

CIMO Informa

IL SINDACATO DEI MEDICI

**NUOVO LOGO,
NUOVA VESTE GRAFICA
STESSA COMPETENZA
STESSA ASSISTENZA**





IL SINDACATO DEI MEDICI



**IL SINDACATO DEI MEDICI PER I SOLI MEDICI CHE METTE
AL CENTRO IL TUO LAVORO E LA TUA PROFESSIONE**

CIMO NON FA SCONTI SU:

- tutela della professione medica e della libertà professionale
- il ruolo del medico quale unico responsabile della strategia diagnostica e terapeutica

Da sempre CIMO offre agli iscritti i propri servizi ad una quota associativa inferiore a quelle in saldo e che per i medici sotto i 38 anni si riduce ulteriormente a 15 euro mensili per 5 anni.



CONSULTACI

Rivolgiti a noi per consulenze gratuite su:

- aspetti legali
- aspetti assicurativi
- aspetti previdenziali
- interpretazioni contrattuali
- busta paga



TUTELATI

- Ti offriamo, ad un costo veramente concorrenziale, una polizza per colpa grave studiata per offrirti le massime garanzie con retroattività che copre il periodo di prescrizione (10 anni e non 5) e con una definizione sinistro che ti tutela dalle "trappole contrattuali" presenti in altre proposte.
- Non pentirti a cose fatte. Richiedi un parere qualificato dei nostri legali sulla tua polizza attualmente in corso o su quella che stai per sottoscrivere.



AGGIORNATI

- La società scientifica della CIMO ti garantisce accesso gratuito per sempre ai propri corsi e convegni.

Direttore Editoriale
Riccardo Cassi

Direttore Responsabile
Luciano Moretti

**Comitato di Redazione
è composto:**
Riccardo Cassi, Guido Quici,
Sergio Barbieri, Giuseppe Lavra,
Paolo Trovato, Luciano Moretti,
Giuseppe Ricciardi, Francesco Chiavilli

Coordinamento Editoriale
Daniela Robles

Segreteria di redazione
Mirella D'Ercole

**Realizzazione Editoriale
CIMO**
Via Nazionale, 172 - 00184 Roma

Redazione
Via Nazionale, 172 - 00184 Roma

Progetto grafico e impaginazione
Maria Dominga Cozzi

 Società Italiana
di Comunicazione
Scientifica
e Sanitaria

SICS S.r.l.
Via Boncompagni, 16 - 00187 Roma
email: info@sicseditore.it
Web: www.sicseditore.it

Stampa
Grafiche Migliorini S.r.l. - Melzo (MI)

Registrazione Tribunale di Roma
n° 253/2014 del 27.11.2014

Finito di stampare nel mese di Marzo

Copia omaggio

Il giornale viene inviato da CIMO
ai propri iscritti



SOMMARIO

EDITORIALE

4

Un nuovo logo, nuove strategie sindacali: al servizio della professione medica

Riccardo Cassi - Presidente CIMO

NUOVA PROPOSTA DI CARRIERA

7

La nuova proposta di carriera dalla logica gestionale alla logica professionale

Guido Quici
Vicepresidente Vicario CIMO

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

10

Lavorare per il Servizio Sanitario e dover pagare di tasca propria

Sergio Barbieri
Vicepresidente Nazionale CIMO

APPROFONDIMENTI

15

- **Nasce alleanza per la professione medica**
- **Proposte di APM sull'articolo 22 del Patto per la Salute**
- **APM dichiara inaccettabile il comma 566 della Legge di Stabilità**

FORMAZIONE

20

Attività Scuola Formazione Quadri "Alberto Clivati"

Dott. Francesco Chiavilli
Il Direttore Scuola "A. Clivati"



Un nuovo logo, nuove strategie sindacali: al servizio della professione medica

Riccardo Cassi
Presidente CIMO

Questo è il primo numero del nuovo periodico di CIMO che nasce in coerenza con la volontà di rendere più fruibile la comunicazione da parte degli iscritti. CIMO Informa infatti è un periodico online, stampato in un numero ridotto di copie, che viene inviato alle istituzioni, mentre gli iscritti possono accedervi dal sito dedicato, integrato con la newsletter. È parte integrante di un progetto teso ad ammodernare la funzione del sindacato, che nei prossimi mesi vedrà ulteriori sviluppi con una implementazione dei servizi offerti agli associati.

Il 2014 per CIMO è stato un anno importante nel quale si è potuto concretizzare il programma uscito dal 30° Congresso con la presentazione a maggio della proposta di una nuova carriera del medico dipendente, incentrata sulle competenze professionali, integrata con l'attuale carriera, aprendo una

stagione decisiva per riaffermare e ridefinire il loro ruolo a partire dallo stato giuridico, per tornare ad essere professionisti.

Nello stesso tempo sono cambiati nomi e logo. Si è infatti tolto l'ASMD perché contenente un riferimento al ruolo dirigenziale e si è recuperato il brand storico CIMO, che non è un acronimo, ed al quale si affianca "il sindacato dei medici" non per invadere campi altrui, ma per affermare la scelta di CIMO di rappresentare esclusivamente i medici, evitando di aggregarsi ad altre categorie sanitarie, per poter centrare la propria politica sindacale sulla peculiarità della professione nella tutela della salute dei cittadini. Scelta coerente con la richiesta di modifica di uno status dirigenziale che omologa tutti e fa perdere ai medici il diritto alla leadership che gli deriva da un percorso formativo di 11-12 anni.

Il nuovo logo ha perso la H di ospedale ed ha visto l'inserimento nella I del bastone di Esculapio, simbolo della professione medica, a rafforzare la caratterizzazione della mission.

Il 2014 nonostante il perdurare della crisi, è stato un anno importante per la sanità ed i medici che lavorano nel servizio sanitario pubblico. La firma del Patto per la Salute e la determinazione del FSN hanno dato un punto fermo ad una situazione di incertezza che durava da troppi anni; a questo vanno aggiunti l'aggiornamento

dei LEA ed il DM sugli standard ospedalieri che per la prima volta dà rilievo, accanto agli indicatori quantitativi, ad indicatori qualitativi sull'efficacia delle cure, svolta importante per arrivare ad una valutazione clinica e non solo gestionale dei professionisti, ma coerente con il PNE che l'AGENAS ha implementato.

È stata fonte di soddisfazione per CIMO constatare che il rapporto OCSE presentato a gennaio scorso indicava tra le azioni di intervento da attuare nella sanità italiana quelli sulla qualità e l'efficacia delle cure e sulla formazione e valutazione delle competenze dei medici.

Esistono ombre relative ai ritardi nell'applicazione delle previsioni del Patto ed ai tagli alle Regioni che, pur non riguardando direttamente la sanità, potranno avere ricadute anche sui fondi sanitari regionali essendo troppo facile per le giunte regionali andare ad incidere sui servizi invece che

sugli sprechi e sulle clientele che continuano ad alimentare corruzione e bruciare milioni di euro. Il percorso è indicato e se esiste la volontà comune, il Patto per la Salute potrà essere attuato, compresa la spinta innovatrice prevista dall'art. 22 che sta incontrando ostacoli proprio da parte di chi teme il cambiamento e non vuole rinunciare a situazioni di privilegio.

