



Notiziario

CIMOP

www.cimop.it

Anno XIII numero 1-2 bimestrale - luglio 2017

FOCUS LA RIFORMA DEGLI ORDINI
E LA PROFESSIONE **PAG. 12**



LA ROTTA NON CAMBIA

AVANTI TUTTA SUL CONTRATTO: I PRIMI SEI MESI DI ATTIVITÀ DEL 2017 IMPRONTATI AI
NUOVI NEGOZIATI E ALLA RICERCA DI CONVERGENZE. L'ORIZZONTE RESTA IL RINNOVO

PRESIDENTE ONORARIO
Dott. **BIANCO SPERANZA**
Via S. Maria Assunta, 28-C
24022 Alzano Lombardo (BG)
Tel. 06 5004063

PRESIDENTE NAZIONALE
Dott. **FAUSTO CAMPANOZZI**
Via Cardinale Mimmi, 15-A
70124 BARI
Tel. 06 5004063
email: presidente@cimop.it

SEGRETARIO NAZIONALE
Dott.ssa **CARMELA DE RANGO**
Via Val di Fassa, 20 – 25123 BRESCIA
email: segreterianazionale@cimop.it
Tel. 368 393779

V. SEGRETARIO NORD ITALIA
Dott. **ANTONIO OCCHIONI**
Via San Pancrazio, 33 - 50026 Firenze
Tel. 328.3328604
a.occhioniciomptosca@gmail.com

V. SEGRETARIO CENTRO ITALIA
Dott. **STEFANO NERI**
Via Cesare Pavese, 360 - ROMA
tel. 338 2634975
email: lazio@cimop.it

V. SEGRETARIO SUD ITALIA
PIETRO OTTOMANO
Piazza Carlo III, 42
80100 Napoli
Tel. 335 6010045
ottomano.pietro@cimopcampa.com

SEGRETARIO AMMINISTRATIVO
Dott. **LUCA PUTIGNANO**
Via Principe Amedeo, 7
70121 BARI
Tel. 06 5004063
email: cimop@tiscali.it

L'ORGANIZZAZIONE REGIONALE CIMOP

Nominativi, indirizzi e numeri telefonici dei Segretari regionali della CIMOP, ai quali i medici interessati possono fare riferimento:

SEZIONE PIEMONTE

Segretario Regionale: dott. **RICCARDO IULIANI**
c/o ospedale Cottolengo, 9 – 10126 TORINO
Tel. 348 5247010 – E-mail: piemonteonorario@cimop.it

SEZIONE LIGURIA

Coordinamento pro tempore segreteria nazionale
Via Cesare Pavese n. 360 - 00144 ROMA (RM)
Tel. 06/5004063 - E-mail: liguria@cimop.it

SEZIONE LOMBARDIA

Segr. Reg.: dott. **CARMELA DE RANGO**
Via Val di Fassa, 20 – 25123 BRESCIA
Tel. 368 3937798 – E-mail: lombardia@cimop.it

SEZIONE VENETO

Segretario Regionale: dott. **ANTONIO MAESTRI**
Via Martiri di Libertà, 299 - 30030 FAVARO VENETO (VE)
Tel. 06.5004063 – E-mail: veneto@cimop.it

SEZIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

Segretario Regionale: Dr. **PIER GIOVANNI BIANCHI**
presso Reparto Chirurgia - Casa di Cura San Giorgio
Via Gemelli 10 PORDENONE - Tel 0434 519410

SEZIONE EMILIA ROMAGNA

Segretario Regionale: dott. **FABIO CAMMI**
Via Don Conti, 6/4
29015 CASTEL SAN GIOVANNI (PC)
Tel. 3355620367 – E-mail: emiliaromagna@cimop.it

SEZIONE TOSCANA

Segretario Regionale: dott. **ANTONIO OCCHIONI**
Via San Pancrazio, 33 - 50026 Firenze
Tel. 328.3328604
E-mail: toscana@cimop.it

SEZIONE UMBRIA

Segretario regionale: dott. **DINO BIAGINI**
via Pieve di Campo, 65 – 06087 PONTE S. GIOVANNI (PG)
Tel. 340.0659533 – E-mail: umbria@cimop.it

SEZIONE MARCHE

Segretario: dott. **ROSSELLA FORTUNA**
Via Traversa Loreto, 1 – 62020 CALDAROLA (MC)
Tel. 335 326348 - E-mail: marche@cimop.it

SEZIONE LAZIO

Segretario Regionale: dott. **STEFANO NERI**
Via Cesare Pavese, 360 - 00153 ROMA
Tel. 338/2634975 – E-mail: lazio@cimop.it

SEZIONE ABRUZZO

Segretario Regionale: dott. **FRANCESCO FALZANI**
Via L. Polacchi 48 – 65132 PESCARA
Tel. 348 3518660 – E-mail: abruzzo@cimop.it

SEZIONE MOLISE

Segretario Regionale: dott.ssa **D'ANGELO MICHELA**
Via Colonia Giulia, 360 – 86079 – VENAFARO (IS)
Tel. 349 6480156 – E-mail: mikydan2@gmail.com

SEZIONE CAMPANIA

Segretario Regionale: dott. **PIETRO OTTOMANO**
Via P. Giannone, 33/a – 80141 NAPOLI
Tel. 081 294488 – E-mail: campania@cimop.it

SEZIONE PUGLIA

Segretario Regionale: dott. **MICHELE VENTURO**
Via P. Amedeo 7 – 70122 BARI - E-mail: puglia@cimop.it

SEZIONE CALABRIA

Coordinatore pro tempore Dr. **MOHAMMAD ALKILANI**
Via Trabocchetto I n.44 - 89126 REGGIO CALABRIA
0965895318 Cell. 335422376 - E-mail: calabria@cimop.it

SEZIONE SICILIA

Segretario Regionale: Dr. **MUSOLINO GIUSEPPE**
Via S. Sebastiano 19 98122 MESSINA (ME)
Cell. 347/4689610 – E-mail: sicilia@cimop.it

SEZIONE SARDEGNA

Segretario Protempore: dott. **GIUSEPPE PILO**
via Principessa Maria 56 - 07100 SASSARI tel. 338.6606343



Carmela De Rango
Segretario nazionale Cimop

Nè esitazioni nè distrazioni

La rotta non cambia. Il titolo di prima pagina di questo numero del Notiziario non lascia adito a dubbi ed esprime fedelmente quella che è stata l'attività del nostro sindacato nel 2017: andare avanti senza esitazioni, nè distrazioni, verso l'orizzonte del rinnovo del contratto collettivo nazionale.

Non a caso, il servizio di apertura del nostro magazine (giunto al quattordicesimo anno di vita), intitolato "La ripartenza", è una sorta di diario di bordo sindacale di quanto accaduto fino ad oggi. A cominciare da quello che considero una tappa particolarmente rilevante: il convegno svolto a Brescia il 17 dicembre del 2016. Non solo ha ricevuto il gradimento dei corsisti, ma è stato utile per fissare, condividere e rilanciare i punti programmatici del Congresso di inizio anno a Roma che ha portato alla mia elezione a Segretario Nazionale Cimop. Il nostro "Notiziario" è impreziosito dal focus affidato al Presidente Nazionale della Confederazione, Fausto Campanozzi. Il quale si sofferma sulla riforma degli Ordini e delle Professioni e offre spunti interessanti anche nell'ottica del rinnovo contrattuale. Come sapete, cari colleghi, operiamo in un comparto economico e sociale particolarmente sensibile alle influenze della politica. Ci è sembrato opportuno, dunque, concedere proprio ai politici uno spazio di parola sulla sanità.

Una visione più globale e ad ampio raggio viene raccontata dall'on. Luigi Morgano, deputato al Parlamento europeo di Strasburgo. Nella seguente intervista al senatore Luigi D'Ambrosio Lettieri, componente della Commissione Sanità di Palazzo Madama, vengono messi a fuoco i tempi più specifici che riguardano il nostro SSN.

Ampi servizi sono stati dedicati all'attività delle segreterie regionali Cimop: da segnalare, in questo numero, il rinnovo delle cariche in Lombardia e l'importante convegno programmato per settembre a Reggio Calabria.

In chiusura, uno spazio a cui tengo particolarmente e che ritengo davvero irrinunciabile per la nostra organizzazione: la tutela legale. Uno dei miei primi impegni da segretario nazionale è stato quello di consolidare una rete legale per tutti gli iscritti al sindacato, il cui coordinamento è stato affidato all'avvocato Mario Berruti, considerato ormai uno dei veterani Cimop. Nella sua rubrica (pagina 30) stavolta si occupa della sentenza della Cassazione che concede ai dirigenti medici un risarcimento per il danno subito a causa della mancata fruizione del riposo compensativo.

Infine, l'avv. Maria Nefeli Gribaudo si sofferma sulle luci e sulle ombre della cosiddetta "Legge Gelli" che disciplina la responsabilità medica.

Non resta che augurarvi buona lettura ed un meritato riposo estivo.

Carmela De Rango

Notiziario CIMOP

**Organo ufficiale d'informazione
della Confederazione Italiana Medici
Ospedalità Privata
Periodico bimestrale**

Direttore editoriale:
Carmela De Rango

Direttore responsabile:
Roberto Violante

Comitato Editoriale:
Carmela De Rango, Fausto Campanozzi,
Luca Putignano, Roberto Violante

Editore:
Confederazione Italiana Medici Ospedalità
Privata (C.I.M.O.P.) via C. Pavese, 360 - Roma

Redazione:
via C. Pavese, 360 - Roma
Progetto grafico e desk:
Società Editrice Nicholaus
via Dante 277/a 70122 Bari
tel-fax 080 5275879 info@nicholaus.it

Tipografia:
Grafisystem snc, via dei Gladioli n.6 - Z.I.
70026 Modugno - Bari

Registrazione Trib. di Roma
n. 531/2001 del 4/12/2001
Iscritto al Roc in data 05/11/2013
con numero 23964

In tipografia: 13 luglio 2017

Il 9 luglio scorso, nell'Ospedale Civile di Cosenza è venuta a mancare all'affetto dei suoi cari la signora GINA CAIRA vedova De Rango, mamma di Carmela De Rango, segretario nazionale Cimop nonché direttore editoriale del "Notiziario".

A Carmela e ai suoi familiari giungano le più sincere condoglianze del direttore responsabile, del Comitato editoriale e della Redazione.

IL BILANCIO DEL SEMESTRE

LA RIPARTENZA



DOPO IL GRANDE SUCCESSO DEL CONVEGNO DI BRESCIA È RIPRESA FRENETICA L'ATTIVITÀ DEL NOSTRO SINDACATO, AVENDO COME ORIZZONTE IL RINNOVO DEL CONTRATTO NAZIONALE DI LAVORO.

