



Notiziario

CIMOP

www.cimop.it

Anno XIII numero 3-4 bimestrale - dicembre 2017

FOCUS

PAG. 16

**HA ANCORA SENSO OGGI
PARLARE DI SINDACATO?**



RISCHIO TUTTO?

**COME CAMBIA LA PROFESSIONE MEDICA DOPO LA RIFORMA DELLA LEGGE GELLI-BIANCO
LUCI ED OMBRE DEL NUOVO SISTEMA DI RESPONSABILITÀ. QUANTO RISCHIANO I MEDICI.**

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

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

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

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

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

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 Segretario Regionale Piemonte
dott. **RICCARDO IULIANI**
c/o ospedale Cottolengo, 9 – 10126 TORINO
Tel. 348 5247010 – E-mail: info@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: laio@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 – VENAFRO (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

Cari Colleghi, in questo numero Notiziario vogliamo porre l'attenzione su due questioni di particolare rilevanza: la Responsabilità professionale, dopo l'avvio della legge Gelli/Bianco e l'andamento delle trattative sul rinnovo del Ccnl nazionale.

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

Sul tema della Responsabilità Professionale ricordiamo che il 17 marzo 2017 è stata pubblicata in Gazzetta Ufficiale la legge 8 marzo 2017, n. 24,

in vigore dall'aprile 2017, recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie". CIMOP, nell'ambito dell'attività formativa ha voluto attivare su tale argomento un corso fad "Le nuove disposizioni di legge sulla responsabilità medica: cosa c'è da sapere" organizzato dalla Segreteria Nazionale e che ho curato personalmente, quale responsabile scientifico, e il cui contenuto è stato redatto dall'Avv. Maria Nefeli Gribaudo del foro di Milano,

esperta in materia e docente in corsi ECM. Il corso è gratuito, conferisce 10,5 crediti ECM. Tutti i dettagli, e le modalità di partecipazione, li trovate nell'ultima di copertina del Notiziario e sul nostro sito cimop.it.

Sempre sul tema della responsabilità professionale, la Sezione Cimop Calabria ha organizzato un importante evento residenziale a Reggio Calabria, grazie all'impegno del Segretario regionale, Mohamed Alkilani. Anche di esso ci occupiamo in maniera diffusa nella seconda parte di questo Notiziario con interventi, relazioni, tabelle, ecc.

RINNOVO DEL CCNL

Premetto che Cimop è l'unico sindacato che siede al tavolo delle trattative per il rinnovo del ccnl della sanità privata, così come avvenuto anche in passato. Volendo fare la cronistoria di due anni e mezzo di trattative, devo dirvi che da gennaio 2016 fino a giugno 2017 Cimop si è inizialmente vista costretta a trattare con le due Associazioni datoriali, AIOP e ARIS, su due tavoli separati per volontà di queste due organizzazioni. Nel mese di luglio 2017, finalmente, AIOP e ARIS hanno unito i due tavoli di contrattazione e nel mese di agosto è giunta alla sede CIMOP la prima piattaforma condivisa da entrambe le associazioni datoriali.

Era dal 2005 che CIMOP attendeva che le due associazioni datoriali trovasse una intesa per una trattativa unitaria, e CIMOP ha accolto positivamente questo evento. Nel gennaio 2018 FdG ha nuovamente aderito ad ARIS e possiamo quindi dire che abbiamo al tavolo di trattative tutti gli interlocutori che rappresentano la nostra controparte. Rimando alle pagine interne al Notiziario per gli aspetti tecnici e giuridici della piattaforma. Voglio inviare un messaggio a tutti i nostri rappresentanti sindacali aziendali del territorio italiano. Siamo a conoscenza di pressioni che ricevete dalle aziende, e anche dai medici stessi, perché acconsentano alla richiesta aziendale di ridurre il riposo tra un turno e l'altro di lavoro

(segue a pagina 15)

Il Contratto Unico Strada in salita ma non molliamo

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 dicembre 2017



LA STORIA DI UN CONTRATTO MAI APPLICATO. L'ASSORDANTE SILENZIO DI ARIS DOPO LA LETTERA DELLA SEGRETERIA NAZIONALE. INTERVISTA CON NERI (CIMOP LAZIO): "LE STRUTTURE RELIGIOSE DEVONO AVERE NEL LORO DNA UNA CONSAPEVOLEZZA DIVERSA"



di Francesco De Palo

“Una realtà associativa se non riesce ad applicare ai propri dipendenti un contratto collettivo nazionale, oltre a favorire un danno oggettivo, perde anche il proprio peso specifico istituzionale”. Così Stefano Neri, Segretario Cimop Lazio che scompone e analizza la contingenza relativa all'accordo ponte firmato nell'aprile 2009, e che ancora oggi non viene applicato.

Partiamo dall'inizio: cosa succede in Lazio?



Stefano Neri, segretario regionale Cimop Lazio. Sotto e a destra, il testo sottoscritto dalle parti sociali relativo all'accordo-ponte tra Aris e Cimop

tutti i medici che operano nelle Strutture Aris. Eppure proprio l'Aris in questi nove anni, pur godendo di fatto di una condizione di maggior favore nei confronti delle altre Associazioni datoriali, non avendo rispettato l'accordo ponte-economico nel Lazio, non ha perso l'accreditamento delle strutture, anzi le stesse continuano ad operare quotidianamente mantenendo e consolidando i propri introiti anche grazie all'apporto fondamentale dei medici che ogni giorno prestano la propria opera nelle strutture stesse.

Di chi le responsabilità?

La definizione dell'accordo ponte-economico è stato più volte oggetto di sollecito proprio dalla

Cimop-Lazio, affinché fossero definiti i tempi d'erogazione degli aumenti salariali. Ma dopo alcuni incontri avuti con il Presidente dell'Aris- Lazio non si è giunti ad ad una soluzione: questa poteva essere una valida ragione, nei primissimi anni, in quando la maggior parte delle Case di Cura appartenenti all'Aris aveva la necessità anche di sostituire il

La situazione contrattuale dei medici del Lazio è ferma a prima del 2009. In quell'anno, infatti, venne firmato un accordo ponte-economico con le associazioni datoriali in sede nazionale che prevedeva un aumento salariale del 7,5%. Le Case di Cura afferenti all'Aiop hanno elargito ai dipendenti medici solo il 50% di tale accordo, mentre per le Strutture Sanitarie aderenti all'Aris la situazione è a dir poco scandalosa, in quanto nulla è stato erogato nel corso di questi lunghi anni.

Dopo nove anni quali le maggiori criticità?

Il punto è anche ancora oggi non si riesce a comprendere le ragioni per cui permane questa volontà ostativa nel non voler venire incontro alle esigenze di

TAB. 1 - C.C.N.L. personale medico: retribuzione attuale e nuovi importi all'1/1/2009

Valori mensili									
TEMPO PIENO									
Qualifica	Tabellare	Indennità medico strutt. san.	Indennità profess.	Indennità medica e med. resp.	Indennità direzione sanitaria	Retribuz. attuale	Nuovo tabellare	Nuova retribuz.	Totale incrementi retributivi
Resp. area medica con direz. san.	3.361,00	145,00	852,00	189,00	170,00	4.717,00	3.714,00	5.070,00	353,00 7,5%
Resp. area medica	3.361,00	145,00	852,00	189,00		4.547,00	3.702,00	4.888,00	341,00 7,5%
Resp. area chirurg. con direz. san.	3.361,00	145,00	852,00	265,00	170,00	4.793,00	3.720,00	5.152,00	359,00 7,5%
Resp. area chirurg.	3.361,00	145,00	852,00	265,00		4.623,00	3.707,00	4.969,00	346,00 7,5%
Aiuto dirigente	2.650,00	93,00	711,00	165,00		3.619,00	2.921,00	3.890,00	271,00 7,5%
Aiuto	2.650,00	93,00	711,00	52,00		3.506,00	2.912,00	3.768,00	262,00 7,5%
Assistente 'B'	2.206,00	71,00	573,00	26,00		2.876,00	2.421,00	3.091,00	215,00 7,5%
Assistente 'A'	2.141,00	71,00	573,00	26,00		2.811,00	2.351,00	3.021,00	210,00 7,5%
TEMPO DEFINITO									
Qualifica	Tabellare	Indennità medico strutt. san.	Indennità profess.	Indennità medica e med. resp.	Indennità direzione sanitaria	Retribuz. attuale	Nuovo tabellare	Nuova retribuz.	Totale incrementi retributivi
Resp. area medica con direz. san.	2.910,00	108,00		189,00	170,00	3.377,00	3.163,00	3.630,00	253,00 7,5%
Resp. area medica	2.910,00	108,00		189,00		3.207,00	3.150,00	3.447,00	240,00 7,5%
Resp. area chirurg. con direz. san.	2.910,00	108,00		265,00	170,00	3.453,00	3.168,00	3.711,00	268,00 7,5%
Resp. area chirurg.	2.910,00	108,00		265,00		3.283,00	3.158,00	3.629,00	246,00 7,5%
Aiuto dirigente	2.280,00	70,00		165,00		2.515,00	2.468,00	2.703,00	188,00 7,5%
Aiuto	2.280,00	70,00		52,00		2.402,00	2.460,00	2.582,00	180,00 7,5%
Assistente 'B'	1.820,00	54,00		26,00		1.900,00	1.962,00	2.042,00	142,00 7,5%
Assistente 'A'	1.786,00	54,00		26,00		1.866,00	1.926,00	2.006,00	140,00 7,5%

ARIS - CIMOP ACCORDO PONTE ECONOMICO

Il giorno 7 aprile 2009, presso la sede nazionale Aris, in Roma al largo della Sanità Militare n°60,

tra
ARIS, nelle persone del capo delegazione avv. Giovanni Costantino, e dei componenti la delegazione dottor Jose Parrella e dottor Paolo Moscioni, con l'assistenza del segretario generale dottor Raffaele D'Ari,

e
CIMOP, nelle persone del segretario nazionale dottor Fausto Campanozzi, del presidente nazionale dottor Umberto Pignatiello Di Matteo, del capo delegazione dottor Vittorio Casamassima e dei componenti la delegazione dottor Giuseppe Bongiovanni, dottor Giacomo Crudele, dott.ssa Carmela De Rango, dottor Giuseppe Musolino e dottor Luca Putignano,
è stato raggiunto l'accordo di definizione dei valori tabellari riferiti al biennio economico 2009 - 2010, decorrenti dall'1 gennaio 2009.
Detto accordo è condizionato alla ratifica da parte degli organi deliberanti, entro e non oltre il 15 giugno 2009.

Premesso che

- il ccnl del personale medico della sanità privata è scaduto sin dal 31 dicembre 2005,
- tra l'ARIS e la Cimop è in corso da lungo tempo un confronto per verificare la possibilità di procedere al rinnovo,
- è intenzione delle parti definire i valori retributivi decorrenti dall'1 gennaio 2009, pur nella consapevolezza del particolare momento di crisi economica che sta attraversando il settore della sanità privata, oggetto di politiche sanitarie particolarmente penalizzanti,
- al fine di assicurare ai medici l'adeguamento dei valori tabellari, le parti concordano circa l'opportunità di rinviare il confronto sulle modifiche normative da apportare al ccnl, i cui istituti normativi restano pertanto confermati fino al 31 dicembre 2010.

Tutto ciò premesso

con il presente accordo le parti definiscono le nuove tabelle economiche, che sono riportate nell'allegato sub 1, e devono intendersi riferite al biennio 2009/2010.

Dette tabelle hanno decorrenza dall'1 gennaio 2009 e saranno immediatamente applicate su tutto il territorio nazionale, salvo quanto precisato nel documento allegato sub 3.

L'allegato 2, invece, definisce l'*una tantum*, che ha la finalità di risarcire i lavoratori per il disagio derivante dalla ritardata sottoscrizione del contratto collettivo; detta *una tantum* dovrà essere corrisposta al personale in servizio alla data dell'1 gennaio 2009, in proporzione al servizio prestato nel periodo di vacanza contrattuale (2006-2008), e salvo quanto precisato all'allegato 3.

Letto, confermato e sottoscritto

ARIS

CIMOP

management di tali strutture, ma non si comprende perché ad oggi, dopo nove anni, permanga lo status quo nonostante questo processo si è concluso: evidentemente non c'è la volontà politica di chiudere questo accordo.

E'una posizione fuori dal comune?

Decisamente sì, perché credo che strutture religiose debbano avere nel loro dna una consapevolezza diversa. Mi chiedo che credibilità possa avere l'ARIS in questo momento nella Regione Lazio verso i propri dipendenti se non è riuscito ad applicare un contratto collettivo nazionale firmato nel 2009, per poi proporsi di firmarne un altro. Che garanzia hanno oggi i medici affinché un eventuale secondo contrat-

to venga ad essere applicato? Sono nove anni che si attende l'applicazione del primo. E' questo il quesito che mi pongono svariati colleghi quando visito le strutture.

Cosa cambia da oggi nella percezione dell'ARIS?

Un'associazione è tale anche e soprattutto se rispetta gli accordi. In caso contrario viene meno la ragione stessa della realtà associativa. Secondo noi il mancato rispetto dell'accordo ponte-economico parte integrante del contratto collettivo nazionale, costituisce una grave carenza, non solo oggettiva ma anche di credibilità istituzionale.

twitter@CimopItalia

LA LETTERA DI DE RANGO A PADRE BEBBER

UN SILENZIO CHE FA MALE DOPO NOVE ANNI ORA LA CIMOP PASSA AI FATTI: VIA AI RICORSI

Carmela De Rango non ci sta più e non ha più margini di attesa su una questione che dura da nove anni. Si è questo il tempo trascorso dalla firma dell'accordo ponte economico con ARIS disapplicato totalmente da ARIS Lazio. Numerosi gli incontri promossi da CIMOP Lazio, numerose le promesse ma nulla di fatto. E' questo un problema che riguarda tutto il sindacato e che il segretario De Rango ha voluto inserire nel suo programma all'inizio del suo mandato.

E' così che, coinvolgendo il vero protagonista che per anni ha condotto numerose battaglie in merito, il segretario Cimop Lazio, Stefano Neri, De Rango ha attivato un tavolo di trattative parallelo al tavolo nazionale dove erano presenti contemporaneamente la segreteria nazionale e regionale di Cimop, De Rango e Neri, il presidente ARIS Lazio; Michele Bellomo, e il capo delegazione Nazionale ARIS, l'avv. Giovanni Costantino.

Le trattative sono andate avanti e si era anche trovato un accordo, accordo che aveva visto Cimop, ancora una volta, protagonista nel capire le difficoltà della sanità Lazio e aveva accettato un ulteriore sacrifici sempre a carico dei medici.

L'obiettivo era quello di porre fine a questa annosa questione e applicare, finalmente, i tabellari concordati con la stessa ARIS nel



Padre Virginio Bebbber

2009. Questo accordo avrebbe dovuto essere operativo dal luglio 2017, ma così non è stato!!! Numerose le sollecitazioni da parte di entrambe le segreterie Cimop, nazionali e regionali, ma senza successo.

Bellomo, verbalmente dichiarava che la firma l'avrebbe messa dopo aver firmato con i non medici. Non importa aver trovato un accordo, peraltro molto vantaggioso per ARIS, ma i medici subivano una ulteriore Mortificazione!!!! PRIMA I NON MEDICI E POI VOI, così si esprimeva il Presidente di ARIS Lazio, Michele Bellomo.