È vero che i contratti saranno fermi ancora per un anno, ma almeno non ci sono più il blocco delle progressioni economiche ed il tetto ai trattamenti individuali, ma soprattutto si sono create le condizioni perché il prossimo contratto possa restituire valore alla professione medica e ricreare una carriera che la riforma dirigenziale degli anni '90 ha distrutto, appiattendolo tutti su un unico livello.

Se si riuscirà a cambiare, i medici non rimpiangeranno un contratto che alle regole attuali non porta soldi ma solo norme ulteriormente

penalizzanti; si potrà, infatti, avere un contratto che norma il lavoro del medico negli ospedali e nelle strutture territoriali e non il trasferimento di un contratto costruito su una dirigenza gestionale-amministrativa.

La delega Madia ha infatti escluso i Medici dal ruolo unico della dirigenza regionale modificando quanto previsto dalla riforma di Brunetta. È stata una grande vittoria di CIMO, ottenuta dopo una campagna di due anni tesa a dimostrare che i medici non possono essere omologati in una dirigenza indistinta che ha trovato ascolto in particolare nel ministro Lorenzin.

Adesso però occorre completare l'opera con la ridefinizione del ruolo giuridico del medico modificando l'art. 15 della 229 che è la causa della perdita di identità e di reale progressione economica. Lo strumento base esiste: se l'art. 22 del Patto della Salute sarà opportunamente integrato con la riforma Madia si potrà arrivare ad una modifica dello stato giuridico, che consenta al medico di tornare ad essere un professionista remunerato e valutato per le sue capacità professionali, non escludendo il possesso di competenze organizzative e formative per concretizzare il governo clinico. La questione non è più rinviabile pena il collasso del sistema. La sanità di oggi non è più quella di 10-20 anni fa, l'esplosione della tecnologia, nuove terapie e modelli di trattamento delle malattie rendono pericolosi prima che antieconomici molti piccoli ospedali ancora attivi sul territorio nazionale.

È esplosa, favorita dall'assenza di interventi normativi che dessero attuazione alla L. 42/99, la questione delle 22 professioni sanitarie che rischia di provocare fratture tra chi invece collabora



al raggiungimento degli stessi obiettivi di salute, con fughe in avanti quali l'approvazione con la legge di stabilità del comma 566, che crea una artificiosa separazione tra attività assistenziale ed attività diagnostica terapeutica, trascurando il fatto che la prevenzione, la diagnosi, la cura e la terapia sono per loro natura attività non riconducibili ad un unico singolo atto e che è in capo al medico la responsabilità di tutte le decisioni relative alla salute del paziente.

Occorre quindi un approccio diverso ai problemi, il vecchio sindacalismo, infatti, ha continuato a proporre vecchi modelli di lavoro e a difendere uno stato giuridico rivelatosi fallimentare, che ha aumentato il disagio e la demotivazione di chi è strutturato e non è stato in grado di dare risposte concrete alle nuove generazioni, consentendo l'incremento di un

preariato non più sostenibile. L'attacco alla professione medica richiede un intervento non settoriale, ma comune. Per questo è nata ALLEANZA per la PROFESSIONE MEDICA (APM), un'aggregazione di sindacati rappresentanti di tutti i settori del lavoro medico, nella quale ad oggi si sono ritrovate AAROI, ANDI, CIMO, CIMOP, FESMED, FIMMG, FIMP, SBV e SUMAI. APM non è un'aggregazione chiusa, ma aperta a tutti coloro che credono nella peculiarità della nostra professione e nei principi del manifesto programmatico presentato il 16 ottobre 2014 a Roma. In conclusione, rispetto ad un anno fa, esistono le condizioni per una rinascita della professione, sono in discussione provvedimenti che potrebbero rivalutare il medico, consentendo in particolare a quello pubblico condizioni e modalità di lavoro peculiari. Adesso dipende da tutti noi.



La spending review ha profondamente cambiato, negli ultimi anni, lo scenario di politica sanitaria e sindacale in quanto la progressiva riduzione delle risorse finanziarie e i dubbi sulla effettiva sostenibilità dei servizi pubblici, hanno reso necessaria una rivisitazione dell'intero sistema Italia ad iniziare dalla imminente riforma della P.A., che interessa anche tutta la dipendenza sanitaria pubblica, ai nuovi standard ospedalieri, espressi sia in termini quantitativi che di esiti di salute, fino alle linee programmatiche contenute nel Patto per la Salute con particolare riferimento alla valorizzazione delle risorse umane.

Una spending review da cui occorre, tuttavia, saper individuare quelle opportunità che, in sanità, potrebbero favorire il rilancio del nostro SSN e della nostra professione. Di questo CIMO ne è profondamente consapevole e, senza "piangersi addosso", ha inteso rilanciare le proprie idee assumendo un ruolo di protagonista del "cambiamento" ed offrendo il proprio contributo di idee e progettualità nell'ottica di valorizzare, in campo sanitario, quegli aspetti qualitativi e professionali che sono, oggi, ostaggio di pure logiche economiche e gestionali.

In particolare, sulla questione medica, CIMO avverte il disagio di una professione che sembra aver perso la propria identità perchè

logorata da un dualismo che dura da troppo tempo e che vede confluire, da un lato, i doveri professionali e deontologici, che richiedono una forte autonomia sia tecnica che professionale, e, dall'altro, i doveri di un dirigente pubblico improntati, non su questioni tecniche ma su aspetti prevalentemente economici e gestionali. Ma proprio in epoca di spending review, emergono questi conflitti soprattutto nelle strutture ospedaliere dove la sicurezza delle cure dipende fortemente dalle risorse disponibili e dai processi organizzativi.

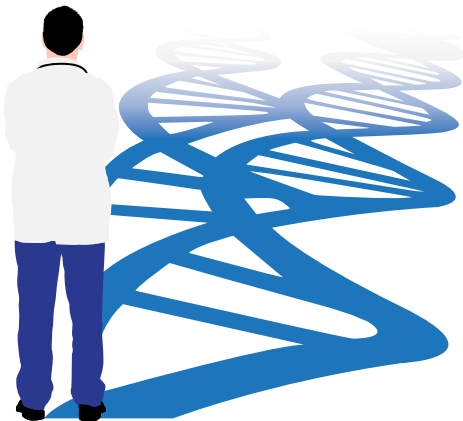
La forte connotazione gestionale, voluta dalla 502/92 e 29/93, ha progressivamente ridimensionato la sfera professionale del medico, troppo preso dal nuovo ruolo di dirigente pubblico. Ma, nel frattempo, sono falliti i principi della riforma della P.A., in tema di separazione tra organo politico ed organo dirigenziale e la

La nuova proposta di carriera dalla logica gestionale alla logica professionale

GUIDO QUICI
*Vice Presidente Vicario
CIMO*

**NUOVA PROPOSTA
DI CARRIERA**

MEDICO
UNA PROFESSIONE
IN CERCA D'AUTORE



privatizzazione del rapporto di lavoro ha introdotto quel concetto di "relazione fiduciaria tra politica ed alta burocrazia" che trova, oggi, riscontro nella richiesta, da parte della Conferenza delle Regioni, di voler "fidelizzare delle figure apicali".