10 € REDDITO SPENDIBILE E
FLEXIBLE BENEFIT

ATTIVITÀ, OBIETTIVI E PROGETTI NEL PRIMO SEMESTRE DEL 2017



Carmela De Rango

Segretario nazionale Cimop

Dopo il grande successo del Convegno di Brescia del 17 dicembre 2016, “LA SANITA’ PRIVATA TRA RIFORME E NUOVE REGOLE”, che ha ricevuto il gradimento di tutti i corsisti, è ripresa anche nel 2017

la frenetica attività del nostro sindacato. Sono stati ripresi i lavori in APM (Alleanza della professione medica), con due incontri, che si sono tenuti a Roma nei mesi di gennaio e marzo, nel corso dei quali è stato

approvato un interessante e importante documento programmatico per il 2017.

A febbraio abbiamo partecipato alla riunione organizzata dalla nostra Federazione (FNOMCeO).



L'ESECUTIVO NAZIONALE 2016-2018



FAUSTO CAMPANOZZI

➔ **Presidente nazionale**



CARMELA DE RANGO

➔ **Segretario nazionale**



PIETRO OTTOMANO

➔ **Vice segretario Sud**



STEFANO NERI

➔ **Vice segretario Centro**



ANTONIO OCCHIONI

➔ **Vice segretario Nord**



LUCA PUTIGNANO

➔ **Segretario amministrativo**

I REVISORI DEI CONTI: Fabio Cisciulo (presidente),
Letizia Scazzina, Attilio Motola.

I PROBIVIRI: Umberto Pignatiello di Matteo (presidente),
Fabio Cammi, Vittorio Casamassima.

L'11 febbraio si è svolto a Roma il primo esecutivo nazionale del 2017 che ha fatto il punto delle attività svolte e da svolgere, in preparazione del Consiglio Direttivo Nazionale (CDN), che è stato poi convocato per sabato 18 marzo. In quel CDN tutti i Segretari regionali Cimop hanno relazionato sull'attività svolta nella propria sezione. Tale metodo di lavoro consente a che la periferia arrivi al centro e il centro vada in periferia: il sindacato è così meno verticistico ed è sempre più vicino alle necessità dei medi-

ci, che sono la componente fondamentale della nostra associazione.

Ma l'attività maggiormente impegnativa è rappresentata dalle costanti relazioni sindacali che la segreteria nazionale ha continuato a mantenere con ARIS e AIOP, al fine di riprendere proficuamente le trattative finalizzate al rinnovo del ccnl, che avevano subito una battuta d'arresto dopo l'ultima riunione del 6 dicembre 2016. Trattative che sono riprese il 15 marzo 2017, quando Cimop, con una delegazione ristretta, costi-

Nella foto del paginone precedente un momenti del convegno di fine 2016 a Brescia sul tema della "sanità privata tra riforme e nuove regole"

tuita dal Segretario Nazionale, **Carmela De Rango**, e dal Segretario Cimop Lazio, Stefano Neri, ha incontrato l'ARIS, nelle persone del capo delegazione, avv. Giovanni Costantino, e del presidente Aris Lazio, dr. **Michele Bellomo**. Le trattative con ARIS si poggiano su una base ben definita, costituita da una piattaforma presentata da Aris, alla quale Cimop ha dato le sue risposte e valutazioni (che pubblichiamo). Entrambi i documenti delineano buoni presupposti di partenza.

Il recente ritorno di Fondazione Don Gnocchi in casa Aris fa sperare che si possa trattare il rinnovo del ccnl anche dei medici di FdG, sullo stesso tavolo Aris. I contatti con Aris non si sono mai interrotti, e si è trovata una soluzione alla questione ARIS Lazio, ossia alla mancata applicazione dell'accordo economico 2009.

ARIS, È PADRE BEBBER IL NUOVO PRESIDENTE IL “BUON LAVORO” DELLA CIMOP



“Grande entusiasmo perché la nomina va nella direzione della competenza e della grande professionalità”. Così il Segretario Nazionale della Cimop, Carmela De Rango, commenta l’elezione di Padre Virginio Bebber a nuovo presidente ARIS. “Si tratta di una figura che conosce molto bene il mondo delle Case di Cura e, quindi, è in grado di dare una svolta a tutte le problematiche in pendenza sul versante della contrattazione dei medici – osserva – . Una persona pragmatica e di visione, che ha seguito il percorso intrapreso da Cimop, nell’interesse di tutti e, soprattutto, nell’interesse dei pazienti che curiamo. Padre Bebber è stato elemento fondamentale anche per il nostro fondo

di previdenza CAIMOP dove ha rappresentato l’ARIS nel triennio precedente. Sempre pronto ad intervenire anche nelle sedi istituzionali a difesa delle case di cura”.

E conclude: “Insomma, una persona coraggiosa, di grande cultura e con una profonda fede. A nome dei medici e dei vertici Cimop ci congratuliamo con lui per il prestigioso incarico che gli è stato conferito in qualità di Presidente ARIS e gli auguriamo un Buon Lavoro”.

(In foto al centro. Alla sua sinistra il vicepresidente Aris, Padre Vincenzo Sorce e alla sua destra l’avv. Giovanni Costantino)

DE RANGO (CIMOP): GLI AUGURI AL NUOVO SEGRETARIO FNMCEO



Collegialità, professionalità e visione sui dossier attualmente sul tavolo. E' l'augurio di buon lavoro che il Segretario Nazionale della Cimop, dott.ssa Carmela De Rango, rivolge al neo Segretario della Fnomceo, Sergio Bovenga, eletto dal Comitato Centrale al posto di Luigi Conte, venuto a mancare lo scorso 3 febbraio. E osserva: "Al caloroso in bocca al lupo per la nuova nomina ritengo doveroso sommare gli auguri di tutta la Cimop per la responsabilità gravosa che attende il dott. Bovenga, chiamato ora a dare continuità al prezioso lavoro iniziato dal compianto dott. Conte. Sono certa che l'impegno e la dedizione non mancheranno al 57enne grossetano, anche alla luce della sua passata esperienza ai vertici dell' Omceo di Grosseto. La Cimop crede fermamente che il principio della



collegialità sia cardine imprescindibile per offrire all'intero comparto non solo le risposte ai dossier maggiormente pregnanti, ma anche per dare una visione che, sommata alla professionalità delle singole realtà, possano vedere trionfare le ragioni

dell'ospedalità".

"Un professionista serio e un uomo dotato di garbo e principi, valori tanto preziosi quanto ormai rari". Così Carmela De Rango ha ricordato la figura di Luigi Conte, segretario generale della FOMCeO scomparso nel febbraio scorso.

"Sia da presidente dell'Ordine dei medici di Udine e poi da segretario generale della federazione degli ordini dei medici, Conte ha incarnato le solide basi della professione: la dedizione alla formazione ed al lavoro, e il principio umano. Due elementi che vanno rimarcati con insistenza, perché sono stati da Conte coniugati con onestà intellettuale e spirito propositivo. In ultimo – conclude De Rango – mi sembra utile rammentare la battaglia di Conte sui vaccini, cura e non causa delle malattie. Una presa di posizione qualificata e ponderata che, in un momento caratterizzato da slogan disarticolati e generiche crociate, è una stella polare insostituibile".

Nella foto a sinistra Sergio Bovenga. A destra il compianto Luigi Conte.

GLI INCONTRI PER IL RINNOVO DEL CONTRATTO

L'ATTIVISMO DEL NEO PRESIDENTE ARIS LOMBARDIA NELL'INCONTRO CON I VERTICI NAZIONALI CIMOP



Marcello Belotti, neo eletto presidente ARIS si è messo subito al lavoro ed ha incontrato una delegazione CIMOP guidata dal Segretario nazionale, Carmela De Rango.

Marcello Belotti, Direttore Amministrativo della Casa di Cura Poliambulanza negli anni 1997/2005, da diversi anni guida l'Azienda Fondazione Teresa Camplani, di proprietà della Congregazione Ancelle della

Carità.
Persona di note-

vole equilibrio, gran-

de mediatore e con particolari competenze in ambito sanitario.

Insieme ai suoi dirigenti aziendali e con il supporto prestigioso dell'avv. Giovanni Costantino, capo delegazione Aris per il rinnovo del ccnl nazionale dei medici, ha incontrato la rappresentanza sindacale Cimop di Fondazione Teresa Camplani, il segretario nazionale Cimop e il consulente legale Cimop, avv. Mario Berruti.

Molto apprezzata la rappresentanza delle Ancelle della Carità con la piacevole presenza di Madre Maria Oliva Bufano.

Tema principale di confronto è stato la nuova delibera regionale e le regole che definiscono le attività ambulatoriale. A seguito di tale delibera, l'Azienda sanitaria Teresa Camplani ha avvertito l'esigenza di confrontarsi con la delegazione Cimop al fine di trovare strategie congiunte per il raggiungimento degli obiettivi comuni che possano mantenere come centralità il paziente.

Al tavolo era presente la RSM CIMOP dei tre presidi (Mantova, Cremona e Domus Salutis di Brescia): Adriana Nardo, Barbara Decchi, Emilia Faggiani e Anna Mazzeletti.



Un'importante novità in Casa Aris è costituita dall'elezione del nuovo Presidente nazionale, Padre Virginio Bebbier. Sicuramente il nuovo Presidente ha dato un impulso positivo alle trattative, e la situazione di stallo,

dovuta alla questione della mancata applicazione del contratto economico del 2009 nelle Case di Cura Aris della regione Lazio, si è finalmente risolta.

Le due riunioni con una commissione ristretta del 15 marzo, e

quella successiva del 12 giugno, hanno prodotto un'ipotesi di intesa con una mediazione di soddisfazione per i medici, che attendono l'adeguamento economico dal 2009.

Il segretario Cimop Lazio,

PAOLO MOSCIONI È IL NUOVO PRESIDENTE ARIS MARCHE: GLI AUGURI DELLA CIMOP

Il 20 aprile scorso Paolo Moscioni è stato eletto Presidente ARIS Marche, cui è affiliata anche l'Emilia Romagna, subentrando al dott. Mario Ferraresi, che ha ricoperto per lungo tempo tale incarico. Paolo Moscioni (nella foto) è stato Responsabile Organizzazione e Risorse Umane dell'Istituto Santo Stefano, contribuendo alla crescita ed all'evoluzione dell'Istituto nel corso del tempo. Il segretario Cimop Marche, Rossella Fortuna nel congratularsi per la nuova nomina,



osserva: "Da sempre attento al mondo del lavoro ed alle relazioni sindacali, Paolo Moscioni ha potuto seguire da vicino la realtà delle strutture ARIS, di cui conosce le peculiarità e le problematiche. Nel solco della tradizione che ha già caratterizzato l'azione del dott. Ferraresi, saprà sicuramente svolgere con sensibilità ed attenzione il nuovo ruolo a cui è chiamato. A nome di Cimop e mio personale porgo a Paolo Moscioni le più sentite congratulazioni per il nuovo incarico ed i migliori auguri di buon lavoro"

Stefano Neri, è ora impegnato a raccogliere i consensi su tale ipotesi di accordo, prima che lo stesso possa trovare finalmente una definizione finale.