E' per questo motivo che De Rango ha deciso di inviare una nota dettagliata al presidente ARIS che pubblichiamo integralmente. La nota, inviata in data 11 novembre 2017, chiudeva definendo dei tempi per l'accettazione dell'accordo che finalmente avrebbe chiuso la vertenza ARIS LAZIO.

Novembre, 11 dicembre, 11 gennaio....NESSUNA RISPOSTA.

"Bisogna constatare - spiega Carmela De Rango - che probabilmente sia il presidente nazionale, Padre Virgilio Bebbber che il Presidente regionale, dott. Michele Bellomo, non vogliono chiudere questa faccenda e non vogliono applicare un contratto da loro stessi sottoscritto. La cosa che fa sorridere è un tale comportamento da parte di un'associazione

con alti principi etici. Mi chiedo ma forse sarà opportuno rendere edotto il PAPA! Forse Papa Francesco dovrebbe conoscere come si comporta l'Associazione datoriale Religiosa. Sono questi i comportamenti etici!!! Non so, lascio ad ognuno di voi le conclusioni.... Ora Cimop passa ai fatti - conclude De Rango - e tutto ciò che veniva dichiarato nella nota sarà

messo in pratica, dallo stato di agitazione all'apertura di contenziosi atti a far rispettare il contratto. Cimop va fino in fondo e non si ferma più. Vedremo cosa diranno i giudici su questa faccenda".

Di seguito, il testo integrale della lettera del 24/11/2017 inviata al presidente Aris Padre Virginio Bebber.

LA LETTERA: PAG. 1

Oggetto: MANCATA Applicazione accordo ponte 7 aprile 2009 ARIS-CIMOP nel Lazio

Preg.mo Presidente

Rev. Padre Virginio Bebber

Le scrivo per porre alla **Sua attenzione** la situazione dei medici che prestano la loro attività nelle Aziende Sanitarie consociate ARIS della Regione Lazio.

Come è a Lei noto, il 7 aprile del 2009 ARIS ha sottoscritto con CIMOP un accordo economico applicabile in tutte le aziende associate del territorio italiano.

Tale accordo però non ha trovato **alcuna applicazione** nella regione Lazio.

Per tutti questi anni Cimop, cercando di venire incontro alle difficoltà economiche di quella regione, non ha posto in atto azioni che avrebbero potuto aumentare tali difficoltà, pur avendo subito notevoli pressioni da parte dei medici laziali, che lamentavano l'immobilismo del sindacato. La decisione assunta da Cimop **di non procedere contro ARIS**, non si addice, in effetti, ad un sindacato, perché, in tal caso, non si tratta di un accordo non raggiunto, ma DI UNA MANCATA APPLICAZIONE DA PARTE DI UNA DELLE DUE PARTI STIPULANTI (ossia ARIS) DI UN ACCORDO SIGLATO DA ENTRAMBE LE PARTI, ARIS e CIMOP. **Cimop** avrebbe potuto (anzi, **avrebbe dovuto**) intervenire

con gli strumenti che un sindacato può mettere in atto, comprese le azioni giudiziarie. Ma non lo ha fatto!!!

In tutto questo periodo mi sono sempre schierata a favore dei medici del Lazio e, con la mia elezione a Segretario Nazionale, ho posto tale questione come priorità nel mio programma, presentato e approvato, all'unanimità, in sede Congresso Nazionale.

Ho pertanto iniziato una trattativa con ARIS Lazio, a sostegno della Sezione Cimop di quella Regione, finalizzata a trovare un accordo che potesse tenere conto delle difficoltà del Lazio ma che potesse essere di soddisfazione per i medici che lavorano presso le Aziende associate e che da tanto tempo aspettano **i loro giusti adeguamenti economici.**

L'accordo è stato trovato e, con un grande sacrificio da parte nostra!

Si era, in sintesi, deciso e concordato, nonostante la piena esigibilità degli arretrati economici sin dall'1 gennaio 2009, di forfetizzare il pregresso (quasi nove anni di arretrati!) e di allineare la retribuzione con l'applicazione del tabellare, sottoscritto nel 2009, con decorrenza Luglio 2017. Nel mese di giugno scorso, al momento dell'intesa verbale raggiunta con ARIS Lazio, lo scenario prospettava una rapida conclusione anche delle trattative nazionali in essere che, a quell'epoca, si svolgevano su tavoli separati AIOP e ARIS. Con grande soddisfazione da parte di tutti, e anche grazie al Suo intervento, Rev. Padre Bebber, si sono uniti i tavoli di contrattazione AIOP, ARIS e Cimop. Questo NUOVO scenario ha comportato un naturale rallentamento dei lavori che, pur essendo abbastanza incalzanti, necessitano di un accordo più ampio essendo numerose e diversificate le realtà di applicazione del nuovo ccnl. Anche la decisione assunta sul tavolo nazionale di modificare lo "status" funzionale del medico che, da assistente, aiuto e primario, diventerà un DIRIGENTE, pone tante questioni che necessitano di attente riflessioni da parte di tutti e che, per forza di cose, prospettano dei tempi più lunghi di quanto si potesse ipotizzare nel mese di giugno quando si era trovata una "quadra" che ponesse fine a quella che io chiamo "Questione Lazio".

Ora, in considerazione di tutto lo scenario e il contesto sopra descritto, e, soprattutto, dei tempi previsti per l'adeguamento del tabellare dei medici con l'intesa trovata con ARIS Lazio che, ripeto, avrebbe dovuto partire a decorrere dal mese di luglio 2017, in considerazione dei tempi, per forze di cose, dilatati della contrattazione al tavolo nazionale che lascia intravedere una conclusione delle trattative nel corso del 2018, al fine di non dover ulteriormente forfetizzare il pregresso stabilito che avrebbe dovuto decorrere, ripeto, da luglio 2017 e per **dare soddisfazione ai medici del Lazio, in sofferenza dal 2009,** Cimop ha avanzato la proposta di firmare l'accordo raggiunto con ARIS Lazio entro e non oltre il 2017,

così da fare questo regalo per il **Santo Natale** (termine ovviamente eufemistico, perché in realtà si tratta non di un regalo, ma di un giusto riconoscimento economico, seppur parziale, a color che da troppo tempo attendono di essere retribuiti come i colleghi di altre regioni).

QUESTA RICHIESTA E' STATA RESPINTA DA ARIS LAZIO!

Vorrei che ARIS nazionale si rendesse conto che non è etico nei confronti dei lavoratori, ma anche del sindacato che li rappresenta, un atteggiamento del genere. Mi chiedo poi come si possano avere certezze che il nuovo ccnl che andremo a sottoscrivere sarà sicuramente applicato equamente in tutta Italia. Mi chiedo ancora se il nostro interlocutore ARIS, che io ritengo affidabile in considerazione dei principi etici che stanno alla base della filosofia degli Istituti religiosi, si è posto il problema **dell'impatto che questa questione potrebbe avere se comunicata alla stampa**.

Vorrei anche sottolineare che ARIS ha già posto in essere una discriminazione importante tra i medici che lavorano negli Istituti religiosi. Mi riferisco alla NOTEVOLE differenza in essere tra le retribuzioni riconosciute ai medici che operano negli ospedali religiosi classificati rispetto ai medici che operano negli Istituti inquadrati come Case di Cura. **STESSE ATTIVITA', STESSI DRG, MA NOTEVOLE DIFFERENZE DI RETRIBUZIONI** come si può evincere dalle tabelle sotto riportate.

TABELLA RETRIBUZIONE MEDICI CASE DI CURA PRIVATE (dati 2009)

CONTRATTO CIMOP	Medici case di Cura Private (CCNL CIMOP)	ACCORDO PONTE ECONOMICO 2009-2010	CCNL CASA DI CURA	Tipologia incarichi	Stipendio base Assistente di fascia A	Indennità di medico di struttura sanitaria Assistente di fascia B	Indennità professionale Aiuto	Indennità medica e med. resp. Aiuto Dirigente	TOTALE	
									MENSILE	ANNUO
				Primario Chirurgo Liv. 6	3.707,00	145,00	852,00	205,00	4.909,00	64.537,00
				Primario Medico Liv. 5	3.702,00	145,00	852,00	180,00	4.880,00	63.544,00
				Aiuto Dirigente Liv. 4	2.921,00	93,00	711,00	165,00	3.890,00	50.570,00
				Aiuto Liv. 3	2.912,00	93,00	711,00	52,00	3.768,00	48.994,00
				Assistente di fascia B Liv. 2	2.421,00	71,00	573,00	26,00	3.091,00	40.183,00
				Assistente di fascia A Liv. 1	2.351,00	71,00	573,00	26,00	3.021,00	39.273,00

OSPEDALI CLASSIFICATI

OSPEDALI CLASSIFICATI	CCNL OSPEDALI CLASSIFICATI	Tipologia incarichi	Tabelle CCNL	Contingenza	Assegno personale	Indennità medica	Retribuzione fissa	Retribuzione di posizione	Esclusività	Totale mensile	Totale annuo
		Dirigente di struttura complessa area chirur FASCIA 1	2.112,00		597,50	570,81	860,70	4.141,10	2.090,91	1.376,96	7.614,97
		Dirigente di struttura semplice area medica FASCIA 1	2.112,00		597,50	570,81	860,70	4.141,10	1.681,11	1.376,96	7.489,17
		Dirigente Struttura Semplice FASCIA 2	2.112,00		597,50		645,57	3.355,16	1.040,45	1.032,91	5.434,52
		Medico dirigente > 10 aa FASCIA 3	2.112,00		597,50		645,57	3.355,16	1.040,45	757,90	5.159,51
		Medico dirigente < 10 aa FASCIA 3	2.112,00		597,50		645,57	3.355,16	957,14	757,90	5.070,20
		Medico dirigente < 5 aa FASCIA 4	2.112,00		597,50		645,57	3.355,16	507,28	187,78	4.050,20

Ad ogni modo, in considerazione del mancato accoglimento della richiesta Cimop di sottoscrivere e applicare l'accordo, faticosamente raggiunto, per sanare la "Questione Lazio", ho dato mandato al nostro studio legale di verificare la situazione, in ordine all'applicabilità nelle strutture site nella regione Lazio dell'accordo ponte sottoscritto in data 7 aprile 2009 da ARIS e CIMOP per il rinnovo della parte

economica del ccnl Medici Dipendenti di Case di Cura Private Laiche e Religiose e da Centri di Riabilitazione e **ne è emerso un parere, direi, inequivocabile.**

Al riguardo, si ricorda, preliminarmente, che detto accordo prevedeva la definizione delle nuove tabelle economiche in vigore dall'1 gennaio 2009 (*"Dette tabelle hanno decorrenza dal 1° gennaio 2009 e saranno immediatamente applicate su tutto il territorio nazionale"*) (come da allegato 1 all'accordo), oltre che dell'*una tantum* relativa al periodo di vacanza contrattuale 1 gennaio 2006 – 31 dicembre 2008 (come da allegato 1 all'accordo).

Ciò premesso, sia per quanto riguarda le nuove tabelle che per quanto concerne l'*una tantum*, l'accordo faceva *"salvo quanto precisato nel documento Allegato sub 3"*.

L'allegato 3 recitava quanto segue:

"Le parti firmatarie del presente accordo-ponte economico, considerata la peculiare situazione economico-finanziaria relativa alle regioni: Lazio, Campania, Abruzzo e Sicilia, fermo restando quanto definito in merito ai valori economici ed alle decorrenze;

Concordano

di demandare ai rispettivi Organi territoriali delle regioni sopra individuate la definizione entro il 31 maggio 2009 dei tempi e delle modalità per l'effettiva applicazione dell'accordo sopra richiamato.

A tal fine i Presidenti regionali ARIS convocheranno la CIMOP per l'attivazione del confronto"

L'allegato 3, quindi, pur dando conto della *"peculiare situazione economico-finanziaria relativa alle regioni: Lazio, Campania, Abruzzo e Sicilia"*, chiariva espressamente che restava fermo *"quanto definito in merito ai valori economici ed alle decorrenze"*.

Si ritiene, quindi, che anche nelle Regioni indicate in detto allegato **trova piena applicazione quanto stabilito dall'accordo sia in termini di valori economici (aumenti contrattuali e una tantum) che in termini di decorrenza degli stessi (dall'1 gennaio 2009), senza alcuna possibilità di deroga.**

Si ritiene, quindi, che in difetto di attivazione da parte degli organi territoriali di ARIS entro il termine indicato ed essendo comunque ormai spirato lo stesso, **sia la somma prevista come una tantum che le differenze retributive con decorrenza dall'1 gennaio 2009 siano ad oggi esigibili anche da parte dei medici dipendenti di Strutture site nelle regioni interessate dall'allegato 3.**

Quanto al tema della prescrizione, si segnala che sia autorevole dottrina che la più attenta giurisprudenza hanno già riconosciuto che dopo le recenti riforme della disciplina dei licenziamenti deve ritenersi che per tutti i lavoratori la prescrizione inizi a decorrere (quanto meno per i crediti maturati successivamente

CIMOPCONF. ITALIANA MEDICI OSPEDALITA' PRIVATA
Segreteria Nazionale

al luglio 2007) solo dopo la cessazione del rapporto e che, di conseguenza, **nel caso qui di interesse, i medici non siano incorsi in alcuna prescrizione, neppure parziale.**

Stante il parere dei nostri legali, è intenzione di CIMOP tutelare i medici che hanno lavorato e lavorano in aziende della Regione Lazio, anche giudizialmente.

Alla luce di quanto sopra, pur dichiarando di non voler venir meno all'ipotesi di accordo verbale concordato con ARIS Lazio, **Cimop pone come termine ultimo il 31 dicembre 2017 per il formale impegno scritto di Aris Lazio al pieno rispetto dell'intesa da adottarsi entro e non oltre il 30 aprile 2018.**

Trascorso tale periodo Cimop attiverà uno "STATO DI AGITAZIONE" in tutte le strutture associate ARIS del Lazio, che non hanno applicato l'intesa del 2009, **e si farà promotrice delle singole vertenze giudiziarie, finalizzate ad ottenere la piena applicazione dell'accordo economico sottoscritto da ARIS il 7 aprile 2009, con la richiesta di pagamento di tutti gli arretrati economici intercorsi tra il 2009 e il 2017.**

Si darà ampia pubblicizzazione a tale questione tramite i media, i social e il nostro notiziario, **DENUNCIANDO** la situazione di FORTE disagio e di DISCRIMINAZIONE subita dai medici che prestano la loro opera nelle **strutture religiose** del Lazio.

Certa in un Suo sollecito intervento, che possa FINALMENTE porre fine a questa incresciosa situazione creatasi nel corso di così tanti anni, LA PREGO DI ACCOGLIERE, Reverendo Padre Virginio Bebbber, la mia istanza e di accettare i miei rispettosi saluti.

Il Segretario Nazionale CIMOP
Dott.ssa Carmela De Rango

E DOPO 4 MESI DI ASSORDANTE MUTISMO DA PARTE DI ARIS LA CIMOP TORNA A SCRIVERE: ECCO LA LETTERA DI FEBBRAIO

Oggetto: ULTIMO sollecito per la mancata applicazione accordo ponte 7 aprile 2009 ARIS-CIMOP nel Lazio

Spett.le ARIS.

