

CIMO

IL SINDACATO DEI MEDICI

Informa



UNA SANITÀ A PEZZI

REGIONE CHE VAI, SANITÀ CHE TROVI...



- diritti

+ disuguaglianze

BASTA!

#iomimobilitoetu





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
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 Novembre

Copia omaggio

Il giornale viene inviato da CIMO
ai propri iscritti



SOMMARIO

EDITORIALE

4

I Medici italiani finalmente uniti per difendere la professione

Riccardo Cassi - Presidente CIMO

5

Per una rinnovata alleanza dei medici tra loro e con i cittadini

FNOMCeO

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

11

Riflessioni sulla responsabilità professionale medica

Documento approvato
dall'Assemblea di APM il 9 luglio 2015

AGGIORNAMENTO LEGISLATIVO

14

Interventi istituzionali sulla Sanità

Giancarlo Faletti
Consulente Legale Cimo

INTERVISTA

21

CIDA

Giorgio Ambrogioni
Presidente CIDA



I Medici italiani finalmente uniti per difendere la professione

Riccardo Cassi
Presidente CIMO

Quando assunsi la Presidenza per la prima volta nel 2009 il Congresso CIMO fece una scelta precisa e coerente con la propria storia: mantenere la propria identità di sindacato medico e difenderne la specificità, senza aprirsi ad altre professioni sanitarie come la riduzione delle aree contrattuali poteva indurre a fare per acquisire forza.

CIMO ritenne allora, e ritiene ancora oggi, che la professione medica ha peculiarità che non possono essere accumulate con il lavoro di altre che lavorano nella sanità e che la "dirigenza" introdotta dalle 502 aveva fatto progressivamente perdere, con l'obiettivo da parte delle Regioni e delle Aziende di sostituire i medici nelle scelte professionali, sacrificate a criteri gestionali ed economici.

CIMO si è quindi impegnata in questi anni a recuperare il ruolo

centrale del medico nella tutela della salute portando la questione al centro del dibattito. Nel 2012 presentammo la nostra prima proposta che conteneva la definizione di atto medico e nel 2014 una proposta di carriera, centrata sulle competenze professionali, che affiancava alle mansioni gestionali la clinica.

Sempre nel 2014 abbiamo dato vita assieme ad altri sindacati ad Alleanza per la professione medica come soggetto che elabora, promuove e sostiene unitariamente ogni possibile soluzione al disagio della professione medica.

Mentre scrivo sotto l'egida della FNOMCeO è partita una mobilitazione di tutti i medici italiani per dire basta all'emarginazione subita in questi anni dai processi decisionali e per riaffermare con forza il ruolo di interlocutori istituzionali.

CIMO considera questa ritrovata unità sui temi che in questi anni sono stati l'oggetto della propria azione sindacale un importante cambiamento che, se sostenuto dalla categoria, potrebbe veramente restituire dignità e ruolo al lavoro medico.

Pertanto ritengo più utile sostituire il mio editoriale con il manifesto che abbiamo condiviso il 16 settembre e che vi invito a leggere attentamente e sostenere aderendo alle iniziative che programmeremo nei prossimi mesi.

Per una rinnovata alleanza dei medici tra loro e con i cittadini



I cittadini avvertono sempre di più la difficoltà ad accedere alle cure e i medici italiani, insieme a tutti gli altri operatori sanitari, vivono una condizione di profondo disagio nello svolgere il proprio ruolo professionale. La causa di tutto questo risiede

in molteplici fattori, primo fra tutti una politica orientata più alla gestione emergenziale del presente e attenta a rispondere a problemi meramente economici che all'affermazione dei valori di equità, giustizia e sicurezza, perseguendone la realizzazione

con appropriate progettualità. Con fantasiosi termini tipo "razionalizzazione" "congelamento dell'aumento del fondo per l'anno in corso" e "lotta agli sprechi" si mascherano tagli alla sanità che producono una drastica riduzione delle prestazioni. Non



ci sono più fondi sufficienti per acquistare i beni utili a rispondere ai bisogni di salute dei cittadini.

La estirpazione degli eventuali sprechi determinati dalla allegra finanza del passato è un processo di lungo respiro che deve andare ad incidere su comportamenti e prassi che andrebbero aggrediti con interventi complessi e mirati



che necessitano tempo per dare risultati certi. La valorizzazione economica degli sprechi presunti e delle inefficienze nasce da stime approssimative e da stime di stime che passano di penna in penna e di bocca in bocca diventando sempre più elevate senza alcun riscontro oggettivo e diventa il riferimento per far passare preconcepite posizioni di parte. Ma secondo la classifica internazionale stilata annualmente da Bloomberg, l'Italia è al terzo posto al mondo (prima fra i paesi europei) per efficienza, per l'aspettativa di vita dei cittadini (quasi 83 anni) per il costo pro capite del sistema sanitario (3.000 dollari). È l'ora che il Presidente del Consiglio, così come annuncia che vuole cancellare IMU e TASI, dica agli italiani se intende mantenere in vita il SSN equo, solidale ed universalistico garantendo i livelli attuali di assistenza. L'attuale politica sanitaria vede la professione medica come un costo e non come un investimento importante e irrinunciabile per la risoluzione dei tanti problemi che affliggono la sanità.