Parallelamente agli incontri in casa Aris, Cimop ha continuato a mantenere vivi i rapporti con Aiop e, nella stessa giornata del 15 marzo, la delegazione Cimop ha incontrato quella dell'AIOP. Dopo le dichiarazioni del capo delegazione **Emmanuel Miraglia** in sede di notiziario Cimop dicembre 2016, nel convegno Cimop di Brescia dicembre 2016 e sull'ultimo numero di Informaiop, inizia a prendere forma quella che potrebbe essere una piattaforma AIOP. Certo è che, come già abbiamo avuto modo di avvertire in





In basso a sinistra Stefano Neri (in primo piano) segretario cimop Lazio e Pietro Ottomano, segretario Cimop Campania. Nella foto qui sopra Fabio Rolfi, presidente Commissione Sanità Regione Lombardia. In basso Gabriele Pelissero.

altre occasioni, al momento nulla “è certo” ...

Come ho già sottolineato in altre sedi, è necessario scegliere un metodo, perché al momento Cimop e Aiop si limitano a rilasciare dichiarazioni senza nulla concretizzare: il rischio è che tale situazione prosegua e le conclusioni delle trattative per il nuovo Ccnl rimangano sempre lontane.

Da parte di Cimop si continua a ritenere che la necessità che AIOP e ARIS siedano ad un unico tavolo sia fondamentale e, diremmo, imprescindibile. Abbiamo più volte ribadito le disuguaglianze tra noi e i medici che lavorano nelle strutture pubbliche. Non vorremmo che anche nelle strutture private si creino differenziazioni tra i medici che lavorano in

casa AIOP e quelli che lavorano in casa ARIS. Il Contratto dovrà essere unico per i medici che lavorano nel privato accreditato: stesse regole e stesse retribuzioni. Lanciamo quindi ancora una volta



l'appello alle due associazioni Datoriali, Aiop e Aris, perché il tavolo di contrattazione sia unico. Rivolgiamo un appello ai due presidenti, Prof. **Gabriele**

Pelissero per Aiop e Pader Virginio Bebbier per Aris, perché “si parlino”, al fine di trovare una soluzione a questa assurda divisione.

Qualcosa però si sta muovendo ed è stata convocata una riunione al vertice tra Aiop, Aris e Cimop che dovrebbe svolgersi i primi di luglio e a seguire dovrebbe essere convocato un tavolo unico, e in tale occasione Cimop, Aiop e Aris potranno finalmente confrontarsi. È ovviamente tutto al condizionale perché nulla è certo: sicuramente vi informeremo tempestivamente sull'esito di questi incontri in calendario.

Carmela De Rango
Segretario nazionale Cimop

A photograph of two surgeons in an operating room, wearing blue scrubs, masks, and hairnets. The image is oriented vertically, with the surgeons' faces and hands visible. The background is a bright, clinical setting.

LA RIFORMA DEGLI ORDINI

**DAL GIURAMENTO DI IPPOCRATE AL CODICE DEONTOLOGICO,
DALLA RICERCA SCIENTIFICA ALLA MILITANZA SINDACALE. COME
REGOLE E LEGGI POSSONO CAMBIARE LA FIGURA DEL MEDICO.**

E LA PROFESSIONE

Fausto Campanozzi
Presidente nazionale Cimop



Chi vi scrive ha iniziato il proprio cammino di medico nel 1972, anno in cui mi iscrissi al primo anno della Facoltà di Medicina dell'Università di Bari, credendo

fortemente nel valore etico della professione che stavo scegliendo. E questa convinzione si radicò ancor più in me nel corso degli anni successivi man mano che procedevo negli studi uni-

versitari. Come dimenticare l'emozione nel sentire proferire dal mitico Prof. Rodolfo Amprino, subito dopo aver superato l'esame di Anatomia Umana, la faticosa frase "complimenti dotto-



Il ministro della salute Beatrice Lorenzin. A destra, un ritaglio di stampa sulla posizione critica rispetto alla responsabilità professionale. In basso l'on. Federico Gelli, autore della legge 24 del 2017.

re”, o la lettura con voce tremula del Giuramento di Ippocrate nel giorno della tanto agognata Laurea in Medicina e Chirurgia.

Oggi a pochi anni dalla pensione (ci sarei già senza l'avvento della Legge Fornero), so di aver ispirato tutta la mia vita professionale e personale a tre valori fondamentali:

- completa dedizione alle persone bisognose di cure, nel rispetto del giuramento di Ippocrate e del Codice Deontologico,
- attenzione a tutti gli aspetti della professione medica, attraverso l'impegno personale nell'Ordine dei Medici e la lunga militanza nella C.I.M.O.P., il nostro sindacato di categoria,
- la famiglia, intesa come collante del tessuto sociale.

Almeno per quanto riguarda i primi due punti oggi sento l'esigenza personale, ma anche il dovere, di condividere con voi alcune riflessioni sulla nostra professione e sull'Ordine che la governa, in un

momento storico caratterizzato da profondi cambiamenti della nostra società e da spinte fortemente riformiste provenienti dalla politica.

Credo che la figura del medico, sostanzialmente non sia cambiata oggi, rispetto al passato, se rapportata a quella che a me piace seppur romanticamente definire la sua missione, e cioè avere come obbiettivo fondamentale la tutela della salute dei propri pazienti (e non utenti!!!!), attraverso una continua formazione umana e professionale.

L'avvento della tecnologia nella società moderna ha invece profondamente modificato il rapporto fra il medico e il paziente che una volta era sempre diretto, dal momento della visita, alla diagnosi, fino alla terapia. Oggi nell'immaginario collettivo il responso diagnostico è affidato alle macchine, molto spesso dimenticando che i dati che esse forniscono devono essere necessariamente soggetti all'interpretazione nell'ambito di un più ampio processo di valutazione clinica.



di contenziosi e aprendo il dibattito sulla responsabilità professionale che, a mio modesto parere, non si chiude con la recente Legge n. 24/2017, più comunemente nota come “Decreto Gelli”.

Il riassetto formativo delle altre professioni tecnico-sanitarie, attraverso il percorso universitario e l’acquisizione di un diploma, ha aperto nuovi scenari nell’ambito delle competenze professionali, determinando richieste di spazi di autonomia da una parte (soprattutto infermieri) e arroccamenti in difesa dall’altra (medici).

La parola chiave dell’azione politica dei recenti governi è stata ed è “riformare”, ed in questo contesto nasce anche il cosiddetto ddl Lorenzin (“Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, nonché disposizioni per l’aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute”) che all’art.3 sostituisce gran parte del decreto legislativo n. 233 del 1946 (istitutivo degli Ordini Professionali).

Senza voler ricorrere allo stereotipo del medico condotto di qualche anno fa, non vi è alcun dubbio sull’utilità e sugli enormi benefici prodotti da una relazione fra medico e paziente, basata su fiducia, confidenza e familiarità, che sono i tre pilastri fondamentali su cui costruire questo delicato rapporto.

Inoltre è opportuno sottolineare come oggi, rispetto al passato, il medico durante la sua attività sia gravato da una serie di incombenze burocratiche e di responsabilità di carattere gestionale che molto spesso sottraggono tempo e attenzione verso i pazienti.

Negli ultimi anni alcuni fattori, prevalentemente esterni alla professione, hanno incrinato il rapporto fiduciario fra medico e paziente avviando una stagione





GLI INTERVENTI NELLA SANITÀ

 RIFORMA FORNERO	➔ Pensioni e lavoro
 JOB ACT	➔ Contratti di lavoro
 DECRETO BALDUZZI	➔ Rete ospedaliera e responsabilità professionale
 DDL APPROPRIATEZZA	➔ Servizi sanitari e responsabilità professionale
 DDL RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE	➔ Organizzazione del lavoro e responsabilità professionale
 LEGGE 161/2014	➔ Orari di lavoro
 LEGGE DI STABILITÀ	➔ Organizzazione e servizi
 PATTO DELLA SALUTE	➔ Comma 556 organizzazione del lavoro

Secondo questo articolo le nuove norme si applicano sia agli ordini esistenti dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, dei Veterinari e dei Farmacisti, sia agli attuali Collegi delle professioni sanitarie e le rispettive Federazioni Nazionali che vengono trasformati in Ordini delle medesime professioni: delle professioni infer-

mieristiche, delle ostetriche e degli ostetrici, delle professioni sanitarie della riabilitazione, dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione. Infine è prevista l'istituzione delle nuove professioni sanitarie di osteopata e chiropratico.

Questa volta, e la cosa non accade spesso, sono perfettamente in accordo con Ivan Cavicchi quando afferma che “il ddl Lorenzin non si occupa dei problemi reali delle professioni e dei cittadini, ignora l'immenso divario che esiste tra i problemi delle professioni, gli ordini e i collegi, né rimuove la contrapposizione tra le professioni e i cittadini (contenzioso legale, medicina difensiva, eccesso di proceduralismo, ecc).

La ratio su cui si basa da sempre la legislazione sugli ordini è quello della “doppia tutela”, per cui i diritti dei cittadini sono garantiti dai doveri professionali. Oggi le professioni, spesso per ragioni finanziarie, per riduzioni degli organici, per limiti budgetari e altro, non sono in condizione di fare il loro dovere con la conseguenza che il malato può non essere più deontologicamente garantito la proposta di legge anziché preoccuparsi di risolvere i problemi dei cittadini e delle professioni, definendo una deontologia all'altezza dei tempi, punta a



Una equipe medica in sala operatoria e Ippocrate, a cui si deve l'invenzione della medicina.

cambiare semplicemente la propria mission ma solo per allargare il proprio potere istituzionale. Queste proposte andrebbero semplicemente respinte perché non risolvono nessuno dei problemi gravi delle professioni”.

In realtà il ddl Lorenzin pone drammaticamente e paradossalmente una domanda sulla utilità degli Ordini Professionali, che così come concepiti oggi hanno esclusivamente il compito di curare l'aggiornamento degli albi professionali ed intervenire sui propri iscritti per quanto attiene gli aspetti disciplinari, etici e deontologici.

Ebbene oggi tutto questo non basta, il ruolo del medico nella società attuale deve necessariamente cambiare (certamente non la mission), in sintonia con i profondi cambiamenti della società.

L'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri, che ricordo essere un ente di diritto pubblico, a mio modesto parere, deve contribuire in maniera più ampia e competente al governo della professione intervenendo, quale interlocutore privilegiato, in tutti i processi decisionali che coinvolgono i medici e la loro professione, nelle sedi nazionali e regionali.