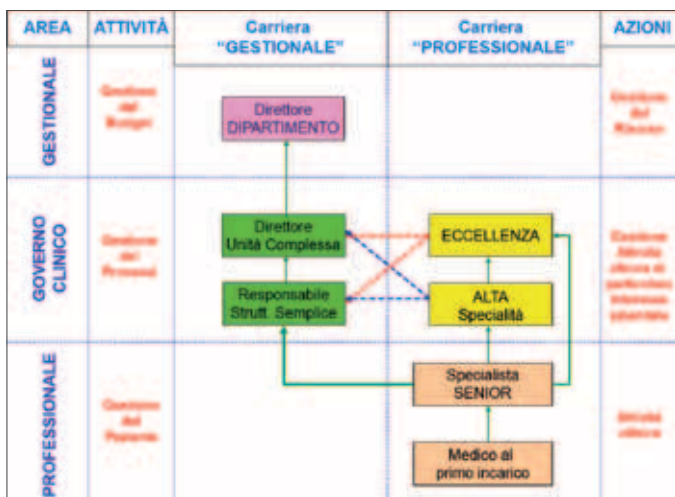
Ed, allora, un direttore medico deve essere "fidelizzato" o scelto in base alle reali capacità professionali? Magari con possibilità di essere revocato anche in presenza di una valutazione positiva (Riforma Brunetta). Appare, quindi, chiaro che queste regole appartengono ai dipendenti pubblici di altri settori ma non possono e non devono interessare coloro che devono garantire la salute dei cittadini.

Questo è il motivo per il quale si avverte la necessità di passare da una logica gestionale ad una logica professionale attraverso l'implementazione di processi professionali finalizzati al raggiungimento di standard clinico assistenziali. Occorre, tuttavia, chiarire che il medico è pur sempre un dirigente ma è un dirigente atipico per cui è necessario recuperare la centralità del proprio ruolo andando oltre la dirigenza. Ma per raggiungere questo obiettivo occorre partire dall'atto medico e da un nuovo stato giuridico chiarendo, contestualmente, la differenza tra chi dirige e chi gestisce. In sintesi dirigere vuol dire "avere

poteri decisionali sull'utilizzo delle risorse umane, strumentali, finanziarie e strutturali ai fini del raggiungimento degli obiettivi prefissati dall'organo di governo"; gestire è, invece, "saper mettere in atto metodi e procedure per raggiungere gli obiettivi prefissati".

In sanità, il significato di medico dirigente si concretizza quale responsabile unico della strategia diagnostica, e/o terapeutica, e/o riabilitativa e, conseguentemente, della scelta del miglior percorso clinico a favore del paziente"; concetto, questo, che potrebbe rappresentare il vero "spartiacque" tra la professione medica e le competenze avanzate.

Per tali motivazioni occorre, pertanto, superare l'appiattimento della carriera medica sfociato, di recente, verso una involuzione degli incarichi per effetto della drastica riduzione delle unità complesse e semplici. CIMO è convinta che occorre creare una nuova carriera che offra maggiori aspettative a chi lavora nel SSN. Attraverso una carriera cosiddetta "gestionale" si intende affidare, al solo direttore di dipartimento, la gestione manageriale ed economica della struttura e al direttore di unità complessa e/o di struttura semplice la gestione del governo clinico e dei processi clinico assistenziali ad esso correlati. Viceversa, attraverso una carriera "professionale" si



intende garantire la possibilità di raggiungere livelli di alta specialità e/o di eccellenza la cui autonomia ed il cui riconoscimento salariale potrebbe essere equiparato anche a quella di un direttore e/o responsabile di struttura. Naturalmente non si tratta di separare nettamente i due percorsi ma di offrire, ai medici dipendenti, maggiori opportunità professionali. Naturalmente entrambe i percorsi dovranno prevedere un ingresso unico nel SSN, magari anche per area funzionale ma con possibilità di completare la formazione sul campo presso le strutture sanitarie del SSN. La successiva evoluzione della carriera del medico consisterà nel passaggio alla fascia superiore (Specialista Senior) con completa autonomia clinica e attività di consulenza, tutoraggio, ispezione, verifica, didattica, ecc.

Le due successive tabelle sintetizzano, schematicamente, la proposta di nuova progressione di carriera ed il ruolo che ciascun dirigente medico potrà assumere. Riuscire a "certificare" le competenze professionali (vedi casistica individuale, complessità dei casi trattati, capacità di implementare metodiche diagnostiche e terapeutiche complesse, ecc.) diventa una opportunità per il medico perché riduce notevolmente gli spazi discrezionali da parte di chi dovrà affidare o

revocare un incarico gestionale o professionale.

Naturalmente anche la valutazione del medico che dovrà essere basata sulle proprie capacità professionali e questo significa ridimensionare, finalmente, quei sistemi di valutazione di esclusivo ordine economico e manageriale che sono in netto contrasto con l'autonomia del professionista e con i doveri deontologici.

Per ovi motivi permangono, in capo al direttore del dipartimento, la valutazione circa il raggiungimento degli obiettivi di budget in termini di efficienza, efficacia ed economicità della struttura.

In conclusione occorre implementare un sistema di carriera "dinamico" che preveda una progressione verticale, legata alla valorizzazione del percorso professionale, ma anche una progressione orizzontale derivante dal raggiungimento periodico degli obiettivi assegnati. In modo corresponsabile è necessario prevedere anche una possibile perdita dell'incarico nel caso di una doppia valutazione negativa o per effetto dell'adozione di procedimenti disciplinari.

La proposta CIMO rappresenta una base di confronto aperto che, tuttavia, non può prescindere da due aspetti: il recupero dell'autonomia del professionista e la volontà di creare, davvero, una carriera professionale.

