioni organizzative - gestionali, mentre per garantire la funzionalità di un reparto o di un servizio sanitario è necessario, oggi, che l’attuale Direttore di struttura assuma una leadership dell’*équipe* medica anche di natura professionale.

### Contrattazione

#### Sblocco della contrattazione ed aree contrattuali

I blocchi dei contratti e delle progressioni individuali, nonché la riduzione dei fondi contrattuali, stanno producendo sul SSN un effetto distorto con gravi ricadute negative, perché viene impedita la pur minima gratificazione meritocratica prevista dai CCNL, accentuando l’appiattimento economico e la demotivazione.

**CIMO-ASMD si sta battendo e continuerà a farlo per rimuovere da subito i suddetti blocchi, partendo da quello sul trattamento individuale, che consentirebbe di premiare il merito, per far sollecito seguito alla ri-**

**apertura della stagione dei rinnovi contrattuali, avendo però modificato alcune delle norme vigenti.**

La riforma Brunetta ha avuto e tuttora produce effetti devastanti con la previsione di una valutazione di performance sui soli obiettivi gestionali e con l’esclusione dal confronto con i sindacati di materie come l’organizzazione del lavoro: sembra che al legislatore interessi poco un medico capace e competente, oltre che responsabilizzato. L’omologazione del professionista con il burocrate premia quest’ultimo ed espone il primo ad un’evidente crisi di identità.

È pertanto indispensabile che i Medici abbiano una loro area contrattuale autonoma, dove poter trattare le specificità dell’attività svolta, quale ad esempio la modalità di copertura H24 dell’emergenza, le competenze e le attribuzioni notevolmente diverse rispetto alla restante dirigenza, la necessità di una valutazione prevalentemente tecnico-professionale, i modelli organizzativi del lavoro, in funzione della sicurezza e dell’appropriatezza delle cure, uno specifico modello di trattamento economico e di valutazione, dai quali non può essere esclusa per motivi sopradetti l’organizzazione del lavoro medico. Solo così il contratto sarebbe in grado di poter pienamente sviluppare tutte le potenzialità del ruolo medico nel Servizio.

Ma la questione dovrebbe essere affrontata in modo più radicale. Oggi i Medici convenzionati intrattengono relazioni sindacali con la SISAC, emanazione delle Regioni, mentre i Medici dipendenti stipulano il contratto con l’ARAN, al pari degli altri dipendenti pubblici.

**Nella prospettiva di una sempre maggiore integrazione tra Ospedale e Territorio, occorre definire una vera**

area negoziale medica, composta sia dai medici dipendenti che a convenzione, titolata a contrattare di fronte ad identiche controparti (Ministero della Salute e Regioni) i contenuti economico-normativi dei due rapporti di lavoro anzidetti, che sono diversi sul piano giuridico, ma che vengono intrattenuti dai medici dipendenti e convenzionati con lo stesso SSN.

#### Contratto di lavoro del Medico dipendente

Gli ultimi contratti di lavoro hanno privilegiato la normativa "dirigenziale", marginalizzando gli aspetti specifici del lavoro medico; le linee guida che CIMO-ASMD, in attesa di una più completa ridefinizione del ruolo del Medico del SSN e della progressione di carriera, propone per il prossimo CCNL riguardano quindi il recupero di tali peculiarità:

##### a) Carriera

Una carriera impegnativa e stressante come quella medico-dipendente **va motivata e premiata attraverso la previsione di un adeguato ventaglio di articolazioni funzionali e retributive, con scatti regolati attraverso meccanismi selettivi, di valutazione, di merito e, quindi, di premio, essendo al contrario l'appiattimento solo fonte di frustrazione e disimpegno.**

CIMO-ASMD auspica una diversa denominazione ed articolazione, anche con il **recupero del termine "Primario" per marcare la specificità delle strutture da essi dirette.** A legislazione invariata, è possibile ipotizzare una graduazione quale quella nella Tabella in basso.

##### b) Organizzazione del lavoro

L'**organizzazione del lavoro medico deve essere materia di contrattazione**, in quanto in sanità rappresenta non una mera distribuzione di mansioni, ma **attribuzione di funzioni e modelli organizzativi** (guardie, pronta disponibilità, ecc.) **tesi a garantire primariamente la sicurezza delle cure e la garanzia per il cittadino che i suoi**

**bisogni siano trattati tempestivamente da professionisti specifici per la sua patologia.**

Va respinto ogni tentativo di far scomparire l'orario di lavoro che periodicamente le Regioni ripropongono e rendere cogente l'obbligo del riposo, in particolare dopo un turno di guardia notturno, così come non può essere consentito che strutture poste in più Ospedali siano affidate alla responsabilità di un unico Direttore.

##### c) Trattamento economico

Le linee guida si articolano per semplificazione delle voci, effettiva progressione al maturare di maggiori competenze e responsabilità, compenso, apposito ed adeguato, per tutto quanto effettuato extra-orario.

La retribuzione è costituita da elementi

- fissi e specifici
- variabili collegati all'inquadramento
- variabili collegati agli obiettivi prestazionali quali quantitativi, con privilegio dei primi.

##### d) Aggiornamento

Effettivo obbligo all'aggiornamento con fondi garantiti e scelta autonoma del Medico compatibile con la sua professionalità, modificando l'attuale meccanismo dei crediti, acquisiti principalmente con la partecipazione a convegni. È importante che passi il messaggio che la formazione non va vissuta come un dovere, ma piuttosto come un diritto del Medico e pertanto deve essere garantita e tutelata.

##### e) Valutazione

Il Medico deve avere un'unica valutazione, nella quale il peso delle competenze e capacità tecnico professionali, nonché del raggiungimento degli obiettivi *budget*, hanno incidenza proporzionalmente diversa **in relazione alla funzione ed agli obiettivi prestazionali quali-quantitativi** affidatigli con il contratto individuale di lavoro o con successivi atti integrativi o modificativi di quello.

Per tutti deve comunque essere prevalente la valutazione tecnico professionale che tenga conto dell'attività effet-

<i>GESTIONAL</i>	<i>CLINICAL GOVERNANCE</i>	<i>SPECIALIST</i>	<b>MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA</b>
<b>CAPO DIPARTIMENTO</b>	Primario di 1ª fascia (Direttore di Struttura Complessa)	Specialista di alta professionalità	Incarico a contratto quinquennale
	Primario di 2ª fascia (Responsabile Struttura Semplice)	Specialista senior	
		Specialista junior	



tivamente svolta, degli esiti e dell'aggiornamento. Il Responsabile dell'*équipe* va valutato anche in relazione all'attività complessiva dell'*équipe* e dei singoli componenti della stessa.

## TEMI SPECIFICI DEL MEDICO DEL SSN

### Medico Donna

Nei prossimi anni nel SSN le donne medico supereranno per numero i colleghi maschi; un sistema nato e pensato per uomini dovrà adattarsi a questa nuova realtà.

Si sta ponendo attenzione allo scarso numero di donne che attualmente hanno incarichi di direzione, ma questo è solo un aspetto del problema. Nonostante la società cambi velocemente, i problemi della famiglia continuano a ricadere principalmente sulla donna, in particolare per quanto riguarda la nascita (ovviamente) e la crescita dei figli e l'assistenza ai familiari anziani e/o disabili.

È necessario quindi prevedere misure mirate non tanto a ridurre l'attività lavorativa, quanto a consentire di non subire emarginazioni: **applicazione dell'accordo ministeriale sulla conciliazione tra lavoro e famiglia con l'introduzione di forme di flessibilità dell'orario ed un part-time con regole meno rigide, rispetto degli obiettivi ONU per lo sviluppo delle carriere femminili, aiuti economici diretti o benefici fiscali concreti, asili nido aziendali, corsi di formazione ad hoc finalizzati al reinserimento dopo un'assenza prolungata, obbligo di sostituzione per tutto il periodo di astensione dal lavoro per maternità.**

Aspetto importante è la garanzia di sicurezza nei luoghi di lavoro alla luce degli atti violenti che hanno coinvolto prevalentemente colleghe.

### Libera professione

Una ventata di massimalismo ideologico reintrodusse, con la 229/99, la divisione tra medici in intra ed extramoenia, abbandonata anni prima perché si era constatato che non era funzionale al SSN.

La scelta si è confermata fallimentare. L'esclusività non ha portato vantaggi concreti ai cittadini e le aziende si sono dimostrate incapaci di gestirla; occorre prenderne atto e modificare l'attuale stato giuridico prevedendo un medico più professionista, con la facoltà di esercitare liberamente la professione. Ovviamente, vietando e sanzionando chi trae beneficio privato dall'attività pubblica.

La legge Balduzzi non risolve il problema originario rappresentato dalla mancata capacità delle aziende pubbliche di gestire l'attività libero-professionale dei medici. A questo aggiunge un'eccessiva burocratizzazione con sempre

nuovi adempimenti ed oneri a carico del Medico.

La posizione CIMO-ASMD è, quindi, che il **Medico dipendente debba avere un unico stato giuridico e deve, una volta adempiuti i compiti istituzionali, poter essere libero di svolgere l'attività libero professionale nei modi che lui ritiene più opportuno.** Se svolge l'attività nelle strutture aziendali pagherà all'Azienda i costi relativi, se al di fuori non dovrà versare niente.

L'indennità di esclusività deve essere riassorbita in altra voce tabellare riconosciuta a tutti.

**In un momento di risorse scarse occorre abbandonare posizioni ideologiche, soprattutto quando si sono rivelate fallimentari ed onerose, e scegliere l'interesse del cittadino e dell'operatore.**

### Emergenza Urgenza

**Occorre superare le differenze nelle cure di urgenza sul territorio nazionale.** Per questo devono essere stabiliti indirizzi per l'organizzazione di una Rete dell'Emergenza Urgenza, sul territorio nazionale.

**Il Medico dell'emergenza è un medico specialista che opera in un sistema in rete.** Sistema che garantisce i percorsi in emergenza urgenza tra territorio ed ospedale. Occorre quindi un'unica figura professionale di medico di emergenza in grado di gestire sia in ambito preospedaliero che nell'ambito del pronto soccorso, attività di diagnosi e interventi terapeutici, anche con manovre avanzate, i pazienti critici, subcritici e non critici che richiedono o afferiscono ai servizi di emergenza urgenza, garantendo risposte razionali ed ergonomiche ai bisogni sanitari ritenuti urgenti dalla popolazione.

Sviluppare la rete dell'emergenza urgenza sarà necessario e strategico per far sì che il territorio possa sostenere le nuove sfide e la rete ospedaliera possa soddisfare i reali bisogni per acuti.

La commistione di varie forme di contratto di lavoro rende difficile uniformare la formazione e i modelli organizzativi; **è quindi opportuno che tutto il personale sia dipendente.**

**È importante che la medicina preospedaliera si integri con quella ospedaliera, in un'unica organizzazione dell'emergenza (Dipartimento d'emergenza urgenza) che permetta di svolgere attività sia sul territorio che in ospedale, con modalità organizzative adattate ad ogni realtà.**

### Medicina del territorio

A fronte di un'accresciuta domanda di salute dovuta all'incremento delle patologie cronico - degenerative e del conseguente progressivo trasferimento di processi di cure

dall'Ospedale al Territorio, la sostenibilità complessiva del SSN, per essere mantenuta, necessita di una rivisitazione strutturale del Sistema delle Cure Primarie che deve comunque essere abbinata ad un diverso uso dell'ospedale per acuti. La Medicina Convenzionata con l'organizzazione in gruppi e i medici ospedalieri con la loro attività oramai sempre più ambulatoriale dovranno unire le forze e garantire attraverso la definizione e realizzazione dei percorsi assistenziali, la continuità dell'assistenza superando l'attuale frammentazione di interventi in ambiti diversi.

**Oggi le tre reti ufficiali coinvolte nel SSN per assicurare l'assistenza sono l'ospedale, il territorio e l'emergenza. Ma a chi è affidata la responsabilità delle connessioni?**

Innanzitutto va istituito anche per la dipendenza un tavolo regionale come per la medicina convenzionata e un tavolo di confronto sindacale che unisca simultaneamente professionisti della dipendenza e i convenzionati per condividere regole comuni da inserire nei contratti.

Restano da definire:

- le conseguenze operative del principio di assistenza h 24 e 7/7: la sola Continuità Assistenziale non è in grado di assicurare la continuità delle cure, se non è inserita in un contesto più ampio che comprende le forme evolute della medicina generale e la rete dell'emergenza urgenza territoriale;
- un forte coinvolgimento del medico ospedaliero nell'assistenza clinica dei pazienti ospiti nelle strutture di "residenzialità intermedia" (ospedale di comunità, hospice, case di riposo);
- confronto leale e costruttivo per definire i rapporti con le altre professioni sanitarie per definire ruoli, competenze e responsabilità, ribadendo il ruolo del medico quale unico responsabile della diagnosi e terapia dei pazienti e dei processi gestionali che sottendono alle cure, anche nell'ambito territoriale.

#### **Formazione professionale ed accesso al SSN**

Le aziende sanitarie italiane investono sempre meno nella formazione del personale e tanto lo si desume dai Conti Economici delle stesse; tra l'altro la spesa è estremamente diversificata tra nord e sud ma anche tra regione e regione e tra azienda ed azienda nell'ambito della stessa regione. Formazione significa, non solo ECM, ma adeguamento alle nuove tecnologie, mantenimento e sviluppo di nuove competenze, soprattutto in un mondo, quello sanitario, in costante evoluzione.

Riteniamo, pertanto, che la formazione sia un'opportunità per l'azienda di migliorare ulteriormente la propria offerta sanitaria attraverso professionisti sempre più qualificati,

ancorché continuare ad essere un'opportunità di risparmio o di lucro a danno del medico.

E che dire della formazione dei giovani medici e del loro inserimento nel mondo del lavoro?

L'attuale accesso al SSN avviene oggi non prima di 15 anni di studi universitari di cui almeno 5 o 6 anni legati al conseguimento di una specializzazione, molto spesso accademica ma che, di fatto, limita la possibilità di inserimento nel mondo del lavoro. Segue, poi, un periodo, più o meno lungo, di precariato che costringe i giovani Colleghi ad inserirsi professionalmente non prima dei 35-40 anni di età, quando i Medici della maggior parte dei paesi occidentali sono nella piena maturità operativa.

Questo sistema crea un enorme spreco di risorse economiche e professionali ma, soprattutto, rallenta quel necessario ricambio generazionale di una classe professionale la cui età media è particolarmente elevata.

**Occorre quindi rivedere profondamente il requisito e le condizioni d'accesso al Servizio Sanitario, trasformando le attuali borse di studio in contratti di formazione a tempo determinato con il Servizio Sanitario. Occorre rendere possibile il progressivo inserimento del Medico nelle attività assistenziali territoriali e nelle strutture ospedaliere prevedendo una verifica finale del livello formativo raggiunto per consentire il passaggio ad un contratto a tempo indeterminato.**

#### **Precariato**

Abbiamo assistito, negli ultimi anni, ad un'esplosione del fenomeno del precariato sotto varie forme (contratti a tempo determinato, libero-professionali, collaborazioni a progetto, ecc.) che ha visto e vede tuttora i giovani colleghi entrare nel mondo del lavoro in età troppo avanzata. È quasi un salto generazionale che vede, da un lato, Medici ultrasessantenni sovraccaricarsi di turni sempre più stressanti ed usuranti e giovani colleghi in cerca di una prima occupazione stabile, dignitosa, non sottopagata che dovrebbe rappresentare la naturale aspettativa di chi ha terminato, con sacrifici economici di non poco conto, il più lungo percorso di studio tra le professioni sanitarie e non.

**Le cause di un sempre maggiore precariato nella sanità sono ben note: il blocco del *turn-over*, soprattutto nelle regioni oggetto di piano di rientro, le restrizioni dei bilanci ma, soprattutto, l'incapacità delle Regioni di effettuare una seria riorganizzazione della rete ospedaliera.**

Ogni azienda, poi, nell'ambito della propria autonomia e delle politiche di risparmio, ha ampliato le tipologie dei contratti a tempo determinato per far fronte, attraverso una sanità "low cost", alle sempre maggiori carenze di perso-

nale in settori nevralgici quali l'emergenza e le varie specialità.

Ma ha senso una politica gestionale del genere?