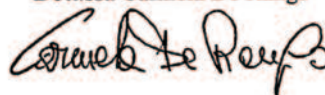
Cimop deve con rammarico rilevare che codesta Organizzazione non ha mai dato riscontro alla nota Cimop inviata in data 24.11.2017, prot. N.066/2017 e ciò è davvero incomprensibile dati i buoni rapporti che intercorrono tra le nostre organizzazioni; questo silenzio è segno che Aris non intende dare seguito ai precisi impegni che si era assunta contrattualmente, e ciò è davvero deprecabile.

Premesse queste considerazioni e **rimarcato** quanto dichiarato nella suddetta nota, si ricorda che:

- Cimop ha preso atto della **MANCANZA di volontà** di ARIS al fine di trovare una soluzione, anche conciliativa, ad una situazione di palese e ingiustificabile discriminazione tra i medici della Regione Lazio e i medici di ogni altra parte d'Italia, in riferimento alla **MANCATA APPLICAZIONE DA PARTE DI UN ACCORDO SIGLATO TRA ARIS e CIMOP**. Situazione che dura ormai da nove anni e meglio descritta nella nota su citata, che si allega alla presente, nel caso non ne conserviate memoria.
- **Cimop, non avendo a tutt'oggi ricevuto risposta, ha in corso l'attivazione delle procedure per dichiarare uno "STATO DI AGITAZIONE"** in tutte le strutture associate ARIS del Lazio, che non hanno applicato l'intesa del 2009.
- **Cimop si farà promotrice delle singole vertenze giudiziarie, finalizzate ad ottenere la piena applicazione dell'accordo economico sottoscritto da ARIS il 7 aprile 2009, con la richiesta di pagamento di tutti gli arretrati economici intercorsi tra il 2009 e il 2017, maggiorati della rivalutazione monetaria e degli interessi legali.**
- Cimop darà ampia pubblicizzazione a tale incresciosa situazione, anche tramite i media, i social e il nostro notiziario, **DENUNCIANDO** la situazione di **FORTE disagio** e di **DISCRIMINAZIONE** subita dai medici che prestano la loro opera nelle **strutture religiose** del Lazio.

Premesso tutto quanto sopra, nel mentre si attueranno le iniziative sindacali del caso, Cimop avverte che, in caso di mancato riscontro a questa ulteriore nota entro 10 giorni da oggi, darà corso alla raccolta dei mandati agli avvocati per la promozione delle cause giudiziarie.

Il Segretario Nazionale Cimop
Dott.ssa Carmela De Rango



CIMOP LAVORA PER UN CONTRATTO UGUALE PER TUTTI

dalle 9 ore, previste dal nostro Ccnl (si ricorda che la normativa europea e italiana ne prevede addirittura 11), a 6 ore. Siamo anche a conoscenza che le associazioni datoriali sostengono che possono essere effettuate deroghe a livello aziendale. Voglio ricordare a tutti i colleghi sindacalisti Cimop che il nostro statuto prevede che gli accordi decentrati debbono essere sottoposti alla specifica approvazione dai consigli regionali e/o nazionali per la loro validità. Cimop in merito a questo argomento non autorizza accordi decentrati con deroghe alle 9 ore, già inferiore rispetto alle 11 ore di riposo previste dalla legge 66 del 2003. Invitiamo, pertanto, tutti i sindacalisti pressati dalle aziende a non sottoscrivere con la sigla Cimop accordi in deroga che poi non verrebbero approvati in sede nazionale e regionale, e che pertanto non risulterebbero validi a livello aziendale. I nostri rappresentanti sono delle RSM e non delle RSU, ergo non hanno autonomia gestionale ma devono rapportarsi con gli organi centrali del sindacato. Questa posizione è anche dettata dal momento particolare di trattative in essere che potrebbero essere disturbate o condizionate da accordi aziendali non estendibili in altre realtà. Rivolgo un invito anche alle associazioni datoriali di portare al tavolo nazionale le esigenze periferiche in modo da trovare una soluzione condivisa e uguale per tutti.

Stiamo lavorando su un contratto unitario e applicabile in tutte le regioni e tale deve rimanere: un Ccnl UGUALE PER TUTTI sul territorio nazionale. Lasciamo al livello aziendale gli eventuali accordi sulle integrazioni economiche.

LA POLIZZA PER COLPA GRAVE

Sempre in tema di Responsabilità professionale, Cimop ha cercato sul mercato polizze assicurative da mettere a disposizione dei medici a prezzi concordato utili ad assolvere quanto previsto dalla Gelli. Cimop si è attivata con vari Broker e abbiamo ricevuto diverse proposte che sono state valutate nel corso dell'ultimo Consiglio Direttivo Nazionale (CDN). Il CDN ha valutato come utile alle esigenze dei medici la polizza presentata da Ecclesia GEAS Sanità Srl, nella figura del proprio Amministratore Delegato, Dott.ssa Paola Buonopane, nostra ospite nel convegno di Reggio Calabria. La Ecclesia GEAS Sanità Srl si è confrontata con Cimop per capire le esigenze dei medici che operano nella sanità privata, e ha messo a punto, in collaborazione con i Lloyd's of London, una

Convenzione assicurativa dedicata calata sulle nostre esigenze. L'assicurazione tutela i medici dalle azioni previste nell'articolo 9 della Legge Gelli-Bianco con massimali adeguati alla normativa vigente e garantisce la responsabilità del suddetto personale (anche derivante da colpa lieve) in ipotesi di interventi di primo soccorso per dovere deontologico con un massimale di € 1.000.000,00.

Il premio annuo lordo – comprensivo di imposte, per i medici del settore Privato è pari a € 256

Per le modalità di attivazione della Polizza colpa grave, il singolo medico, connettendosi al seguente link, <http://www.ecclesiageas.iusrl.it> potrà accedere al portale dedicato del broker ECCLESIA GEAS SANITÀ - CONVENZIONE COLPA GRAVE PERSONALE SANITARIO DI STRUTTURA PRIVATA, e potrà visionare Il fascicolo informativo completo delle condizioni di assicurazione, compilare il modulo di adesione e perfezionare l'acquisto della propria polizza assicurativa".

"QUESTIONE LAZIO"

Voglio infine fare un cenno a quella che ormai chiamo "questione Lazio". In questo notiziario abbiamo dato ampio spazio al disagio dei colleghi del Lazio in quota ARIS ai quali non è stato applicato l'accordo economico del 2009 e sono rimasti fermi alla retribuzione del 2005. Come avrete modo di leggere, la segreteria nazionale ha preso una posizione forte a supporto del disagio dei Colleghi. Noi siamo pronti a sostenere le iniziative che saranno decise dalla segreteria regionale Cimop Lazio, anche aprendo un contenzioso contro ARIS Lazio che da troppi anni continua a sostenere che non ci sono le condizioni per riconoscere gli aumenti contrattuali, da loro stessi sottoscritti, ai loro medici. Noi ci siamo resi disponibili a trovare delle soluzioni condivise ed abbiamo attivato tavoli di contrattazione dedicati. La soluzione era stata trovata e avevamo anche accettato una mediazione che potessero andare incontro alle difficoltà aziendali ma, devo dire con grande rammarico, il presidente di ARIS Lazio, dr. Michele Bellomo, supportato dal Presidente nazionale Aris, Padre Virginio Bebbler, non hanno saputo cogliere questa opportunità e, dopo una prima fase di intesa, ci hanno ripensato e hanno ritrattato. Cimop si vedrà quindi costretta a prendere le sue decisioni in merito!

Carmela De Rango
(segretario nazionale Cimop)

HA ANCORA SENSO



“ La CIMOP ha bisogno di voi e vi chiedo di partecipare attivamente alla vita del sindacato, proponendovi come protagonisti del cambiamento e non come semplici spettatori, perché soltanto così potrete essere gli artefici del vostro futuro, come è accaduto per quella generazione di cui mi onoro di far parte. ”

OGGI PARLARE DI SINDACATO?

Fausto Campanozzi

Presidente nazionale Cimop

Ho iniziato la mia attività professionale all'inizio degli anni ottanta con tanto entusiasmo e tanta speranza per il mio futuro di medico. L'accesso alla scuola di Specializzazione in Medicina Interna, all'epoca non retribuita, mi riempiva di orgoglio ma non mi permetteva di acquisire l'autonomia economica, condizione necessaria per recidere il cordone ombelicale della dipendenza dalla mia famiglia di origine. Da pochi anni, dal 1978 per la precisione, con l'avvento della Legge n. 833 istitutiva

del Servizio Sanitario Nazionale, le strutture sanitarie private sia laiche che religiose avevano l'opportunità, a fronte del possesso di alcuni requisiti previsti dalla normativa, di convenzionarsi con la Regione di appartenenza.

Pertanto si aprivano delle nuove opportunità di lavoro per i giovani medici, della qualcosa anch'io approfittai, cominciando a lavorare come medico di guardia festiva e notturna in una casa di cura della mia città, rigorosamente con contratto di lavoro a "partita IVA". Quell'attività e quelle guardie rappresentarono una palestra insostituibile per la mia professione perché, per la prima volta da quando mi ero laureato, mi trovavo da solo, di fronte ai miei pazienti, a dover prendere delle decisioni importanti per la loro salute e ad assumermi delle responsabilità, cosa che non accadeva nelle lunghe giornata

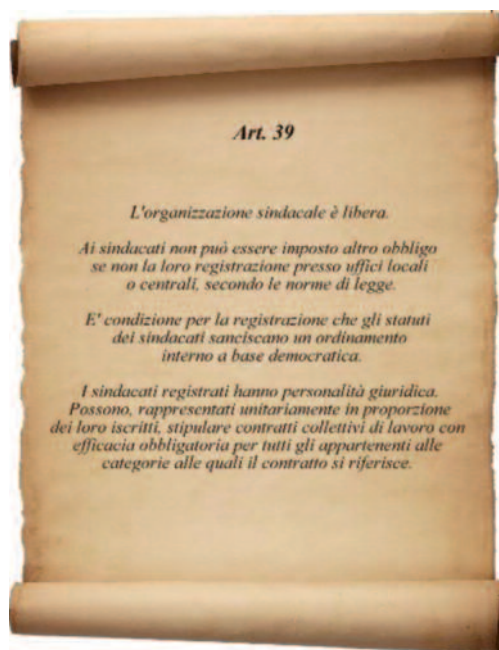


te di frequenza della scuola di specializzazione. Benché quell'attività non fosse ben vista nell'ambiente universitario, giorno dopo giorno cominciai a radicarsi in me la convinzione che avrei potuto esercitare la professione di medico dignitosamente e con passione anche in una Casa di Cura ben gestita e organizzata, e non necessariamente nella struttura universitaria, alla quale la maggior parte di noi giovani anelava, o nell'ospedale pubblico. Nel 1983, a trent'anni suonati, si presentò l'opportunità di essere assunto con contratto a tempo indeterminato come assistente a tempo definito in una Casa di Cura moderna e con tecnologie all'avanguardia. La scelta era difficile, perché significava dire addio al sogno di una, seppur difficile, carriera universitaria, ma aveva come rovescio della medaglia l'agognata autonomia economica e la prospettiva di costruire una propria famiglia. La scelta fu fatta, accettai l'incarico. Col passare dei mesi quella convinzione divenne certezza, così come fui certo che il mio futuro, la mia professione, la mia dignità di

lavoratore e professionista sarebbero dipesi solo e soltanto da me e dall'impegno che vi avrei profuso. Con un gruppo di colleghi, giovani quanto me, prendemmo contatti con la CIMOP, costituita da pochi anni, ed in particolare con il Segretario Nazionale Bruno Musio, che ci offrì la possibilità di costituire la sezione pugliese del sindacato. Da allora, affianco alla passione per la mia professione di medico, ho coltivato il sacro fuoco della passione per il sindacato che, a pochi anni dalla pensione, non mi ha ancora abbandonato.

Perché questo lungo preambolo? Solo per raccontarvi una storia? Una vicenda personale?

Nulla di tutto questo, solo per portare ai giovani colleghi, che non sanno che cos'è un sindacato e spesso mi chiedono a cosa serve un sindacato, l'esperienza non soltanto personale ma di una generazione di medici che ha creduto, con impegno e con passione, che nel nostro settore si potesse esercitare la professione di medico con la stessa dignità dei colleghi del pubblico, lottando contro il luogo comune che all'epoca ci voleva come "medici di serie B", o come ebbi a dire in un fortunato editoriale di alcuni anni fa "Figli di un Dio minore", spesso guardati dall'alto verso il basso dai medici del pubblico (che però non disdegnavano di fare la loro attività privata nei nostri reparti e ambulatori, quando questo era ancora consentito), che rivendicavano la propria supremazia in virtù dell'accesso all'Ospedale per mezzo di un "regolare" concorso pubblico, quasi sempre dimenticando quali erano le modalità che li avevano portati a vincere tale concorso, a tutti ormai note e che per ovvie ragioni intendo sottacere. La nostra è stata una generazione che ha contribuito non poco a cambiare l'immagine dell'ospedale privata e dei medici che in essa lavorano, modificando l'atteggia-



mento dei colleghi pubblici e dell'utenza verso di essa, e conquistando una dignità professionale che prima non era riconosciuta. Una generazione di medici che si è confrontata, anche duramente, con i datori di lavoro ai tavoli della contrattazione nazionale per ottenere condizioni di lavoro e retribuzioni dignitose, a volte riuscendoci, altre volte no, ma sempre ispirandosi nella lotta ai principi di giustizia sociale e al forte senso di appartenenza alla categoria, ai valori di universalità e di solidarietà del nostro S.S.N., una generazione di medici che si è impegnata, e si impegna, quotidianamente

per raggiungere l'obiettivo di equiparazione giuridica con i colleghi ospedalieri pubblici.

Consentitemi alcune brevi riflessioni sulla crisi che vive l'associazionismo sindacale nella nostra società, paradossalmente in un periodo in cui i diritti dei lavoratori vengono negati e sacrificati sull'altare dell'economia.

Ma "se il sindacato non è altro che un'associazione di lavoratori, costituita dai membri di una categoria professionale, che operano insieme, al fine di tutelare i propri diritti, come mai oggi le nuove generazioni fanno sempre più fatica, non tanto ad aderire ad essi, quanto a partecipare attivamente alla loro vita e a proporsi come protagonisti di una nuova stagione di rivendicazioni?". Purtroppo oggi, spesso si associa il "sindacato" a qualcosa di negativo e i sindacalisti sono spesso visti come persone che badano ai propri interessi illudendo i lavoratori.

Questo talvolta può accadere, ma in generale credo che non sia così, e sicuramente non è così nel nostro sindacato, che è un'organizzazione atipica costituita da medici che lavorano in un comparto estremamente definito, qual è quello dell'Ospedalità Privata, che svolgono normalmente e quotidianamente la propria attività lavorativa nelle strutture dalle quali

dipendono, ma mettono anche la propria passione sindacale al servizio della collettività che li ha eletti sacrificando qualcosa a se stessi e alle proprie famiglie.