INCARICO	GESTIONAL	GOVERNANCE	PROFESSIONAL
DIRETTORE DIPARTIM.	Rispetto obiettivi di budget (efficienza, efficacia, economicità) Efficienza ed efficacia organizzazione del lavoro		
DIRETTORE UOC	Rispetto obiettivi di Governo Clinico Gestione delle risorse assegnate Efficienza clinica ed efficacia delle cure		
RESPONS. STR. SEMPL.	Attuazione formazione del personale Implementazione prevenzione rischio clinico Valutazione HTA		
ECCELLENZA	Valutazione della complessità dei casi trattati Utilizzo procedure e tecnologie sanitarie innovative Complessità dei casi trattati, tasso di mobilità attiva, ecc.		
ALTA SPECIALITÀ	Valutazione complessiva dei casi trattati Utilizzo di metodiche e procedure di elevata specialità Valutazione complessiva dell'attività specialistica		
SPECIALISTA SENIOR	Casistica clinica e/o chirurgica Indicatori di outcome Attività di formazione sul campo		
SPECIALISTA JUNIOR	Attuazione linee guida e protocolli diagnostico - terapeutici		



Lavorare per il Servizio Sanitario e dover pagare di tasca propria

Sergio Barbieri

Vicepresidente nazionale CIMO

Comincerei col delineare tre o quattro concetti fondamentali che secondo me dovrebbero guidare la discussione. Uno dei più famosi filosofi del 20esimo secolo ha esplicitato chiaramente che in una società civile dovrebbe esistere un servizio sanitario nazionale che eroga le prestazioni per tutti. Questo è un punto fondamentale da cui discendono poi tutti gli altri.

La seconda considerazione che vorrei fare è che tutti diventiamo pazienti, inevitabilmente, mentre non tutti siamo medici, quindi, io che sono medico, metterei al primo posto di qualsiasi tipo di considerazione, proprio il paziente.

Il paziente è il soggetto che, nonostante internet e la diffusione dei mezzi di comunicazione odierni, mantiene un'asimmetria informativa, ne sa meno del medico e quindi giustamente dovrebbe essere maggiormente

tutelato, ad esempio da un vero consenso informato. Tommaso Moro nel libro *Utopia* diceva che la società ideale è una società che non ha bisogno di avvocati perché le leggi dovrebbero essere scritte in modo tale che quando uno le legge capisce cosa c'è scritto. Nel caso della legge Balduzzi, io non ho capito molto. A Milano abbiamo fatto un incontro in cui è venuto il dottor Giordano, che è un magistrato di Milano, che aveva fatto ricorso verso la Balduzzi perché equiparava l'omicidio colposo compiuto dal medico ad un incidente stradale... ma il medico ovviamente non parte con l'intenzione o la previsione di provocare un danno, contrariamente a chi va, dopo aver bevuto, in autostrada a 180 all'ora, mettendo a rischio la sua vita e quella di altri.

Oggi c'è questo sistema di esprimersi in inglese *name, blame, shame*, vuol dire addita, incolpa, umilia. Una situazione in cui, soprattutto a causa della pubblicità, com'è stato detto prima, il medico si trova al centro di frangenti che non riesce nemmeno molto a capire, viene approcciato con una logica di conflittualità, manca una terzietà per il danneggiato e il danneggiante, manca soprattutto la possibilità di raccogliere delle informazioni atte a migliorare la sicurezza. Le attività di risk management negli ospedali secondo me sono molto deficitarie e per migliorare la sicurezza

dovrebbero essere autodenunciati tutti gli eventi che potenzialmente avrebbero potuto provocare un danno al paziente e poi, dopo che uno si autodenuncia, in sede penale viene incolpato il medico. Voi capite bene che mai nessuno si autodenuncerà!

Di questo passo non si farà mai un progresso verso un miglioramento organizzativo che potrebbe portare effettivamente un beneficio al paziente.

La medicina non si verifica quando si applica alla clinica una scienza, sono le scienze di base che sono fondamento della medicina, la chimica, la biochimica, la fisiologia, la fisica ecc. La medicina non è una scienza in senso stretto perché si trova a che fare con un oggetto che è portatore di un'individualità, portatore di valori, quindi l'intervento del medico va contestualizzato, non può essere astratto dal contesto. Ci sono poi le crisi per il professionista perché ci sono alcune specialità come il lavoro in emergenza, urgenza che è particolarmente stressante. Poi ci sono i problemi legati al lavoro in team, ci sono le responsabilità organizzative che sono sempre meno in capo al singolo medico e sempre più di competenza di chi dirige la struttura: il paradigma contrattualistico è anacronistico rispetto alla pratica della moderna medicina così come la conosciamo, noi per lo meno negli ospedali del servizio pubblico. La mancanza di una leadership in ambito della sicurezza delle cure è un punto estremamente importante, non so nemmeno io come possa il magistrato fare valutazioni realistiche quando si arriva al processo tenendo conto che il processo e le perizie avvengono in una situazione completamente diversa dal momento in cui viene invece svolto l'atto medico pratico, che può risentire di condizioni di grande stress e di stanchezza, può succedere di notte, magari al

pronto soccorso, con gente che urla. È molto più comodo sedersi a un tavolino facendo il perito di parte o il perito di ctu e guardare le carte, c'è una differenza enorme tra queste due condizioni che non andrebbero scotomizzate.

Quindi che fare? In questo anno e mezzo ho guardato la letteratura internazionale, ho visto un po' quello che fanno negli altri paesi e sono arrivato a questa conclusione: ci dovrebbe essere una compagnia assicurativa di tipo mutualistico, pubblica, di proprietà della regione, dello stato, o di una rete di ospedali, che dovrebbe avere una massa di popolazione critica calcolata intorno ai 5 milioni: quindi in molte delle



RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

regioni italiane non ci sarebbe una sufficiente distribuzione del rischio su un numero abbastanza elevato di strutture. Bisognerebbe porre un tempo delle richieste di risarcimento come hanno fatto in Danimarca e in Svezia e questo chiaramente contribuirebbe a ridurre i premi assicurativi che eventualmente l'ospedale o lo stato contrarrebbe con le assicurazioni per i grandi rischi. Bisogna ridurre i termini di prescrizione perché molti problemi delle compagnie assicurative derivano dal fatto che con un termine di prescrizione di 10 anni una gran quantità di denaro deve essere messa in riserva anche se non sai poi se effettivamente dovrà essere erogato o no; in Germania è 3 anni, negli Stati Uniti è 3 anni. Da noi è 10 anni o al massimo 5 (qualora si considerasse extracontrattuale la colpa) però è sempre un numero di anni elevato.