Gli effetti sono ben evidenti: è a rischio la continuità assistenziale da parte di chi non ha un lavoro stabile e non ha una prospettiva di carriera; aumenta il malessere e la demotivazione dei giovani colleghi per le incertezze sul futuro; ma soprattutto le aziende disperdono risorse, un patrimonio umano e professionale che non ha, oggi, alcuna garanzia di trasformare il proprio rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

Si è creata, pertanto, una situazione ormai insostenibile rispetto alla quale il decreto legge sulla PA da parte del Consiglio dei ministri dove è previsto uno specifico DPCM per i precari della sanità, apre solo parzialmente la strada della sua soluzione.

**CIMO-ASMD chiede tempi rapidi ma, soprattutto, norme specifiche per i Medici che contengano soluzioni strutturali, tali da risolvere in modo definitivo l'attuale fenomeno del precariato.**

#### **Responsabilità professionale**

Il tema della responsabilità professionale rischia di assorbire gran parte dell'attenzione che i Medici, specie quelli ospedalieri, riservano alla loro attività poiché la **regolamentazione giuridica della questione è tale da costringere il medico in posizione di generalizzata difesa**: deve difendersi dal paziente/cliente e dalle sue voraci risarcitorie, dal proprio datore di lavoro che – oltre a lasciarlo solo davanti al Giudice – lo perseguita disciplinarmente e, in certi casi, ne determina il collasso economico, deve difendersi in sede giudiziale non solo di fronte alla pubblica accusa, ma anche da quella del privato danneggiato e, il più delle volte, dall'Azienda che lo colpevolizza, deve infine sopportare, per sentirsi minimamente tutelato, costi assicurativi sempre meno sopportabili.

Sebbene, poi, le statistiche convergano nel calcolare una straordinaria percentuale di assoluzioni in sede penale rispetto al numero di indagini avviate, in sede civile – una volta assodata giurisprudenzialmente la natura contrattuale del rapporto che si instaura tra Azienda e paziente – sono numerose le pronunce sfavorevoli con conseguenze economiche che non infrequentemente disarmonizzano difficili equilibri familiari.

Insomma, **l'esperienza giudiziale, quand'anche coronata da esito positivo, lascia strascichi che, nella migliore delle ipotesi, condizionano pesantemente il modo stesso di approcciarsi alla professione, inducendo – a titolo cautelativo – una prassi comportamentale improntata prima che all'interesse del paziente, alla prudenza dia-**

**gnostica assoluta**, con mortificazione della professionalità, esplosione dei costi, terapie al limite dell'inutile o, peggio, del dannoso.

Questo induce a ritenere ineludibili riforme di impostazione del sistema che muovano nella logica **di riconoscere che, se è vero che l'errore è parte delle umane cose, ciò che deve essere combattuto è l'errore e non chi lo commette, in modo che chi patisce le conseguenze dell'errore sia giustamente risarcito ma chi lo commette sia sanzionabile soltanto in caso di condotta inescusabile**. CIMO-ASMD chiede e si opererà per l'adozione dei seguenti provvedimenti:

- a) **Obbligo di copertura assicurativa o di gestione diretta da parte della struttura delle richieste di risarcimento.**
- b) **Obbligo di percorsi extragiudiziali, con maggiori poteri e penalizzazioni per chi rifiuta l'accordo strumentalmente.**
- c) **Introduzione del concetto di alea terapeutica e del risarcimento *no-fault*, sul modello francese.**
- d) **Obbligo di attivazione in tutte le Aziende sanitarie di una vera prevenzione del rischio.**
- e) **Introduzione di un tetto massimo di risarcimento basato su valutazioni oggettive del danno.**
- f) **Azione diretta contro le Aziende Sanitarie, e non contro i Medici, per ottenere il risarcimento dei danni.**
- g) **Modifica della responsabilità medica limitandola alla colpa grave, definita come azione determinata da negligenza inescusabile, come, del resto, è definita quella che regola i casi di responsabilità dei Magistrati.**

#### **Atto medico e competenze delle professioni sanitarie**

L'attuale situazione di incertezza normativa in merito ai rapporti tra le professioni sta creando problemi all'interno del Servizio Sanitario.

Rispetto al passato, le professioni sanitarie hanno acquisito un livello più alto di preparazione ed i **Medici specialisti sono sempre meno ed operano ad un livello più alto di complessità.**

**Ridefinire ruoli e competenze non è più rinviabile, per prevenire e regolamentare le fughe in avanti di molte Regioni, ma anche per tutelare i Medici, i quali sempre più spesso controfirmano prestazioni sanitarie effettuate da altri professionisti;** questo non è accettabile: ognuno deve essere responsabile delle proprie azioni e non di quelle effettuate da altri, se non derivanti da un'espressa delega.

CIMO-ASMD quindi, è convinta che le Professioni Sanitarie abbiano una loro specifica autonomia e che que-

sta debba trovare un giusto sviluppo che non deve cozzare contro le resistenze di altre categorie, medici compresi: **che ci si incontri intorno ad un tavolo, senza preconcetti né verità precostituite e che il paziente sia messo al centro del sistema non a parole, come quasi sempre si fa, ma nei fatti.** Il "Progetto" poi però lo devono fare i professionisti, che lavorano tutti i giorni in trincea, con la collaborazione anche dei tecnici e dei professori, ma che non devono far calare dall'alto le loro proposte, spesso dietro la spinta delle *lobby* e degli interessi corporativi. **Da questo probabilmente scopriremo che l'autonomia professionale è sacrosanta, ma deve essere "condivisa" in quanto il paziente non può essere "spacchettato" in un piano clinico ed uno assistenziale che vanno ciascuno per conto loro e dove il paziente diventa di tutti e di nessuno.**

Ma norme chiare ed uniformi su tutto il territorio nazionale sono soprattutto a tutela della salute dei pazienti: **le nuove competenze non possono degenerare in un'anarchia di responsabilità e in questo nuovo scenario la centralità del ruolo del Medico nella diagnosi e terapia non può essere messa in discussione, perché deriva dal suo percorso di studi, intenso e almeno tre volte più lungo di qualsiasi altra figura professionale sanitaria.**

**Da qui la proposta di CIMO-ASMD, di definire l'atto medico:**

### ATTO MEDICO

**Il medico chirurgo, abilitato all'esercizio professionale, è il soggetto cui fa capo la responsabilità finale delle decisioni concernenti la prescrizione, l'esecuzione o la diretta supervisione dell'atto medico.**

**L'atto medico ricomprende tutte le attività della disciplina medica (professionali, di carattere scientifico, di insegnamento, di formazione, educative, organizzative cliniche e di tecnologia medica) svolte al fine di promuovere la salute, prevenire le malattie, effettuare diagnosi e prescrivere cure a vantaggio dei soggetti che ne abbiano esigenza.**

**Nell'adozione delle scelte diagnostiche e terapeutiche, il medico chirurgo opera secondo propria scienza e coscienza, nel rispetto delle norme etiche e deontologiche e della posizione di garanzia che gli è attribuita.**

### Ordine professionale

Ritornare al Dottore vuol dire anche **porre al centro dell'attività del Medico gli aspetti professionali e deontologici**, di conseguenza anche una maggiore partecipazione dei Medici alla vita dell'Ordine e dei suoi organismi.

La riforma degli Ordini professionali dovrà garantire a quello dei Medici di svolgere con efficacia le seguenti principali funzioni: vigilanza che la professione sia eserci-

tata nel rispetto delle norme deontologiche e sulla formazione di base e specialistica; selezione rispetto all'accesso alla professione; gestione e controllo periodico della formazione permanente del medico, anche ai fini del relativo accreditamento professionale; momento obbligatorio di conciliazione per le controversie tra medico e paziente, da attivare prima di adire l'autorità giudiziaria; autonomia magistratura con esercizio dell'azione disciplinare in caso di violazione delle regole del Codice deontologico; controllo della pubblicità sanitaria, ecc.

**RITORNIAMO AL DOTTORE** non è solo il titolo del nostro Congresso, ma la reale esigenza di una professione sempre più spesso vessata da norme e provvedimenti che hanno progressivamente limitato, sia in termini contrattuali che professionali, quella necessaria autonomia che, ai fini della diagnosi e cura, rappresenta l'unica vera garanzia per la sicurezza delle cure.

Questo è il motivo per il quale CIMO-ASMD sostiene, con convinzione, la centralità di una professione, quella medica, intesa quale elemento essenziale del processo di ammodernamento del nostro SSN.

**Stato giuridico, atto medico, area contrattuale, libera professione, precariato, formazione, ma soprattutto valorizzazione della professione, sono, per CIMO-ASMD, priorità indifferibili che la vedranno impe-**

**gnata, nei prossimi anni, con tutti i suoi dirigenti sindacali sia in ambito nazionale, che regionale, che aziendale.**

**La categoria dovrà affrontare, nell'immediato e nel prossimo futuro, importanti sfide rispetto alle quali CIMO-ASMD auspica la massima condivisione d'idee ed azioni a sostegno della professione ed a difesa di un Servizio Sanitario Nazionale.**

## Messaggio del Ministro Lorenzin al Congresso



*Il Ministro della Salute*

663/CONV/BL/13

Roma, 27 SET 2013

*Buongiorno a tutti,*

*ringrazio il Presidente per l'invito a partecipare al 30° Congresso Nazionale del Coordinamento Nazionale CIMO ASMD dal titolo "Ritorniamo al dottore - l'atto medico al centro delle cure". Avrei sinceramente voluto essere con voi oggi, purtroppo, però, concomitanti impegni istituzionali non me lo consentono.*

*La crisi che il nostro paese sta attraversando si riflette anche sulla sanità: le spese delle famiglie per la salute (farmaci, visite ecc.) risentono della perdita o diminuzione del reddito. Cresce il rischio di impoverimento, a causa delle spese sanitarie, per le famiglie più povere. La crisi può rivelarsi però come un'opportunità per tagliare gli sprechi, migliorare l'organizzazione dei servizi, ridurre le inefficienze.*

*Possiamo e dobbiamo migliorare la qualità del nostro servizio sanitario nazionale attraverso l'incremento dell'appropriatezza, l'integrazione ospedale-territorio, la riduzione degli sprechi, il coinvolgimento di tutti gli attori in uno sforzo comune di concertazione, partecipazione ed attuazione.*

*Ne consegue che prima fra tutte è l'esigenza di riordino dell'assistenza territoriale e di rafforzamento dei legami tra ospedale e territorio, anche al fine di arginare il fenomeno dell'improprio utilizzo dei servizi di urgenza e di emergenza, con la conseguenza di rappresentare una valida alternativa all'ospedalizzazione. Non vi è dubbio che su questo tema si gioca la stessa sostenibilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale. Sicuramente come voi sostenete è, in tale ottica, la collaborazione con i medici di medicina generale, gli specialisti ambulatoriali ed i pediatri di libera scelta e tutti gli operatori della sanità e le organizzazioni sindacali.*

*Una diversa organizzazione dei servizi del territorio porterà benefici innanzi tutto ai cittadini, che avranno maggiore facilità di accesso ai servizi territoriali, con professionisti delle varie branche specialistiche, ma costituiranno anche un veicolo per l'inserimento dei giovani medici nel SSN.*

*In quest'ottica un ruolo fondamentale riveste, chiaramente, la formazione dei medici di medicina generale.*

*Altro argomento rilevante è quello della responsabilità professionale. Le pur importanti novità introdotte recentemente non risolvono certamente il problema. Tuttavia, una rapida attuazione, con l'approvazione del regolamento sulla copertura assicurativa, da un lato offre delle risposte immediate e concrete e, dall'altro, può fungere da stimolo per ulteriori interventi. All'inizio di*

quest'anno le OO. SS. mediche sono state convocate presso il Ministero per un primo scambio di vedute sui contenuti del regolamento. Il tavolo tecnico ha portato avanti i lavori su questa tematica ed è stata redatta una primissima bozza di regolamento, che è al vaglio degli uffici di diretta collaborazione.

Per quanto concerne l'attività libero professionale intramuraria ho mantenuto fede all'impegno assunto dal mio predecessore in sede di Conferenza Stato-Regioni, di dilazionare di sei mesi il termine fissato dalla normativa per l'avvio della sperimentazione.

Massima attenzione continuerà ad essere prestate anche temi del blocco del turn-over, del precariato e della formazione specialistica e in medicina generale.

Per ridare una nuova centralità al ruolo del medico in una sanità in continua evoluzione scientifica e tecnologica e che ormai è una sanità plurale con più professioni che intervengono nella tutela della salute individuale e collettiva, è necessario che i medici si rendano protagonisti di una nuova alleanza per la salute con i cittadini, con le altre professioni sanitarie e con la Politica.

E' evidente che affrontare e risolvere i problemi vecchi e nuovi della professione medica non è una scelta corporativa ma ha come conseguenza immediata l'interazione con le altre professioni sanitarie e costituisce un contributo concreto a risolvere la crisi del nostro Servizio Sanitario Nazionale, che, nonostante i limiti e le critiche, rimane la più grande scelta e conquista di civiltà del nostro Stato.

Auspico, pertanto, una fattiva collaborazione per affrontare insieme tutte le problematiche che attendono ancora una concreta risposta.

Con questa richiesta, che è insieme auspicio ed impegno personale, formulo i migliori auguri di buon lavoro.

Beatrice Lorenzin



---

Dott. Riccardo Cassi  
Presidente  
CIMO - ASMD  
Via Nazionale, 172  
00184 Roma  
sede.nazionale@cimoasmd.it

# Indagine CIMO - SICS “Il medico oggi”

Dati invio: Target (Welfarelink)

Tipologia	Numeriche
Medico Ospedaliero	97.065
Continuità Assistenziale	2.542
Medicina Territoriale	3.929
Medico in Casa di Cura	7.280
<b>Totale</b>	<b>110.816</b>

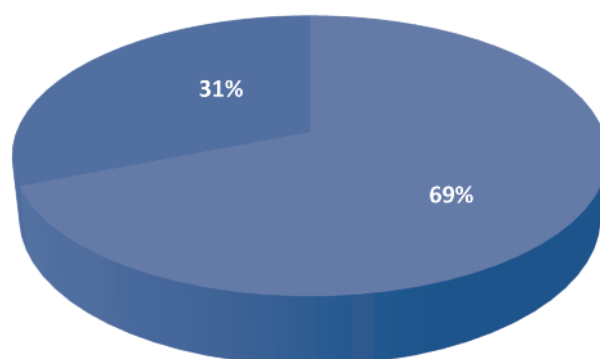
Dati invio  
Campagna 10 / 18 settembre

	Totale
Email caricate	110928
Email inviate	110821
Lettura email	22009
Link attivato	10042
Errore durante l'invio	107
Sondaggi completati	6218

Campione	
<b>6.218</b>	
DISTRIBUZIONE per GENERE	
Maschi	4.286
Femmine	1.932

Genere

■ Maschi ■ Femmine

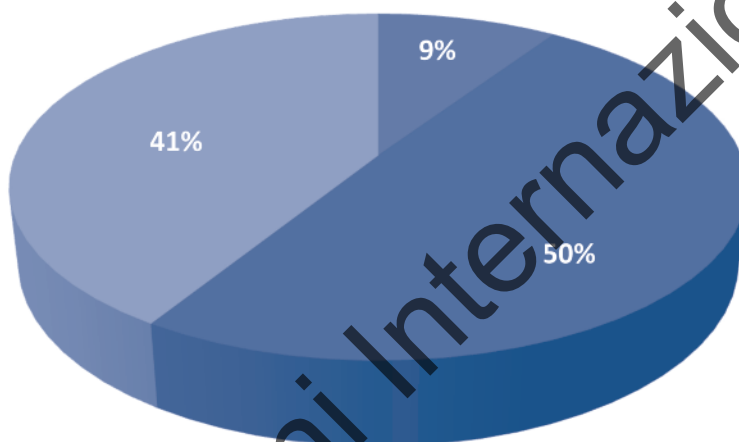


### Distribuzione per età

meno di 40 anni	584
tra 40 e 55 anni	3.077
più di 55 anni	2.557

#### Età

■ meno di 40 anni   ■ tra 40 e 55 anni   ■ più di 55 anni

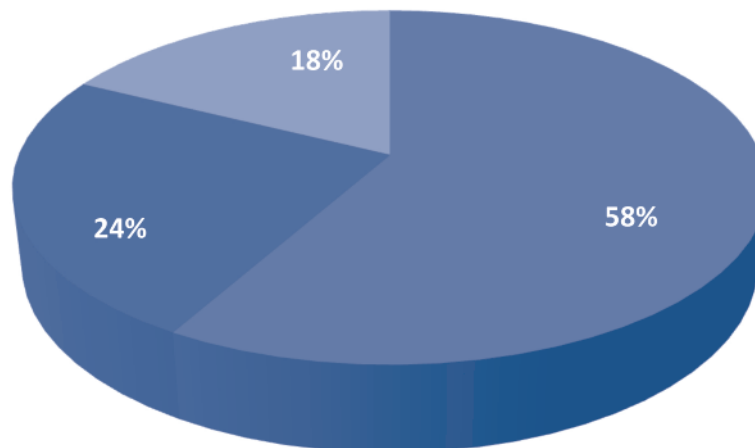


### Distribuzione per area geografica

Nord	3.617
Centro	1.504
Sud	1.097

#### Area

■ Nord   ■ Centro   ■ Sud





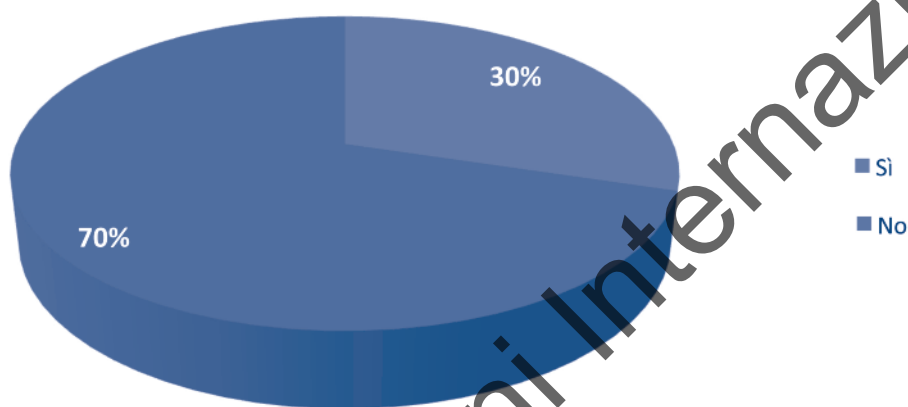
## I risultati

Ritieni che il lavoro, la carriera e la professione di medico rispondano alle tue aspettative rispetto a quando ti sei laureato?