A volte mi chiedo se è immaginabile una società moderna senza la presenza dei sindacati e delle rivendicazioni a favore dei lavoratori, in un gioco delle parti che provi a trovare i giusti equilibri fra la forza contrattuale del datore di lavoro e la debolezza che avrebbe il singolo lavoratore in un rapporto spezzato diretto fra di essi, non mediato. Non a caso, la nostra Costituzione ha previsto all'art. 39 la libertà di costituire le Associazioni Sindacali, e la libertà per i lavoratori di scegliere se aderirvi o meno. Se ripercorriamo la storia moderna del nostro Paese ci rendiamo conto che, in pochi decenni, nel secolo scorso, grazie alla presenza e alle lotte del sindacato, le condizioni dei lavoratori sono notevolmente migliorate e tante cose che oggi ci appaiono scontate (le ferie retribuite, la malattia retribuita, l'assistenza in caso di infortunio sul lavoro, ecc.) sono frutto di dure lotte sindacali.

Anche la CIMOP, nel suo piccolo, come già detto, ha contribuito a migliorare la qualità del lavoro dei medici nelle strutture private e a dare dignità ad essi, attraverso il costante ed instancabile pressing sulle Istituzioni, il continuo e non sempre facile confronto con le associazioni datoriali di categoria, la presenza costante e qualificata, non esente dal confronto, al fianco delle associazioni sindacali mediche rappresentative di altre realtà, a difesa dei valori espressi dal nostro SSN.

L'introduzione malaugurata di alcune riforme nel mondo del lavoro (legge Fornero, Job Act, ecc.), che avevano a fondamento la ripresa dell'economia nazionale, come ho già avuto modo di affermare in altre occasioni e in altre sedi, a mio avviso ha alterato profondamente ed iniquamente quel labile equi-

brio di forza, faticosamente raggiunto, fra datori di lavoro e lavoratori, indebolendo ulteriormente la funzione di mediazione del sindacato, nonché la sua immagine.

La conferma di quanto ho appena affermato la sta avendo la nostra delegazione, capeggiata dal nostro Segretario Nazionale Carmela De Rango, al tavolo delle trattative con AIOP e ARIS per il rinnovo del contratto di lavoro, congelato ormai da troppi anni. E' una trattativa difficile, resa ancora più complicata

dalla attuale situazione socio-politica del paese, che comunque è finalizzata ad introdurre importanti novità contrattuali, di cui si parlerà ampiamente in un'altra parte di questo numero di Notiziario.

La CIMOP ha bisogno di giovani colleghi che, abbracciando la passione per il sindacato, si affianchino alla attuale dirigenza per maturare quella indispensabile esperienza che li possa portare a rappresentare il futuro della nostra sigla.

Come sindacato abbiamo fatto da sempre la scelta editoriale, ancorché onerosa, di rivolgerci a tutti i medici dell'Ospedalità Privata e non soltanto agli iscritti al sindacato, permettendo a Notiziario di giungere nelle loro case, per garantire a tutti il diritto dell'informazione.

Approfitto di questa occasione per rivolgere a tutti i lettori un appello accorato:

“Sappiate che la CIMOP ha bisogno di voi e che mi fa molto piacere se aderite con la vostra iscrizione, ma soprattutto vi chiedo di partecipare attivamente alla vita del sindacato, proponendovi come protagonisti del cambiamento e non come semplici spettatori, perché soltanto così potrete essere gli artefici del vostro futuro, come è accaduto per quella generazione di cui mi onoro di far parte.”

Fausto Campanozzi
Presidente Nazionale



RESPONSABILITÀ ILLIMITATA

IL CONTO LO PAGANO SOLO I MEDICI DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA? COSA È CAMBIATO AD UN ANNO DALL'ENTRATA IN VIGORE DELLA NUOVA NORMATIVA IN MATERIA DI "SICUREZZA DELLE CURE" E "RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE"? LA PAROLA A GIURISTI, OPERATORI, SINDACALISTI, ESPERTI.

Rientro o fuga dal mercato?

Tania Aida Caputo

*Resp. Affari societari e legali
Poliambulanza Brescia*

La Legge n. 24/2017 (c.d. Legge Gelli Bianco) porta nel cuore un obiettivo raggiungibile ed uno altamente ambizioso. Il primo si concretizza nel diritto alla sicurezza delle cure, riempiendo di contenuti il nostro sempre attuale articolo 32 della Costituzione; il secondo, meno esplicito, mira al rientro delle Compagnie Assicurative sul mercato fortemente compromesso delle polizze di responsabilità civile in ambito sanitario, noto a tutti come mercato assicurativo medical malpractice).

Le coperture assicurative del rischio in sanità hanno affrontato numerose crisi essenzialmente legate ad una multifattorialità sintetizzabile



con i seguenti elementi: l'andamento ondivago e gradualmente peggiorativo della giurisprudenza in materia di responsabilità sanitaria; l'estensione del perimetro soggettivo dei professionisti coinvolti nel contenzioso; l'incremento delle voci risarcibili e dei relativi importi; il passaggio dalla formule loss occurrence alle formule claims made (con conseguenti problematiche di corretta gestione delle denunce di sinistro); il fallimento di Compagnie di Assicurazioni operative in Italia; la crescente com-

plexità tecnica e scientifica del settore sanitario. Le statistiche oggi disponibili confermano quanto già percepito negli scorsi anni: il costo dei risarcimenti risulta nel complesso superiore al valore dei premi incassati (con la sola eccezione dei rischi legati agli esercenti la professione sanitaria), qualificando questo settore come altamente rischioso, scarsamente remunerativo e certamente troppo complesso per una gestione non specializzata o non integrata alla realtà specifica della sanità.

La risposta del mondo sanitario alla fuga delle Compagnie di Assicurazioni è stata – sin dal 2009 – molto chiara: possiamo accentrare e migliorare la gestione del rischio clinico incidendo positivamente sulla riduzione dei sinistri e quindi sul contenzioso. Aumenta quindi il ricorso ai sistemi di ritenzione del rischio (comunemente e atecnicamente definita “autoassicurazione”), tanto nel settore pubblico quanto nel settore privato. I sistemi, spesso misti e quindi condivisi con le Compagnie, dovevano portare al ripopolamento assicurativo del mercato, garantendo un periodo di “sopravvivenza” necessario per trovare una professionalità e conoscenza della gestione del contenzioso, sino ad allora delegata (o meglio rimbalzata) alle Compagnie. Le Strutture però hanno scoperto il fascino della gestione del sinistro, si sono riappropriate di una delicata parte del lavoro sanitario e hanno iniziato a costruire percorsi virtuosi di miglioramento e di gestione del rischio che non intendono, oggi, abbandonare. Anzi, crescono sempre più momenti di piena condivisione tra l’area amministrativa/legale e l’area clinica/medico-legale, con grande crescita culturale e professionale per tutti gli operatori che, quotidianamente, si dedicano alla gestione del rischio clinico e del contenzioso.

In questo limbo di comprensione reciproca di competenze e necessità, le Strutture e le Compagnie iniziavano a conoscersi realmente, a collaborare fattivamente, a crescere e migliorare i propri rapporti e metodi di dialogo, specie per i sinistri di maggiore rilievo. Su questo sistema si è innestata la Legge n. 24/2017, apprezzabile esempio di una normativa complessiva e volutamente non lasciata al diritto vivente ma creata, studiata, discussa per essere una legge per tutti coloro che operano nella sanità. Chapeau a chi ha finalmente pensato di trovare un tavolo comune di confronto e di dialogo ma l’assenza ad oggi dei decreti attuativi, in particolare dei tre relativi alle coperture assicurative, rende il mercato ancora più in stallo rispetto a 2016. I rinnovi delle

polizze esistenti tardano ad arrivare, le offerte assicurative sono quasi impossibili da ottenere, i testi di polizza vengono modificati ma senza una reale comprensione dei futuri impatti dei decreti attuativi. E di questo non possiamo dare colpa alle Compagnie Assicuratrici, abituate a comprendere il rischio nel suo complesso prima di procedere ad una quotazione specifica e quindi ad una contrattualizzazione.



Tania Aida Caputo

Le recenti pubblicazioni statistiche del settore assicurativo confermano la carenza di player assicurativi, tanto per le Strutture quanto per gli Esercenti la professione sanitaria. Si confermano anche nuovi bandi di gara andati deserti o mancate quotazioni del rischio. Le conseguenze visibili a tutti sono chiare: il mercato è in attesa dei chiarimenti necessari per poter valutare il rientro nel mercato. Ma questo rientro, sarà davvero effettivo oppure le novità introdotte dalla legge – prima fra tutte l’azione diretta e le conseguenti eccezioni opponibili al danneggiato – non consentiranno una serena acquisizione di nuovi

clienti?

Ciò che temiamo è l’imposizione di un sistema non realistico e non attuabile nel nuovo contesto med-mal. I sistemi più evoluti ci dimostrano come l’attuale crisi del settore assicurativo abbia in realtà scatenato un percorso evolutivo necessario e proficuo. Ci dimostrano anche che la gestione diretta aiuta a comprendere gli errori, a dividerli, a valutarli e a non ripeterli.

Perché quindi non prendere atto di un sistema che prima forzatamente e ora volutamente vuole appropriarsi del rischio clinico nel suo complesso? Perché non concepire un sistema misto dove ciascuno, per le proprie competenze e forze, possa partecipare attivamente alla gestione del contenzioso e delle sue conseguenze? Chi meglio del “governatore del rischio” può incidere sulla riduzione del contenzioso? In fondo, ciò che vogliamo tutti come cittadini-pazienti, non è il miglioramento del nostro sistema sanitario e quindi della sicurezza delle cure?

TUTTI GLI ADEMPIMENTI, ARTICOLO PER ARTICOLO

Il 14 dicembre nella Casa di Cura San Giorgio di Pordenone si è tenuta un' interessante riunione sulla legge Gelli-Bianco promossa dalla Responsabile Legale della Struttura, avv. **Anna Baldo**. Relatore è stato il Prof. **Lodovico Marazzi**, Docente Universitario del Dipartimento di Scienze dell' Economia e della Gestione Aziendale dell' Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano.

La CIMOP era presente con **Massimo Neri**, Coordinatore della RSM Aziendale nonché Vice Segretario Regionale FVG.

Il Relatore dopo aver illustrato il lungo iter parlamentare di questa legge ne ha analizzato i singoli articoli evidenziando gli elementi determinanti dubbi e certezze.

Riguardo l'**articolo 1** il Prof. Marazzi ha fatto notare ai presenti che alla sicurezza delle cure ed alla prevenzione del rischio concorre tutto il personale (a cui nella legge viene attribuito il termine di "esercente di professione sanitaria") così come risulta evidente che nel testo si faccia riferimento a tutte le Strutture Sanitarie e Sociosanitarie sia Pubbliche che Private: tutto ciò mostra l' inequivocabile volontà da parte dei legislatori di promuovere una legge che sia valida per tutte le Strutture e per tutto il Personale che erogano prestazioni sanitarie in Italia.

L'**articolo 2** si sofferma sulla figura del Difensore Civico e soprattutto sul Centro per la Gestione del Rischio sanitario e la sicurezza del Paziente che dovrà raccogliere i dati regionali per poi trasmetterli all' Osservatorio Nazionale le cui funzioni sono meglio descritte nell'**articolo 3** della legge.

L'**articolo 4** fa riferimento alla trasparenza dei dati.

Nella discussione che è seguita all' illustrazione dei primi articoli è emerso chiaro l' intento del legislatore di monitorare e quantificare il rischio anche per poter produrre dati sui quali Società di Assicurazione, sempre meno propense a farsi carico del problema, possano lavorare per proporre coperture adeguate.

L' esame dell'**articolo 5** si è incentrato sulle Linee Guida a cui gli esercenti le professioni sanitarie si devono attenere. Esse avranno valore solo dopo la pubblicazione sul sito dell' Istituto Superiore di Sanità e comunque è ben evidente che non potranno mai coprire tutto lo scibile ed essere aggiornate in tempo reale così come è chiaro che la frase "salve le specificità del caso" potrà servire per eventuali discordanze procedurali.

L'**articolo 6** introduce nel codice penale un nuovo articolo (il 590-sexies) che disciplina la responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario e, al tempo stesso, abroga il comma 1 dell' articolo 3 della legge Balduzzi.

La discussione sull'**articolo 7** si è sviluppata sulla definizione



Lodovico Marazzi

di responsabilità contrattuale e di responsabilità extracontrattuale. Si è passati all'**articolo 8** che riguarda l' obbligo del tentativo di conciliazione. L'**articolo 9** disciplina l' azione di rivalsa da parte della struttura sanitaria nei confronti dell' esercente la professione sanitaria in caso di condanna per dolo o colpa grave e ne quantifica l' entità economica per singolo evento.

Ma certamente l'**articolo 10** è quello che evidenzia le ricadute più pratiche stabilendo chiaramente che ogni struttura sanitaria (pubblica o privata) ha l' obbligo di avere un' assicurazione o di adottare un' analoga misura per la responsabilità contrattuale verso terzi e verso i prestatori d' opera anche per danni cagionati dal personale, nonché un' assicurazione (o analoga misura) per la copertura della responsabilità extracontrat-

tuale verso terzi per attività svolte dai singoli esercenti le professioni sanitarie.

A fronte di questo onere per le strutture, l'articolo 10 determina l'obbligo per i medici di stipulare idonee polizze assicurative. Il comma 2 impone l' obbligo di copertura assicurativa per la responsabilità civile per chi esercita un' attività libero professionale "pura". E' stato però sottolineato che tutte queste norme sono comunque vincolate all' emanazione di 3 decreti attuativi, al momento, non ancora prodotti.

L'**articolo 11** ha permesso al nostro Rappresentante Sindacale di evidenziare i difetti della stragrande maggioranza delle polizze attualmente esistenti in ambito sanitario basate quasi tutte su clausole di tipo claim' s made (recentemente bocciate anche dalla Corte di Cassazione) e su stratagemmi assicurativi che fanno sì che le Polizze sulla Responsabilità Professionale risultino spesso "ombrelli chiusi quando invece servirebbe che si aprissero per riparare l' assicurato".

L'**articolo 12** prevede la possibilità per il danneggiato di un' azione diretta nei confronti dell' Assicurazione della struttura sanitaria e dell' esercente la professione sanitaria.

Marazzi ha evidenziato come l'**articolo 13** ponga dei seri problemi di attuabilità quando impone alla struttura sanitaria o sociosanitaria il termine di 10 giorni per notificare all' esercente la professione sanitaria l' istaurarsi del giudizio basato sulla sua responsabilità, pena la non ammissibilità dell' azione di rivalsa nei suoi confronti.

L'**articolo 14** invece istituisce un Fondo di garanzia per i danni derivati da responsabilità sanitaria. Infine è stato analizzato l'**articolo 15** che prevede che nei procedimenti civili e penali al consulente tecnico (Medico Legale) vengano affiancati uno o più specialisti della disciplina oggetto del procedimento cosa che ovviamente meglio tutela l' esercente la professione sanitaria.

PARLA L'ESPERTO FRANCESCO VENNERI (OMS E JOINT COMMISSION INTERNATIONAL)

“Rischio clinico? Visione di sistema che va promossa”

di Francesco De Palo

“E' una visione di sistema che va promossa: ed è questa la valenza della legge Gelli”.

Così Francesco Venneri (*foto a destra*), Auditor Regione Toscana (Qualità - Accreditamento e Rischio Clinico) e Componente della Commissione Tecnica Rischio Clinico del Ministero della Salute, affida al Notiziario Cimop un'ampia e articolata riflessione sul rischio clinico alla luce della Legge Gelli-Bianco. Si tratta di una delle figure più esperte in rischio clinico in Italia, prossimamente sarà un consulente dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e di Joint Commission International (JCI).