Pertanto in conclusione spero fortemente che ci sia la possibilità di rivedere complessivamente l'impianto di questa norma, permettendo ai medici di interloquire con il Ministro e con il Governo su una proposta di modernizzazione degli Ordini e del governo della Professione, senza che questo ancora una volta ci venga calato dall'alto.

Fausto Campanozzi

Presidente nazionale Cimop

L'Unione Europea e la Sanità

Luigi Morgano

Deputato al Parlamento Europeo

Sempre più spesso mi sento rivolgere domande sul ruolo e sulle competenze dell'UE rispetto a varie questioni. La frase "Lo vuole l'Europa" è stata più volte citata da rappresentanti di istituzioni, forze politiche e sociali, commentatori per accreditare, presso l'opinione pubblica, l'esigenza di approvare un provvedimento, una normativa; o, al contrario, per non procedere.

Se poi il discorso si focalizza sui temi del welfare e, in particolare, della sanità, è nota e documentata l'assoluta rilevanza e l'impatto che essi hanno nelle decisioni dei cittadini europei, comprese le consultazioni, vedi Brexit. Non è perciò per nulla eccentrico chiedersi quale sia la situazione odierna, in tema di competenze, fondamenti giuridici, iniziative in essere sulla questione: Unione europea e sanità.

LA SANITÀ NEL TRATTATO DI LISBONA

Il trattato di Lisbona ha rafforzato l'importanza della politica sanitaria statuendo che, «nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche e attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana». L'obiettivo deve essere rag-



giunto mediante il sostegno dell'Unione agli Stati membri nonché favorendo la cooperazione. La responsabilità primaria per la tutela della salute e, in particolare, per i sistemi sanitari rimane degli Stati membri. Tuttavia all'UE spetta un ruolo importante nel miglioramento della sanità pubblica in termini di prevenzione e gestione delle malattie, limitazione delle fonti di pericolo per la salute umana e armonizzazione delle strategie sanitarie tra gli Stati membri. L'UE ha attuato positivamente una politica globale mediante la strategia sanitaria «Salute per la crescita» e il suo programma d'azione (2014-2020), nonché un corpus di diritto derivato. L'attuale assetto istituzionale a sostegno dell'attuazione compren-



de la Direzione generale della salute e della sicurezza alimentare (DG SANTE) della Commissione e alcune agenzie specializzate, in particolare il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) e l'Agenzia europea per i medicinali (EMA).

LA BASE GIURIDICA

La base giuridica si fonda sull'Articolo 168 del Trattato sul Funzionamento dell'Unione europea (TFUE), da cui derivano i tre obiettivi strategici della politica sanitaria dell'UE.

Promuovere un buono stato di salute: prevenire le malattie e incoraggiare stili di vita sani, affrontando

le problematiche della nutrizione, dell'attività fisica, del consumo di alcool, di tabacco e di droghe, dei rischi ambientali e delle lesioni da incidenti. In questo quadro, con l'invecchiamento della popolazione anche le esigenze sanitarie specifiche degli anziani richiedono maggiore attenzione.

Proteggere i cittadini dalle minacce per la salute: rafforzare la vigilanza nonché la preparazione alle epidemie e al bioterrorismo migliorando altresì la capacità di reagire alle nuove sfide per la salute.

Sostenere sistemi sanitari dinamici: aiutare i sistemi sanitari degli Stati membri a raccogliere le sfide poste dall'invecchiamento della popolazione e dalle crescenti aspettative dei cittadini, nonché dalla



La cura e l'assistenza per i pazienti lungodegenti e per gli anziani è una delle priorità dell'Europa

mobilità dei pazienti e degli operatori sanitari.

GLI ESITI

La politica sanitaria dell'Unione, partendo dalle disposizioni in materia di salute e sicurezza, si è successivamente sviluppata in coerenza con la libera circolazione delle persone e dei beni all'interno dell'UE. Nel contesto delle misure di armonizzazione finalizzate alla creazione del mercato interno, il fondamento delle proposte nel settore della salute e della sicurezza è stato perseguito come elevato grado di protezione. Diversi fattori, tra cui la crisi dell'encefalopatia spongiforme bovina (BSE) alla fine del XX secolo, hanno fatto sì che la salute e la protezione dei consumatori acquisissero una posizione di primo piano nell'ambito dell'agenda politica. La Direzione generale della salute e della sicurezza alimentare della Commissione ha reagito assumendo il coordinamento di tutti i settori legati alla sanità, anche per quanto concerne i farmaci. Il consolidamento di agenzie specializzate, come l'Agenzia europea per i medicinali (EMA) e la creazione di un Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), sono emblematici del cre-

scente impegno dell'Unione europea in materia di politica sanitaria. La sanità pubblica oggi beneficia delle iniziative intraprese in diversi settori di intervento quali, tra gli altri, l'ambiente e l'alimentazione. Anche l'entrata in vigore della normativa REACH (per la valutazione e la registrazione delle sostanze chimiche) e l'istituzione dell'Autorità europea per la sicurezza alimentare (EFSA) sono indice degli sforzi multidisciplinari volti a migliorare la salute dei cittadini dell'Europa.

GLI ULTIMI SVILUPPI

Negli ultimi anni le istituzioni si sono concentrate su tre dimensioni chiave.

Consolidamento del quadro istituzionale

Il ruolo del Parlamento, in qualità di organo decisionale (in codecisione con il Consiglio), è stato rafforzato per quanto concerne gli ambiti della sanità, dell'ambiente, della sicurezza alimentare e della protezione dei consumatori. Sono state perfezionate le modalità di avvio delle iniziative legislative da parte della Commissione grazie a procedure standardizzate di consultazione inter-servizi, a nuove norme di



comitatologia e al dialogo con società civile ed esperti. È stato altresì rafforzato il ruolo delle agenzie (EMA, ECDC, EFSA), più specificamente con l'istituzione, nel 2005, dell'Agenzia esecutiva per la salute e i consumatori (EAHC), incaricata di dare attuazione al programma dell'UE in materia di sanità.

Necessità di rafforzare la capacità di risposta rapida.

Si ritiene ormai essenziale che l'Unione europea disponga di una capacità di risposta rapida che le consenta di reagire in maniera coordinata alle gravi minacce sanitarie, in particolare alla luce del pericolo - già richiamato - rappresentato dal bioterrorismo e della possibile diffusione di epidemie su scala mondiale in un'epoca in cui la rapidità dei trasporti, a livello globale, agevola la diffusione delle malattie.

Esigenza di coordinare meglio la promozio-

ne della salute e la prevenzione delle malattie

L'obiettivo è quello di affrontare le principali cause alla base dei problemi di salute legati agli stili di vita personali e a fattori economico-ambientali (inquinamento da pesticidi, metalli pesanti, interferenti endocrini). Ciò comporta, in particolare, uno stretto coordinamento con altri settori di intervento dell'Unione europea quali l'ambiente, i trasporti, l'agricoltura e lo sviluppo economico. L'obiettivo implica una più stretta consultazione di tutte le parti interessate nonché un'apertura e una trasparenza maggiori nell'ambito del processo decisionale.

IL RUOLO DEL PARLAMENTO EUROPEO

Il Parlamento ha sistematicamente promosso l'instaurazione di una politica coerente in materia di sanità pubblica, adoperandosi in maniera attiva per rafforzare e promuovere la politica sanitaria mediante una lunga serie di pareri, studi, discussioni, dichiarazioni scritte e relazioni di iniziativa su una vasta gamma di questioni tra cui: la strategia sanitaria dell'UE, le radiazioni, la protezione dei pazienti sottoposti a terapie o misure diagnostiche, le statistiche e le informazioni sanitarie, il rispetto della vita e l'assistenza ai malati terminali, una Carta europea dei bambini degenti in ospedale, i determinanti della salute, la ricerca nel campo delle biotecnologie, compresi i trapianti di cellule, tessuti e organi, le malattie rare, la sicurezza e l'autosufficienza per quanto riguarda la fornitura di sangue per trasfusioni e altri scopi medici, il cancro, gli ormoni e gli interferenti endocrini, i campi elettromagnetici, le droghe e la loro incidenza sulla salute, il tabacco e il fumo, il cancro al seno e la salute delle donne, le radiazioni ionizzanti, la «tessera sanitaria europea» (indicante dati medici essenziali comprensibili per qualsiasi medico), la nutrizione e la dieta nonché la loro incidenza sulla salute, la BSE e le sue conseguenze nonché la sicurezza alimentare e i rischi per la salute, la sanità elettronica (e-health) e la telemedicina, la resistenza agli antibiotici, le biotecnologie e le loro implicazioni mediche, i disposi-

CORSO FAD PER I DIRIGENTI SINDACALI

NUOVE DISPOSIZIONI SULLA RESPONSABILITÀ MEDICA

Con decorrenza 20 giugno 2017 è stato attivato un corso FAD "LE NUOVE DISPOSIZIONI DI LEGGE SULLA RESPONSABILITÀ MEDICA: COSA C'E' DA SAPERE" organizzato dalla Segreteria Nazionale Cimop e curato dal segretario nazionale, Carmela De Rango, quale responsabile scientifico.

Il Corso è stato organizzato da Cimop ed è diretto ai Medici Dirigenti Sindacali CIMOP e ai Medici che hanno aderito alla Confederazione, fino ad esaurimento dei posti. Da sabato 1 aprile 2017 è in vigore la nuova legge (cosiddetta Gelli-Bianco) che va a ridisegnare, tra l'altro, il sistema dei criteri di imputazione penale della responsabilità dei sanitari per i casi di cosiddetta «colpa medica».

Da sabato 1 aprile 2017 è in vigore la nuova legge 24/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" (cosiddetta Gelli-Bianco) che va a ridisegnare, tra l'altro, il sistema dei criteri di imputazione penale della responsabilità dei sanitari per i casi di cosiddetta «colpa medica».

Con questo corso la Confederazione Italiana Medici Ospedalità Privata (CIMOP) intende dare un supporto concreto al medico nello svolgimento del suo importante ruolo sociale e sindacale, facendo chiarezza sulle differenti responsabilità che ruotano attorno all'operato di ciascun medico, affinché ognuno possa avere indi-

cazioni su quali siano i corretti comportamenti da adottare nello svolgimento del proprio ruolo

Il corso è gratuito, conferisce 10,5 crediti ecm, ha una durata di 7 ore e rimarrà attivo fino al 20 giugno 2018. Sarà possibile ricevere i crediti ECM solo dopo il superamento del consueto test di apprendimento.

Le iscrizioni saranno effettuate tramite la segreteria nazionale, inviando richiesta all'indirizzo mail info@cimop.it

Tutti i Dirigenti sindacali Cimop interessati dovranno quindi inviare alla segreteria nazionale la propria adesione e un indirizzo mail al quale saranno successivamente spedite le istruzioni di accesso. Una volta entrati sulla piattaforma per il corso avrete a vostra disposizione il desk di Sanitanova che vi aiuterà per gli aspetti puramente tecnici.