### DISTRIBUZIONE GLOBALE

Sì	1.848
No	4.370

### Globale



## Distribuzione per genere

### DISTRIBUZIONE per GENERE

#### Maschi

Sì	1.272
No	3.014

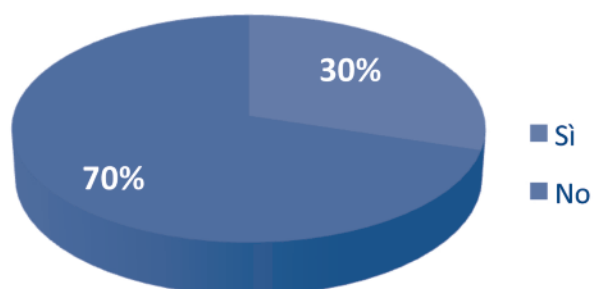
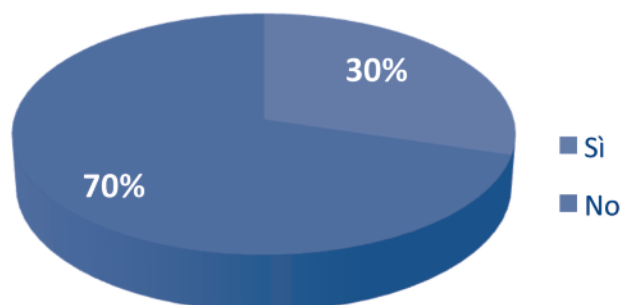
#### Femmine

Sì	576
No	1.356



### Maschi

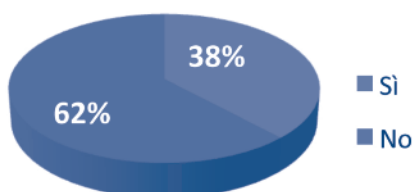
### Femmine



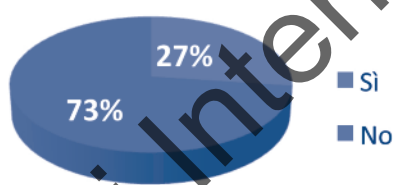
## Distribuzione per età

<b>meno di 40 anni</b>	
Sì	222
No	362
<b>tra 40 e 55 anni</b>	
Sì	835
No	2.242
<b>più di 55 anni</b>	
Sì	791
No	1.766

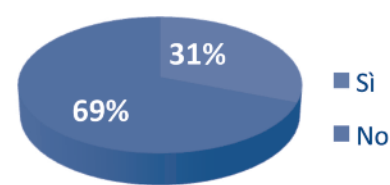
meno di 40 anni



tra 40 e 55 anni



più di 55 anni



## Distribuzione per area geografica

<b>Nord</b>	
Sì	1.205
No	2.412
<b>Centro</b>	
Sì	365
No	1.139
<b>Sud</b>	
Sì	278
No	819

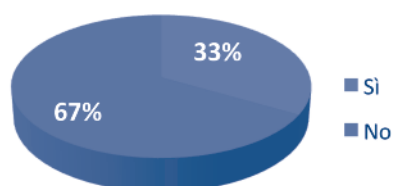


**NORD:** Area 1: Piemonte, Val d'Aosta, Liguria, Lombardia; + Area 2: Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna;

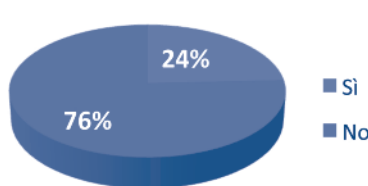
**CENTRO** Area 3: Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Sardegna;

**SUD** Area 4: Abruzzo, Molise, Puglia, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia

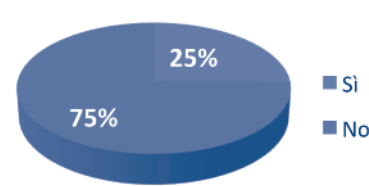
Nord



Centro

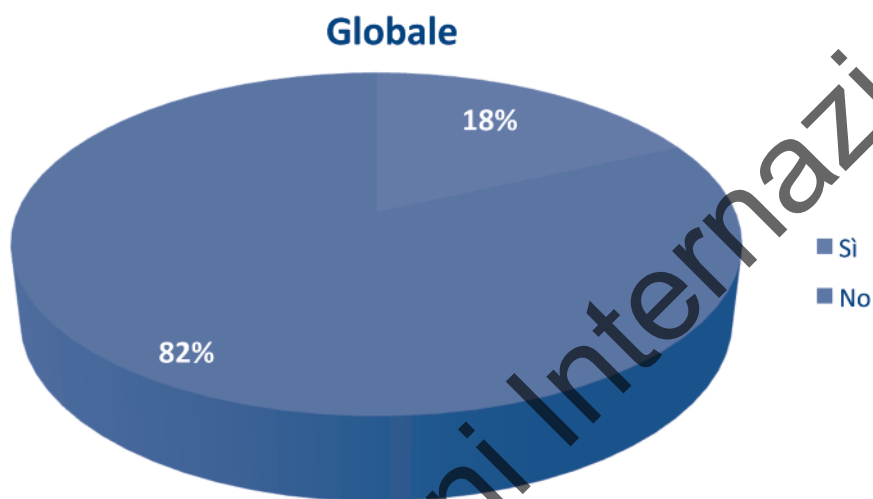


Sud



## In questi anni di attività professionale la qualità del lavoro è migliorata?

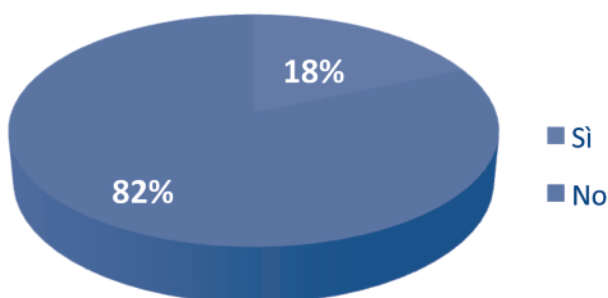
DISTRIBUZIONE GLOBALE	
Sì	1.126
No	5.092



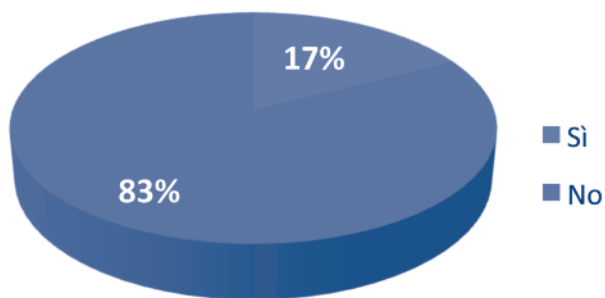
### Distribuzione per genere

<b>Maschi</b>	
Sì	790
No	3.496
<b>Femmine</b>	
Sì	336
No	1.596

**Maschi**



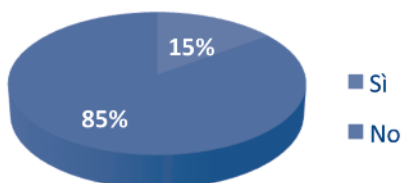
**Femmine**



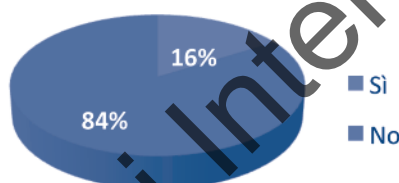
### Distribuzione per età

<b>meno di 40 anni</b>	
Sì	87
No	497
<b>tra 40 e 55 anni</b>	
Sì	497
No	2.580
<b>più di 55 anni</b>	
Sì	542
No	2.015

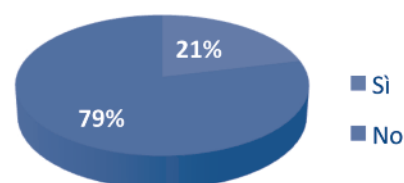
meno di 40 anni



tra 40 e 55 anni



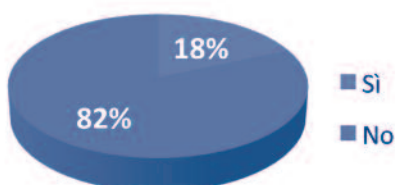
più di 55 anni



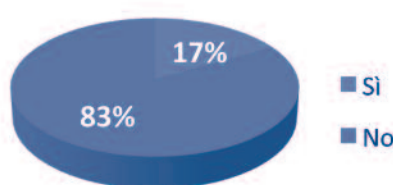
### Distribuzione per area geografica

<b>Nord</b>	
Sì	666
No	2.951
<b>Centro</b>	
Sì	251
No	1.253
<b>Sud</b>	
Sì	209
No	888

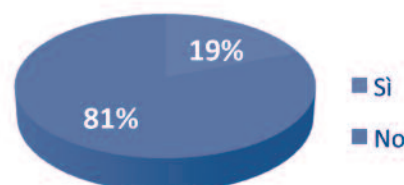
Nord



Centro

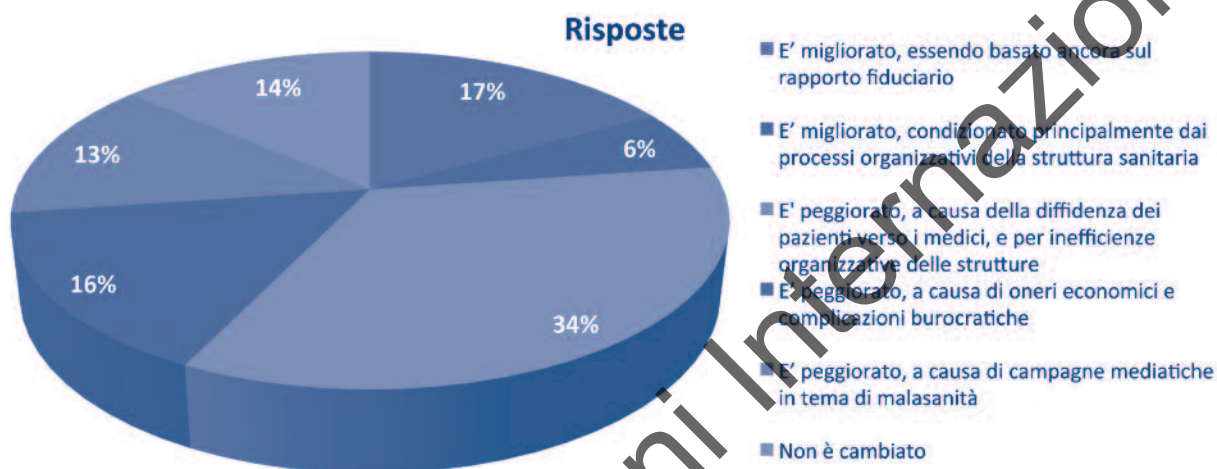


Sud



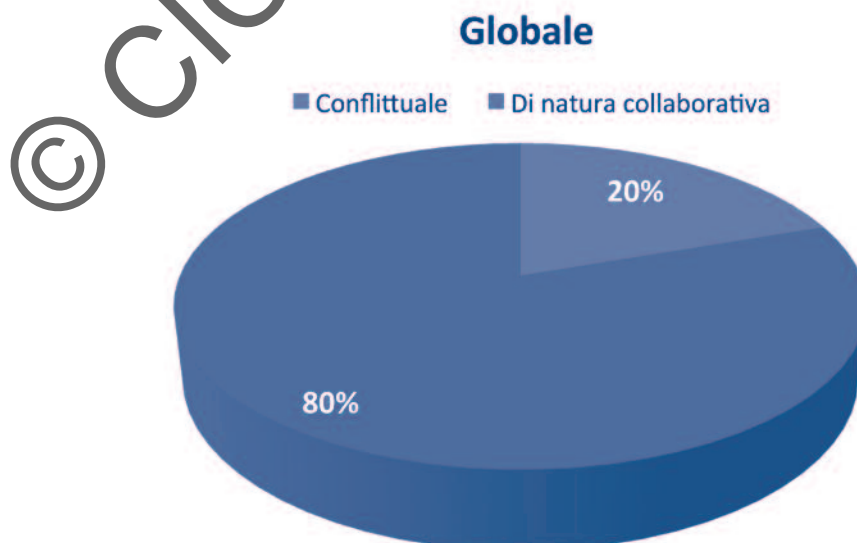
## Il tuo rapporto con il paziente è cambiato (migliorato/peggiorato) nel tempo?