Occorre promuovere la prevenzione del rischio. Vi presento alcuni dati che ho tirato fuori da una commissione parlamentare di inchiesta, non da assicurazioni o da privati che hanno interessi in gioco. Le richieste di risarcimento sono lievemente calate nel 2011 rispetto al 2006, anche gli importi pagati

stanno calando, ma quello che sta aumentando sono gli importi messi a riserva. I risarcimenti sono diminuiti del 75%, ma le riserve sono aumentate del 195%, cioè di tantissimo. I premi versati dalle assicurazioni nel 2011 sono stati 354 milioni. La stima del costo della medicina difensiva varia dai 10 miliardi che vi ho riportato qui ai 14 miliardi delle ultime statistiche, cioè vuol dire che una percentuale dal 9 al 12% della spesa sanitaria globale, si stima venga utilizzata per la medicina difensiva. La crisi nel mercato assicurativo è dovuta anche a queste riserve che devono essere mantenute per molti anni: c'è stata una volatilità di mercati molto elevata e questi soldi che le imprese assicurative dovevano gestire non rendevano più come in precedenza, anzi rappresentavano un danno economico ma ci sono delle strategie generali che le compagnie possono adottare, entrando e uscendo da determinati rischi. Il problema della variabilità di interpretazione del danno e del nesso causale a livello giurisprudenziale è di difficile risoluzione. Stupisce che uno stesso caso, posto di fronte a due magistrati diversi, possa dare due esiti completamente diversi, lo vediamo anche nei processi di primo e secondo grado. E poi c'è un lungo intervallo tra la cosiddetta percezione del danno e l'inizio dell'azione risarcitoria. Perché io dico che l'assicurazione non dovrebbero farla i singoli medici, ma dovrebbero farla le strutture? Perché chiaramente le regioni, o le macroregioni, sono un soggetto che è interessato a migliorare il servizio erogato, perché deve adempiere degli obblighi costituzionali e nello stesso tempo deve tutelare il diritto alla salute e deve anche contenere i costi, cioè deve allocare le risorse nel miglior modo possibile. Se vengono spesi 10-14 miliardi



sulla medicina difensiva questa non è una buona locazione delle risorse, è uno spreco. Attualmente ci sono dei conflitti di interesse. Per esempio in molte aziende ospedaliere esiste una franchigia: fino a 150/200 mila euro l'azienda sanitaria paga comunque anche se assicurata, quindi è tutto interesse dell'assicuratore far rientrare il danno in quella categoria per non dover erogare il denaro direttamente. Se la torta del risarcimento non viene ripartita secondo logiche di efficienze e di giustizia, gli attori saranno sempre coinvolti in una logica antagonistica cioè il medico contro il paziente, il paziente contro la struttura, il danneggiato contro l'assicuratore e così via. Tutti questi problemi sarebbero superati da un sistema *no blame*, che non mi sono inventato io. Il *no blame* è adottato anche in altri paesi europei avanzati, Francia, Paesi Bassi, Svezia, Finlandia, Galles. Per esempio nei paesi scandinavi il costo amministrativo per la gestione delle richieste di risarcimento è di 705 euro, da noi è di 15.000 euro per ogni parte coinvolta, perché noi ci rivolgiamo costantemente alla giustizia. Nel sistema *no blame*, invece, i pazienti non sono costretti in prima battuta ad andare in tribunale, devono cercare un accordo extragiudiziale. Il paziente non deve assumere legali, si creano dei panel a livello regionale o macroregionale anche nelle aziende. Il paziente può venire accompagnato se vuole da un avvocato, ma non è obbligatorio farlo e in base a questo si capitalizzano le informazioni raccolte per migliorare la sicurezza. Teniamo conto che, secondo i dati che abbiamo visto prima, il 98% delle denunce finisce poi nell'assoluzione del medico ma il processo comporta costi notevoli e grande stress a chi è sottoposto a questo tipo di procedimento.

Se il nostro interesse principale è quello di far sì che il paziente abbia un risarcimento in tempi ragionevoli, che il medico possa operare in condizioni di maggior serenità e che ci sia anche un risparmio per le finanze pubbliche, direi che questo sistema del *no blame* adottato in quei paesi funziona. Io, paziente, mi rivolgo all'ente pubblico e l'ente pubblico dovrà risarcirmi e il medico così non stipula l'assicurazione. Allora qualcuno dirà: "Ma se il medico commette un errore, quando paga?" Paga con altri mezzi: può essere sospeso dal lavoro per un periodo di tempo più o meno lungo o arrivare fino alla radiazione dall'albo, per casi particolarmente eclatanti, ma almeno così non vive con l'ansia di perdere il proprio patrimonio personale e di far spendere quindi 10 miliardi allo stato perché chiede tac e risonanze inutili. Le cifre sono queste qui: noi abbiamo 10 milioni di ricoveri ogni anno in Italia, 1 miliardo di prestazioni specialistiche e solamente 12.000 sinistri denunciati, che non vuol dire poi danni pagati. Circa un terzo dei sinistri viene poi risarcito, però abbiamo 1 miliardo di premi pagati, sommando quello che pagano gli enti pubblici e quello che pagano i professionisti.

Ed ecco un dato che ho tratto dall'Agenas, l'agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, che ha come campione il caso dell'Emilia Romagna ma può essere esteso anche al resto di Italia: la media delle liquidazioni, in 3 anni, è stata sotto i 50.000 euro, una sola era sopra un milione e 4 sopra i 500.000. Allora voi capite che se anche 6000 di questi sinistri chiedessero un risarcimento di 50.000 euro noi avremmo 300 milioni di euro di esborso totale, praticamente meno di quello che già paghiamo per assicurarci. Per di più se voi vedete quanti

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

sono i giorni per l'apertura del sinistro, sotto i 3 anni, non si capisce perchè prolungare fino a 10 anni la prescrizione facendo così saltare quei parametri che le società assicuratrici devono rispettare per calcolare il premio, non essendo enti benefici ma dovendo rispondere agli azionisti. lo proporrei ai pazienti un patto: bisogna rendersi conto che il servizio sanitario universale è molto costoso e quindi questo patto tra cittadini deve comprendere qualche forma di mutuaione del rischio. Non posso affidarmi alla struttura pubblica che mi eroga un servizio (per esempio mi faccio trapiantare il fegato), costo 600.000 euro alla comunità, e poi se qualcosa va storto chiedo 2 milioni di euro di risarcimento. Qualcosa spesso va male non per colpa del medico ma per la complicità intrinseca ad ogni atto medico. Infatti in

Francia hanno creato un fondo, e io vorrei che fosse creato anche in Italia, destinato alla cosiddetta alea terapeutica.

Anche in presenza di buone pratiche mediche e di un approccio diagnostico e terapeutico fatto a regola dell'arte, ci possono essere delle situazioni di rischio, un rischio insito in qualsiasi procedura chirurgica, ineliminabile.

Quella non è una colpa del medico, quella si chiama alea terapeutica, cioè un rischio che tu ti prendi quando vai a farti fare un determinato tipo di trattamento, l'importante è che tu ne sia conscio perché ti è stata data un'informazione appropriata dal medico prima, ma una volta che lo sai, che sai che l'intervento di protesi anche nel 2% dei casi ti può dare una lesione parziale dello sciatico, non mi vai poi a chiedere un milione di euro di risarcimento.