La dott.ssa De Rango provvederà a selezionare le richieste di partecipazione con i criteri già esplicitati, ovvero avranno la precedenza i dirigenti sindacali Cimop e le RSM su tutto il territorio nazionale. Successivamente saranno accettate le richieste dei nostri iscritti che saranno selezionati in ordine di richiesta fino ad esaurimento dei 500 posti accreditati.

Non disponendo di una Mail-list dei Sindacalisti Cimop sul territorio, i segretari regionali e le rappresentanze sindacali possono fornire alla Segreteria nazionale Cimop i nominati delle RSM presenti nelle aziende del territorio di competenza.

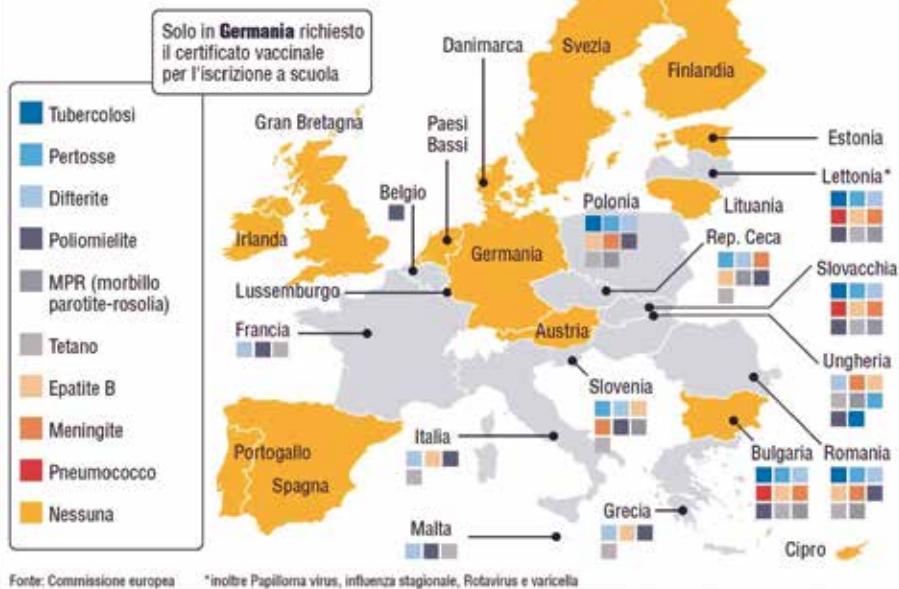
tivi medici, l'assistenza sanitaria transfrontaliera, il morbo di Alzheimer e altri tipi di demenza, le medicine alternative e i rimedi erboristici, la preparazione all'eventuale influenza pandemica, la resistenza antimicrobica, le terapie avanzate.

COSA SOSTIENE L'ATTUALE PROGRAMMA DI AZIONE COMUNITARIA?

La strategia sanitaria dell'Unione «Insieme per la salute» sostiene la strategia generale Europa 2020, che punta a trasformare l'Unione europea in un'economia intelligente, sostenibile e inclusiva capace di promuovere la crescita per tutti. Per realizzare que-

sto obiettivo, la buona salute della popolazione è un requisito fondamentale. Nel 2014 è stato avviato il terzo programma sanitario, volto a promuovere la salute in Europa incoraggiando la cooperazione tra gli Stati membri dell'Unione, onde migliorare politiche sanitarie per i cittadini e incentivare la condivisione delle risorse. Il programma è denominato «Salute per la crescita» e interessa il periodo dal 2014 al 2020. Il programma è il risultato del buon esito dei negoziati tra Commissione, Parlamento e Consiglio su tre questioni principali: la dotazione di bilancio; le modalità di approvazione dei programmi di lavoro annuali; il cofinanziamento delle azioni

Le vaccinazioni obbligatorie in Europa



comuni intese a creare incentivi per una migliore partecipazione degli Stati membri dotati di meno risorse. La dotazione finanziaria complessiva è pari a quasi 450 milioni di EUR.

Tra l'altro, fra il 23 novembre 2016 e il 23 febbraio 2017, la Commissione europea ha avviato una consultazione pubblica per la valutazione di medio termine del sopracitato Programma. Sono stati invitati a partecipare alla consultazione cittadini e organizzazioni interessate alla salute pubblica e ai sistemi sanitari in Europa. L'obiettivo è stato quello di assicurare che, oltre alle organizzazioni e agli individui direttamente coinvolti o beneficiari del programma, diversi gruppi di interesse, così come il pubblico in generale, potessero dare un'opinione sulle performance del pro-

gramma stesso e sulle future priorità da attuare.

I PAZIENTI DELL'UE POSSONO ATTRAVERSARE LIBERAMENTE I CONFINI ALLA RICERCA DI MIGLIORI O PIÙ VELOCI CURE MEDICHE?

La direttiva 2011/24/UE sui diritti dei pazienti nella sanità all'estero stabilisce il quadro legale per i pazienti alla ricerca di cure fuori dai loro paesi d'origine, con l'intento di migliorare la sostenibilità dei sistemi sanitari. Tutti gli ospedali a gestione pubblica o privata riconoscono il grande potenziale della Direttiva transfrontaliera, con un particolare interesse per la riduzione delle liste d'attesa e il miglioramento degli standard delle cure.

Ad oggi, l'applicazione della Direttiva è limitata da una serie di problemi, sperimentati da tutti i paesi UE. Il report sulla situazione attuale della Direttiva sulla

Sanità Transfrontaliera, pubblicata dalla Commissione Europea alla fine del 2015, ha riportato che i principali ostacoli sono costituiti da:

- la scarsa conoscenza dei propri diritti da parte dei cittadini più poveri e la mancanza di informazioni chiare, strutturate e comprensibili per i pazienti;
- la mancanza di cooperazione e comunicazione con i Ministeri ed i Punti di contatto nazionale;
- “il fardello” amministrativo e i tempi di gestione delle richieste;
- la barriera linguistica;
- le basse tariffe di rimborso;
- l'obbligatorietà di una precedente autorizzazione per trattamenti speciali ed ospedalizzazione.

Peraltro, l'uso della sanità all'estero non è un fenomeno nuovo, ma, sia l'evoluzione globale nei flussi di pazienti e di pratiche sanitarie, sia l'avanzamento della tecnologia medica oltre i confini nazionali, hanno cambiato il modo in cui i servizi sanitari sono offerti ai pazienti. Alcune regioni transfrontaliere stanno funzionando bene (Benelux) in quanto hanno una lunga tradizione. Alcuni altri paesi stanno provando ad attrarre pazienti stranieri, offrendo servizi altamente specializzati a bassi prezzi (riabilitazione in Portogallo).

Parlando delle motivazioni, la necessità è molto spesso la prima ragione: chiunque, infatti, preferirebbe essere ben curato nel proprio paese, con il supporto familiare e amicale.

Luigi Morgano

Deputato al Parlamento Europeo

Lotta agli sprechi e svolta ideologica sui privati: ricetta per la sanità futura

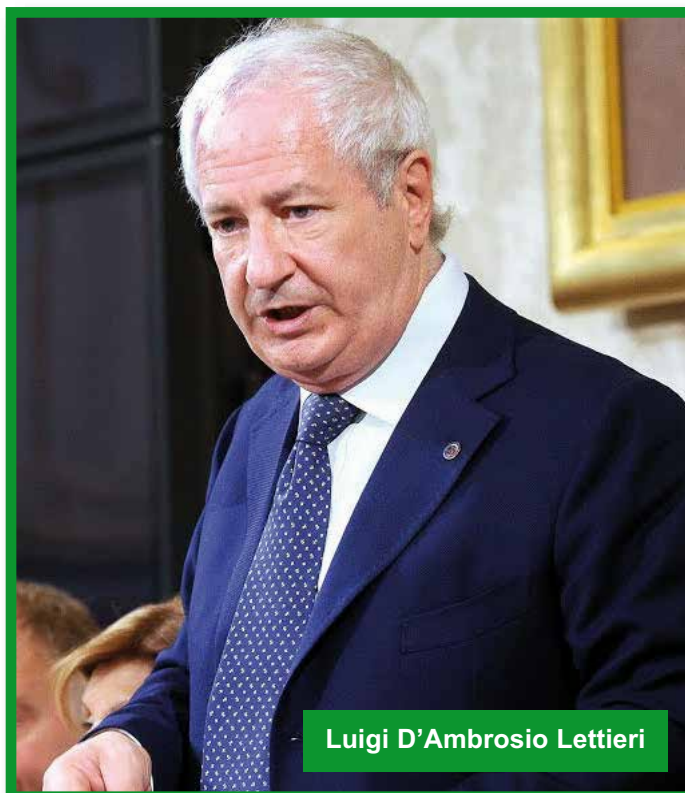
INTERVISTA AL SENATORE BARESE LUIGI D'AMBROSIO LETTIERI COMPONENTE DELLA COMMISSIONE SANITA' CHE PARLA A 360 GRADI DI PROFESSIONE E POLITICHE SANITARIE, MA IN CHIAVE SOCIO-ASSISTENZIALE

di Francesco De Palo

Come perimetrare un nuovo percorso comune da offrire alla sanità italiana gravata dal calo dei fondi previsto per il 2019? In quale misura immaginare da un lato la strutturazione, organica e finalizzata dei Lea e, dall'altro, la composizione delle griglie valutative anche per dare corpo alla responsabilità dei medici? E ancora, quale ruolo affidare al privato accreditato in una logica che lo guardi non più come controparte ma come parte attiva in quel processo evolutivo relativo alla programmazione che metta da parte demagogia e pregiudiziali? Sono alcune delle tematiche su cui, da tempo, opera il sen. Luigi d'Ambrosio Lettieri (Direzione Italia), componente Commissione Sanità del Senato, e che hanno rappresentato il fulcro del suo intervento a Roma alla presentazione del secondo Rapporto Gimbe sulla sostenibilità del sistema sanitario nazionale.

La Commissione Sanità del Senato ha dato un segnale importante, quando, superando sensibilità politiche differenti, è riuscita ad individuare un percorso comune da dare alla sanità: quali i passi da compiere al fine di trasformare adesso quello sforzo in azioni concrete?

“In Commissione Sanità, su mia richiesta, è stata



Luigi D'Ambrosio Lettieri

avviata una indagine conoscitiva sulla sostenibilità del SSN in una logica di universalità ed equità. Ho chiesto al Presidente del Senato tale indagine perché, da tempo, il nostro SSN presenta dei punti di criticità riferiti ai livelli di governance per un verso e ai finanziamenti del fondo nazionale per l'altro. Per

fare una buona sanità, e per mantenerla tra i modelli più apprezzati al mondo, abbiamo bisogno di operare su due versanti: risorse adeguate a soddisfare la domanda di salute e ammodernare i livelli di governance per un'architettura organizzativa che offra sempre maggiore efficacia ed efficienza”.