DISTRIBUZIONE GLOBALE	
E' migliorato, essendo basato ancora sul rapporto fiduciario	1.048
E' migliorato, condizionato principalmente dai processi organizzativi della struttura sanitaria	368
E' peggiorato, a causa della diffidenza dei pazienti verso i medici, e per inefficienze organizzative delle strutture	2.140
E' peggiorato, a causa di oneri economici e complicazioni burocratiche	969
E' peggiorato, a causa di campagne mediatiche in tema di malasanità	838
Non è cambiato	855
<b>Totale</b>	<b>6.218</b>



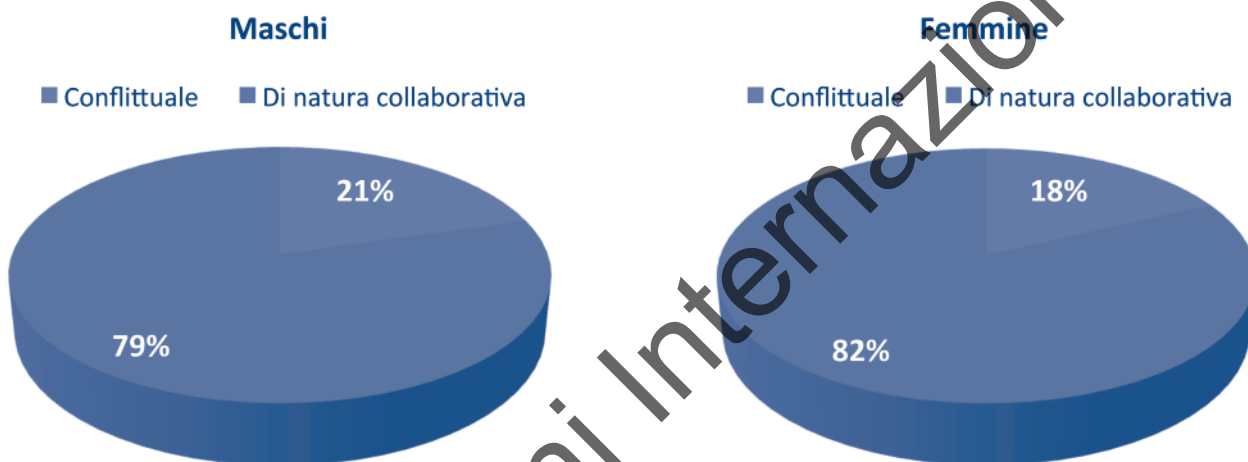
## Il rapporto con le altre professioni sanitarie è:

DISTRIBUZIONE GLOBALE	
Conflittuale	1.225
Di natura collaborativa	4.993



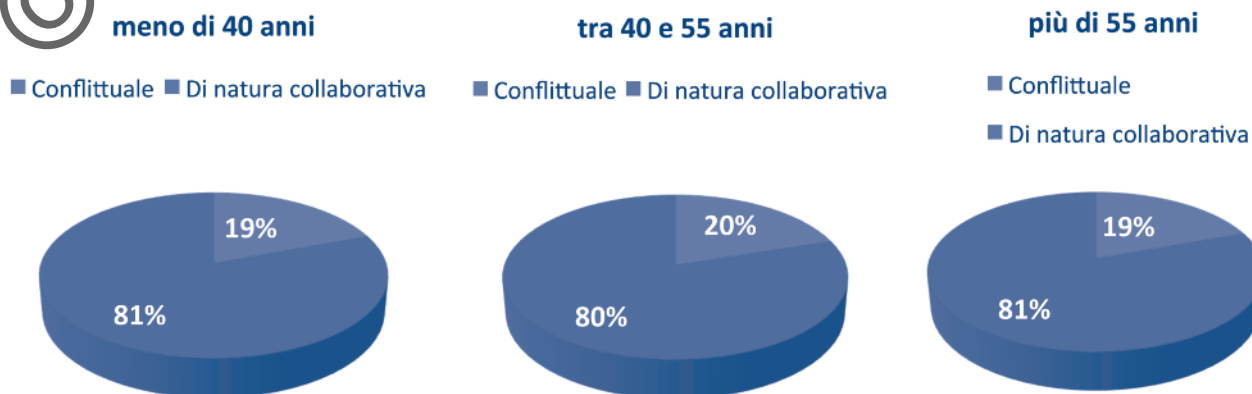
## Distribuzione per genere

<b>Maschi</b>	
Conflittuale	879
Di natura collaborativa	3.407
<b>Femmine</b>	
Conflittuale	346
Di natura collaborativa	1.586



## Distribuzione per età

<b>meno di 40 anni</b>	
Conflittuale	113
Di natura collaborativa	471
<b>tra 40 e 55 anni</b>	
Conflittuale	615
Di natura collaborativa	2.462
<b>più di 55 anni</b>	
Conflittuale	497
Di natura collaborativa	2.060



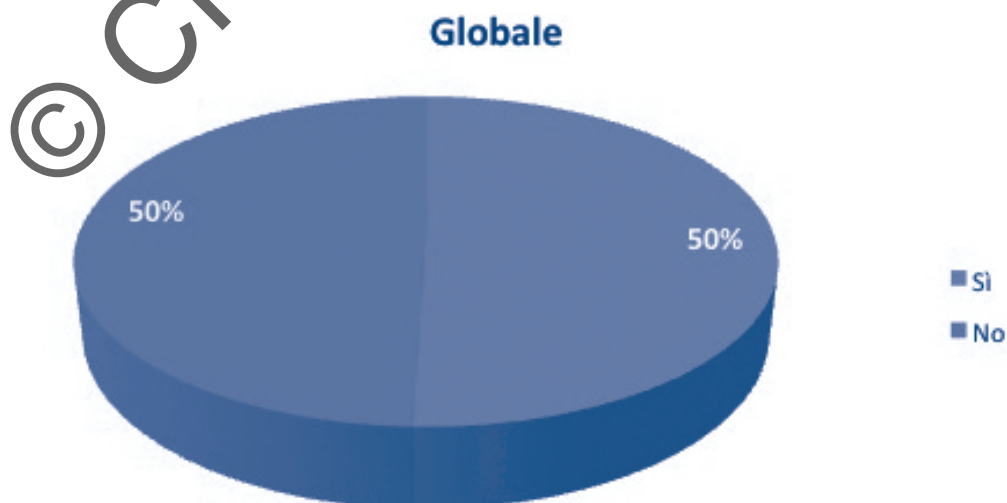
## Distribuzione per area geografica

Nord	
Conflittuale	606
Di natura collaborativa	3.011
Centro	
Conflittuale	362
Di natura collaborativa	1.142
Sud	
Conflittuale	257
Di natura collaborativa	840



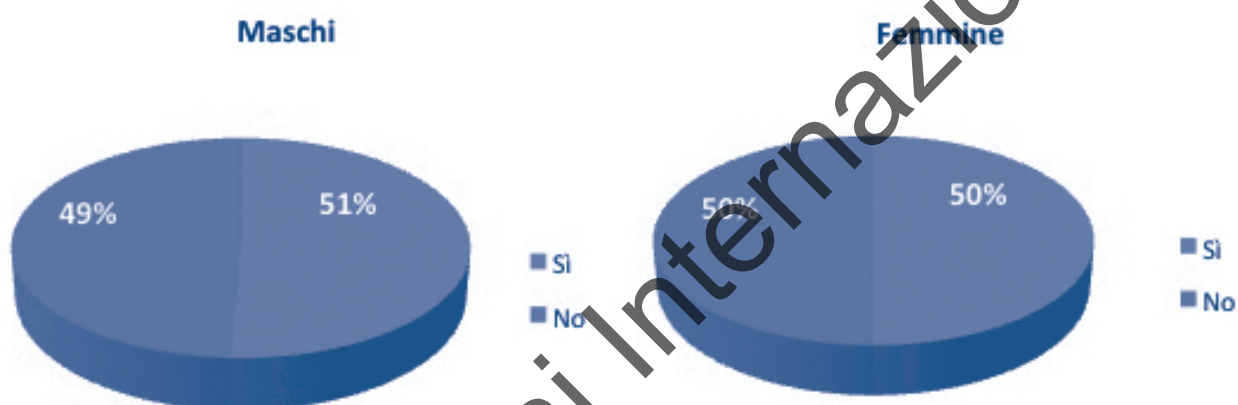
## Ti senti professionalmente gratificato nel lavoro che fai?

Si	3.140
No	3.078



### Distribuzione per genere

<b>Maschi</b>	
Si	2.172
No	2.114
<b>Femmine</b>	
Si	968
No	964



### Distribuzione per età

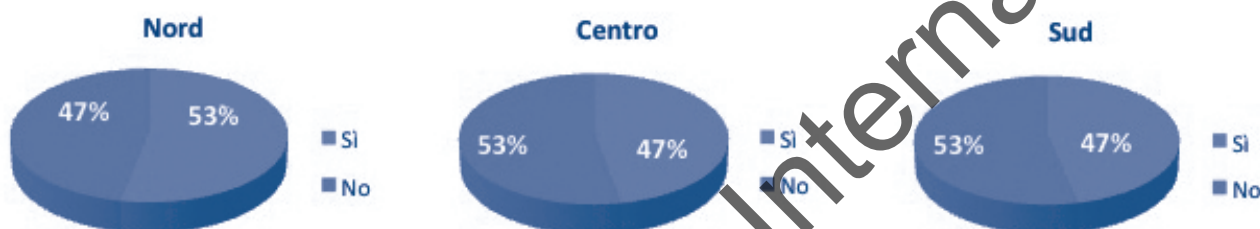
<b>meno di 40 anni</b>	
Si	338
No	246
<b>tra 40 e 55 anni</b>	
Si	1.475
No	1.602
<b>più di 55 anni</b>	
Si	1.327
No	1.230





## Distribuzione per area geografica

<b>Nord</b>	
Si	1.921
No	1.696
<b>Centro</b>	
Si	708
No	796
<b>Sud</b>	
Si	511
No	586

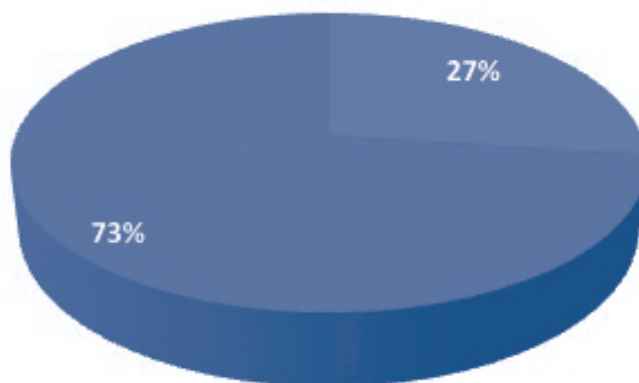


## Ritieni che il tuo lavoro sia:

Professionalmente riconosciuto e gratificante	1.688
Solo burocratizzato nell'ottica degli adempimenti di natura legislativa e gestionale	4.530

### Globale

- Professionalmente riconosciuto e gratificante
- Solo burocratizzato nell'ottica degli adempimenti di natura legislativa e gestionale

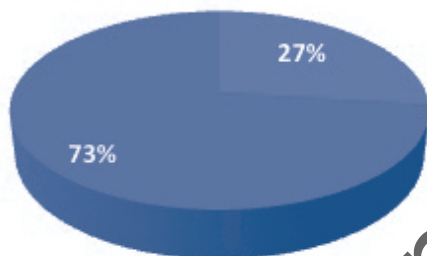


## Distribuzione per genere

<b>Maschi</b>	
Professionalmente riconosciuto e gratificato	1.159
Solo burocratizzato nell'ottica degli adempimenti di natura legislativa e gestionale	3.127
<b>Femmine</b>	
Professionalmente riconosciuto e gratificato	523
Solo burocratizzato nell'ottica degli adempimenti di natura legislativa e gestionale	1.405

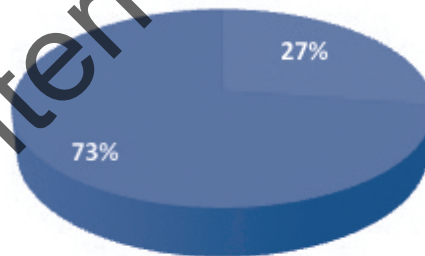
### Maschi

- Professionalmente riconosciuto e gratificato
- Solo burocratizzato nell'ottica degli adempimenti di natura legislativa e gestionale



### Femmine

- Professionalmente riconosciuto e gratificato
- Solo burocratizzato nell'ottica degli adempimenti di natura legislativa e gestionale

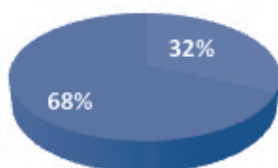


## Distribuzione per età

<b>meno di 40 anni</b>	
Professionalmente riconosciuto e gratificato	187
Solo burocratizzato nell'ottica degli adempimenti di natura legislativa e gestionale	397
<b>tra 40 e 55 anni</b>	
Professionalmente riconosciuto e gratificato	774
Solo burocratizzato nell'ottica degli adempimenti di natura legislativa e gestionale	2.303
<b>più di 55 anni</b>	
Professionalmente riconosciuto e gratificato	727
Solo burocratizzato nell'ottica degli adempimenti di natura legislativa e gestionale	1.830

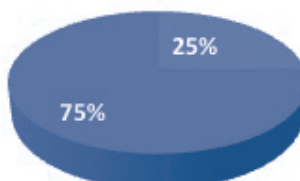
### meno di 40 anni

- Professionalmente riconosciuto e gratificato
- Solo burocratizzato nell'ottica degli adempimenti di natura legislativa e gestionale



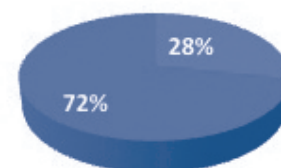
### tra 40 e 55 anni

- Professionalmente riconosciuto e gratificato
- Solo burocratizzato nell'ottica degli adempimenti di natura legislativa e gestionale



### più di 55 anni

- Professionalmente riconosciuto e gratificato
- Solo burocratizzato nell'ottica degli adempimenti di natura legislativa e gestionale



## Distribuzione per area geografica

Nord	
Professionalmente riconosciuto e gratificato	1.037
Solo burocratizzato nell'ottica degli adempimenti di natura legislativa e gestionale	2.580
Centro	
Professionalmente riconosciuto e gratificato	376
Solo burocratizzato nell'ottica degli adempimenti di natura legislativa e gestionale	1.128
Sud	
Professionalmente riconosciuto e gratificato	275
Solo burocratizzato nell'ottica degli adempimenti di natura legislativa e gestionale	822

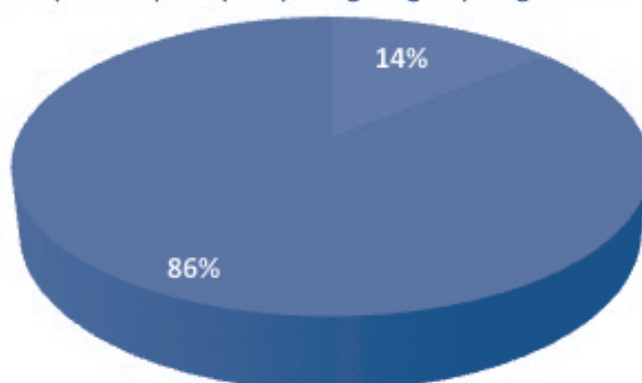


## Ritieni che il medico del SSN sia inquadrato come:

Un professionista per il quale la carriera e l'attività siano legate alle capacità tecnica e professionale	868
Un qualsiasi Dirigente pubblico per il quale prevalgono gli aspetti gestionali	5.350

### Globale

- Un professionista per il quale la carriera e l'attività siano legate alle capacità tecnica e professionale
- Un qualsiasi Dirigente pubblico per il quale prevalgono gli aspetti gestionali



## Distribuzione per genere

<i>Maschi</i>	
Un professionista per il quale la carriera e l'attività siano legate alla capacità tecnica e professionale	568
Un qualsiasi Dirigente pubblico per il quale prevalgono gli aspetti gestionali	3.718
<i>Femmine</i>	
Un professionista per il quale la carriera e l'attività siano legate alla capacità tecnica e professionale	500
Un qualsiasi Dirigente pubblico per il quale prevalgono gli aspetti gestionali	631

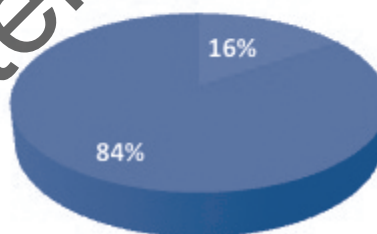
### Maschi

- Un professionista per il quale la carriera e l'attività siano legate alla capacità tecnica e professionale
- Un qualsiasi Dirigente pubblico per il quale prevalgono gli aspetti gestionali



### Femmine

- Un professionista per il quale la carriera e l'attività siano legate alla capacità tecnica e professionale
- Un qualsiasi Dirigente pubblico per il quale prevalgono gli aspetti gestionali



## Distribuzione per età

<i>meno di 40 anni</i>	
Un professionista per il quale la carriera e l'attività siano legate alla capacità tecnica e professionale	109
Un qualsiasi Dirigente pubblico per il quale prevalgono gli aspetti gestionali	475
<i>tra 40 e 55 anni</i>	
Un professionista per il quale la carriera e l'attività siano legate alla capacità tecnica e professionale	388
Un qualsiasi Dirigente pubblico per il quale prevalgono gli aspetti gestionali	2.689
<i>più di 55 anni</i>	
Un professionista per il quale la carriera e l'attività siano legate alla capacità tecnica e professionale	371
Un qualsiasi Dirigente pubblico per il quale prevalgono gli aspetti gestionali	2.186

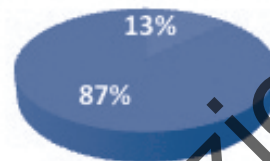
### Nord

- Un professionista per il quale la carriera e l'attività siano legate alla capacità tecnica e professionale
- Un qualsiasi Dirigente pubblico per il quale prevalgono gli aspetti gestionali