A Roma il 16 ottobre 2014 nasce alleanza per la professione medica



In questo difficile momento per il nostro Paese, e per il Servizio Sanitario in particolare, le organizzazioni che aderiscono ad ALLEANZA PER LA PROFESSIONE MEDICA avvertono il disagio diffuso fra tutti i medici, la cui gravità è tale da mettere a rischio il corretto svolgimento della loro attività professionale e la loro stessa serenità. Non volendo affrontare passivamente tale disagio, intendiamo avanzare proposte concrete e utili per il suo superamento, al fine di prevenire le possibili ricadute negative, sulla qualità delle cure percepita dagli assistiti, sulla qualità di vita del medico e sui costi aggiunti che indirettamente si vengono a determinare a carico del Servizio Sanitario. I profondi cambiamenti intervenuti in questi anni nella sanità italiana, in termini di formazione universitaria, di organizzazione aziendale e di rapporti fra le professioni, hanno fortemente contribuito a rendere meno chiaro il ruolo del medico, agli occhi del management e degli assistiti, favorendo in alcune aree del paese delle errate interpretazioni dei ruoli e delle competenze. L'importanza crescente che ha assunto il contributo di altri professionisti della salute nei processi assistenziali più complessi, che richiedono l'integrazione di competenze diverse all'interno di una équipe, non è stata supportata dalla necessaria chiarezza sui ruoli che ciascun professionista è chiamato a svolgere e

sull'identificazione delle rispettive competenze e responsabilità.

Le legittime istanze di risarcimento avanzate dagli assistiti che hanno subito un danno, attivo o omissivo, quando vengono amplificate da irresponsabili speculazioni, esercitano un effetto stressante sul medico e sulla sua attività professionale e lo inducono a seguire dei percorsi diagnostico terapeutici più lunghi e costosi al fine di evitare umilianti e dispendiosi procedimenti civili e penali. È evidente l'inadeguatezza dei percorsi formativi che, dopo la laurea e gli anni della specializzazione licenziano il medico con una preparazione incompiuta, che dovrà trovare completamento sul campo, dove sarà obbligato a pagare onerose polizze assicurative, già prima di poter esercitare la professione in maniera remunerata. Il sistema contrattuale, sia del dipendente che del convenzionato, è diventato insoddisfacente dal punto di vista del trattamento economico e del riconoscimento professionale.

All'assenza di stimoli di carriera, si aggiunge, infatti, la mancanza di adeguati incentivi economici e professionali. Di converso, per attività libero professionali si assiste ad un continuo incremento dei costi di gestione. A fronte di tutto questo il medico si trova nella condizione di dover onorare contemporaneamente due contratti, quello con l'assistito e quello con la struttura sanitaria,

APPROFONDIMENTI

in un contesto giurisprudenziale e deontologico che privilegia il primo ed uno amministrativo gestionale che privilegia il secondo. Ciò sinteticamente premesso, ALLEANZA PER LA PROFESSIONE MEDICA si pone come soggetto che elabora, promuove e sostiene unitariamente ogni possibile soluzione al disagio della professione medica, nella interlocuzione con le Istituzioni e con gli altri soggetti del sistema sanitario, in sinergia con gli Ordini professionali, rappresentativi di tutto il mondo medico e odontoiatrico, ai quali chiediamo di farsi parte attiva in questo percorso.

In particolare proponiamo:

1. di promuovere e difendere nel profilo giuridico di appartenenza (dipendente o convenzionato) l'indispensabile autonomia decisionale del medico, che deve sostanziarsi anche nella possibilità di partecipare concretamente al governo del contesto organizzativo in cui esercita la propria attività professionale;
2. di sostenere la necessità che il medico, comunque responsabile della strategia diagnostica, terapeutica e riabilitativa del

paziente, sia in possesso degli strumenti normativi per verificare e vincolare tutti i professionisti che intervengono nel processo assistenziale di cui è responsabile, anche negoziando i livelli di autonomia e responsabilità degli stessi;

3. di promuovere una diversa progressione professionale e di carriera nel corso della vita lavorativa che esalti la sfera professionale, anche attraverso una valutazione/certificazione periodica delle abilità professionali individuali, perseguendo una valorizzazione fondata su indicatori di appropriatezza, processo e risultato, in una logica meritocratica;
4. di promuovere una diversa definizione della responsabilità professionale e la sostituzione in campo sanitario del diritto al risarcimento con quello di indennizzo (salvo che per colpa grave o dolo), perché non si può paragonare il danno colposo da incidente sul lavoro o da incidente stradale con quello che deriva da un trattamento diagnostico o terapeutico. Nell'ambito di ciò si rivendica anche la definizione di specifiche tabelle di indennizzo;
5. di rivendicare una corretta programmazione delle attività formative universitarie, sia per quanto riguarda i tempi e le modalità di accesso al corso di laurea, alle specialità universitarie e al corso di formazione in medicina generale, sia per quanto riguarda i contenuti e i luoghi di formazione specialistica, propedeutico per la successiva immissione nel mondo del lavoro;
6. di recuperare l'autonomia e la centralità del proprio ruolo, all'interno del SSN, attraverso un'area di contrattazione specifica per il medico dipendente.

ASSOCIAZIONE	RAPPRESENTANTE
AAROI-EMAC	Alessandro Vergallo
ANDI	Gianfranco Prada
CIMO	Riccardo Cassi
CIMOP	Fausto Campanozzi
FESMED	Carmine Gigli
FIMMG	Giacomo Milillo
FIMP	Giampietro Chiamenti
SUMAI	Roberto Lala
SBV	Salvo Gibiino

7. di salvaguardare la libera professione medica ed odontoiatrica dalla sempre

più incombente pressione burocratica e fiscale.

Proposte di APM sull'articolo 22 del Patto per la Salute



Al fine di garantire la nuova organizzazione dei servizi sanitari regionali, con particolare riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera, ai servizi territoriali e le relative forme di integrazione, alla promozione della salute e alla presa in carico della cronicità e delle non autosufficienze, anche mediante la valorizzazione delle risorse professionali ed umane del Servizio Sanitario Nazionale, nonché del sistema sanitario nazionale nel suo complesso, il Governo, su proposta del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della funzione pubblica ed il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è delegato ad emanare, entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi con l'osservanza dei seguenti principi e criteri direttivi:

A. Prevedere l'istituzione, presso il Ministero della Salute, di una categoria speciale comprendente l'attuale dirigenza medica e sanitaria non medica del Servizio sanitario nazionale, disciplinata in ruoli distinti, razionalizzando e integrando la disciplina già dettata in materia

dall'ordinamento con quanto previsto dal presente disegno di legge delega, che per quanto riguarda il medico tenga conto delle peculiarità sue proprie in materia di responsabilità clinica nella diagnosi e cura, nonché di quella decisionale nei percorsi assistenziali, diagnostici e terapeutici.

B. Disciplinare la formazione del personale medico, odontoiatra, veterinario, farmacista, biologo, psicologo, fisico e chimico, prevedendo:

1. l'individuazione preliminare del fabbisogno complessivo specialistico e di medicina generale;
2. la definizione del grado di copertura della formazione specialistica garantito dall'Università e la parte di necessaria integrazione a carico del Fondo del SSN;
3. l'assunzione con un contratto di formazione a tempo determinato della durata del corso di specializzazione, per i medici che si specializzano nell'ambito di un'azienda che faccia parte della rete formativa regionale;
4. l'apposita disciplina concorsuale per l'ammissione ai corsi di formazione specialistica e specifica in medicina generale.