Cosa emerge e con quali punti di criticità?

“Rispetto al passato non siamo più nella condizione di garantire nelle politiche di welfare un'erogazione generosa secondo il principio del “tutto a tutti dalla culla alla tomba”. Ma siamo consapevoli che tale principio, funzionante sino a prima del Trattato di Maastricht, ha causato anche quel famoso debito pubblico che ancora oggi rappresenta un freno a mano per lo sviluppo della nostra economia. Siamo quindi chiamati a pensare ad un welfare cosiddetto selettivo: non possiamo dare a tutti anche il superfluo, ma dobbiamo garantire a tutti almeno il necessario. Per procedere in questa direzione è utile tenere ben presente uno scenario di contesto. In primis aumentano le aspettative di vita: il nostro è un Paese dove si vive di più e si nasce di meno, quindi si pone il tema delle cronicità, ovvero quelle patologie che diventano a forte impatto sociale. Dai dismetabolismi alle patologie cardiovascolari, diabete e ictus, per finire a quelle oncologiche che oggi per fortuna iniziano a non spaventare più come un tempo. In secondo luogo il costo dell'innovazione. A iniziare dai farmaci più moderni fino ai medical devices, noi accusiamo dei progressi straordinari che vengono compiuti. Oggi, ad esempio, non si muore più di epatite C perché un farmaco è in grado di eradicare la patologia, ma con un costo specifico. Ration per cui l'Aifa ha introdotto un criterio di priorità per l'accesso alle cure. Nel campo cardiovascolare oggi abbiamo la possibilità, sia in diagnostica che in cura, di effettuare interventi mini invasivi grazie a dispositivi di raffinatissima qualità, che sono figli dei processi di innovazione”.

L'universalità su cui, in teoria, si basa il



nostro SSN è sovente smentita dai fatti: come migliorare il rapporto di stretta connessione tra il governo della sanità e il governo delle disuguaglianze sociali e dell'ambiente?

“Punto di partenza il contrasto a sprechi, sperperi e corruzione che pesano per due euro ogni dieci, secondo i dati ufficiali. Significa che sui 115 miliardi del Fondo Sanitario Nazionale ben 20 miliardi vanno in quella direzione. Il tutto è connesso alle disparità di

applicazione dei Lea: la mobilità passiva extra regionale ci racconta di un esodo da un'area geografica all'altra per via di una differente mobilità e tempestività, efficacia ed efficienza nell'accesso alle prestazioni garantite dai Lea”.

Da dove partire per una rimodulazione dei Lea sotto il segno del valore, per garantire a tutti i cittadini servizi e prestazioni sanitarie competitive?

“La cabina di regia che, a livello ministeriale, misura il rispetto delle prestazioni Lea su tutte le regioni italiane ci racconta che sei o sette non garantiscono tutte quelle prestazioni. Dobbiamo invece perseguire universalità ed equità anche in vista di un altro preoccupante dato: aumenta il numero dei cittadini che rinunziano alle cure. In Italia 4 milioni sono le persone dentro la povertà: e, anche in ragione di tale condizione, il numero delle persone che rinunzia alle cure supera i 10 milioni. Il motivo? Le difficoltà e l'onerosità di accesso, come l'impossibilità di pagare il ticket: un pericolosissimo campanello di allarme. Aggiungo che oltre ai 115 miliardi del finanziamento pubblico, ce ne sono più di 30 spesi per la sanità privata, il cosiddetto out of pocket, di cui solo il 10% sono intermediati. Ovvero ci sono soggetti, come ad esempio le casse di previdenza, aggregatori di interessi collettivi, che si pongono da negoziatori della prestazione. E' evidente che se la prestazione viene pagata dal cittadino con il soggetto privato, il costo sarà x. In presenza di un aggregatore di interessi che opera in modo esponenziale



Lombardia

RINNOVATO IL CONSIGLIO REGIONALE CIMOP

Si è rinnovato il 9 marzo scorso il consiglio regionale di Cimop Lombardia. L'assemblea degli iscritti, convocata a Brescia, ha voluto riconfermare Carmela De Rango alla guida di questa importante sezione Cimop regionale. Ma ecco la nuova squadra:

SEGRETARIO: Carmela De Rango

VICE-SEGRETARIO: Umberto Pignatiello

SEGRETARIO AMMINISTRATIVO: Adriana Nardo

CONSIGLIERI:

1. Barbieri Benedetta
2. Buizza Mario
3. Caprini Lorenzo
4. Casati Giovanni
5. Coppola Vincenzo
6. D'Acquisto Lorenzo
7. Lamantia Giuseppina
8. De Rango Carmela
9. Lovera Mauro
10. Magni Luca
11. Nardo Adriana
12. Panzeri Rita
13. Pignatelli Umberto
14. Pignatiello Umberto
15. Premoselli Pietro
16. Primerano Enzo
17. Scaglietti Ugo
18. Scandella Osvaldo
19. Scazzina Letizia
20. Riccardo Enrini
21. Riccardo Morisi
22. Martignone Georgia
23. Travaglini Nicola
24. Piacentini Cinzia

REVISORI DEI CONTI

1. Fedele Paola - PRESIDENTE
2. Finetto Flora
3. Tambara Elena

PROBIVIRI

1. D'Addazio Giampiero - PRESIDENTE
2. Decchi Barbara
3. Consolandi Alberto

Consiglieri e segretario si sono messi subito al lavoro. La delegazione RSM di Fondazione Poliambulanza, costituita dai consiglieri Lorenzo Caprini, Mauro Lovera, Nicola Travaglini e da Monja Giulia Rodella, supportati dal segretario, Carmela De Rango, e dal

consulente legale, avv. Mario Berruti, ha portato a termine e una importante trattativa che si è conclusa con il rinnovo del contratto integrativo aziendale (CIA).

La Delegazione RSM dell'Istituto Oncologico Europeo (IEO) costituita da Barbiera Benedetta, Lorenzo D'Acquisto, Giuseppina Lamantia e Rita Panzeri, supportate dal segretario, Carmela De Rango, ha continuato a portare avanti le trattative per l'applicazione del CIA IEO che stenta a decollare.

Restano invece insolte le questioni pendenti del Centro Cardiologico Monzino la cui delegazione, rappresentata da Paolo Barbieri e Maurizio Roberto, stenta a farsi convocare dalla Direzione. La segreteria regionale invierà alla Direzione del Monzino una formale richiesta di convocazione al fine di smuovere la situazione di stallo che si è instaurata.

Novità anche in Fondazione Teresa Camplani.

La proprietà, rappresentata da Marcello Belotti, Direttore generale e neo eletto presidente Aris Lombardia, Paola Crespi, responsabile risorse umane, i direttori sanitari dei tre presidi e Madre **Maria Oliva Bufano**, con il supporto prestigioso dell'avv. Giovanni Costantino, capo delegazione Aris per il rinnovo del ccnl nazionale dei medici, ha incontrato la rappresentanza sindacale Cimop dei tre presidi, San Clemente di Mantova, Cremona e Domus Salutis di Brescia, di Fondazione Teresa Camplani.

Al tavolo era presente la RSM CIMOP dei tre presidi (Mantova, Cremona e Domus Salutis di Brescia): **Adriana Nardo, Barbara Decchi, Emilia Faggiani e Anna Mazzeletti**, il segretario nazionale Cimop, Carmela De Rango, e il consulente legale Cimop, avv. Mario Berruti. Tema principale di confronto è stato la nuova delibera regionale e le regole che definiscono le attività ambulatoriale. A seguito di tale delibera, l'Azienda sanitaria Teresa Camplani ha avvertito l'esigenza di confrontarsi con la delegazione Cimop al fine di trovare strategie congiunte per il raggiungimento degli obiettivi comuni che possano mantenere come centralità il paziente.

Non ci sono novità da Multimedica. Sotto la RSM di Multimedica da sx, Ugo Scaglietti, Pietro Premoselli, Riccardo Enrini, Riccardo Morisi.



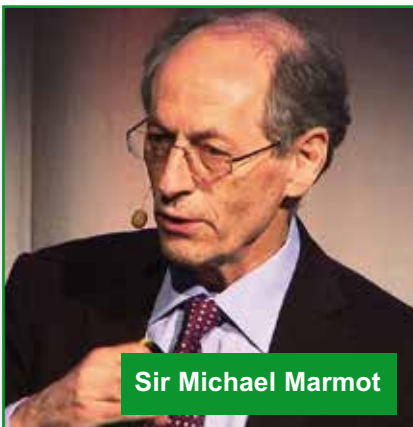
rispetto ad una platea più estesa di soggetti, costui può negoziare con il privato un prezzo più basso che porta ad un costo pro capite che non è più x, ma x meno y. Quindi comparando la percentuale rispetto all'out of pocket di intermediazione indubbiamente ci rendiamo conto che in Italia la percentuale è ancora molto bassa, se raffrontata ad altri Paesi dell'Ue”.

Come mettere quindi a frutto le indicazioni contenute nel rapporto Gimbe?

“Traccio una suggestione, riferita al fatto che quando parliamo di politica sanitaria, parliamo prevalentemente di assistenza sanitaria, lasciando fuori l'obiettivo fondamentale che è quello di garantire ai cittadini un adeguato livello di assistenza che sia socio-sanitario-assistenziale. Il livello di contiguità fra la sfera della sanità e quella del sociale è talmente profondo e intimo che questi due ambiti si intersecano e disegnano un'area sempre più ampia di servizi, che non possono essere disgiunti e affrontati per silos. Ma devono evidentemente produrre un atteggiamento di governo. Penso alle disabilità per patologia, come il soggetto che porta esiti da ictus, quindi bisognoso di una assistenza sanitaria ma anche di una di stampo sociale. Come potremmo offrire una risposta disgiunta a soggetti di questo genere che rientrano in una platea numericamente crescente? Siamo chiamati, invece, ad un approccio organico e strutturale: ecco la governance della nuova sanità. Ma penso anche a due temi, se vogliamo nuovi e innovativi, che però dovremmo imparare a considerare intimamente legati alla sanità ed alla povertà”.

Quali?