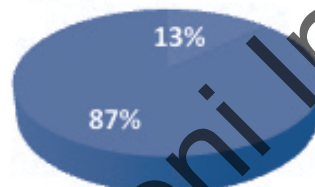
### Sud

- Un professionista per il quale la carriera e l'attività siano legate alla capacità tecnica e professionale
- Un qualsiasi Dirigente pubblico per il quale prevalgono gli aspetti gestionali



### Centro

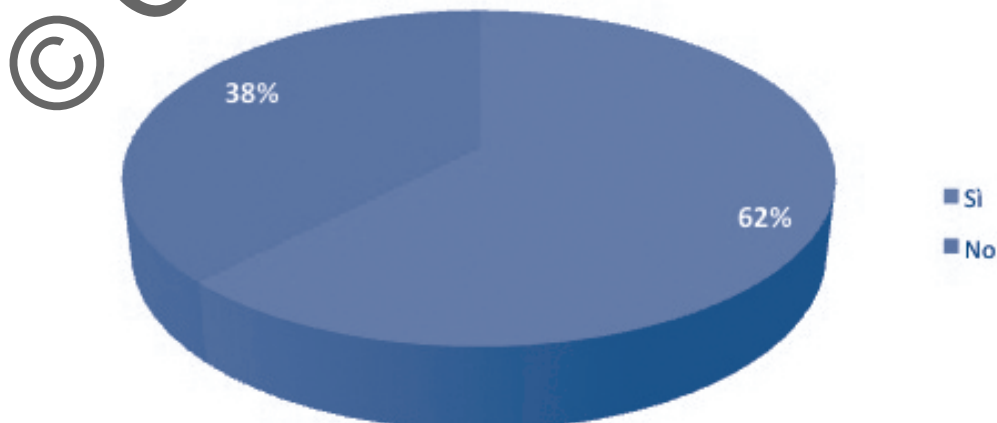
- Un professionista per il quale la carriera e l'attività siano legate alla capacità tecnica e professionale
- Un qualsiasi Dirigente pubblico per il quale prevalgono gli aspetti gestionali



## Ritieni che la struttura sanitaria dove lavori sia sensibile al problema della sicurezza delle cure?

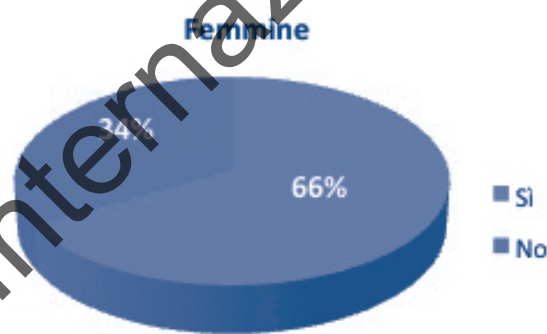
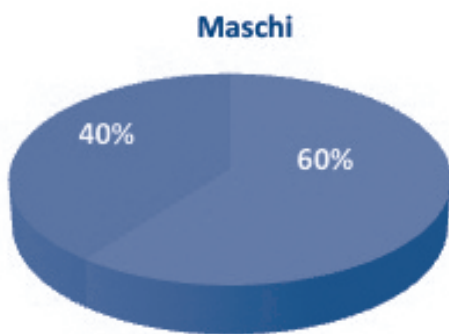


### Globale



### Distribuzione per genere

<b>Maschi</b>	
Si	2.586
No	1.700
<b>Femmine</b>	
Si	1.284
No	648



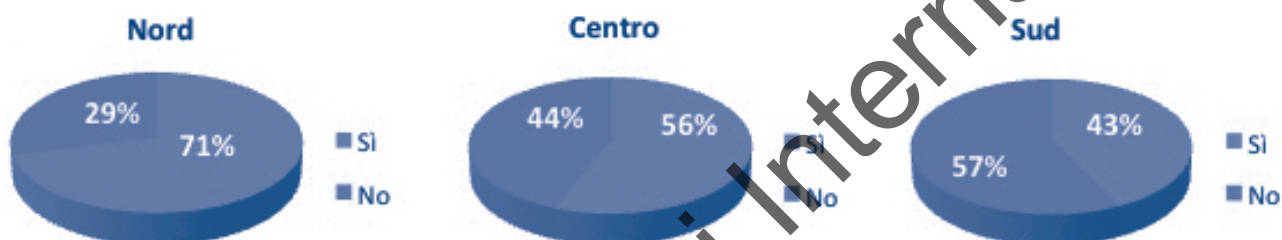
### Distribuzione per età

<b>meno di 40 anni</b>	
Si	372
No	212
<b>tra 40 e 55 anni</b>	
Si	1.936
No	1.141
<b>più di 55 anni</b>	
Si	1.562
No	995



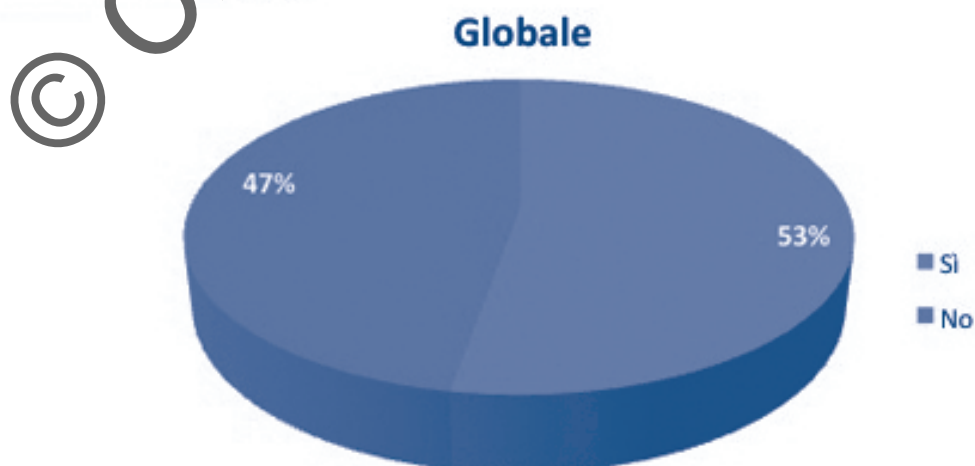
## Distribuzione per area geografica

Nord	
Si	2.559
No	1.058
Centro	
Si	842
No	662
Sud	
Si	469
No	628



**Ritieni che le tecnologie sanitarie in dotazione nella struttura dove lavori siano adeguate alle Tue necessità ed ai bisogni dei pazienti?**

Si	3.782
No	2.936



### Distribuzione per genere

Maschi	
Si	2.212
No	2.074
Femmine	
Si	1.070
No	862



### Distribuzione per età

meno di 40 anni	
Si	327
No	257
tra 40 e 55 anni	
Si	1.642
No	1.435
più di 55 anni	
Si	1.313
No	1.244





## Distribuzione per area geografica

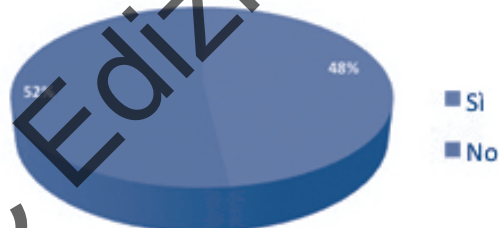
Nord	
Si	2.201
No	1.416
Centro	
Si	697
No	807
Sud	
Si	384
No	713



Ritieni che la struttura sanitaria dove lavori sia sensibile alla formazione continua del personale?

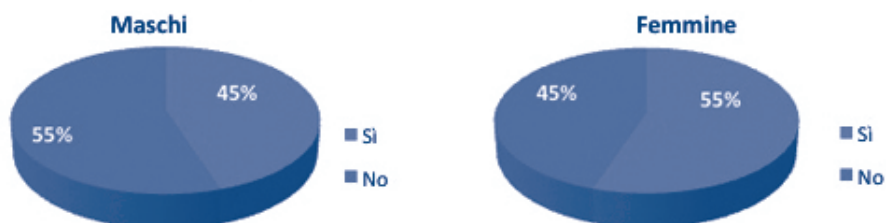
Si	2.992
No	3.226

Globale



## Distribuzione per genere

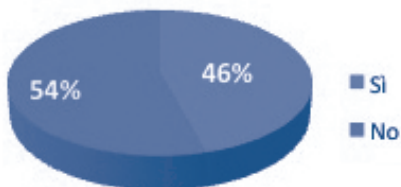
Maschi	
Si	1.927
No	2.359
Femmine	
Si	1.065
No	867



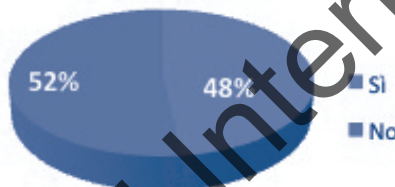
### Distribuzione per età

<i>meno di 40 anni</i>	
Si	267
No	317
<i>tra 40 e 55 anni</i>	
Si	1.483
No	1.594
<i>più di 55 anni</i>	
Si	1.242
No	1.315

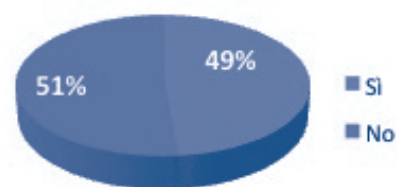
meno di 40 anni



tra 40 e 55 anni



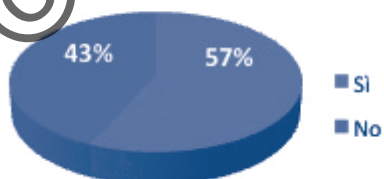
più di 55 anni



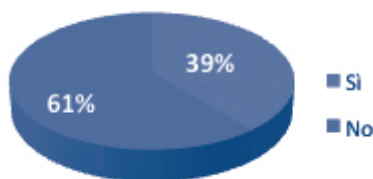
### Distribuzione per area geografica

<i>Nord</i>	
Si	2.052
No	1.565
<i>Centro</i>	
Si	587
No	917
<i>Sud</i>	
Si	353
No	744

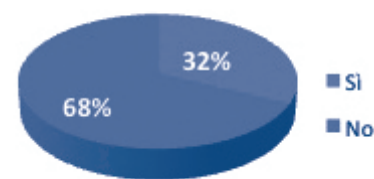
Nord



Centro



Sud



L'indagine completa è disponibile sul sito CIMO ASMD  
([www.cimoasmd.it](http://www.cimoasmd.it)) nella sezione approfondimenti

# Sanità e Medicina: un rapporto conflittuale ma necessario

Sergio Barbieri

L'economista inglese William Beveridge è considerato il padre della riforma del *Welfare State* in Inghilterra che seguì le linee programmatiche da lui stilate nel 1942, per arrivare nel 1948 alla costituzione del *National Health Service* che è alla base dei sistemi universalistici come il nostro. Egli era convinto che un grande sforzo iniziale, anche economico, per debellare le malattie sarebbe stato seguito da una riduzione della richiesta di servizi sanitari. In realtà è stato ampiamente dimostrato che la soglia della malattia, o meglio del sentirsi malati, cala quando i servizi sanitari si potenziano e quindi la spesa tende continuamente ad aumentare. Questo rende necessaria una revisione attenta dell'allocazione delle risorse che diventano nel tempo relativamente scarse.

Il medico è principalmente un professionista con compiti specifici indirizzati alla diagnosi e cura delle patologie e non un dirigente con compiti principalmente volti al governo della spesa, come le attuali realtà contrattuali vorrebbero che fosse. Il termine professione trae origine dal latino *professio* con il significato di dichiarazione, attestazione, manifestazione e, quindi, di arte, mestiere pubblicamente dichiarato, rivolto alla cura integrale della persona che si sviluppa in un rapporto individuale.

Questo articolo tenta di spiegare le motivazioni per cui spesso sanità e medicina si trovano su versanti contrapposti, ma cerca anche di indicare una possibile via d'uscita che consenta a queste realtà di convivere in maniera meno conflittuale per il bene comune.

La **sanità** quindi si occupa di **organizzazione**, ha un approccio **riduzionistico**, risponde evidentemente alla **collettività**, deve soddisfare il maggior numero di bisogni possibile **evitando sprechi e diseconomie**, quindi ha come **scopo principale l'efficienza e l'economicità**. I controlli che vengono fatti sono soprattutto basati su **indicatori di processo** che sono molto importanti perché rispondono a questa esigenza. Il **rischio** di quest'approccio, se utilizzato eccessivamente è che si crei una **riduzione dell'appropriatezza e quindi dell'effi-**

**cacia**. I recenti fatti di cronaca lo hanno chiaramente evidenziato. Inoltre, in parte per lo stesso motivo, si va verso un continuo aumento del contenzioso legale e di conseguenza verso il sempre maggiore ricorso dei medici alla medicina difensiva con un'esplosione dei costi a carico della collettività.

I medici, al contrario, per la loro formazione ed anche per vincoli di tipo deontologico, sono portati a pensare l'atto medico in termini di esercizio della medicina. La **medicina è complessità**, il medico risponde all'**individuo**, attraverso il rapporto medico-paziente, non può rispondere *in primis* alla collettività, il suo scopo è ovviamente curare la persona. Molte delle difficoltà incontrate nell'esercizio della medicina e nel ristabilire un corretto rapporto medico-paziente sono probabilmente legate al **progressivo abbandono della clinica**. Già Karl Jaspers affermava che: «è strano che, in contrasto con le straordinarie capacità operative della medicina moderna, emerga non di rado una sensazione di fallimento. Le scoperte della medicina hanno portato a una competenza senza precedenti. Ma è come se per la massa delle persone ammalate sia divenuto, per ognuna di esse, sempre più difficile trovare il medico giusto. Verrebbe da pensare che, mentre la scienza continuamente migliorava le proprie capacità, i buoni medici si siano fatti più rari». Anche prestigiose riviste mediche si stanno rendendo conto dell'importanza di trovare una soluzione a questo problema. *Lancet* ha dato il via a una "rubrica" settimanale intitolata *The art of medicine*. Nell'editoriale di presentazione si afferma: «La maggior parte delle pagine di *Lancet* sono naturalmente dedicate alla ricerca scientifica e ai fondamenti tecnici che sostengono il progresso medico. Ma la medicina è influenzata da una serie di fattori che hanno poco a che fare con la scienza. Essa è un processo anche sociale e culturale, ed è condizionata da un inevitabile legame con la storia, la letteratura, l'etica, la religione e la filosofia – in breve – essa ha un'implicazione umanistica, e deve ammettere un ruolo per quelle branche dell'insegnamento che hanno più a che fare con l'analisi e l'in-

terpretazione che non l'empirismo e l'evidenza» (Faith McLellan, Lancet 2008/1). In medicina quindi i **controlli** dovrebbero essere di *outcome*. Il **rischio** di un tale approccio esercitato in maniera esclusiva senza tenere conto di alcun problema gestionale è che si vada incontro ad una **diminuzione dell'efficienza** e alla comparsa di **sprechi e diseconomie**.

Bisognerebbe ovviamente trovare un punto di incontro tra queste diverse esigenze evitando che il pendolo oscilli troppo verso una delle due direzioni. Se si sposta troppo verso la sanità ignorando le esigenze della medicina assisteremo inevitabilmente ad una reazione negativa da parte del medico; se si sposta verso la medicina e non si terrà conto del problema dei costi e delle risorse necessarie all'esercizio dell'attività sanitaria si andrà incontro ad incompatibilità di sistema.

La teoria del contratto sociale di John Rawls, il più importante esponente della filosofia politica del XX secolo, comporta che le persone, per promuovere il più possibile i propri interessi, debbano stabilire istituzioni sociali per il mutuo vantaggio. Persone impegnate a

progettare una società giusta sceglierebbero di organizzare un Servizio Sanitario Nazionale al fine di assicurarsi di non essere mai privati di un intervento medico necessario. Tuttavia, in tal modo, le risorse finanziarie da dedicare a questo servizio non potrebbero essere inesauribili e dovrebbe quindi rientrare nel contratto sociale la clausola che coloro ai quali è stata delegata la responsabilità di tale servizio, in particolare i medici, debbano accertarsi che ciascuno fruisca del servizio in modo equo a seconda delle proprie necessità. Tutto ciò è perfettamente in linea con il concetto di giustizia distributiva di Rawls.

L'etica della pratica clinica deve armonizzarsi con le norme ed i valori della società. Medico come amministratore sociale, ma sempre come professionista.