APM

RIFORMULA L'ARTICOLO 22 DEL PATTO DELLA SALUTE LA PROPOSTA PRESENTATA AL MINISTRO LORENZIN

Alleanza per la Professione Medica dopo l'incontro col Ministro della Salute del 18 novembre scorso, ha lavorato ad una riformulazione dell'art. 22 del Patto della Salute. La proposta di APM pone l'accento sulla riclassificazione del personale del SSN, la formazione e la valorizzazione del Medico dipendente.

"Come richiesto dal Ministro Lorenzin, abbiamo dato il nostro contributo – spiega **Riccardo Cassi portavoce di APM** – La nostra è una proposta aperta e siamo disponibili ad un confronto costruttivo. Siamo convinti, inoltre, che riportare come riferimento del personale del SSN il Ministero della Salute, rivedere la formazione e l'accesso sulla base delle reali esigenze delle strutture sanitarie e impostare la carriera del Medico nel riconoscimento della pari dignità tra competenze gestionali e professionali, sarà inevitabile per pensare seriamente al futuro del servizio sanitario nazionale".

APPROFONDIMENTI

- C.** Ridefinire, di conseguenza, gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea e delle scuole di specializzazione di area sanitaria.
- D.** Prevedere che:
1. la valutazione finale del medico in formazione specialistica resta di competenza della scuola di specializzazione, tenendo conto delle valutazioni formulate nelle strutture ove ha avuto luogo la formazione pratica;
 2. l'inserimento dei medici in formazione specialistica nelle aziende del Servizio sanitario nazionale comporta, distintamente per ogni disciplina specialistica, la graduale assunzione, fino alla completa autonomia, nell'ultimo anno del corso, delle responsabilità assistenziali, secondo gli obiettivi definiti dall'ordinamento didattico del relativo corso di specializzazione e le peculiarità cliniche di ciascuna disciplina; protocolli d'intesa tra Regione ed Università che disciplinano le modalità di frequenza del corso, lo svolgimento presso la sede universitaria per la parte teorica e presso l'Università stessa od un'azienda che faccia parte della rete formativa regionale di cui all'articolo 35 e ss. del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e s.m., o presso aziende facenti parte della suddetta rete formativa presenti nella stessa Regione anche nell'ambito degli studi della Pediatria di libera scelta, per la parte pratica;
 3. le nuove disposizioni si applicano anche ai medici in formazione alla data di entrata in vigore del decreto delegato, con le modalità ivi definite.
- E.** L'adeguamento della disciplina della formazione specifica in medicina generale, prevista dal D.Lgs 368/1999 e s.m.i., ai principi dell'art. 1 del D.Lgs 158/2012 convertito con m.e i. dalla legge 189/2012 relativamente in particolare all'individuazione, nell'ambito del riordino della assistenza territoriale, di una rete formativa territoriale per la Medicina Generale e allo svolgimento in essa delle attività professionalizzanti del medico di medicina generale in formazione, così come previsto dall'art. 1 comma 5 della suddetta Legge, prevedendo la definizione dei contenuti organizzativi ed economici nell'ACN della Medicina Generale;
- F.** Disciplinare per i medici dipendenti del SSN:
1. con riferimento allo sviluppo della carriera e la graduazione delle funzioni professionali e gestionali:
 - a) la valorizzazione della peculiarità del lavoro medico all'interno del SSN attraverso il riconoscimento della pari dignità dei ruoli che fanno riferimento alla competenza professionale rispetto ai ruoli gestionali;
 - b) caratterizzazione della direzione di struttura in senso di Governo clinico della struttura stessa con responsabilità di organizzazione delle risorse (umane e strumentali assegnate) mirate all'efficienza clinica ed all'efficacia delle cure;
 - c) responsabilità nella formazione del personale e nell'implementazione di linee guida, protocolli e procedure;
 2. con riferimento ai criteri e le modalità di valutazione dei professionisti:

- a) rilievo dei suoi esiti per la progressione economica e di carriera;
- b) valutazione dei responsabili di struttura sulla base di una verifica annuale sul raggiungimento degli obiettivi di Clinical Governance e di una verifica alla scadenza dell'incarico sull'attività professionale individuale e complessiva dell'equipe, con riferimento a standard nazionali (PNE) e regionali;
- c) valutazione degli altri medici su: performance predisposta annualmente dal dirigente della struttura, nella quale deve risultare l'effettivo contributo al raggiungimento degli obiettivi quali quantitativi

di equipe, competenze professionali documentate acquisite nel triennio ed attività professionale svolta con riferimento a standard nazionali (PNE) e regionali specifici.



APM dichiara inaccettabile il comma 566 della Legge di Stabilità

*Per la tutela della salute dei cittadini
non si possono limitare la competenza e il ruolo del medico*

Il comma 566 della Legge di Stabilità, approvata a dicembre scorso e pubblicata in GU prima della fine dell'anno, solleva questioni che per Alleanza per la Professione Medica non possono essere affrontate con poche righe, senza ulteriori approfondimenti sui ruoli di tutte le professioni sanitarie. Oggi, con il comma 566 si è voluto dare una copertura legislativa alle sperimentazioni regionali avviate in questi anni, **dichiara Riccardo Cassi, portavoce di APM**. Per rispondere a spinte corporative non si è voluto attendere la

delega, prevista dall'articolo 22 del Patto della Salute, che deve ridefinire in modo organico la gestione delle professioni nel SSN. La norma che viene fuori dal comma 566, non è chiara – **continua Cassi** – si fa riferimento alla competenza del medico "in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia", trascurando il fatto che la prevenzione, la diagnosi, la cura e la terapia sono per loro natura attività non riconducibili ad un unico singolo atto. APM nel suo manifesto ha già ribadito che è in capo

al medico la responsabilità di tutte le decisioni relative alla salute del paziente, superando un'artificiosa separazione tra attività assistenziale ed attività diagnostica terapeutica.

APM nella quale è rappresentato tutto il mondo del lavoro medico condanna questa fuga unilaterale in avanti e chiede che si arrivi rapidamente alla definizione delle competenze delle singole professioni sanitarie, riaffermando concretamente il ruolo centrale del medico quale garante della salute dei cittadini.

Attività Scuola Formazione Quadri “Alberto Clivati”

**DOTT. FRANCESCO
CHIAVILLI**

*Il Direttore Scuola
“A. Clivati”*

La Scuola Quadri porta il nome di un grande protagonista dell'attività sindacale CIMO prematuramente scomparso, ma sempre nella memoria di quanti lo hanno conosciuto e condiviso con lui momenti importanti di storia sindacale.

Alberto era un sindacalista “della prima ora”, battagliero per natura, che ha svolto con grande passione la sua attività, ma era anche un Amico con cui era piacevolissimo condividere momenti conviviali e di svago.