“Sir Michael Marmotte, uno degli epidemiologi più illustri al mondo, parla di salute diseguale in un bellissimo libro, “La salute diseguale: la sfida di un mondo ingiusto” (Il Pensiero Scientifico Editore 2016) a cura di Simona Giampaoli e Giuseppe Traversa, in cui affronta ed esplora tutte le problematiche della sanità che traggono origine dalle tematiche ambientali e della povertà. Marmotte ha esaminato alcune delle maggior capitali del mondo, ren-



Sir Michael Marmot

dendosi conto che nella stessa città con le medesime regole e il medesimo approccio sanitario, c'è una fascia di popolazione che occupa la porzione di territorio più agiata che presenta parametri sanitari migliori rispetto a coloro che abitano in quartieri più periferici con più degrado e meno servizi. Sostanzialmente c'è un indice di deprivazione, sociale, culturale ed economico, che non può rimanere estraneo nell'ambito della definizio-

ne di una governance della sanità che imponga a tutti i sistemi di protezione, soprattutto a quelli con una lunga tradizione come il nostro, un approccio differente. L'Italia con la riforma sanitaria del 1975 ha compiuto un salto straordinario in avanti che ha dato ai cittadini un modello sanitario importante non solo per la tutela della salute, ma che segna la cifra del progresso democratico italiano”.

Come ristrutturare il sistema fortemente in crisi e con quali strumenti da parte del legislatore?

“Dopo aver approvato il def e la manovrina, non possiamo non affermare, con senso di responsabilità e fuori da qualsiasi tipo di speculazione politica, che il nostro SSN è in una condizione di affanno. E si arriva ad utilizzare un ossimoro, come l'universalismo diseguale, per evidenziare la condizione di difficoltà che comunque si trova nelle valutazioni periodiche, come la griglie che misurano i livelli essenziali di accesso. Nel 2019, come scritto nella manovrina, il Fondo sanitario nazionale sarà pari al 6,4% del pil. Secondo l'Oms sotto il 6,5% siamo in presenza di una condizione di emergenza, tanto per chiarire lo status quo. Certo, abbiamo risposto con provvedimenti importanti: penso al contrasto sulla medicina difensiva. La legge sulla responsabilità professionale, tra le tante cose, ha anche rimesso in equilibrio il rapporto tra medico e paziente, nel rispetto delle singole competenze e delle rispettive dignità. In particolare è stato avviato un efficace contrasto al sistema con cui, in precedenza, il medico poneva in essere strumenti per proteggersi contro le accuse di malasanià. Affinché



Calabria

DALLA "BALDUZZI" ALLA "GELLI", LE RISPOSTE ALLE TANTE DOMANDE: APPUNTAMENTO A REGGIO

La nuova legge sulla responsabilità medica, luci e ombre è il titolo del seminario Cimop in programma il 14 settembre 2014 a Reggio Calabria. La nuova legge che regola la responsabilità medica, emanata recentemente dal Parlamento, rappresenta una vera novità nel campo della regolamentazione dei rapporti tra medico, paziente e struttura sanitaria. La legge Balduzzi ha rappresentato un primo tentativo di regolamentazione dell'attività medica sotto il profilo della responsabilità nei confronti dei pazienti e delle strutture sanitarie in cui si opera.

La previsione dell'assicurazione obbligatoria degli esercenti la professione sanitaria sembrava una buona soluzione che, nasce male e cresce in modo alquanto inadeguato; il legislatore ponendo l'obbligo di assicurazione in capo agli esercenti la professione ha dimenticato, o ha voluto dimenticare, di estendere l'obbligo in capo alle società assicuratrici con il risultato che poche società di assicurazione accettano volentieri la copertura del rischio con il risultato di inficiare il raggiungimento dell'obiettivo e al tempo stesso un notevole aumento dei premi, in particolare per alcune specialità come l'ostetricia, l'ortopedia e la chirurgia.

Un aspetto da approfondire nella cosiddetta legge Balduzzi è l'introduzione delle "Linee Guida" quali prassi mediche da prendere a parametro per il giudizio di correttezza di azione e di responsabilità medica.

La nuova normativa introdotta con la legge Gelli, conferma questa impostazione, modifica il tipo di rapporto tra medico e paziente con la specifica del rapporto contrattuale ed extra contrattuale. Questo tipo di divisione comporta il periodo di prescrizione della eventuale colpa.

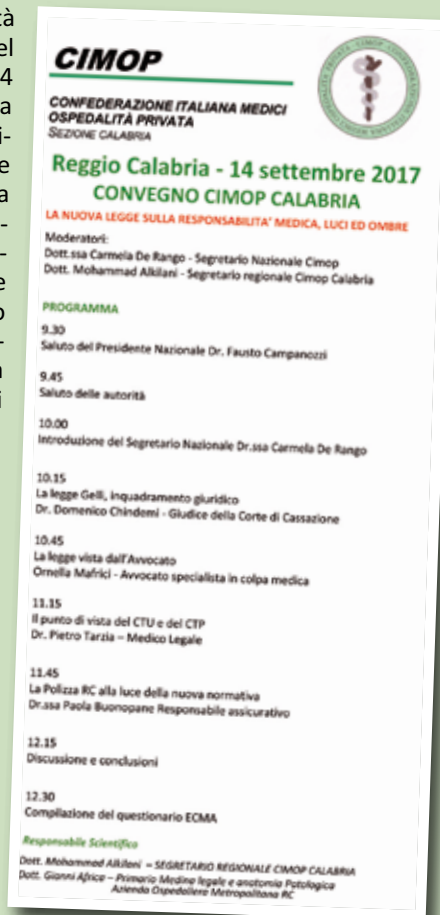
Altro punto da prendere in considerazione, introdotto dalla nuova normativa è l'obbligo della assicurazione in capo alla struttura sanitaria, tenuta ad assicurare i suoi operatori sanitari a prescindere dal tipo di contratto di lavoro che regola la loro attività. Sarà da approfondire anche la limitazione della responsabilità medica ai soli casi della colpa grave che, pur coperta dalla polizza della struttura sanitaria ma con diritto di rivalsa nei confronti del medico.

Ci domandiamo: quali effetti concreti avrà la nuova legge sulla quotidianità del lavoro medico e se questa legge comporterà una diminuzione del costo delle polizze e soprattutto sulla cosiddetta "medicina difensiva". Tutte domande ed aspetti che questo convegno è chiamato a dare risposta.

Infatti, a chiarire questi aspetti sono stati chiamati relatori esperti in materia, sia per quanto riguarda l'aspetto giuridico che di vita quotidiana degli operatori.

Mohammad Alkilani

Segretario regionale Cimop Calabria



il provvedimento dispieghi i suoi effetti positivi bisognerà attendere del tempo. Tra gli altri cito il lavoro fatto da Anac e Agenas".

Come intrecciare il ruolo dei privati accreditati all'interno di una nuova visione che metta al centro le maggiori garanzie al cittadino sul diritto costituzionale alla tutela della salute e il non svilimento della professione?

dino sul diritto costituzionale alla tutela della salute e il non svilimento della professione?

"Occorre una premessa. Non per voler fare del terrorismo, ma sono fra quelli che si preoccupa del fatto che i livelli economici relativi alla crescita, quando

ALZHEIMER, BRUNO: "CURIAMO ANIMA E CORPO"

A Villaricca, nel napoletano, in una villa confiscata alla criminalità organizzata, in Corso Italia 395, l'associazione A.M.N.E.S.I.A. dà alla luce CASA ALZHEIMER, per sostenere da un punto di vista sociale, umano e medico il percorso di questa malattia. Regista dell'operazione è la dott.ssa **Patrizia Bruno** (nella foto) che in questa conversazione con il Notiziario Cimop racconta perimetro e meta dell'iniziativa.

Come nasce l'associazione e con quali obiettivi?

"L'associazione è costituita per rispondere ai bisogni delle persone. La demenza e l'alzheimer, non si possono affrontare solo dal punto di vista medico. Occorre un percorso condiviso con i familiari innanzitutto, ma anche con tutte quelle interazioni che possono risultare utili. Si punta a completare ciò che l'attività sanitaria non può dare a queste persone, la cui avventura parte con la diagnosi della demenza".

Perché la epitetica avventura?

"La chiamo avventura perché il percorso è molto lungo nel tempo: si vive la demenza come una malattia inesorabilmente degenerativa progressiva, quindi allo stesso tempo si invecchia, mutano le strutture sociali pre esistenti, oltre ai rapporti con gli altri. E' la ragione perché lo interpreto come un percorso da affrontare tutti insieme



attraverso la formazione dei familiari del paziente, la presentazione e comprensione dell'intera terapia non-farmacologica oggi disponibile. Queste le premesse per puntare al miglioramento della condizione".

Con quali strumenti opera l'associazione?

"Rispondiamo ai bisogni delle persone, per questo sono loro in prima battuta nell'essere protagonisti della vita della casa. Ovviamente ci avvaliamo di uno staff di professionisti multidisciplinari che mi affiancano, che variano dal neuropsicologo specialistico all'educatore, dal

terapista classico al musicoterapista. Tutte figure che vanno a svolgere un particolarissimo ruolo nell'ambito delle risposte che vengono formulate in maniera originale. Una delle peculiarità della nostra casa è l'aver messo su un centro di incontro/ascolto che, in base a ciò che ci viene proposto, si sforza di rispondere in modo individuale. La demenza è sempre uguale nella parole e nella diagnosi, ma non lo è invece a seconda del caso clinico presente. Dico questo, perché convinta che è diverso lo svolgimento della malattia, ma è anche influenzata dai fattori circostanti, familiari ed ambientali. Noi possiamo agire molto migliorandoli, ma con la premessa che per ogni persona va concertato un piano ad hoc".

c'è, sono dello zero virgola. Per cui sostengo che oggi dovremmo imboccare una strada che ci permetta di consegnare ai nostri figli un modello sanitario evoluto ed efficiente come quello che abbiamo avuto. Dal momento che esistono più motivi che destano preoccupazione in questo senso, gioverebbe interrogarci proprio sul ruolo che il privato potrebbe svolgere in questo disegno. Personalmente mi ritengo libero da pregiudizi, ergo immagino per il futuro un privato che non sia più controparte ma parte attiva in quel processo evolutivo relativo alla programma-

zione che metta da parte demagogia e pregiudiziali. Certo, occorrerà una regolamentazione seria e definita, ma il privato che potrà operare, regolamentato, nel sistema italiano in affanno, non potrà che contribuire al miglioramento del contesto. La politica sanitaria, se saprà farsi evoluta e distante dalla contrapposizione ideologica, sarà in grado di intercettare le forze migliori per offrire un contributo comune alla causa, prendendo gli spunti di equilibrio e immettendoli in un circuito che offra beneficio alla collettività".



LA PAROLA ALL'AVVOCATO

A CURA DI MARIO BERRUTI



LA CASSAZIONE: SIANO RISARCITI I DIRIGENTI MEDICI DAL DANNO SUBITO PER LA MANCATA FRUZIONE DEL RIPOSO COMPENSATIVO

I FATTI.

Alcuni medici dell'Azienda Unità Sanitaria Locale 1 di Massa e Carrara, "Inquadrati in varie categorie previste dalla contrattazione collettiva del comparto sanità o dirigenti medici", avevano svolto il servizio di pronta disponibilità anche in giorni festivi. Ritenendo di avere subito un torto, si erano rivolti alla magistratura al fine di ottenere il riconoscimento del diritto a fruire del riposo compensativo; avevano altresì richiesto il risarcimento del danno subito per la mancata fruizione del riposo.