Quale il rischio clinico alla luce della Legge Gelli-Bianco?

Con la legge Gelli-Bianco, nota anche come legge in materia di sicurezza delle cure e della responsabilità professionale degli operatori sanitari, il rischio clinico ha avuto una valorizzazione molto forte nell'ambito della sanità, sia pubblica che accreditata.

Quale il valore aggiunto?

Ha fatto sì che le organizzazioni sanitarie avessero un orientamento formale alla sicurezza delle cure, in tema di analisi degli eventi avversi che accadono, ai fini di imparare dall'errore, con una finalità di divul-



gazione e implementazione di quelle che sono le buone pratiche clinico-assistenziali, senza dimenticare la consapevolezza circa le diciassette raccomandazioni ministeriali, nate dall'analisi di eventi-sentinelia accaduti in passato. Per cui la Legge Gelli-Bianco non fa altro che strutturare la gestione del rischio clinico ma non tenendola come un mero obbligo burocratico e amministrativo, bensì gli dà una certa enfasi in termine di ricaduta pratica.

Quali gli obiettivi centrati dal legislatore?

Finalmente si fanno parlare gli operatori sanitari degli errori che commettono (anche se le definirei criticità incontrate), delle criticità organizzative

IL BUON LAVORO DI CIMOP A FILIPPO ANELLI (FNOMCEO)

“LA SINERGIA SARÀ IL JOLLY DI DOMANI”

“Il nostro auspicio è che la nuova governance della Fnomceo guidata dal barese **Filippo Anelli** (foto) possa lavorare con il giusto piglio e con il supporto di tutte le realtà in campo per affrontare i temi pregnanti della categoria, a cominciare dalla legge Bianco-Gelli sulla responsabilità dei medici”.

Così il Segretario Nazionale della Cimop, **Carmela De Rango**, rivolge il buon lavoro alla maggioranza di Anelli che le urne hanno decretato come vincente in questa tornata elettorale. “Dei tredici componenti medici – aggiunge – ben nove sono ‘new entry’ rispetto alla precedente gestione: un punto di partenza incoraggiante che si somma ai quattro componenti Odontoiatri già eletti (**Raffaele Iandolo, Gianluigi D’Agostino, Brunello Pollifrone, Alessandro Nisio**) di cui tre sono anch’essi ex novo. Rappresenta la chiara



volontà di cambiamento in una professione che necessita di nuove strategie alla luce delle sfide che ci apprestiamo a combattere. Il riferimento alla Gelli-Bianco, quindi, è proprio teso a stimolare la categoria su un tema assolutamente pregnante per il presente ma soprattutto per il futuro dei colleghi.

L’esigenza di armonizzare nuove forme giuridiche con le trasformazioni della professione mi auguro possa avere la capacità di mettere sempre al centro della propria azione il paziente e il medico, con diritti

e doveri, al fine di non mortificare nessuna delle figure strategiche per l’approvvigionamento del diritto alla salute. Nella consapevolezza – conclude – che la Cimop non farà mai mancare il suo impegno e la costante disponibilità al dibattito per ottenere quei risultati che la categoria chiede”.

incontrate come i carichi di lavoro, delle analisi prospettiche sull'utilizzazione delle risorse, valorizzando le evidenze scientifiche che si traducono in reali risparmi sui risarcimenti e sugli eventi avversi. In un momento molto critico potrebbe essere questa l'occasione per investire così sull'immagine della sanità.

In quale ottica vede la legge Gelli?

La Gelli-Bianco finalmente riconosce nel sistema la segnalazione spontanea di eventi avversi, gli studi di documenti che l'analisi del rischio clinico utilizza per gli eventi avversi, e poterli utilizzare in un ambito di confidenzialità, di riservatezza, prediligendo la cultura della non colpevolizzazione. E da qui, costruire i cosiddetti piani di miglioramento per la sicurezza e le cure. Personalmente vedo la legge Gelli in quest'ottica, anche se c'è qualcuno che la inquadra come una tutela del medico nei confronti del cittadino-utente-paziente che, quando commette un qualcosa per cui il paziente si sente danneggiato, va in soccorso del medico: posso assicurare che non è così.

Il cittadino è meglio tutelato?

Sì, perché ha una risposta organizzativa aziendale immediata, a fronte di una gestione completamente a carico della compagnia assicurativa come accadeva in passato. Tra l'altro introduce, come negli incidenti stradali, una tutela nei confronti del cittadino creando quel fondo di garanzia che protegge quegli utenti che magari, dopo il fallimento della compagnia, si trovano scoperti. La legge riconosce all'operatore sanitario la possibilità di avere un rapporto extracontrattuale con l'utente. E offre a 360 gradi delle risposte ai professionisti, alle aziende, al cittadino, al sistema.

Come migliorarla?

Il mio personale auspicio è che quanto prima si facciano i decreti attuativi, perché non si possono attendere anni. Che ci sia una criticità organizzativa è materia assodata: la gestione del rischio clinico esiste, tanto nel pubblico quanto nel privato, ma occorre un concorso di sforzi del legislatore accanto al direttore sanitario, amministrativo e accanto ai professionisti. E' una visione di sistema che va promossa: ed è questa la valenza della legge Gelli.

twitter@CimopItalia

GUIDO QUICI, NEOPRESIDENTE CIMO, APRE ALLE PROPOSTE DELLA CIMOP

L'autonomia dei medici? Non si tocca, ma prima il contratto (e meno scartoffie)

di **Francesco De Palo**

Un impegno, quello del contratto. Una promessa, relativa alla collaborazione per un obiettivo comune. E una proposta, quella racchiusa nello slogan "liberalaprofessione".

Sono i tre punti programmatici del dott. **Guido Quici**, neo presidente di Cimo, il sindacato di medici, veterinari e odontoiatri fondato nel 1947. Già Vice Presidente vicario di Cimo, consigliere d'amministrazione dell'Onaosi e Direttore della unità complessa di epidemiologia dell'Azienda Rummo di Benevento, Quici è stato eletto all'unanimità nel corso del XXXI Congresso nazionale Cimo a Firenze e in questa conversazione con il Notiziario Cimop illustra quali saranno i capisaldi del suo mandato e le possibili convergenze con altre sigle sindacali.

Quali i nuovi indirizzi programmatici di Cimo, le priorità e le linee guida?

Abbiamo un problema immediato che verte sul rinnovo del contratto in un momento di scarsità di risorse: abbiamo un mandato, ovvero se le condizioni economi-

**Guido Quici**

che e giuridiche sono quelle presentate dal governo, allora non ci siederemo al tavolo. Proverò a raggiungere il 51% con le altre organizzazioni sindacali, per inviare un segnale immediato: auspicando che anche altri abbiano la nostra stessa visione. Il secondo aspetto riguarda il precariato: ad oggi ci sono circa 10mila medici specialisti che non riescono ad entrare nel SSN attraverso i concorsi, anche per colpa del blocco del turn over. Abbiamo anche 26mila specializzandi che non entrano perché non hanno ancora la branca specialistica.

Prossimamente 75mila medici andranno in pensione...

Un paradosso tutto italiano, dove

da un lato moltissimi colleghi usciranno dalla scena professionale e per tanti altri non mancano le difficoltà di ingresso nel sistema stesso. Un aspetto che definirei molto importante. La nostra idea è quella di creare un doppio canale: una parte continuerà ad entrare presso la branca specialistica ed un'altra grazie ad una certa riserva di posti in sede concorsuale per medici non specialistici. Una volta entrati per area funzionale, hanno dinanzi al sé un percorso in aree pubbliche: il tutto al fine di dare una opportunità a chi non riesce ad accedere nelle scuola di specializzazione.

Circa gli standard ospedalieri, invece?

Qui si gioca una partita importante. Sul punto siamo convocati in Conferenza Stato-Regioni e aspettiamo risposte in merito al documento che abbiamo presentato. L'applicazione del dl 70 è rilevante ma a condizione che non si giochi, come al solito, al ribasso tentando di ridurre sempre di più il personale medico all'interno delle strutture sanitarie.

Con quali finalità?

Vige sempre più la salvaguardia di

modelli organizzativi per l'intensità di cura che, prevedendo una forte assistenza infermieristica in presenza di medici specialistici, vanno a erogare delle prestazioni specifiche. Ma, in prospettiva, da un lato si tenderà a risparmiare perché il costo del medico è sempre più elevato rispetto agli altri, e dall'altro entra in gioco il rapporto dello stesso medico con le altre professioni sanitarie.

Da cosa dipende?

Se si considera che nel settore sanitario vi sono circa 44 tipologie professionali, è chiaro che più figure gravitano attorno ad un'attività, più diventa difficile andare a definirne i livelli di responsabilità. In un comma della Legge Finanziaria di qualche anno fa, dove veniva aperta una sorta di autostrada per la professione sanitaria, si attribuivano dei compiti che poi alla fine sfiorano l'attività dei medici. Per cui noi rivendichiamo sicuramente l'assoluta autonomia della professione medica. E' un punto di svolta: certo il medico dovrà lavorare assieme agli altri secondo il principio della multi disciplinarietà, ma in ogni caso rivestendo un ruolo centrale.



Al congresso di Firenze dello scorso settembre che l'ha eletta ai vertici della Cimo ha lanciato alcune pillole riformatrici sotto lo slogan "liberalaprofessione".

E' un'idea che ho avuto partendo da una riflessione sulla contingenza: il medico oggi durante la propria attività si trova ingessato di fronte a mille rivoli burocratici che tolgono tempo alla professione. Inoltre toglie al medico quello spazio necessario alle attività proprie. Non dimentichiamo che in passato c'era il medico condotto, quello di medicina generale, oggi ci sono non solo le specialità ma finanche e super specialità: ovvero un percorso professionalizzato molto accentuato che si somma alla iper burocratizzazione. In questo scenario gravita il medico, che io definisco ad orologeria in quanto ha meno tempo a disposizione per poter fare l'esame obiettivo e l'anamnesi, perché impegnato nella scheda ospedaliera, nelle prescrizioni, nel consenso informato, nella modulistica che è presente, diversificata, in tutte le strutture.

Liste d'attesa e processi organizzativi: come

conciliarli con questo quadro?

Contribuiscono ad allontanare sempre di più il medico dal paziente. Per cui penso che il primo dovrebbe tornare ad essere più libero, per impedire che quel rapporto fiduciario con il secondo continui a sfibrarsi. Come Cimo abbiamo realizzato un'indagine che ci ha rivelato come nel 60% dei casi il rapporto tra medico e paziente è buono; viceversa quello tra medico e amministrazione è di diffidenza nell'80% dei casi.

Cosa pensa della battaglia che Cimo sta portando avanti sull'equiparazione dei titoli di carriera tra medici che lavorano nella sanità privata accreditata col SSN e quelli che lavorano nel pubblico?

Non ho alcuna preclusione a riguardo né c'è una contrapposizione. Parto dal presupposto che il cittadino deve essere libero di recarsi in una struttura pubblica o privata ed avere la migliore cura possibile. Il medico deve fare diagnosi e terapia, di conseguenza ritengo che la figura del medico sia sempre la stessa, indipendentemente se sia convenzionato o meno.

Quale la posizione di Cimo rispetto ad APM? Cosa cambia?

Se si rilancia Apm, Cimo e Cimop potrebbero tranquillamente collaborare, individuando un minimo comun denominatore tra le due organizzazioni sindacali. Perché non fare lo stesso percorso? Da parte nostra la massima apertura e disponibilità.

La soddisfa la Legge Gelli?

Credo sia prematuro esprimere giudizi, anche se per fortuna dopo dieci anni si è messo mano ad un testo che, nel tempo, molte forze politiche evavano tentato di ravvivare ma senza riuscirci. Il primo risultato è quello di essere arrivati ad una legge. Questo percorso poi credo sarà meglio definito dai decreti delegati che non sono ancora usciti. Il vantaggio che comunque vedo è quello del dimezzamento della prescrizione, dell'investimento nell'onere della prova, della diminuzione del numero di contenziosi, dell'obbligo di assicurarsi. Restano in piedi il nodo assicurativo e la discriminante tra un medico condannato per imperizia o negligenza.

twitter@CimopItalia

IL SEMINARIO DI REGGIO CALABRIA

“Da 2 anni al lavoro su responsabilità medica”

LA NUOVA LEGGE SULLA RESPONSABILITÀ MEDICA
LUCI ED OMBRE

14 SETTEMBRE 2017

PALAZZO CAMPANELLA
REGGIO CALABRIA



CIMOP
CONFERENZA ITALIANA MEDICI
OPERAIE E FARMACI

Un momento di analisi, costruttiva e fortemente analitica - in un'ottica tecnica, legale e professionale - per andare a fondo nella materia e comprendere al meglio pregi e difetti della nuova legge sulla responsabilità medica.

PROGRAMMA

- 13.45 Registrazione partecipanti
- 14.15 Apertura dell'evento e Saluto del Presidente Nazionale Fausto Campanozzi
- 14.30 Saluti delle Autorità
- 14.45 Introduzione del Segretario Nazionale Carmela De Rango
- Moderatori: Carmela De Rango, Mohammad Aljallani**
- 15.00 La legge Gelli, inquadramento giuridico Domenico Chindemi
- 16.00 La legge vista dall'Avvocato Felice Domenico Retez
- 17.00 Discussione generale
- 17.30 Coffee break
- 17.45 Il punto di vista del CTU e del CTP Pietro Tarzia
- 18.45 La Polizza RC alla luce della nuova normativa Paola Buonopane
- 19.45 Discussione generale
- 20.15 Chiusura dei Lavori
Compilazione questionario ECM

INFORMAZIONI GENERALI

La partecipazione all'evento è gratuita.

Le lezioni saranno effettuate direttamente in Segreteria in Sede Congressuale fino ad esaurimento dei posti disponibili.

CREDITI ECM
L'evento (ID 2647-202453) ha ottenuto nr. 5 crediti formativi. È stato accreditato presso la Commissione Nazionale per la Formazione Continua per 50 partecipanti e per tutte le Figure Professionali.

Si precisa che i crediti verranno erogati solo se il partecipante:

- appartiene ad una delle Professioni/Discipline per cui è stato previsto l'accreditamento;
- ha preso parte al 90% dei lavori scientifici;
- ha compilato la documentazione ECM in ogni sua parte;
- ha superato la prova di apprendimento con almeno il 75% delle risposte corrette.

Gli attestati riportanti i crediti formativi ECM verranno spediti via e-mail all'indirizzo di posta elettronica indicato sulla scheda anagrafica non prima di due mesi dalla fine del corso, dopo verifica dei requisiti sopra indicati.

OBBIETTIVO FORMATIVO
Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie.

RESPONSABILI SCIENTIFICI
dott. Muhammad Aljallani
Unità Operativa Chirurgia Generale, Policlinico Maria della Consolazione, Reggio Calabria

dott. Dissennò Afrosi
Unità Operativa Complessa di Anatomia ed Istologia Patologica
"Grande Ospedale Metropolitano Bianchi Melacino Morelli", Reggio Calabria

SEDE CONGRESSUALE
PALAZZO REGIONALE
"CARMELA CAMPANELLA"
SALA MONTELEONE

PROVIDER
IDANFI

“Da due anni battiamo sul tasto della responsabilità medica, si tratta di un tema che abbiamo sviluppato anche in altre sedi per via di quella territorialità che il sindacato vuole assicurare alla propria azione divulgativa. Anche perché con 21 regioni diverse siamo in presenza anche di 21 sanità diverse, 21 orientamenti: per cui è importante capire su singoli territori quali sono le problematiche e quali le leggi regionali. È la ragione per cui proprio sulla responsabilità abbiamo promosso un corso Fad”.