Sergio Barbieri

[sergio.barbieri@policlinico.mi.it](mailto:sergio.barbieri@policlinico.mi.it)

[sergio.barbieri@fastwebnet.it](mailto:sergio.barbieri@fastwebnet.it)

Vice Presidente Nazionale CIMO-ASMD

## Chi gestisce la politica sanitaria del nostro Paese: chi lo sta facendo e non dovrebbe o chi dovrebbe e non lo sta facendo?

Maurizio Dal Maso

Scrivendo Sergio Romano sul Corriere della Sera del 9 aprile 2009: *L'arte del pensare sui tempi lunghi sembra essere estranea alla nostra natura. Le leggi esistono, ma vengono sistematicamente sconfitte da una potente coalizione di interessi elettorali, fatalismo individuale, imperizia amministrativa, affarismo spregiudicato, instabilità governativa e una somma di cavilli giuridici che metterebbe in ginocchio il più illuminato dei riformatori. Fra la preveggenza e il tornaconto, politico o individuale, vince quasi sempre il tor-*

*naconto*. Ed Ernesto Galli della Loggia, sempre sul Corriere della Sera, il 7 luglio 2013: *La nostra democrazia è in una crisi profonda perché da troppo tempo al potere legittimo espresso dal Parlamento e dal governo – cui solo spetta di decidere in quanto espressione della volontà dei cittadini – si è sovrapposto di fatto un potere di veto, oligarchico e autoreferenziale, di natura castale. L'immobilismo di cui sta morendo l'Italia è il frutto avvelenato della scarsa funzionalità del potere democratico di decidere, cioè del potere*

della politica, e, viceversa, dell'eccessivo potere di veto delle oligarchie burocratiche giuridico-amministrative.

Il mix di queste due lucide analisi è davanti ai nostri occhi da molti anni e fotografa in modo esatto non solo ciò che avviene nel mondo economico-finanziario e politico nazionale e regionale ma anche e, non potrebbe essere diversamente, in quello sanitario. Da troppo tempo infatti la mancanza di veri politici e di vere idee nuove, anche di politica sanitaria, nel nostro Paese ha fatto posto ai cosiddetti "tecnici" semplicemente perché si è ritenuto più comodo scaricare su di loro l'onere di risolvere tutti i problemi come se i tecnici fossero in grado di farlo e, cosa ancora più grave, fossero legittimati a farlo. I tecnici della sanità in Italia in questi anni hanno lavorato certamente per ridurre sprechi, inefficienze, duplicazioni di servizi, proporre soluzioni innovative professionali ed organizzative, ma poi è mancata la volontà politica di attuare tutte queste attività e ciò ha, di fatto, vanificato molto, se non tutto, di quanto di buono i tecnici avevano cercato di fare in un'ottica di miglioramento sostenibile del nostro SSN ovvero dei diversi 21 SSR. Su questo punto farei una prima riflessione. Come è stato possibile arrivare negli ultimi 20 anni ad avere 21 Sistemi Sanitari Regionali diversi non solo per i costi di gestione a parità di prestazioni prodotte, cosa grave ma comunque gestibile, ma per gli esiti di salute raggiunti nella popolazione di riferimento? È possibile che nessuno ne sia responsabile? È accettabile che tutto proceda senza che a nessuno di coloro che hanno gestito la cosa pubblica (governare è ben altra cosa) venga chiesto di rispondere alla collettività?

Certo i professionisti sanitari hanno delle responsabilità collegate all'aspetto tecnico dell'erogazione dei servizi e, come è lecito pensare, hanno la colpa di avere applicato una delle regole delle organizzazioni sanitarie, quella che dice che i comportamenti di tutti gli operatori sanitari non sono determinati dagli obiettivi generali espressi dalle leggi bensì dal sistema premiante connesso ai comportamenti stessi e solo se il sistema premiante è coerente con gli obiettivi generali questi saranno perseguiti. Un recente studio pubblicato su JAMA mostra che i medici americani assumono atteggiamenti positivi rispetto all'idea di una maggiore responsabilità nella riduzione dei costi sanitari, ma tendono a respingere quelle riforme che incidono sulle modalità con cui vengono compensati per le loro prestazioni. Il sondaggio condotto dai ricer-

catori della Mayo Clinic ha evidenziato che oltre la metà dei 2.556 interpellati attribuisce ad avvocati, compagnie di assicurazione, ospedali, aziende del settore sanitario e pazienti, il ruolo principale nel perseguire risparmi e solo il 36% ritiene che i medici abbiano lo stesso livello di responsabilità. Purtroppo sappiamo che non è così: i professionisti sanitari, e i medici in particolare, controllano oltre l'80% delle decisioni rilevanti nel determinare i costi dei servizi erogati, mentre il *management* realizza l'integrazione e il coordinamento regolando le attività di supporto.

In Italia gli ultimi mesi sono passati come se tutto l'interesse fosse concentrato su tecnicismi partitici, che cambiano di giorno in giorno e che in realtà non interessano a nessuno tranne i pochi eletti che vedono reale il rischio di dover "fare le valigie" e magari cercarsi un lavoro per la loro vita futura. Eppure in un contesto politico internazionale, nazionale e regionale difficile come quello attuale, sembra paradossale ma non lo è, le cose da fare sono poche e chiare e, almeno in sanità, sono scritte da tempo e molte di queste si dovevano e potevano adottare senza creare alcuna rivolta sociale ma, anche in questi casi, i vari Consiglieri comunali, Sindaci, Consiglieri regionali, Assessori o Governatori sono riusciti ad avere la capacità politica di non attuare queste riforme. Io credo che oggi manchino politici veri e idee politiche vere e nuove, al passo con i tempi, in sintonia con ciò che i cittadini stessi vogliono e che sanno benissimo spiegare a chi fosse in grado di ascoltare ed essere intenzionato a mettere in pratica quanto suggerito: purtroppo, oggi, i nostri politici non sono nemmeno in grado di ascoltare, figuriamoci riuscire ad attuare vere e stabili riforme! Occorre però essere obiettivi e ricordare che la classe politica di un Paese esprime al meglio, e quindi al peggio, il livello complessivo di un Paese e dunque, come cittadini, dobbiamo ammet-



tere che abbiamo quello che in parte ci siamo meritati e in parte ci hanno obbligato a votare e quindi “democraticamente” scelti. Ma in sanità è proprio così? Sicuramente da tecnici anche noi abbiamo le nostre responsabilità, ad esempio pensiamo ad alcuni dati che avrebbero dovuto farci riflettere e che forse non abbiamo adeguatamente compreso e valutato per le prevedibili ricadute sulle nostre attività quotidiane.

1. Il PIL italiano dal 2003 al 2012 è diminuito passando da 1.606 mld di euro a 1.566 mld di euro. Ovvio quindi che, anche a parità di spesa percentuale sul PIL, la disponibilità finanziaria del SSN non poteva che diminuire negli anni.

2. Il debito pubblico è aumentato passando dal 2003 al 2012 da 1.671 mld di euro a 1.969 mld di euro e quindi i vincoli di politica economica e finanziaria in ambito UE non potevano che obbligarci a politiche di rigore e di revisione profonda della spesa pubblica e quindi anche di quella sanitaria che, come tutti sappiamo, rappresenta circa il 70% dei bilanci regionali.

3. Il tasso di disoccupazione giovanile (15-24) in Italia è passato dall'8.5 del 2003 al 10.8 del 2012 e tutti sanno che senza lavoro non c'è crescita economica e senza crescita economica non si possono creare posti di lavoro. In Italia, e non solo, negli ultimi 6 anni è stata ignorata la regola economica di Keynes, secondo la quale l'austerità deve essere adottata in periodi di espansione, non in quelli di crisi, come sono quelli attuali.

4. L'ultimo rapporto Censis riporta un dato che è in linea con quello storico della stabile percentuale (circa il 20%) della spesa privata italiana *out of pocket* sul totale della spesa sanitaria e che in questa fase di forte recessione e disoccupazione prevede che la *“tutela della salute debba essere integrata con risorse proprie”* per cui assistiamo, e assisteremo sempre più, al fenomeno che vede intere fasce di popolazioni uscire dalle protezioni sanitarie e da quelle previdenziali aumentando il rischio di cronicizzazione di patologie non più gestite in fase iniziale o con regolare continuità e di intere aree specialistiche disertate, come sta avvenendo per l'odontoiatria, al punto che già si parla di “povertà sanitaria” interessando non solo il mancato acquisto di prestazioni ma anche di farmaci o altri servizi.

Si potrebbe dire che in questi ultimi anni abbiamo assistito ad un esercizio di tattica sanitaria, ma non di strategia sanitaria se per strategia intendiamo la definizione di finalità ed obiettivi principali di lungo periodo di un'Azienda, e l'adozione di un corso di azioni con l'allocazione di risorse funzionale al raggiungimento di tali obiettivi, ovvero un piano coeren-

te ed integrato di azioni tese ad assicurare il raggiungimento dei propri obiettivi finali, quindi il perseguimento dei propri fini. E che dire della pianificazione sanitaria e del *management* strategico attuato nelle Aziende sanitarie o ospedaliere? Come possiamo conciliare quello che avviene nelle regioni italiane con quanto dovrebbe essere fatto e giustamente atteso dai cittadini? Nelle nostre realtà, ritroviamo una stabile coerenza in termini di programmazione (*programmi di azioni annuali*), budgeting (*definizione dei livelli di attività ed allocazione delle risorse e quindi della pre-definizione degli stati futuri ovvero dei risultati attesi*), implementazioni dei programmi funzionali (*misurazione delle attività*) e reporting ed analisi (*confronto fra obiettivi/risultati*) in un contesto di controllo strategico? E soprattutto queste funzioni sono raccordate da tempo in un contesto coerente di politica sanitaria regionale e, per quanto di competenza, nazionale? Certo in questo caso tutti i professionisti hanno delle oggettive colpe e responsabilità ma sono anche coloro che tutti i giorni riescono, nonostante tutto, a mandare avanti le organizzazioni sanitarie e che, forse non sapendolo, fanno quello che Michael Porter già nel 2007 aveva indicato come i tre punti essenziali per garantire un cambiamento migliorativo e un futuro di successo per i sistemi sanitari: creare “valore” per i pazienti (ovvero salute tramite la risoluzione dei loro problemi), organizzare i processi di produzione attorno alle pratiche cliniche e diagnostico-assistenziali (e non “contro” come molto spesso accade) ed infine misurare e rendere noti ai cittadini gli esiti di salute raggiunti anche in termini di rischi e costi complessivi. Secondo Porter *the role of health professionals at the hearth of the system* era l'unica strada da seguire, e forse tutti i professionisti erano, e sono, pronti a giocare questa partita, ma tutto il contesto e le sovrastrutture politico-amministrative che ruolo sono in grado di svolgere e quale “valore” aggiunto sono in grado di portare? Temo che la risposta sia racchiusa nella riflessione di un economista sanitario, Marzio Scheggi, che recentemente scriveva *“ciò di cui si sente una pesante mancanza è un respiro strategico della politica che sappia anticipare il futuro adottando una strategia che consenta di anticipare gli eventi piuttosto che adeguarsi ad essi, in una sterile rincorsa di un equilibrio sempre più precario conseguito ad un prezzo insostenibile, soprattutto per le fasce più deboli della popolazione attraverso l'aumento dell'imposizione fiscale e contributiva e la diminuzione della spesa pubblica”*.

# Le pensioni di invalidità

Umberto Celotto

Nei precedenti interventi sono state illustrate le varie ipotesi di trattamento pensionistico che scaturiscono dalle contribuzioni all'assicurazione generale obbligatoria, con particolare riguardo alle pensioni di vecchiaia ed a quelle anticipate, con i rispettivi risvolti di reversibilità.

Meritano ora un cenno anche le pensioni di invalidità, anch'esse con diverse fisionomie in rapporto alla maggiore o minore entità lesiva da causa endogena, o di altro tipo.

Vale anticipare che esse presuppongono, tutte, la cessazione dal rapporto di servizio.

Va anche detto che le stesse potrebbero essere le ultime occasioni di pensioni anticipate che si pongono a tutela di periodi in cui cessano attività e reddito, trovando fondamento su più accentuati motivi di mutualità.

Per le pensioni di cui si tratta si segnalano aggiornamenti anche in relazione ai ricavi di trattamento, con l'aggiunta di qualche ulteriore valutazione in prospettiva.

Nel merito, tra le ipotesi di invalidità ordinaria vanno, anzitutto, segnalati i casi relativi ad una ridotta menomazione, come previsto anche dalla L. n. 274/1991: in particolare, il primo caso postula un'inabilità assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro e richiede almeno 15 anni di accrediti contributivi; un secondo caso presuppone l'inabilità permanente (ma di minore entità) allo svolgimento delle proprie mansioni, ovvero un'inedoneità ai servizi d'istituto e richiede 20 anni di servizio utile.

Entrambi non attribuiscono alcun incremento del trattamento, oltre la valutazione dell'anzianità autonomamente maturata. È da notare che l'accertamento sanitario, ai fini pensionistici, è del tutto autonomo da quello consentito in rapporto ad altre finalità.

Più rilevante è l'ipotesi di cui all'art. 2, c. 12, della L. 335/1995, ossia quella del trattamento ordinario di inabilità riservata ai casi di maggiore gravità con riduzione della capacità lavorativa superiore al 74%, per i quali si richiedono almeno cinque anni di contribuzione. Qui, al dipendente interessato, viene computato in pensione, oltre al servizio prestato, anche quello che lo stesso avrebbe ulteriormente reso dalla data della dispensa al limite di età fissato dalla disciplina di attività di servi-

zio, comunque non oltre 40 anni e nei limiti dell'80% (misura massima che era stata già ereditata dall'INPS). Nel merito, va subito richiamato l'art. 1, c. 42, e la Tabella G della L. n. 335/1995, secondo cui, già con effetto dal 1° gennaio 1996, l'importo di spettanza è determinato in rapporto al reddito dell'invalido beneficiario. Più esattamente, in caso il dipendente abbia un reddito superiore a 4 volte il trattamento minimo annuo del Fondo Pensioni Lavoratori Dipendenti, calcolato in misura pari a 13 volte l'importo in vigore al 1° gennaio, la percentuale di riduzione dell'importo dell'assegno sarà pari al 25%. Se tale reddito è superiore a 5 volte a detto trattamento minimo annuo, la percentuale di riduzione dell'assegno sale al 50%.

In concreto, non c'è alcuna riduzione delle pensioni di inabilità in argomento fino a circa 25.000 euro di reddito annuo del beneficiario, mentre l'importo si ridurrà del 25% per redditi fino a 31.000 euro, ovvero della metà in caso di superamento di detta cifra.

I predetti importi sono resi a titolo indicativo a partire dal 2014, tenendo presente che gli stessi subiscono progressioni annuali di incremento secondo gli indici ISTAT di perequazione automatica.

Al riguardo, i redditi di cui tener conto sono quelli soggetti ad IRPEF, ad esclusione del reddito della casa di abitazione e dell'importo di pensione di inabilità di cui si discute.

Per quanto riguarda la pensione di privilegio, va richiamato che essa presuppone un'inabilità per patologie ed eventi derivanti da causa di servizio. Qui è da richiamare subito l'art. 6 della L. n. 214/2011 (di conversione, con modifiche, del d.l. 201/2011) che ha abrogato, a decorrere dal 6 novembre 2011, tale trattamento. Detta ipotesi rimane, tuttavia, valida solo a favore degli appartenenti ai corpi militari e di polizia ed agli organi adibiti a soccorso pubblico.

Restano, comunque, salvaguardati i procedimenti in corso alla data del 6 novembre 2011 e quelli per i quali, alla medesima data, non sia ancora scaduto il termine di presentazione della domanda (reso obbligatorio, a pena di decadenza, entro 5 anni dall'evento dannoso). Viene, pertanto, avviata una fase ad esaurimento di un istituto di particolare garanzia per il servizio pubblico.

Per quanto riguarda l'entità del trattamento garantito va considerato che anche per le pensioni di invalidità si applica il regime di calcolo dei trattamenti ordinari. In base a ciò, va osservato che il sistema di calcolo interamente retributivo rimane ormai riservato alle residue ipotesi che presentino accrediti contributivi dal 1978 al 1995 in forma continuativa. Anche i casi di calcolo misto non risulteranno, prevedibilmente, in gran numero postulando periodi parziali di copertura nel predetto ambito temporale.