Il Tribunale di Massa e successivamente la Corte d'Appello di Genova avevano respinto i ricorsi dei medici.

I medici hanno ritenuto di impugnare in Cassazione le due sentenze, perché ritenevano fosse stato violato il principio sancito dal terzo comma dell'art. 36 della Costituzione: "Il lavoratore ha diritto al riposo settimanale e a ferie annuali retribuite, e non può rinunziarvi".

Secondo i medici, ove nel corso del servizio di reperibilità si renda necessaria la loro effettiva prestazione, l'azienda sanitaria non può limitarsi a corrispondere la maggiorazione per il lavoro straordinario prestato nella giornata festiva (e magari per le sole ore "lavorate"), ma deve anche garantire loro il riposo settimanale, che, oltretutto, è irrinunciabile (art. 36 Cost.) e si pone su un piano diverso e distinto da quello della retribuzione, pur maggiorata.

LA DECISIONE DELLA CORTE DI CASSAZIONE.

La Corte di Cassazione, accogliendo il ricorso dei medici, ha affermato il principio secondo cui la previsione di un compenso maggiorato per l'attività prestata in giorno festivo non incide, neppure indirettamente, sulla disciplina della durata complessiva settimanale dell'attività lavorativa e sul diritto del dipendente alla fruizione del necessario riposo, che

dovrà essere comunque garantito dall'azienda, a prescindere da una richiesta, trattandosi di diritto indisponibile, riconosciuto dalla Carta costituzionale oltre che dall'art. 5 della direttiva 2003/88/CE.

COMMENTO.

In sostanza, ciò vuol dire che anche nel caso il medico non avanzi domanda di godimento del riposo compensativo, l'azienda lo deve "automaticamente" riconoscere, proprio perché, essendo un diritto irrinunciabile, la sua eventuale mancata rivendicazione non può considerarsi, neppure implicitamente, una rinuncia al diritto. **Ciò significa che l'azienda deve comunicare al medico che deve risposare per compensare il servizio attivo; se ciò non accade è opportuno che il medico metta in mora l'azienda, ossia invii una comunicazione di invito a ripristinare il diritto.**

Oltre a ciò la Corte di Cassazione ha, altresì, affermato che la mancata fruizione del riposo settimanale è fonte di danno non patrimoniale che deve essere presunto perché "l'interesse del lavoratore leso dall'inadempimento datoriale ha una diretta copertura costituzionale nell'art. 36 Cost, sicché la lesione dell'interesse espone direttamente il datore al risarcimento del danno", **che verrà quantificato dal giudice secondo i principi civilistici.**

Affermare che il danno è presunto significa che il medico non ha l'onere di dimostrare di avere subito un danno dalla mancata fruizione del riposo compensativo, proprio perché il danno è ... in sé.

Alla luce di quanto sopra, e della sentenza della Corte, la RSM dovrà chiedere un incontro all'azienda, al fine di verificare le situazioni "pendenti" e soprattutto al fine di regolamentare il futuro, con regole chiare e precise, se possibile condivise tra sindacato e azienda. ■

RESPONSABILITÀ, LUCI E OMBRE DELLA “GELLI”

Il tentativo di porre un punto di equilibrio in un sistema assolutamente complesso come quello sanitario. Così **Maria Nefeli Gribaudo** (foto), Avvocato del foro di Milano, affida al Notiziario Cimop un'analisi sul senso più intrinseco della legge Gelli sulla responsabilità medica, snocciolandone i contenuti in dettaglio e mettendo l'accento sui pregi, sugli obiettivi e sulle possibili ombre.

Cosa cambia per la professione con le nuove disposizioni di legge sulla responsabilità medica?

“La legge 24 del 2017 tenta di creare un punto di equilibrio introducendo una normativa sistematica in materia di responsabilità sanitaria. Canalizza la responsabilità sanitaria nei confronti della struttura, e non verso il singolo professionista, mantenendo un sistema di responsabilità contrattuale per quel che riguarda la struttura stessa, con un regime di favore per il paziente, circa l'onere della prova e i termini di prescrizione. Inoltre stabilisce la responsabilità extracontrattuale per ciò che concerne il singolo professionista che opera all'interno della struttura. Questa, in sintesi, è la base del cosiddetto doppio binario per cui le azioni risarcitorie vengono così canalizzate verso la struttura sanitaria. Pone, altresì, dei limiti circa l'azione di rivalsa da parte della struttura nei confronti del singolo professionista operante al suo interno, fissando limiti soggettivi come il requisito del dolo o della colpa grave, oltre ad un tetto di tipo quantitativo pari al triplo dello stipendio annuo lordo. Con tali parametri la legge tenta di arginare il fenomeno della cosiddetta medicina difensiva, che ha portato i professionisti sanitari ad assumere atteggiamenti difensivi prescrivendo esami e terapie non dettate da reali necessità cliniche, ma al solo fine di difendersi da un eventuale contenzioso”.

Quali i presupposti e quale l'accertamento?

“I presupposti per agire nei confronti del professionista operante all'interno della struttura sono quelli previsti dalla responsabilità extracontrattuale, per cui sarà il paziente danneggiato a dover provare l'elemento colposo della condotta del sanitario. Cambia inoltre il termine di prescrizione: da 10 anni si abbassa a 5 nei confronti del singolo professionista. Per quanto riguarda l'azione rivolta dalla struttura, resta la responsabilità contrattuale,



quindi sarà la struttura a dover provare il corretto adempimento, con il termine di prescrizione decennale”.

Quali gli aspetti positivi della legge e quali i punti oscuri?

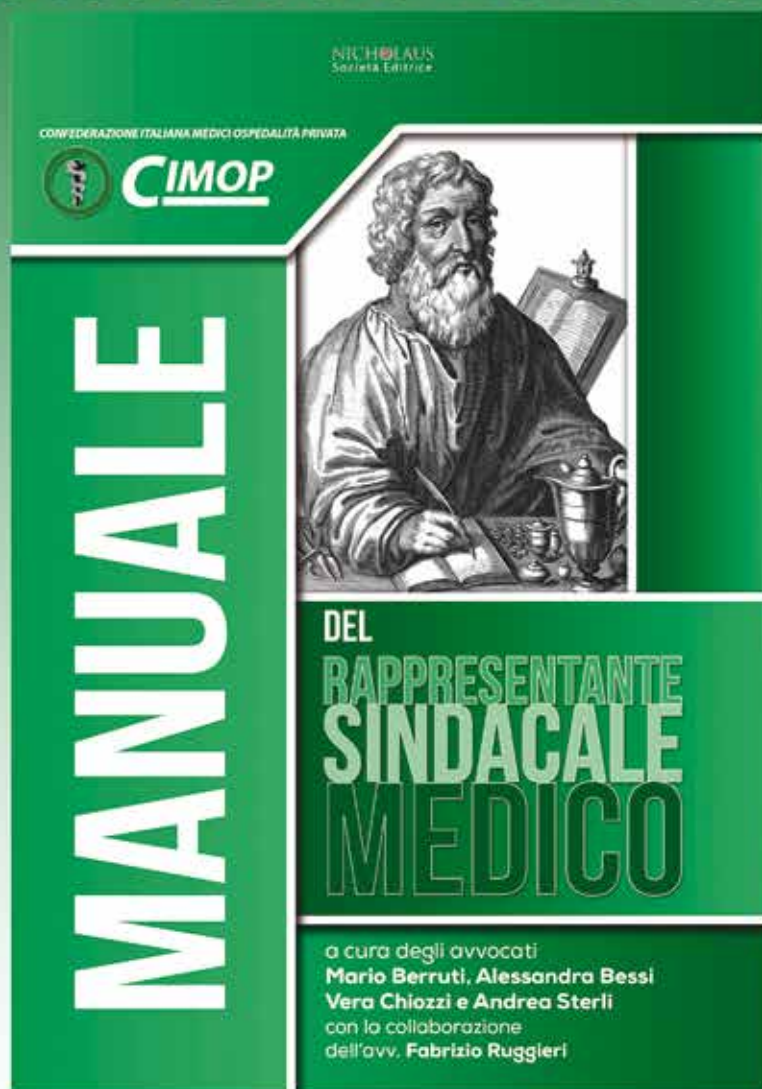
“Questa è la prima legge con l'ambizione di trattare, in maniera organica e sistematica, la materia della responsabilità sanitaria, che sicuramente è materia complessa come lo è il contesto sanitario stesso. Per cui era necessaria una disciplina ad hoc, che fino ad oggi era mancante (salvo l'incompiuto e maldestro tentativo della cd. Legge Balduzzi). Tant'è che fino alla Legge Gelli la giurisprudenza ha svolto una funzione suppletiva e interpretativa molto forte, spesso creando una sorta di incer-

tezza del diritto. La legge ha l'ambizione di mettere un primo punto da cui prendere la mosse anche dal punto di vista interpretativo: è questo un aspetto molto positivo che dovrebbe rendere il tutto più certo. Inoltre valorizza la gestione del rischio clinico quale strumento che, tra gli altri, consente di garantire la sicurezza delle cure la quale assurge a elemento costitutivo del diritto alla salute. Utile anche aver considerato gli aspetti assicurativi con però dei lati oscuri che verranno probabilmente chiariti dai decreti attuativi e l'aver introdotto l'azione diretta nei confronti dell'impresa di assicurazione”.

Crede che in questo modo la giurisprudenza abbia avuto il merito di plasmare una responsabilità medica più vicina al senso comune?

“La giurisprudenza ha avuto sicuramente il merito di affermare dei diritti in capo al paziente che prima non venivano riconosciuti: primo fra tutti il diritto alla libertà di autodeterminazione in ambito sanitario e il diritto di essere informati su rischi, benefici e alternative terapeutiche per consentire al paziente di scegliere il trattamento che ritiene più idoneo secondo un personale bilanciamento di rischi/benefici. Viene valorizzato infatti l'aspetto decisionale del paziente proprio grazie ad una attività giurisprudenziale che si è mostrata sensibile ad affermare tale diritto. In questi anni la giurisprudenza ha spostato il pendolo verso la tutela del paziente: dai pochi diritti riconosciuti fino a ieri al paziente si è passati ad un eccessivo aggravamento della posizione dei professionisti sanitari in cui è ora quanto mai necessario arrivare ad un punto di maggior equilibrio”.

**È solo per i nostri iscritti.
Mettetevelo nella tasca.**



Cimop

www.cimop.it

Siamo con te.

CONFEDERAZIONE ITALIANA MEDICI OSPEDALITÀ PRIVATA.

Sede nazionale: Roma - Via C. Pavese, 360 - 00144 - Tel. 06.5004063 - Fax 06.5022190 - Email: segreteria@cimop.it