Così **Carmela De Rango**, Segretario Nazionale Cimop in apertura dell'interessante seminario promosso dalla stessa Cimop a Reggio Calabria lo scorso 14 settembre. È stato un momento di analisi, costruttiva e fortemente analitica - in un'ottica tec-

IL SEMINARIO DI REGGIO CALABRIA

L'ORDINE DEI MEDICI: C'È FIDUCIA PER IL FUTURO

FRANCESCO MARIA BIASI

PRES. ORDINE DEI MEDICI R. CALABRIA

Siamo fiduciosi che la legge Gelli metta le cose a posto, quantomeno diminuiscano le moltissime denunce a 360 gradi portate avanti senza alcun fondamento. Troppo spesso avvocati affaristi sono andati a spingere i cittadini a portare avanti azioni legali improprie, quindi si costringe il medico a mettere

in piedi azioni difensive e anche una medicina difensiva, oppure a difendersi senza avere alcuna colpa. Purtroppo gli ordini professionali hanno avuto molto poco da dire in merito, mi auguro che in futuro siano più coinvolti anche in frangenti delicati, come un'eventuale camera di consiglio tra giudici e medici.

[twitter@CimopItalia](https://twitter.com/CimopItalia)



Alcuni dei relatori intervenuti al seminario di Reggio Calabria

nica, legale e professionale - per andare a fondo nella materia e comprendere al meglio pregi e difetti della nuova legge sulla responsabilità medica.

Ai saluti e all'introduzione del Presidente della Cimop, **Fausto Campanozzi** e del Segretario Nazionale, hanno poi fatto seguito interventi di primo piano volti a fare luce sul dispositivo, come quello di **Francesco Maria Biasi**, presidente dell'Ordine dei Medici di Reggio Calabria.

L'inquadramento giuridico della Legge Gelli è stato curato dal **Domenico Chindemi**, Magistrato della Suprema Corte di Cassazione.

L'avv. **Felice Domenico Retez** nel suo intervento si è occupato di analizzare la legge nella prospettiva del diritto, ovvero toccando i profili prettamente giuridici.

In seguito **Pietro Tarzia**, medico legale, nel suo intervento si è chiesto chi è la società che controlla l'ente che emana queste linee guida accreditate. "È il cane che si morde la coda, perché in ogni caso serve che ci sia qualcuno al di sopra che convalidi linee guida e raccomandazioni".

Sono ancora molti i punti della legge a non essere chiari, ha concluso **Mohammad Alkilani**, coordinatore calabrese della Cimop e organizzatore del seminario.

Paola Buonopane, responsabile dell'attività di intermediazione di Geas-Sanità, ha svolto una esauriente relazione sulle novità introdotte dalla nuova legge, che per i suoi contenuti tecnici e divulgativi riteniamo utile pubblicare integralmente, a beneficio di tutti i nostri associati.

Come cambia la polizza Rc Luci e ombre

di Paola Buonopane

Resp. intermediazione Geas Sanità

Il primo aprile 2017 è entrata in vigore la Legge 8 marzo 2017 nr. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

Finalmente il legislatore ha inteso intervenire nel "mare magnum" della responsabilità in ambito sanitario, unificando e finalizzando una lunga serie di disegni di legge che erano fermi da anni in parlamento.

IL REGIME PREVIGENTE.

Il settore, nell'ultimo ventennio, aveva subito una evoluzione preoccupante. Sul finire degli '90, il concetto di responsabilità da "contatto sociale" (derivato dal diritto Tedesco) ha iniziato a farsi strada nella giurisprudenza italiana per poi essere "consacrato" in una serie di pronunce di Cassazione a Sezioni Unite. Dalla teoria del contatto sociale discende la natura contrattuale della responsabilità del medico e della struttura nei confronti del paziente, con le conseguenze in termini di:

- **onere della prova:** il paziente si limita ad allegare l'inadempimento. Medico e struttura devono fornire la prova della causa, a loro non imputabile, che ha determinato l'inadempimento;

- **prescrizione decennale:** il termine di prescrizione tipicamente applicabile alle obbligazioni contrattuali.

In applicazione della nozione di "contatto sociale" la struttura sanitaria, nel rapporto esterno con il danneggiato, risponde sempre in solido (art. 1228 cc "Responsabilità per fatto degli ausiliari") con i sanitari. Ciò, a prescindere dal rapporto (di natura subordinata/libero-professionale) corrente con il personale.

Ferma la responsabilità solidale nei confronti del



paziente, la giurisprudenza maggioritaria aveva ammesso che la struttura, gravata da responsabilità "indiretta" (quindi senza coinvolgimento di carenze strutturali e/o organizzative della struttura medesima), esercitasse, nel medesimo giudizio instaurato dal danneggiato, un'azione di rivalsa/regresso nei confronti dei sanitari al cui comportamento era ascrivibile la causazione dei danni.

La sostanziale equiparazione del Medico e della Struttura Sanitaria (pubblica o privata) in termini di responsabilità nei confronti del paziente, nel regime pre-legge Gelli, ha "scatenato" una acuta conflittualità tra l'ente sanitario e gli stessi soggetti che operavano presso quest'ultimo, con inevitabili ripercussioni negative sulla attività quotidiana del personale.

L'applicazione al rapporto di ospedalità della responsabilità contrattuale, con le conseguenze in tema di onere della prova e prescrizione decennale, ha portato all'apposizione della clausola claims made ai contratti del settore, al progressivo abbandono del mercato specifico da parte di molti assicuratori nazionali tradizionalmente operanti e, all'aumento dei premi sia per le polizze delle strutture sanitarie sia per le polizze personali dei medici.

Con riferimento agli enti sanitari, sia nel pubblico, che nel privato, si sono diffusi fenomeni di "NON assicurazione" totale o parziale del rischio.

L'INTERPELLO SUGLI ORARI? TANTO TUONÒ CHE PIOVVE...

Sul notiziario dicembre 2016, a pag. 10 avevamo pubblicato una serie di interPELLI sulla questione "orario di lavoro" a decorrere dal 2015 che CIMOP aveva inviato al Ministero del Lavoro. Finalmente, dopo l'ennesimo sollecito (luglio 2017), il Ministero ha risposto, ma non direttamente a Cimop, ma ad ARIS (anche ARIS aveva inviato un analogo interpellato un anno dopo rispetto al nostro), mettendo in conoscenza CIMOP.

Non sono necessari commenti, lasciamo ai lettori le conclusioni sulle modalità adottate dal Ministero e anche sui contenuti della risposta.

GLI OBIETTIVI DELLA LEGGE GELLI - BIANCO

La Legge nr. 24 del 2017 ha due obiettivi dichiarati:

- alleggerire la mole del contenzioso medico legale, che ha causato un aumento sostanziale del costo delle assicurazioni per professionisti e strutture sanitarie;
- contenere il fenomeno della c.d. medicina difensiva con conseguente utilizzo spropositato di risorse pubbliche.

Probabilmente, tali problematiche, non troveranno una soluzione nella riforma, che, tuttavia, contiene aspetti innovativi rilevanti. Per raggiungere gli obiettivi, la legge riorganizza l'intero ambito delle responsabilità e i compiti che riguardano l'erogazione delle cure con:

l'assegnazione alle strutture sanitarie pubbliche e private, quali imprese organizzate, del ruolo di coordinatore e controllore del rischio d'impresa e di gestore e garante delle eventuali conseguenze dannose derivanti dall'attività;

Il rafforzamento del principio costituzionale del diritto alla salute del cittadino attraverso la strada privilegiata dell'azione diretta e del doppio binario;

la forte attività preventiva attraverso il Risk Management con percorsi formativi (componente professionale e disciplinare);

la tutela e solidità del sistema attraverso una maggior trasparenza dei dati e coperture o "analoghe misure" e, sicurezza per i pazienti;

M
MINISTERO DEL LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI
Interpello n. 4 / 2017

ARIS
Associazione religiosa Istituti socio sanitari
ROMA

Oggetto: Istanza di interpellato ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo n. 124/2004.
Disciplina dell'orario di lavoro del personale del settore della sanità privata.

L'Associazione religiosa istituti socio sanitari - ARIS ha formulato istanza di interpellato al fine di conoscere se l'articolo 14 della legge n. 161/2014, recante "Disposizioni in materia di orario di lavoro del personale delle aree dirigenziali e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale" sia applicabile anche ai lavoratori del settore della sanità privata.

Al riguardo, acquisito il parere dell'Ispettorato nazionale del lavoro e dell'Ufficio legislativo di questo Ministero, si rappresenta quanto segue.

In via preliminare, occorre muovere dalla lettura del citato articolo 14 il quale stabilisce, al comma 1, che: "Decorsi dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono abrogati il comma 13 dell'articolo 41 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133 e il comma 6-bis dell'articolo 17 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66".

Lo stesso articolo, al comma 3 stabilisce che: "[...] Nelle more del rinnovo dei contratti collettivi vigenti, le disposizioni contrattuali in materia di durata settimanale dell'orario di lavoro e di riposo giornaliero, attuative dell'articolo 41, comma 13, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133 e dell'articolo 17, comma 6-bis, del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66, cessano di avere applicazione a decorrere dalla data di abrogazione di cui al comma 1."

Le disposizioni oggetto di abrogazione escludevano dall'applicazione dell'articolo 7 del decreto legislativo n. 66/2003 (recante disposizioni in materia di riposo giornaliero) il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, per il quale trovavano invece applicazione le disposizioni contrattuali in materia di orario di lavoro, nel rispetto dei principi generali a tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori.

In proposito, va precisato che la disciplina derogatoria di cui all'articolo 41 del decreto-legge n. 112 del 2008 e di cui al comma 6-bis dell'articolo 17 del decreto legislativo n. 66 del 2003, abrogata per effetto del richiamato articolo 14 della legge n. 161/2014, riguardava esclusivamente i lavoratori appartenenti ai ruoli del Servizio sanitario nazionale, senza riferirsi al personale sanitario delle strutture private, per il quale, pertanto, trova tuttora applicazione la disciplina delle deroghe prevista dall'articolo 17, comma 1, del decreto legislativo n. 66/2003 alla quale si è riferita la contrattazione collettiva di settore.

Alla luce di tale ricostruzione si ritiene che l'abrogazione delle disposizioni innanzi richiamate, disposta dal citato articolo 14 della legge n. 161/2014, non ha prodotto effetti sulla regolamentazione dell'orario di lavoro del personale sanitario occupato presso le strutture private, per il quale continua, dunque, a trovare piena applicazione la disciplina prevista dalla contrattazione collettiva di settore.

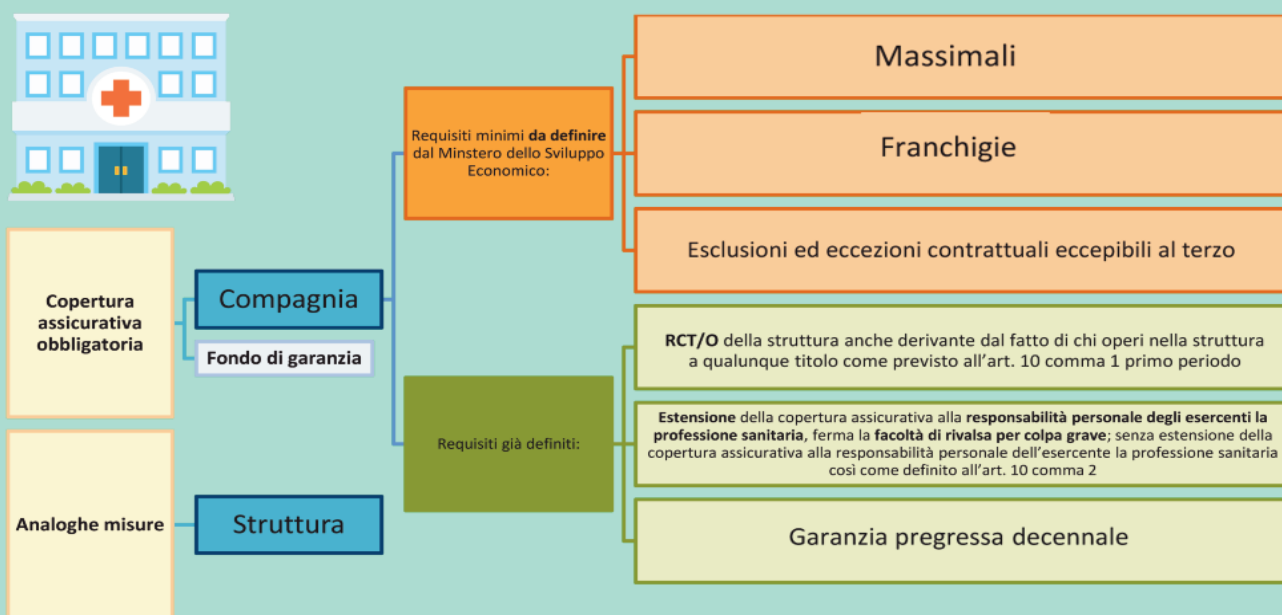
Il Direttore Generale
Romolo de Camillis

l'assicurare una maggior serenità agli esercenti la professione sanitaria depurando il rapporto medico / paziente da ogni aspetto generatore di conflittualità.

IL NUOVO REGIME.

L'aspetto più rilevante e positivo della normativa emerge da un'analisi sistematica del provvedimento. Con una serie di disposizioni vengono assegnati alle aziende sanitarie pubbliche e private ruoli e competenze, che in precedenza non erano per nulla scontati. L'ente sanitario pubblico e/o privato, che in passato si occupava dell'organizzazione logistico- alberghiera - rimanendo in secondo piano rispetto all'esercente l'ars medica - e che attualmente, in termini di responsabilità verso i pazienti, risponde in tutto e per tutto di quello che accade al suo interno diventa, con la riforma, l'attore principale in termini di erogazione delle prestazioni sanitarie, gestione della prevenzione, controllo e coordinamento del rischio clinico, e delle misure per garantire i terzi da eventuali errori, che si riconoscono, per certi versi fisiologici, in riferimento a tutte le attività complesse.

OBBLIGHI DELLA STRUTTURA SANITARIA PER LA COPERTURA DEL RISCHIO SANITARIO



L'ente sanitario pubblico e privato diventa a tutti gli effetti "impresa", che dirige, coordina e controlla l'utilizzo appropriato delle risorse umane, strutturali, tecnologiche e organizzative, anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie. Il tutto, nel superiore interesse del diritto (di rango costituzionale) alla salute, comprendente la sicurezza delle cure (art. 1 della Legge). Sempre in quest'ottica, deve inserirsi la nuova definizione di "esercente la professione sanitaria".

Tutte le risorse umane che, coordinate dall'ente sanitario, partecipano alla erogazione delle prestazioni sanitarie assumono una posizione giuridica analoga.

A mio parere sotto questa luce devono essere lette le varie disposizioni dettate dalla recente normativa:

- L'obbligo per le strutture sanitarie pubbliche e private di svolgere una adeguata attività di prevenzione del rischio clinico (originariamente inserito nel DdL, è stato poi stralciato e approvato già con la Legge di Stabilità 2016. La 24/2017). La Legge Gelli-Bianco struttura tale attività di risk management in un sistema integrato in ambito aziendale (art. 2), regionale, con la previsione dei centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente (art. 2) e nazionale, con l'istituzione dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità (art. 3).