Ciò significa che già da oggi, ed a maggior ragione per il futuro, il calcolo del trattamento di inabilità sarà del tutto di tipo contributivo con la conseguente riduzione di tutela, al pari delle pensioni ordinarie.

In proposito vale precisare che, già al momento, per casi di inabilità meno importanti l'attribuzione è di poche centinaia di euro, anche in presenza di più consistente anzianità maturata.

Vale aggiungere, quanto all'accertamento dei presupposti della prestazione in discorso, che l'unificazione delle

gestioni determinerà sempre più una procedura omogenea per le varie gestioni ora confluenti nell'INPS, probabilmente con maggior garanzia e sollecitudine. E anche casi di indebito godimento della prestazione non possono minare gli aspetti solidaristici che permeano la materia.

Dal quadro sopra delineato si ricava, infatti, che anche negli ultimi due anni, il settore in esame ha subito ulteriori erosioni con particolare riguardo ai trattamenti privilegiati, salvo l'anticipazione dei trattamenti stessi. In prospettiva, pertanto, sembra opportuno che dette prestazioni mantengano la necessaria efficacia. Sarebbe auspicabile anche che venisse codificato un trattamento minimo di prestazione atto a salvaguardare l'intento mutualistico per i casi di più ridotta entità.

Appare, altresì, opportuno che anche i limiti di reddito di cui all'art. 2 della L. n. 335/1995 vengano più opportunamente rideterminati ad evitare che il trattamento di inabilità risulti meno gratificante di quello ordinario, nonostante la specifica motivazione.

## Tra ragione e potere

Giancarlo Faletti

Nel suo più recente saggio intitolato "Sull'idea di rinnovamento" (Raffaello Cortina Editore), Roberta De Monticelli identifica e descrive almeno due modi fondamentali di essere con gli altri: il "faccia a faccia" e l'"appartenenza".

Nel primo caso, si definisce la relazione fra più individui che può estendersi dall'incontro di due al convivio (regime festivo) o alla collaborazione (regime feriale) di molti; può includere tutte le tonalità delle relazioni interpersonali e tutti i diversi aspetti delle reciproche aspettative e obbligazioni dovuti ai differenti ruoli, ma conserva due aspetti fondamentali: il principio di personalità e il principio di verifica (o di ricognizione). Ognuno risponde in prima persona di quello che fa; ognuno è vincolato al riconoscimento degli stati di cose accertati con evidenza sufficiente, almeno fino a prova contraria. Il mondo degli incontri umani è costituito solo in quanto normato da un minimo (condiviso di regole) di etica e di logica rispetto alle quali ciascuno è chiamato in prima persona a rispondere. In questo

senso, si parla di "mondo della ragione", ovvero dello spazio di ragione di ognuno.

L'appartenenza, invece, è la socialità come partecipazione ad una qualche comunità (di vita o di famiglia); si caratterizza perché può sussistere anche indipendentemente dalla volontà di un suo membro (per nascita, per educazione...) e può avere effetti sulla vita indipendentemente dalla volontà (del membro) e dalla sua cognizione o verifica: non è, perciò, caratterizzata né dal principio di personalità né da quello di cognizione/verifica. Questa relazione è, probabilmente, quella più basilare e più fondamentale poiché non si può concepire un collettivo senza una qualche forma di appartenenza o di identità superindividuale. Il principio basilare dell'equilibrio tra cooperazione e conflitto è, necessariamente, una qualche distribuzione del potere, non necessariamente fondata sul consenso. Laddove il potere può esercitarsi a prescindere dal consenso (e, addirittura, sulla richiesta di consenso), ciò che si definisce "politica" si discosta dall'etica e, perfino, dalla logica.



Ciò conduce, inevitabilmente, a constatare l'esistenza di una dissociazione dei due modi di relazionarsi: lo spazio delle ragioni e quello del potere; l'etica e la logica, da un lato, la politica, dall'altro.

Il rinnovamento civile e politico – secondo la filosofa – è volto a tentare di riunire queste due dimensioni dell'essere sociale, di modo che nella ricerca del vero (che è alla base di entrambe) si possa sintetizzare felicemente il valore di giustizia: come valore etico o norma del dovere di ciascuno; come valore politico, come norma del dovuto a ciascuno nella società bene ordinata.

Riflettevo su queste interessanti catalogazioni dottrinarie per dar loro un senso compiuto a proposito delle relazioni che si instaurano tra un medico pubblico dipendente, il suo paziente e l'amministrazione di riferimento, per ricondurre la prima relazione nel più sintomatico ambito del "faccia a faccia" e la seconda all'evidente principio di "appartenenza". Cosicché, diventa inevitabile, nell'un caso, rinvenire le "regole" della relazione riconducibili al mondo della ragione e, nel secondo, l'equilibrio di "potere" che connota il rapporto. L'analisi è perciò condotta con la disamina di cinque principi che attraversano le due relazioni.

Il principio di "immedesimazione organica" – dettato dall'art. 28 della Costituzione – descrive la situazione per la quale i soggetti pubblici (le pubbliche amministrazioni) non possono agire che a mezzo dei propri dipendenti il cui operato, pertanto, non può considerarsi di soggetti distinti ma degli enti stessi per i quali il dipendente agisce: manifestazione esplicita di una relazione di "appartenenza" nell'ambito della quale l'equilibrio che si instaura tra gli "appartenenti" è fondato su una relazione di potere.

Il principio di "occasionalità necessaria" descrive la situazione in forza della quale il comportamento del dipendente costituisce esplicazione dell'attività della pubblica amministrazione, di un'attività – cioè – che sia posta in essere per il raggiungimento dei fini istituzionali dell'ente; di modo che il fine pubblico dell'attività alla quale si riconnette l'evento (in ipotesi, generatore del danno) sia compreso nell'ambito delle attribuzioni dell'ufficio o del servizio a cui il dipendente è addetto, rendendo così possibile il riconoscimento del nesso che lega l'espletamento delle mansioni e l'evento. Relazione di "appartenenza" quanto a riferibilità del comportamento del dipendente all'ente; relazione "faccia a faccia" quando il dipendente (medico, nella specie) si rapporta con il paziente.

Così vero che, il rapporto professionale medico/paziente è caratterizzato dalla "norma" condivisa (principio)

della "diligenza qualificata", descritta nell'art. 1176 cpv cc. Non tutti i modi di relazionarsi con il paziente sono (ir)rilevanti secondo la previsione dell'ordinamento: soltanto quelli connotati da una prestazione professionale "qualificata", però, rendono esente il medico da conseguenze di responsabilità in occasione della (ri)cognizione o verifica. Ciò che è richiesto al medico è di rapportarsi professionalmente con il paziente in modo che la diligenza utilizzata sia (positivamente) valutabile "con riguardo alla natura dell'attività esercitata". Che svolga, cioè, la sua prestazione in modo che la verifica cui essa è sottoposta dia conto del corretto ed esauritivo adempimento dell'obbligazione professionale assunta consistente nello svolgimento di quell'attività che, nelle condizioni date, è richiesta ad un normale soggetto qualificato. In questo senso va letta, perciò, la disposizione "premale" di cui all'art. 3 d.l. 158/12 (convertito in L. 189/12, cd legge Balduzzi), secondo cui va esente da responsabilità penale per colpa lieve l'esercente della professione sanitaria che abbia agito attenendosi a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica. Laddove l'esenzione di responsabilità penale, per il caso così descritto, è il riconoscimento che la rispondenza della prestazione alla regola accreditata dalla comunità scientifica tranquillizza la collettività (che, infatti, rinuncia alla sanzione), dimostrando di saper distinguere l'errore dalla colpa. Ma la relazione di "appartenenza" si sviluppa necessariamente attraverso percorsi di reciproca fiducia, di reciproco affidamento, di accettazione del criterio per il quale ciascuno è impegnato a svolgere diligentemente il compito che gli è proprio: non a caso, nell'ipotesi di prestazioni plurisoggettive, ciascuno dei coautori non deve ritenersi obbligato a delineare il proprio comportamento in funzione del rischio di condotte colpose altrui ma potrà sempre fare affidamento sul fatto che gli altri soggetti agiscano nell'osservanza delle regole di diligenza proprie di ciascuno, salvo il dovere di sorveglianza in capo a chi riveste la posizione apicale all'interno del gruppo. Dove l'equilibrio di potere si esprime come garanzia della riuscita della prestazione (plurisoggettiva) richiesta, mentre la relazione che si instaura tra i componenti della *équipe* è forzatamente "faccia a faccia", soggetta a (ri)cognizione e verifica da parte dei medesimi partecipanti al gruppo.

Ma, come noto, la condotta e l'evento (in ipotesi, di danno) intanto sono generatori di responsabilità in quanto siano tra loro legati dal principio di causalità in forza del quale l'evento (dannoso) è conseguenza diretta della condotta (colposa). La verifica che, a postero-

ri, tende ad accertare la sussistenza del nesso si è – allo stato delle acquisizioni giurisprudenziali – consolidata nell'accertare, in ogni singolo caso concreto, la logica del “più probabile che non” per affermare la sussistenza di responsabilità civile e dell’ “oltre ogni ragionevole dubbio” per affermare la sussistenza di responsabilità penale. Entrambe logiche dell'appartenenza, delle regole processuali che la comunità dell'amministrazione della giustizia si è data per discernere – nella ricerca del vero – il razionale esercizio del potere dall'irrazionale espressione della forza.

Dunque, la responsabilità del medico si sviluppa secondo il sommario percorso appena tracciato: è quindi agevole, in conclusione, comprendere il perché la ricerca del vero sia, in fondo, dare soddisfazione ad un'esigenza di giustizia: giustizia come “dovere di ciascuno”, esplicazione della diligenza nell'adempire l'obbligazione che si assume (anche) quale organo dell'amministrazione; giustizia come “dovuto a ciascuno” quando, all'esito della verifica, si riscontri il puntuale rispetto della “regola professionale” e, dunque, il corretto adempimento dell'obbligo assunto ovvero – ove si accerti la violazione della regola – il riconoscimento del diritto della “vittima” ad ottenere il ristoro del pregiudizio patito.

In un suo lavoro “allegro ma non troppo”, l'economista Carlo M. Cipolla ha sinteticamente tratteggiato – per ragioni di comodità espositiva delle “leggi fondamentali della stupidità umana” che provvedeva a descrivere – le quattro categorie all'interno delle quali ciascun essere umano andava a collocarsi: gli sprovveduti, gli intelligenti, i banditi e gli stupidi. Laddove (i) gli sprovve-

duti erano coloro che, compiendo un'azione, ne derivavano una perdita, procurando al contempo un vantaggio ad altri; (ii) gli intelligenti erano coloro che compiendo un'azione ne traevano un vantaggio e, al contempo, avvantaggiavano anche altri; (iii) i banditi erano coloro che, dalla loro azione, traevano vantaggio danneggiando altri e (iv) gli stupidi erano, infine, coloro che nel compiere un'azione causavano una perdita a se stessi ed agli altri. La descrizione dei “tipi” riconducibili alle quattro macro-categorie appena elencate consentiva all'autore di delineare le leggi fondamentali della stupidità tra le quali primeggia la quarta: “le persone non stupide sottovalutano sempre il potenziale nocivo delle persone stupide. In particolare, i non stupidi dimenticano costantemente che in qualsiasi momento e luogo ed in qualunque circostanza, trattare e/o associarsi con individui stupidi si dimostra infallibilmente un costosissimo errore”.

I medici sono, per natura, da ricondursi alla categoria degli “intelligenti” poiché finalità del loro intervento è quella di procurare vantaggio al proprio interlocutore unitamente alla soddisfazione di aver compiuto diligentemente l'azione stimata necessaria: essa si consolida nell’“aver cura”, nell'eseguire cioè tanto l'intervento terapeutico (*to cure*) quanto nell'esercitare un'attività curativa (*to care*), nell'esplicitare dunque tanto la competenza professionale quanto la disponibilità verso l'ascolto e, infine, nel coniugare sapientemente lo spazio della ragione con l'equilibrio del potere.

Giancarlo FALETTI

© CIC Edizioni Internazionali

# L'ESPERTO RISPONDE



## L'esperto risponde...

### **Responsabilità sui pazienti non ricoverati in Reparti di diretta competenza nosologica**

*La dott.ssa F.P. ci scrive: "Nel mio ospedale abbiamo il grosso problema dei ricoverati fuori reparto di appartenenza per carenza di posti letto (esempio: anziano ricoverato in ortopedia con broncopolmonite, ecc.). Preciso che sto parlando di un ospedale a padiglioni e non a monoblocco. Fino ad oggi in casi come quello su indicato, l'internista visitava il paziente, provvedeva a stabilire la terapia ed almeno una volta al giorno, o a seconda delle necessità, andava a controllare il paziente. Il paziente, quindi, era a carico, per il resto, del reparto che lo ospitava. La direzione sanitaria ha prodotto recentemente una Circolare in cui la responsabilità del paziente è attribuita al reparto nosologicamente competente. Va da sé che se il paziente è ricoverato in un padiglione molto lontano, ci sono delle difficoltà obiettive nel monitorarlo attentamente. A tal proposito, mi è stato risposto che questo compito spetta agli infermieri... Io trovo che questa Circolare rappresenti un ennesimo tentativo di trovare, al bisogno, un capro espiatorio. Infatti mi chiede: se il paziente decede, nel caso succitato, è colpa dell'ortopedico di turno o dell'internista."*

La questione sollevata è di squisita valenza locale (aziendale).

Mi rifiuto di credere che la Sua ASL non abbia disciplinato (mediante preventiva informazione, consultazione, concertazione con le OO.SS. mediche, prima del D. Lgs. 150/2009 di Brunetta; e dopo, mediante informazione ed esame congiunto) la questione dell'organizzazione sanitaria ed assistenziale, e delle relative responsabilità, per quanto riguarda quei pazienti che, per carenza di posti letto, sono collocati provvisoriamente in Reparti di degenza di non diretta competenza nosologica.

Sarebbero veramente sprovveduti i responsabili (nel caso di specie: dell'Ortopedia, della Medicina interna, nonché il direttore sanitario della ASL), che non disponessero di una specifica normativa aziendale (credibile dal punto di

vista tecnico-scientifico) da poter esibire di fronte al giudice che dovesse indagare in occasione di incidenti o disservizi connessi a tali situazioni organizzative. Se così tuttavia fosse, i sindacati medici locali farebbero bene a chiedere formalmente alla propria amministrazione un incontro urgente per disciplinare, nel modo più sicuro possibile, per medici e pazienti, quanto anzidetto, anticipando da subito di voler dissociare la propria responsabilità dalla attuale situazione organizzativa (che prevede la collocazione dei pazienti in Reparti di non diretta competenza nosologica), condizione che le OO.SS. mediche non intendono condividere per gli inevitabili rischi connessi.



### **Compatibilità dei medici dipendenti con l'incarico gratuito di consulente scientifico di una ONLUS nascente**

*La dott.ssa B. M. ci scrive: "Sono dirigente medico a tempo pieno di un ospedale pubblico, iscritta alla CIMO. Mi è stato chiesto da una ONLUS che sta nascendo, di fare da consulente scientifico (gratis). Posso farlo e cosa devo fare con la mia azienda? Devo comunicare qualcosa? Può l'azienda creare problemi?"*

L'attività di cui al quesito, pur non rientrando nella libera professione intramuraria (ai sensi dell'art. 60 del CCNL 8/06/2000), richiede comunque l'autorizzazione preventiva del direttore generale della ASL di appartenenza, il quale è titolato a valutare se, per la gravosità dell'impegno richiesto, l'attività in questione non sia incompatibile con gli obblighi istituzionali del dipendente.

In tal senso Lei dovrà specificare, nella richiesta di autorizzazione, il tipo di impegno richiesto per l'attività di consulente scientifico della ONLUS, marcando sul fatto che la consulenza stessa è a titolo gratuito e non compromette in alcun modo i suoi impegni contrattuali di lavoro (se così è in effetti).

Per evitare una mancata risposta potrà dare alla Sua amministrazione un tempo ragionevole per la risposta stessa (diciamo 15-20 giorni), anticipando che, se risposta non

dovesse esserci, Lei intenderà il silenzio come assenso. Se l'azienda dovesse creare problemi, anche fossero evidentemente pretestuosi, Lei dovrà rinunciare all'incarico gratuito di consulenza scientifica.