Preparato sui temi sindacali, saggace, pronto alla battuta, non ha mai perso di vista l'interesse dei colleghi, difesi sempre strenuamente in tutte le sedi dove ha avuto l'opportunità di rappresentare la CIMO.

Ci ha lasciati troppo presto!

La volontà ci ricordarlo sempre vicino a noi ci ha suggerito l'idea di intitolargli la Scuola Formazione Quadri, fucina di nuovi sindacalisti da preparare a raccogliere il testimone dai più anziani, per proseguirne l'azione di difesa della categoria.

Dopo varie esperienze, nell'ultimo periodo la scuola ha trovato un assetto organizzativo nuovo, in collaborazione con l'istituto Health Management, del Prof. Marzio Scheggi di Firenze, e gli ottimi risultati formativi si sono visti già nel corso del 2014.

Molto buono è stato il gradimento espresso da corsisti e Segretari Regionali sulla strutturazione del corso e la sua utilità pratica per i Quadri che siederanno al tavolo di trattativa locale.

Per il 2015 l'offerta formativa si arricchisce di corsi di approfondimento, in ambito contrattuale e sulle tematiche relative ai fondi, nell'ottica di una formazione ritagliata “su misura” per i Colleghi, che poi costituiranno il ricambio generazionale CIMO.

Nel corso del 2015 la Scuola Quadri prevede l'offerta di:

- 3 corsi sindacali “di base” di 2 giorni e mezzo, per Quadri che si avvicinano alla trattativa sindacale, in collaborazione col Prof. Marzio Scheggi - Istituto Health Management - Firenze. I corsi verranno svolti



al Nord, al Centro ed al Sud. Vista l'ottima riuscita dei corsi 2014, che hanno visto alternarsi in cattedra il Prof. Scheggi e alcuni componenti dell'alta dirigenza CIMO, si riproporrà la stessa organizzazione anche nell'anno in corso.

- 2 corsi sindacali di "II° livello" di 2 giorni e mezzo, sempre in collaborazione col Prof. Scheggi, rivolti ai Quadri che hanno frequentato i corsi di base nel 2014, per consentire loro di perfezionare le proprie conoscenze e di presentarsi alla controparte con padronanza della materia contrattuale.

- 2 corsi, di una giornata, sui "fondi contrattuali", in collaborazione con CIMO Marche ed ISSOS, rivolti a Quadri che abbiano buona conoscenza delle tematiche

contrattuali, da indirizzare ad un argomento specifico e complesso, quale quello dei fondi contrattuali.

Su questa offerta formativa la Scuola proseguirà nella preparazione dei propri Quadri e, contemporaneamente, si aprirà a nuove prospettive di approfondimento dei temi più significativi della contrattazione decentrata, resa sempre più difficile da provvedimenti, soprattutto extracontrattuali, come ad esempio le finanziarie, che intervengono sempre "a gamba tesa" sulle regole che definiscono il rapporto tra Azienda e Lavoratore.

La Scuola Quadri è molto attenta alle novità che potrebbero intervenire nel rapporto tra Professionisti medici ed Aziende Sanitarie.

Qualora, auspicabilmente, lo stato giuridico del medico venisse modificato, adattandolo ad una

realtà sanitaria profondamente cambiata negli ultimi anni e ne venisse indiscutibilmente riconosciuto il ruolo centrale in "diagnosi, prognosi e terapia" la Scuola Quadri si farà trovare pronta per trasmettere ai propri discenti tutte le conoscenze necessarie per continuare a difendere gli interessi della categoria, il che si tradurrà inevitabilmente anche nella tutela dei più deboli, ovvero i Pazienti, per la salute dei quali noi Medici abbiamo studiato 6 anni a Medicina e Chirurgia, ed abbiamo frequentato 4 o 5 anni di studio nelle scuole di specializzazione, prima di poter accedere al lavoro in Ospedale.

CIMO ritiene di fondamentale importanza l'area della formazione sindacale, nella quale ha deciso di investire molto, soprattutto per trovare tra i corsisti i futuri dirigenti

FORMAZIONE

sindacali. Qualsiasi associazione lungimirante deve favorire il ricambio generazionale, puntando sulle sue migliori risorse, delle quali deve prendersi cura particolare oggi più che mai. Siamo convinti di essere sulla giusta lunghezza d'onda per intercettare l'interesse dei Colleghi più giovani e facilitarne l'inserimento in un settore importantissimo del lavoro dei Professionisti della Sanità. CIMO è fortemente impegnata

per la realizzazione di un disegno non più procrastinabile di profonda revisione dello stato giuridico del Medico e la Scuola Quadri è altrettanto impegnata a fornire uomini preparati per le battaglie che ci vedranno contrapposti a chi invece desidera vedere sprofondare la categoria, relegandola al ruolo di comprimario, sempre più appiattita verso la visione impietosa del Medico.





IL SINDACATO DEI MEDICI



IL SINDACATO DEI MEDICI PER I SOLI MEDICI CHE METTE AL CENTRO IL TUO LAVORO E LA TUA PROFESSIONE

DAL 1 NOVEMBRE CIMO HA FIRMATO UNA CONVENZIONE CON CONSULCESI

Gli iscritti CIMO potranno, quindi, ottenere, tra gli altri, i servizi sottoindicati a prezzo scontato:

- Adesione causa per il risarcimento ore in eccesso rispetto alla direttiva CEE
- Adesione causa adeguata remunerazione alla specializzazione
- Diamond card

Per info e dettagli consulta il sito www.cimomedici.it



TUTELATI

- Ti offriamo, ad un costo veramente concorrenziale, una polizza per colpa grave studiata per offrirti le massime garanzie con retroattività che copre il periodo di prescrizione (10 anni e non 5) e con una definizione sinistro che ti tutela dalle "trappole contrattuali" presenti in altre proposte.
- Non pentirti a cose fatte. Richiedi un parere qualificato dei nostri legali sulla tua polizza attualmente in corso o su quella che stai per sottoscrivere.



ASSISTENZA FISCALE E PREVIDENZIALE

- CONVENZIONE ACLI PER SERVIZI CAF
- CONVENZIONE ACLI PER SERVIZI PATRONATO



CONSULTACI

Rivolgiti a noi per consulenze gratuite su:

- aspetti legali
- aspetti assicurativi
- aspetti previdenziali
- interpretazioni contrattuali
- busta paga



AGGIORNATI

La società scientifica della CIMO ti garantisce accesso gratuito per sempre ai propri corsi e convegni



RICORDATI CHE CIMO

- Tutela la professione medica e la libertà professionale
- Il ruolo del medico quale unico responsabile della strategia diagnostica e terapeutica

Da sempre OFFRIAMO AI NOSTRI iscritti servizi ad una quota associativa inferiore a quelle in saldo e che per i medici sotto i 38 anni si riduce ulteriormente a 15 euro mensili per 5 anni.



www.cimoinforma.it
www.cimomedici.it