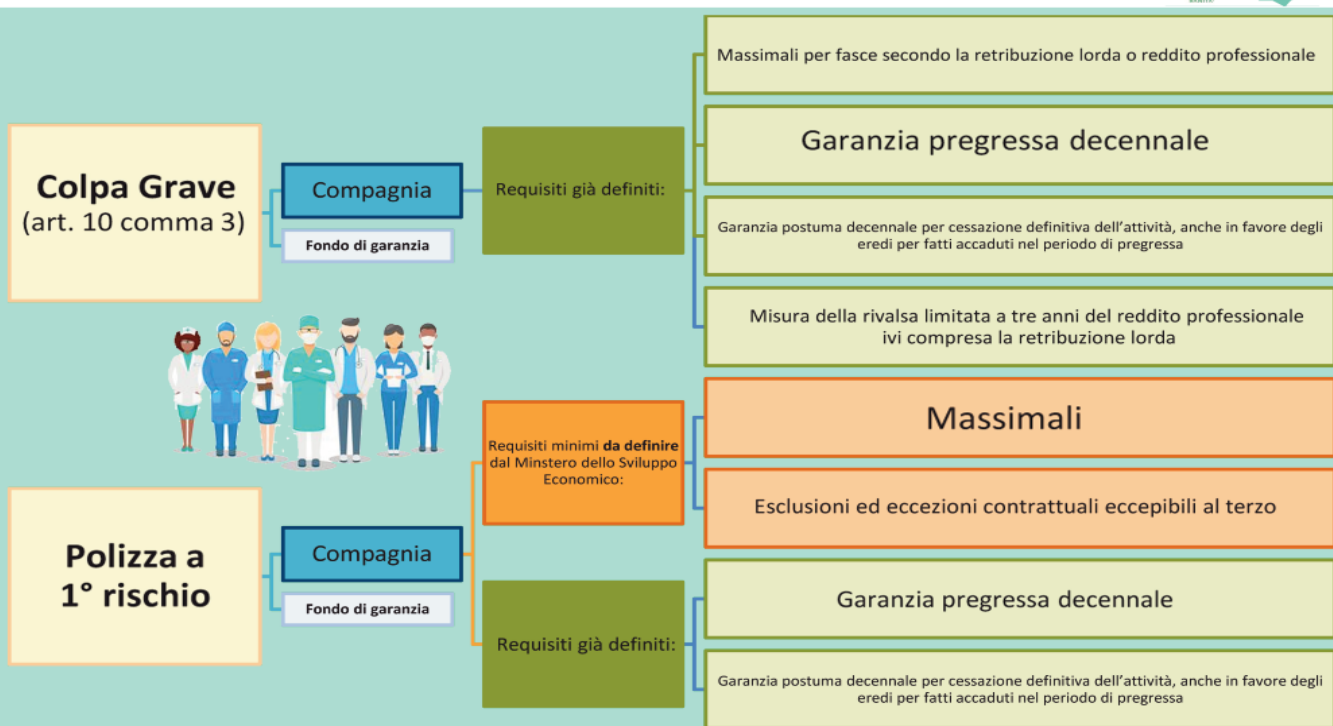
- La "subordinazione" degli esercenti le professioni sanitarie alla potestà di indirizzo e coordinamento dell'Ente che si esprime anche nell'obbligo, di tutto il personale di concorrere alle attività di gestione e prevenzione del rischio (art. 1);

- L'articolo 15 della Legge, che intervenendo ancora, sulle disposizioni vigenti, oltre ad estendere le qualifiche professionali necessarie a svolgere l'attività di risk manager, detta un precetto fondamentale per rafforzare tale attività, statuendo che "i verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari".

- L'art. 4 della Legge che prevede che le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private siano soggette all'obbligo di trasparenza, nel rispetto del codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196. La direzione sanitaria della struttura pubblica o privata, entro sette giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli interessati aventi diritto, fornisce la documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente, preferibilmente in formato elettronico. Eventuali integrazioni (ad esempio esami istologici disponibili in fase successiva, etc.) sono fornite, in ogni caso, entro il termine massimo di trenta giorni dalla presentazione della suddetta richiesta.

- L'obbligo per le strutture di rendere disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, i

OBBLIGHI DEL PERSONALE SANITARIO PER LA COPERTURA ASSICURATIVA



dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificatisi nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (art. 4) e (all'emanazione della normativa secondaria) l'obbligo di pubblicare sui propri siti internet i dati relativi alle garanzie assicurative, ovvero alle "analoghe misure" vigenti (art. 10).

- L'obbligo, al comma 5, dell'Art. 2, che inserisce la lettera d-bis all'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità).. a carico delle strutture di predisporre e pubblicare sul proprio sito internet una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura sanitaria, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è da pubblicare nel sito internet della struttura sanitaria. La registrazione nel corso dell'anno degli eventi avversi, che consentiranno alla struttura la redazione della relazione annuale, sarà a cura del personale sanitario.

LA RESPONSABILITÀ CIVILE E L'AZIONE DI RIVALSA

La Legge 24/2017 (recepimento gli spunti della magistratura milanese) istituisce il c.d. "doppio binario" di responsabilità. Nell'art. 7 viene formalizzato, con norma espressa, l'orientamento giurispru-

denziale ormai consolidato che prevede la responsabilità solidale dell'ente sanitario ex artt. 1218 e 1228 codice civile (quindi responsabilità contrattuale) per le condotte dolose e colpose degli esercenti la professione sanitaria di cui si avvalga a qualunque titolo, anche se scelti dal paziente. Dalla natura contrattuale di tale responsabilità deriva la prescrizione decennale e, nell'ambito del processo civile, l'onere probatorio di dimostrare di non aver potuto adempiere la propria obbligazione per una causa non imputabile. La responsabilità dell'esercente la professione sanitaria è invece espressamente ricondotta alla responsabilità extracontrattuale (art. 2043 c.c. in base al quale qualunque fatto doloso o colposo che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno). Le conseguenze di tale inquadramento consistono nell'applicazione della prescrizione quinquennale e nel diverso regime in riferimento all'onus probandi secondo cui è colui che agisce per ottenere il risarcimento che ha l'onere di provare non solo il pregiudizio subito, ma anche la riconducibilità di esso al comportamento del convenuto (nesso causale) nonché, che detta condotta lesiva sia connotata, sotto il profilo dell'elemento soggettivo, dal dolo o comunque almeno dalla colpa del danneggiante. L'espressa

IL SEMINARIO DI REGGIO CALABRIA

CAMPANOZZI: "LA NORMATIVA ERA NECESSARIA"

FAUSTO CAMPANOZZI, PRESIDENTE CIMOP

La Legge Gelli era un'esigenza avvertita certamente da tutta la categoria, anche se non soltanto da essa, bensì dall'intero sistema delle cure. Diciamo che non penalizza né premia, ma riporta in equilibrio un rapporto fondamentale, ovvero quello tra medico e paziente che nel corso degli ultimi anni è andato deteriorandosi, anche per influenze esterne. Era quindi necessario che vi fosse una normativa che interrompesse quella spirale rappresentata dal contenzioso e dalla medicina difensiva. Con la legge Gelli, probabilmente, buona parte di quel contenzioso viene risolto, anche se non mancano luci e ombre. Soltanto con i decreti attuativi finiranno col dirimersi quei nodi che ancora sono sul tavolo del legislatore. Personalmente provengo da un'esperienza nel mio ordine professionale durata



dodici anni, anche nell'esecutivo, che è stata esaltante. L'utilità degli ordini oggi è messa in discussione perché, in una professione e in un sistema molto complesso come quello attuale dove si convive con le nuove tecnologie, l'ordine continua ad avere solo ed esclusivamente una funzione di anagrafica dei propri iscritti e di esercizio, anche se parziale, sulla loro disciplina. A mio avviso, andrebbero rivisti gli ordini ampliandone il relativo potere che possono esercitare nell'ambito della professione. Ho inoltre grandi perplessità che i nuovi Lea possano omogeneizzare la sanità nel nostro Paese, perché purtroppo la sanità italiana va a due marce: quella del nord e quella del sud. E non saranno certamente i nuovi Lea a risolvere questo problema.

twitter@CimopItalia

connotazione normativa della responsabilità aquiliana e/o extracontrattuale non si applica agli esercenti le professioni sanitarie che agiscano nell'esecuzione di un rapporto contrattuale corrente con il paziente. L'identificazione di tale fattispecie non sarà sempre agevole e costituirà una criticità in sede di applicazione della nuova normativa. Le disposizioni dell'art. 7 sono espressamente qualificate come imperative. Ciò determina l'inderogabilità delle medesime, le quali non potranno essere modificate e/o disapplicate dalle parti.

L'istituzione del "doppio binario" si coordina con l'azione di rivalsa/regresso prevista dal successivo art. 9 della Legge. La disposizione prevede la consistente limitazione dell'azione di rivalsa esercitabile dalla struttura privata, ovvero dalla magistratura contabile nei confronti dei sanitari. Infatti l'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave.

Inoltre se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio o della procedura stragiudiziale di risarcimento del danno (e tale evenienza presumibilmente costituirà la regola, alla luce della

"posizione processualmente più comoda" per il paziente attore), l'azione di rivalsa nei confronti di quest'ultimo potrà essere esercitata soltanto successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale e deve essere proposta, a pena di decadenza, entro un anno dall'avvenuto pagamento.

La Legge determina altresì un "tetto" economico massimo alla rivalsa.

Comparto pubblico: azione della Corte dei Conti e/o surroga 1916 c.c. da parte dell'assicuratore dell'ente è quantitativamente limitata a 3 anni della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale. La magistratura contabile, nella quantificazione del danno erariale, dovrà altresì tener conto delle situazioni di fatto di particolare difficoltà, anche di natura organizzativa, della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, in cui l'esercente la professione sanitaria ha operato. La norma prevede altresì, in caso di condanna, il "blocco" della progressione di carriera dell'esercente.

Comparto privato: azione di rivalsa della struttura e/o surroga 1916 c.c. da parte dell'assicuratore della struttura è quantitativamente limitata a 3 anni

IL SEMINARIO DI REGGIO CALABRIA

ALKILANI: "ALCUNI ASPETTI ANCORA NON CHIARI"

MOHAMMAD ALKILANI COORD. CIMOP CALABRIA

La legge Gelli presenta molti punti niente affatto chiari. Per la parte civilistica sembrerebbe ci siano dei vantaggi per i medici, mentre sul versante penale le cose sono più complicate. Per il medico ospedaliero la responsabilità, dunque, diventa extragiudiziale con l'onere della prova che teoricamente è posta a carico del paziente che deve dimostrare di aver ricevuto un danno, con un miglioramento alla voce prescrizione che viene dimezzata da dieci anni a cinque. Resta però un'ombra: la prescrizione parte da quando un paziente si accorge di aver subito un danno. E' un fatto che l'80% delle denunce sono ingiustificate: a volte sono speculative, altre nascono per un rapporto non chiaro con l'azienda.

Uno dei maggiori problemi della sanità nasce dalla riforma della Costituzione, che ha demandato la gestione di quella materia alle singole regioni. In que-



sto modo il Servizio Sanitario Nazionale non è più tale, ma viene moltiplicato per quante sono le regioni italiane: si crea quindi un quadro negativissimo perché i diritti ad esempio di un calabrese non sono uguali a quelli di un lombardo. Teoricamente tutti i cittadini sono uguali e dovrebbero avere lo stesso trattamento, gli stessi diritti e gli stessi doveri: cosa che oggi non accade, anche se era stata prevista dal referendum dello scorso anno poi bocciato dagli italiani. Mi auguro che il legislatore se ne renda prontamente conto.

Infine vorrei sottolineare che, fino ad oggi, l'ospedalità privata ha svolto un ruolo significativo: ha vicariato alle carenze presenti nel pubblico, soprattutto per quanto concerne le liste di attesa. Ma in realtà ancora non c'è una vera parità: cosa che dovremmo riuscire a realizzare dal punto di vista normativo e di personale.

twitter@CimopItalia

del reddito professionale, ivi compresa la retribuzione lorda

IL SISTEMA ASSICURATIVO

L'Art. 10 della Legge prevede per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private l'obbligo di stipulare coperture assicurative per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private.

L'obbligo di stipulare polizze assicurative per la copertura della responsabilità civile personale verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie ferma la facoltà di rivalsa/"regresso"; prevedendo che la garanzia sulla responsabilità personale non si applichi agli esercenti che prestino la loro opera all'interno della struttura in regime libero-professionale ovvero che si avvalgano della struttura stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente.

Ai suddetti obblighi di assicurazione si potrà altresì ovviare (art. 10) apprestando "analoghe misure".

Prevedendo tale alternativa il legislatore ha riconosciuto le soluzioni (ritenzione del rischio, "autoassi-

curazione") che negli ultimi anni hanno adottato le strutture sanitarie (anche interi sistemi sanitari regionali) per contrastare l'aumento dei premi assicurativi. In ossequio all'aggettivo "analoghe" prescelto dal legislatore, le misure alternative all'assicurazione dovranno costituire un adeguato livello di garanzia (per il paziente e per i sanitari che lavorano in struttura) analogo a quello prestato dalla compagnia con la polizza assicurativa, prevedendo l'accantonamento reale di riserve economiche parametricate al rischio e all'entità potenziale dei singoli eventi accaduti.

Sempre a norma dell'art. 10.2, è confermato, per l'esercente la professione sanitaria che svolga la propria attività al di fuori di una delle strutture sanitarie o che presti la sua opera all'interno della stessa in regime libero-professionale ovvero che si avvalga della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente, l'obbligo di assicurazione, in virtù della normativa vigente (Balduzzi).

Inoltre al fine di garantire efficacia alle azioni di rivalsa e di surroga assicurativa ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in

IL SEMINARIO DI REGGIO CALABRIA

IL MAGISTRATO CHINDEMI: ARTICOLI DA RISCRIVERE

DOMENICO CHINDEMI, CORTE DI CASSAZIONE

Allo stato attuale, sulla Legge Gelli ci sono più ombre che luci. Le intenzioni del legislatore erano ottime, purtroppo la realizzazione pratica nella stesura della legge lascia molti dubbi soprattutto con riferimento ai profili di responsabilità, sia civile che penale. In effetti la nuova legge è ancora più restrittiva rispetto alla precedente Balduzzi che, sotto il profilo penale, è più favorevole, mentre sotto quello civile esistono moltissimi dubbi con riferimento alla responsabilità extracontrattuale del medico. Inoltre la legge non dice quando entrerà in vigore la normativa circa questa nuova natura del rapporto.

Il punto non è tanto se la legge penalizzi il medico o favorisca le compagnie assicurative, quanto piuttosto il fatto che questa legge involontariamente aggrava la situazione penale del medico. Prevede infatti l'assicurazione obbligatoria da parte delle strutture, ma non l'obbligo a contrarre, ovvero le assicurazioni sono libere o meno di muoversi nel mercato assicurativo. Per cui ci sarà una situazione a macchia di leopardo, con la presenza di strutture che saranno assicurate e altre che non lo saranno. Naturalmente ciò penalizza il medico, in quanto con la nuova legge egli dovrebbe assicurarsi soltanto con riferimento alla colpa grave, ma se la struttura non fosse assicurata allora sorgerebbe un altro problema



relativo alla colpa lieve per evitare di andare incontro ad ulteriori profili. Trattandosi di un'assicurazione obbligatoria il paziente può chiamare a rispondere indifferente sia la struttura che il medico.