### Tempistica attuativa del decreto Balduzzi in materia di libera professione

*Il dott. P. R. ci scrive: "Vista l'entrata in vigore del decreto Balduzzi, la nostra azienda impedisce l'esercizio della libera professione intramoenia allargata nei propri studi professionali fino a quando non saranno installati i POS per il pagamento delle visite, in quanto non ritengono tracciabile l'assegno bancario. Le chiedo se tutto ciò è possibile. Inoltre hanno vietato la visita a casa del paziente e non concedono più l'esecuzione di interventi chirurgici in casa di cura. Hanno infine deciso di ritirare i bollettari con i quali emettevamo fattura. Il tutto senza aver individuato spazi idonei interni per l'esercizio della libera professione. Chi mi potrà risarcire dei mancati interventi in clinica? Le chiedo una risposta per poter contro battere all'azienda in sede di riunione sindacale."*

La tempistica prevista dal decreto Balduzzi (convertito in legge 8/11/2012, n. 189) per le nuove modalità dell'intramoenia (sia nelle strutture pubbliche, sia nelle strutture anche esterne, ma collegate in rete mediante apposita infrastruttura) non è ancora oggi possibile per una serie di inadempienze e ritardi del Ministero della Salute, nonché delle Regioni e delle Province autonome.

A conferma di quanto anzidetto, il termine ultimo per la possibilità dell'intramoenia allargata secondo le vecchie modalità (che doveva scadere il 30/04/2013), dovrà necessariamente essere ulteriormente prorogato, come richiesto ufficialmente dalle OO.SS. mediche (il 21/04/2013), nonché precedentemente anche dalla stessa Conferenza delle Regioni e delle Province autonome (il 13/03/2013). Purtroppo l'attuale e lunga fase di stallo governativo non aiuta e speriamo che il nuovo Governo conceda una proroga sufficientemente lunga e credibile per l'avvio del nuovo regime della libera professione dei medici dipendenti (l'ideale sarebbe almeno fino al 28/02/2015). Tutto ciò premesso, l'atteggiamento evidenziato della Sua azienda ospedaliera non risulta essere realistico, allo stato dei fatti e degli atti, al punto da poter creare danni concreti ai medici dipendenti, lesi nel loro diritto all'esercizio della libera professione.

L'azienda di cui sopra se non correggerà il suo atteggiamento, potrà vedersi citata in giudizio con richiesta del

risarcimento dei danni procurati ai medici dipendenti. Gradualità e buon senso, da parte delle aziende, sono indispensabili, in queste circostanze: infatti fare i "primi della classe" può sovente ritorcersi a proprio danno.



### Aspettativa per svolgere rapporto libero professionale

*Il dott. P. C. ci scrive: "Sono un iscritto CIMO di un'azienda sanitaria della Regione Veneto ed avrei intenzione di chiedere un'aspettativa per un periodo di circa un anno per esercitare in ambito privato non convenzionato e/o convenzionato, ma sempre con rapporto libero-professionale. L'azienda, sulla base della normativa vigente, è tenuta ad accordarmi l'aspettativa? Nella Regione Friuli Venezia Giulia, dove risiedo, e dove conosco dei Colleghi, tale prerogativa risulta essere stata accordata".*

L'ipotesi di cui al quesito non è tra quelle previste dall'art. 19 del CCNL 8/06/2000, né dall'art. 10 del CCNL 10/02/2004, per la concessione obbligatoria dell'aspettativa (senza retribuzione e senza decorrenza dell'anzianità) a favore del dirigente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

Qualora l'azienda dovesse concedere l'aspettativa (su specifica istanza del dipendente-dirigente interessato) per le motivazioni di cui al quesito (esercizio di professione medica con rapporto di lavoro libero professionale), lo farebbe in modo discrezionale, assumendosene la responsabilità.

Infine, Lei potrebbe aggirare il problema, chiedendo 12 mesi di aspettativa per "motivi personali o di famiglia" (art. 10, c.1, CCNL 10/02/2004), ma ciò non rappresenterebbe il massimo della correttezza e buona fede, da parte Sua e potrebbe esporLa a sanzioni disciplinari, e comunque anche questo tipo di aspettativa (sempre senza retribuzione e senza decorrenza dell'anzianità) sarebbe sempre discrezionale da parte dell'azienda.

Il Dottor Carlo Sizia fornisce risposte alle richieste di pareri su problemi sindacali, inviate, complete di tutte le informazioni necessarie a:

**Segreteria nazionale CIMO-ASMD**  
**Via Nazionale 172 - 00184 Roma**  
**Fax 06.6780101**

**E-mail: [sede.nazionale@cimoasmd.it](mailto:sede.nazionale@cimoasmd.it)**

Si prega di indicare il proprio recapito; per una risposta più immediata occorre indicare il numero di fax personale o la propria e-mail.



ASSOCIAZIONE SINDACALE  
MEDICI DIRIGENTI

# Scheda adesione nuovi iscritti



Il sottoscritto dott. Cognome.....  
Nome.....  
luogo e data di nascita .....  
abitante a..... prov..... cap.....  
via..... n.....  
tel. casa..... tel. ospedale.....  
e-mail.....  
Codice Fiscale.....  
Regione..... Azienda Sanitaria.....  
Presidio Ospedaliero o Territoriale.....  
Qualifica.....  
Specialità di inquadramento:.....  
Reparto o servizio.....

Chiede l'iscrizione a CIMO - ASMD e pertanto autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore del sindacato per l'importo stabilito dal Consiglio nazionale. La delega è permanente, salvo personale disdetta scritta.

Ai fini associativi la presente delega ha valore su tutto il territorio nazionale, anche in caso di trasferimento ad altra Azienda Sanitaria.

Inviare al numero di Fax 06.6780101

©  
Data.....

Firma.....

## CONSENSO

Con la firma sottostante il sottoscritto autorizza altresì CIMO-ASMD ad utilizzare le informazioni contenute nella presente scheda nel rispetto della D.Lgs.196/2003 di "Tutela della Privacy", per la realizzazione dei propri fini istituzionali ai sensi del vigente Statuto CIMO-ASMD.

Firma.....

# Tutti gli eletti dal Congresso

## COLLEGIO DEI PROBIVIRI

Roberto Comazzi	Presidente
Luigi Stanic	
Enio Giuseppe Mantellini	
Chiara D'Altorio	
Mareo De Carli	

## COLLEGIO DEI REVISORI

Ermanno Scognamiglio	Presidente
Teresa Topi	
Chiara Piovanelli	
Luciano Suriano	
Francesco Triscalì Binoni	

gli incarichi assegnati

## CONSIGLIO DI PRESIDENZA

Riccardo Cassi	Presidente Nazionale
Guido Quici	Vicepresidente Nazionale Vicario
Sergio Barbieri	Vicepresidente Nazionale
Giuseppe Lavra	Segretario Nazionale Organizzativo
Paolo Trovato	Segretario Nazionale Amministrativo
Luciano Moretti	Coordinatore delle Regioni
Chiara Marangon	Vicesegretario Nazionale Organizzativo
Arturo Oliva	Vicesegretario Nazionale Organizzativo
Francesco Chiavilli	Responsabile Scuola Formazione Sindacale "Alberto Clivati"
Giuseppe Ricciardi	Vicepresidente CIDA MAPI
Antonio De Falco	Commissione Statuto

## CONSIGLIO DI PRESIDENZA

### Membri consultivi

(indicati dal Presidente)

Sebastiano Cavalli	
Carlo Cordella	
Giulio Cecchini	
Luigi Masci	Responsabile Centro Studi "Ercole Bruno"

## COORDINAMENTI

Itala Corti	Donne
Massimiliano Bucari	Pensionati
Giorgio Ferrara	Emergenza
Claudio Becorpi	118
Luigi Venanzi	Specialisti ambulatoriali
Gerardo Ricchiuto	Ospedalità religiosa

# CIMO-ASMD PER I PROPRI ISCRITTI

## A. L'INFORMAZIONE

### 1. SITO INTERNET

Il sito internet nel quale si possono trovare tutte le informazioni relative alle novità sindacali, all'attività ed all'organizzazione di CIMO-ASMD; dal sito si possono inoltre scaricare tutti i documenti ufficiali (i decreti ministeriali, il contratto di lavoro, atti d'indirizzo, ecc.) ed i commenti di CIMO-ASMD. L'accesso è libero, senza necessità d'alcuna password. Alcune Regioni hanno attivato propri siti dedicati alle problematiche ed all'attività locale, ai quali si può accedere anche dal sito nazionale.

### 2. IL MEDICO OSPEDALIERO E DEL TERRITORIO

Trimestrale, è l'organo ufficiale di CIMO-ASMD, inviato ad ogni iscritto. Indirizzi errati, cambi d'indirizzo, ecc., vanno segnalati alla Segreteria Nazionale. Via Nazionale 172. 00184 ROMA - sede.nazionale@cimoasmd.it

### 3. NEWSLETTER

Viene inviata periodicamente per illustrare le "novità" politico-sindacali e legislative a tutti gli iscritti che hanno fornito il loro indirizzo di posta elettronica. E' consultabile e scaricabile dal sito internet.

## B. I SERVIZI

### 1. PROGRAMMA DI PROTEZIONE

CIMO-ASMD offre ai propri iscritti, in collaborazione con Willis e lo Studio Legale Faletti di Torino, la possibilità di coprire, ad un costo vantaggioso, i tre ambiti di tutela che sono maggiormente richiesti: 1. un immediato contatto telefonico o via web con professionisti legali per sapere il da farsi in frangenti delicati in cui potrebbe essere coinvolta la responsabilità personale del dirigente medico nonché una risposta tempestiva scritta, nell'arco di 24 ore, ai quesiti in materia di responsabilità professionale che sopravvengono ed incalzano il medico nei momenti topici delle sue scelte (PROTEZIONE IMMEDIATA)

2. una assistenza professionale legale per tutta la durata delle controversie giudiziarie che dovessero coinvolgere, sia in sede civile che penale, il singolo dirigente medico per fatti che interessino la sua responsabilità professionale, compreso l'esercizio della libera professione intramoenia (anche allargata) (PROTEZIONE LEGALE)

3. una polizza assicurativa per il caso della "colpa grave" che intervenga nel momento in cui il soggetto che ne ha titolo contrattuale (Azienda Sanitaria o suo assicuratore) ovvero legale (la Procura presso la Corte dei Conti) chiede al dirigente medico di "rimborsare" la somma già liquidata al terzo danneggiato a titolo di risarcimento del danno (la cd rivalsa dell'Azienda e l'azione della Corte dei Conti) (PROTEZIONE ASSICURATIVA COLPA GRAVE)

Per approfondimenti e costi consultare il sito [www.cimoasmd.it](http://www.cimoasmd.it)

### 2. SERVIZIO QUESITI

Il dott. Carlo Sizia fornisce risposte alle richieste di pareri su problemi sindacali, inviate, complete di tutte le informazioni necessarie, alla Segreteria nazionale CIMO-ASMD, Via Nazionale 172 - 00184 Roma (Fax 06/6780101; e-mail: [sede.nazionale@cimoasmd.it](mailto:sede.nazionale@cimoasmd.it)), indicando il proprio recapito; per una risposta più immediata occorre indicare il numero di fax personale o la propria e-mail.

### 3. SERVIZIO DI ASSISTENZA LEGALE

Il servizio di tutela legale per le controversie di lavoro degli iscritti CIMO-ASMD è affidato alle singole Federazioni Regionali CIMO-ASMD; l'iscritto deve quindi rivolgersi alla propria Segreteria Regionale per accedervi.

### 4. VERIFICA BUSTA PAGA E CALCOLO PENSIONE TEORICA

Per richiedere tale servizio occorre inviare, a CIMO-ASMD, Via Btg. Val Leogra, 38/R, 36100 Vicenza (Tel. 0444/966131; Fax 0444/964265), la seguente documentazione: a) fotocopia busta paga attuale; b) stato di servizio, o dichiarazione con precisa indicazione di tutti i periodi e qualifiche ricoperti; c) scheda relativa ad inquadramento economico in atto (stipendio, IIS, ISM, RIA, salario di posizione e risultato); d) in caso di passaggio di qualifica presso ente o enti diversi: produrre anche la scheda d'inquadramento economico nella qualifica di provenienza con indicazione delle anzianità; e) in caso di verifica stipendio con riferimento a tutti i servizi resi: produrre tutte le schede di inquadramento disposte in applicazione dei vari accordi di lavoro. La risposta richiede almeno 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

### 5. SERVIZI DI PATRONATO E ASSISTENZA FISCALE

#### Convenzione con il Patronato ACLI.

Servizio di assistenza e di consulenza tecnica medico legale, gratuito agli iscritti CIMO-ASMD ed ai loro familiari, per il conseguimento delle prestazioni di qualsiasi genere, previste dalla normativa regolante la previdenza, la quiescenza e la malattia professionale, fornite dai vari Enti (INPDAP, INAIL, INPS, ecc.), nonché l'assunzione del patrocinio nelle opportune sede giurisdizionali.

L'iscritto, e/o il suo familiare, può recarsi direttamente, dichiarando di essere associato CIMO-ASMD, presso la sede del patronato della sua città, i cui indirizzi sono reperibili sul sito internet [www.patronato.acli.it](http://www.patronato.acli.it)

#### Convenzione con i CAF ACLI.

Presso tutte le sedi periferiche dei Centri di Assistenza Fiscale ACLI, gli iscritti CIMO-ASMD possono ottenere gratuitamente il visto di conformità al modello 730 già compilato oppure l'assistenza alla compilazione ed all'elaborazione del modello stesso, pagando una tariffa convenzionata. Il CAF è in grado di dare assistenza anche nella compilazione del modello Unico e nella denuncia ICI.

Il recapito del CAF della propria città è reperibile nel sito [www.caf.acli.it](http://www.caf.acli.it)

### 6. FORMAZIONE

CIMO-ASMD offre a tutti i propri iscritti l'adesione alla S.P.E.M.E., una società scientifica che consente loro di partecipare, gratuitamente o con forti riduzioni, agli eventi formativi, accreditati E.C.M. da questa organizzati. Il calendario è disponibile nel sito [www.speme.com](http://www.speme.com).

### 7. PUBBLICA "IL GRANDANGOLO"

Quaderni di cultura sanitaria. Rivista trimestrale, edita da SPEME, inviata agli iscritti che ne fanno richiesta alla Segreteria nazionale.

## C. LE CONVENZIONI

### 1. CONVENZIONI CON ALBERGHI BETTOJA HOTELS

Centro Prenotazioni Tel. 06.4814798 Fax 06.4824976

E mail: [hb@bettojahotels.it](mailto:hb@bettojahotels.it)

Internet: [www.bettojahotels.it](http://www.bettojahotels.it)

**Hotel Mediterraneo\*\*\*\*** superiore

Via Cavour 15 - 00184 Roma

Tel. 06 488 4051

**Hotel Massimo D'Azeglio\*\*\*\***

Via Cavour 18 - 00184 Roma

Tel. 06 487 0270

**Hotel Atlantico\*\*\*\***

Via Cavour 23 - 00184 Roma

Tel. 06 485 951

**Hotel Nord\*\*\***

Via G. Amendola 3 - 00185 Roma

Tel. 06 488 5441

### STARHOTELS

Tariffe particolari in tutti gli alberghi della catena. [www.starhotels.com](http://www.starhotels.com)

Le prenotazioni devono avvenire esclusivamente attraverso il numero verde 800.860.200 identificandosi come iscritti CIMO (codice CIMOAS)

### GRAND HOTEL CROCE DI MALTA\*\*\*\*

Viale IV Novembre 18

51016 Montecatini Terme

Tel ++39 0572 9201 Fax ++39 0572

767516 <http://www.crocedimalta.com>

Per la convenzione consultare il sito [www.cimoasmd.it](http://www.cimoasmd.it) nella sezione servizi/convenzioni.

### 2. SERVIZI DI AUTONOLEGGIO CON CONDUCENTE

CIMO-ASMD ha concordato con IP CAR SERVICE una tariffa di € 45,00 per il trasferimento da o per l'aeroporto di Fiumicino-Roma centro. Per prenotare l'auto telefonare al 347/99711.

### 3. CONVENZIONE CON CLUB MEDICI

Tariffe particolari a tutti gli iscritti CIMO-ASMD che usufruiranno delle offerte di Club Medici

(tutte le info su [www.cimoasmd.it](http://www.cimoasmd.it) e su [www.clubmedici.it](http://www.clubmedici.it))