In definitiva si tratta di una legge che non soddisfa nessuno: né il medico, né gli assicuratori, né il paziente, né gli avvocati che effettivamente non sanno come instaurare tale azione di responsabilità.

Quando era in discussione la precedente norma, la Balduzzi, si auspicava una riforma e quindi una nuova normativa: se la riforma però dovesse avere i risultati della legge Gelli, in proporzione, beh credo che quest'ultima sarebbe da preferire anche se resta insoddisfacente, senza dimenticare che alcune norme sono entrate in vigore mentre altre no in quanto attendono i decreti delegati di cui non si ha ancor contezza

temporale.

Credo che tutta la legge Gelli dovrebbe essere rivista ex novo: basterebbero pochi articoli per raggiungere i giusti obiettivi. E' la stesura quella che lascia molto a desiderare, in quanto il legislatore ha dimostrato di non essere all'altezza della situazione e di non conoscere alcuni fondamentali in materia assicurativa, come la differenza tra rivalsa, surroga o regresso. Questo non va bene, perché si cita la rivalsa nei casi in cui si è in presenza di regresso.

twitter@CimopItalia

strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave (Art. 10.3).

Un'ombra rimane nella interpretazione delle figure professionali da individuare nell'Art. 10.2.

I requisiti minimi delle polizze e delle "analoghe misure" saranno indicate nella successiva normativa attuativa che dovrebbe essere emanata entro il corrente anno. Tuttavia il legislatore è già, in parte intervenuto, (art. 11) delineando i contorni delle garanzie assicurative. Il testo approvato costituisce il primo esplicito riconoscimento normativo della clausola claims made. Il legislatore ha senz'altro tenuto conto delle recenti pronunce di legittimità che hanno valutato la clausola "a richiesta fatta"

sotto il profilo della sua meritevolezza, prevedendo una garanzia pregressa decennale.

Per le polizze degli esercenti le professioni sanitarie, oltre alla pregressa decennale, è prevista una garanzia postuma decennale per il caso di cessazione definitiva dell'attività professionale, anche in favore degli eredi. La garanzia postuma dovrà garantire anche i fatti accaduti nel periodo di pregressa.

Esercenti la professione sanitaria dipendenti

- La responsabilità civile personale (colpa lieve) di tali soggetti dovrà essere assicurata a cura e spese della struttura sanitaria pubblica e privata;
- I medesimi, a propria cura e spese, dovranno dotarsi di polizza c.d. "colpa grave"; nel settore pubblico questo obbligo era già esistente, ma, non lo era nel settore privato.

IL SEMINARIO DI REGGIO CALABRIA

IL LEGALE RETEZ: IL MEDICO IN BALIA DI SE STESSO

FELICE DOMENICO RETEZ, AVVOCATO

La legge Gelli è un intervento normativo ancora tutto da decifrare, soprattutto per quelle che saranno le normative di attuazione che ancora difettano e per i richiami che sono stati compiuti a organismi che allo stato non sono operativi. Sicché, in pratica, abbiamo una legge monca che sembra voler dare un qualche certezza che però al momento non esiste.

In linea di massima la legge tenderebbe, in un certo senso, a tutelare il medico e contestualmente a non mortificare le aspettative sanitarie del paziente, addossando alle strutture il maggior carico di responsabilità. Ma in tutto questo, sarà utile valutare il contesto: il medico opera all'interno di una struttura che dovrebbe offrirgli delle garanzie, ma allo stato, ad esempio per via dei rapporti assicurativi, il medico è lasciato solo a se stesso. A proposito degli obblighi assicurativi vorrei segnalare l'articolo 11 della legge Gelli: con il sistema attuale il sinistro si intende come la richiesta risarcitoria, sicché avrò

copertura se la richiesta risarcitoria interverrà nel periodo di vigenza della polizza e a condizione che il sinistro cui si riferisce rientri nel periodo di retroattività, cosiddetto, che ordinariamente può estendersi anche fino a 10 anni.

Adesso, quindi, la legge sembra indicare questi parametri. Ma interviene anche su quell'aspetto critico legato agli anni in cui il medico sarà andato in pensione: all'art. 11 la legge Gelli-Bianco prevede che obbligatoriamente queste polizze prevedano un periodo di ultra attività decennale.

Circa i profili penali, è oggettivamente difficile confidare da parte del presunto danneggiato in una condanna in sede penale a carico del medico preteso responsabile dell'evento. Intanto i tempi degli accertamenti sono tali per cui spesso questi processi, nelle ipotesi in cui proseguono oltre la fase istruttoria, si imbattono nella prescrizione e finiscono con un'estinzione, che lascia spazio in talune ipotesi al risarcimento del danno.

Esercenti la professione sanitaria

- che svolgano la propria attività al di fuori di una delle strutture sanitarie
- che prestino la propria opera all'interno di struttura sanitaria pubblica o privata in regime libero-professionale

- che si avvalgano di struttura sanitaria pubblica o privata nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente.

La responsabilità civile personale di tali soggetti dovrà essere assicurata a cura e spese dei medesimi con polizze di Responsabilità Civile Professionale di 1° Rischio, comprendenti le fattispecie di colpa grave. Importante: dal momento che le polizze del personale sanitario copriranno i fatti accaduti nel periodo pregresso, stabilito in 10 anni, è consigliabile, in base alla posizione lavorativa passata, controllare le coperture assicurative operanti sui fatti accaduti quando la posizione lavorativa era diversa. Es: un medico che oggi ha un rapporto di lavoro come dipendente ma che ha modificato la sua posizione lavorativa nel corso dei dieci anni, da un rapporto libero professionale, dovrà assicurarsi che i fatti accaduti nel corso della sua attività libero professionale trovino copertura, sulla base di una garanzia postuma in relazione all'attività cessata o mediante

accordi specifici sul contratto che dovrà obbligatoriamente stipulare. Fermo restando la necessità di attendere gli esiti dei provvedimenti attuativi, si fa fatica a rintracciare nel provvedimento elementi che possano favorire una diversa posizione del mercato assicurativo per le polizze del personale sanitario (salvo che per i prodotti di "colpa grave"), anche se la legge introduce elementi di positività, ci sono da considerare gli altri elementi:

- l'azione diretta (art. 12) del paziente nei confronti dell'Assicuratore della struttura e del Libero professionista;

- l'entità delle garanzie pregresse e postume da prestare;

- gli oneri per il costituendo "Fondo di Garanzia" addossati agli Assicuratori (art. 14);

- le sanzioni dell'IVASS in caso di immotivata formulazione dell'offerta di risarcimento (art. 8); costituiscono, tutti, elementi di valutazione negativa per il rischio, in attesa della applicazione dell'indennizzo tabellare e del rafforzamento dell'attività di risk management (i cui effetti peraltro non potranno interferire se non a lungo termine). Discorso a parte deve farsi per le garanzie di colpa grave che viceversa potranno scontare una evidente diminuzione del rischio, sia in termini quantitativi che qualitativi.

LA PIATTAFORMA DI LAVORO

Un nuovo modello su base dirigenziale

di Carmela De Rango

Segretario nazionale Cimop

La delegazione Cimop composta dalla sottoscritta in qualità di Segretario Nazionale e capo delegazione e dai delegati **Renarto Biscetti** di Roma, **Giuseppe Bongiovanni** di Firenze, **Lino De Sanctis** di Roma, **Riccardo Iuliani** di Torino, **Giuseppe Musolino** di Messina, **Cinzia Piacentini** di Brescia e **Augusto Rivellini** di Napoli, è sempre stata supportata dalla presenza dell'avv. **Mario Berruti** che ha garantito, unitamente all'avv. **Andrea Sterli**, la scrittura di un testo chiaro senza dubbi interpretativi, che sono presenti nell'articolo in essere, eliminando quelle norme che oggi vanno lette a sfavore dei medici.

In concreto la Piattaforma propone un impianto con la trasformazione del contratto vigente, di tipo impiegatizio (con l'inquadramento in assistente, aiuto, aiuto dirigente e primario), con l'introduzione del rapporto di natura dirigenziale. Secondo questo nuovo modello, il personale medico dipendente viene inquadrato in posizione dirigenziale, e i medici saranno collocati in un unico livello, con affidamento di incarichi professionali in relazione alle diverse responsabilità. L'affidamento di un incarico costituisce espressione di sviluppo professionale cui deve conseguire una specifica valorizzazione economica, nel limite temporale della funzione assegnata.

TIPOLOGIE DI INCARICHI

Le tipologie di incarico conferibili dall'Ente ai dirigenti medici sono le seguenti:

a. incarico di direzione di struttura complessa; tra

essi è ricompreso l'incarico di direttore di dipartimento;

b. incarico di direzione di struttura semplice;

c. incarico di alta specializzazione;

d. incarico di natura professionale, per dirigenti con più di cinque anni di servizio nella stessa azienda o ente;

e. incarico professionale, per dirigenti con meno di cinque anni di servizio nella stessa azienda o ente.

Per **struttura complessa** si intende l'Unità Operativa, Servizio, Area o Divisione, individuata dall'azienda o ente, dotata di risorse professionali e tecniche finalizzate ad assolvere le funzioni operative attribuite.

Per **struttura semplice** si intende una struttura organizzativa o una articolazione funzionale interna alla struttura complessa, caratterizzata da autonomia funzionale o clinica; quando la struttura semplice afferisce direttamente al direttore del dipartimento e non è incardinata all'interno di una struttura complessa, si definisce "struttura semplice a valenza dipartimentale".

Per **incarico di alta specializzazione** si intende il riconoscimento di alte competenze gestionali-organizzative o tecnico-professionali, finalizzate alla cura di specifiche patologie e alla gestione di metodiche diagnostiche e terapeutiche, che richiedono una competenza specifico-funzionale nella disciplina di appartenenza;

Per **incarico professionale** si intende quello che

TABELLA DI PRIMO INQUADRAMENTO

INQUADRAMENTO ATTUALE	QUALIFICA	INCARICO NUOVO CCNL
DIRETTORE SANITARIO RESPONSABILE DI RAGGRUPPAMENTO E/O SERVIZIO	DIRIGENTE	DIRIGENTE DI STRUTTURA COMPLESSA
AUTO DIRIGENTE	DIRIGENTE	DIRIGENTE DI STRUTTURA SEMPLICE
AUTO	DIRIGENTE	INCARICO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
ASSISTENTE FASCIA B	DIRIGENTE	INCARICO DI NATURA PROFESSIONALE CON PIÙ DI 5 ANNI DI ANZIANITÀ DI SERVIZIO
ASSISTENTE FASCIA A	DIRIGENTE	INCARICO DI NATURA PROFESSIONALE CON MENO DI 5 ANNI DI ANZIANITÀ DI SERVIZIO

ha rilevanza all'interno della struttura e richiede una competenza funzionale di base nella disciplina di appartenenza.

AFFIDAMENTO DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI

Nella previsione di questo articolato gli incarichi sono conferiti dall'azienda con atto scritto ad integrazione del contratto individuale.

Gli incarichi sono conferibili a termine ed hanno una durata da tre a cinque anni con facoltà di rinnovo. L'assegnazione degli incarichi non modifica le modalità di cessazione del rapporto di lavoro per compimento del limite massimo di età pensionabile. In tali casi la durata dell'incarico viene correlata al raggiungimento del predetto limite.

Il conferimento dell'incarico dirigenziale deve essere formalmente definito con atto scritto individuale, debitamente sottoscritto tra le parti in conformità alle vigenti disposizioni di legge in materia di rapporto di diritto privato, e deve contenere i seguenti elementi:

- oggetto e tipologia dell'incarico,
- decorrenza e durata dell'incarico,
- obiettivi, metodi e tempi delle verifiche,
- trattamento economico.

Il dirigente è direttamente responsabile, in relazio-

ne agli obiettivi della struttura ed agli incarichi assegnati, dell'efficienza della gestione, mentre agli organi di direzione dell'azienda o ente competono la definizione degli obiettivi e dei programmi da attuare, compresa la verifica sulla rispondenza dei risultati della gestione amministrativa alle direttive generali impartite.

In fase di prima applicazione, detti incarichi

avranno la durata di tre anni.

Contemporaneamente all'impianto dirigenziale, è stato adeguato il resto dell'articolato, ovvero la sfera di applicazione, le norme e i documenti per l'assunzione, il periodo di prova, i doveri del personale medico, e le caratteristiche del rapporto di lavoro.

La discussione sull'art. 14 del ccnl in vigore. Su tale articolo è nato un forte dibattito con le controparti soprattutto relativamente alla possibilità di svolgere la Libera professione in regime extra moenia, che nella previsione dell'attuale testo è sottoposta a limiti che rendono difficile la sua esplicazione, e che le controparti vogliono mantenere subordinata ad una espressa verifica unilaterale (da parte dell'azienda) di incompatibilità e di presenza di un possibile conflitto di interesse.

Quanto sopra descritto è ciò che al momento è sul tavolo. La parte economica non è stata ancora trattata e sappiamo bene che sarà la parte più difficile della trattativa e che concluderà la stessa. Alla fine, tutto l'articolato dovrà necessariamente trovare una soddisfazione economica che vada a compensare la flessibilità inserita nel testo.

Vi terremo informati sullo stato di avanzamento dei lavori.

FORMAZIONE
A DISTANZA

GRATIS
per gli scritti
Cimop.
CONTATTACI!

LE NUOVE DISPOSIZIONE DI LEGGE SULLA RESPONSABILITA' MEDICA: COSA C'E' DA SAPERE

ABSTRACT



DESTINATARI
Medici chirurghi



TEMATICA
Manageriale



OBIETTIVO AGENAS
Management sanitario



CREDITI ECM
10,5



DURATA
7 ore



DISPONIBILITÀ
Fino al 20/06/2018



**RESPONSABILE
SCIENTIFICO**
Dr.ssa De Rango Carmela

Il Corso è stato organizzato da C.I.M.O.P. (Confederazione Italiana Medici Ospedalità Privata) 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».

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

CONTENUTI

- Modulo 1:** L'evoluzione del contesto socio-culturale e giuridico e i suoi riflessi
- Modulo 2:** La Legge Gelli e i principali obiettivi
- Modulo 3:** Le linee guida nella Legge 24 del 2017
- Modulo 4:** La responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria
- Modulo 5:** La responsabilità civile del medico che svolge la propria attività all'interno della struttura sanitaria o socio-sanitaria
- Modulo 6:** Turni e divisione del lavoro: aspetti problematici
- Modulo 7:** La responsabilità della struttura sanitaria
- Modulo 8:** L'azione di rivalsa o di responsabilità contabile amministrativa e le novità introdotte dalla Legge Gelli.
- Modulo 9:** Alcuni aspetti processuali
- Modulo 10:** Aspetti assicurativi
- Modulo 11:** La documentazione sanitaria

↘ **Tel. 06-5004063**
Fax. 06-5022190
Email: info@cimop.it
PEC: cimop@pec.it
...Vai su cimop.it!!

OBIETTIVO **ECM**

Numero Verde
800.928.200

info@obiettivoeem.it
www.obiettivoeem.it