Le tecnostrutture sia centrali che regionali spesso attuano misure burocratiche e vessatorie sulla professione, come voler assegnare al medico responsabilità patrimoniali derivanti da inappropriata prescrizione o proporre modelli organizzativo-gestionali obsoleti, già abbandonati in altri Paesi e non suffragati da evidenze probatorie positive.

Si vuole ignorare che la vera risorsa del SSN è il personale medico e sanitario che in questi anni ha contribuito con spirito di sacrificio e senso di responsabilità a mantenere alto il livello qualitativo assistenziale. Il personale sanitario da oltre 5 anni è senza rinnovo contrattuale ed ha visto una notevole contrazione del potere d'acquisto dei propri stipendi. I

professionisti della salute sono senza contratto mentre aumenta la logica del precariato a vita. Il processo di aziendalizzazione in sanità ha evidenziato il suo fallimento nel perseguire, quale obiettivo prioritario, il mantenimento dei conti svilendo il ruolo dei professionisti a mero fattore produttivo. La Professione, a fronte di questa realtà, deve confrontarsi con l'aumento e il mutamento dei bisogni assistenziali, mentre si riducono sempre di più le risorse pubbliche e private. Lo stesso Parlamento Europeo ha evidenziato che l'attuale crisi economica ha creato una forte pressione sui bilanci sanitari nazionali influenzando sulla sicurezza dei pazienti e pertanto ha invitato gli Stati membri a garantire che la sicurezza dei pazienti non sia messa a rischio dalle misure di austerità e che il sistema sanitario resti adeguatamente finanziato.

Il contenzioso, nella maggior parte dei casi futile e pretestuoso, condiziona la vita professionale, la qualità del lavoro medico, la serenità e il rapporto con i pazienti e con i cittadini, mentre l'eccessiva burocratizzazione dell'attività medica toglie tempo all'ascolto, che è esso stesso tempo di cura dei pazienti. Il problema della responsabilità professionale esige un nuovo, rapido ed equilibrato atto legislativo che porti una soluzione soddisfacente per tutti gli attori coinvolti, garantendo ai cittadini un indennizzo equo in tempi rapidi, aumentando la sicurezza delle cure, restituendo ai professionisti la serenità per svolgere al meglio la professione in modo indipendente e libero da qualsiasi condizionamento.

Solo attraverso una legge si può incidere positivamente sulla famigerata medicina difensiva, sulla gestione del rischio clinico, sui gravosi costi delle assicurazioni, sulla anacronistica responsabilità

penale del medico ben oltre il solo caso di dolo e colpa grave, dirimere il problema della responsabilità professionale tra contrattuale ed extracontrattuale, istituire un fondo di garanzia ad integrazione delle polizze assicurative ed un fondo di tutela per i cittadini da "alea" terapeutica. Il processo formativo dei Medici e degli Odontoiatri presenta numerose criticità.

Le Scuole di Medicina devono rivedere i curricula di studio universitari e delle scuole di specializzazione, per renderli più rispondenti ai nuovi bisogni e alle nuove competenze richieste al futuro medico. Lo studente in medicina e il medico in formazione devono progressivamente poter maturare una professionalità adeguata ad assicurare la corretta gestione dei servizi sanitari, l'assolvimento di una leadership culturale nell'ambito delle equipe multiprofessionali e l'erogazione di un servizio assistenziale di qualità e rispondente ai bisogni in salute della popolazione.

Dopo aver ridefinito un forte scheletro di sostegno del percorso didattico, che individui le competenze da acquisire e le modalità per insegnarle e valutarle, è necessario ridurre il numero e la parcellizzazione degli esami.

In particolare, per quanto riguarda il percorso pre laurea, è indispensabile dedicare i primi cinque anni all'acquisizione di competenze teoriche essenziali, pur affiancate a tirocinio professionalizzante, dedicando l'ultimo anno di formazione all'integrazione critica delle nozioni apprese e all'esercizio della pratica professionale nell'ottica di perfezionare competenze pratiche e comportamentali.

Il numero di accessi alle scuole di medicina ed odontoiatria ed alle scuole di specializzazione ed al corso di medicina generale va

coniugato con la qualità formativa delle singole sedi universitarie.

È impensabile, infatti, aumentare esclusivamente il numero di accessi, senza farsi carico di accrescere la capacità didattica e formativa e senza impegnare in modo adeguato le molte e diffuse risorse e competenze del SSN.

C'è bisogno di fare una seria programmazione, fondata su dati certi ed affidabili, creando contingenti di accesso flessibili nel tempo e rispondenti alle effettive necessità, in modo che i giovani possano scegliere sia secondo le loro predisposizioni, sia secondo le disponibilità di spazi. Molte delle professioni sanitarie lamentano e praticano diffusamente fenomeni di reciproca erosione di competenze e sicuramente questa non è la strada giusta per affermare un corretto ed equilibrato multi-professionalismo in sanità. In tutte le organizzazioni complesse la reale gerarchia funzionale e non burocratica è garante di alti livelli di efficienza e di sicurezza nel rispetto delle competenze e delle responsabilità di ciascuno.

Consapevoli:

- della assoluta necessità di dover affrontare, in modo responsabile, la grande crisi della sanità pubblica italiana in una condizione di persistente crisi economica e sociale, con il comune impegno di garantire il diritto alla tutela della salute di tutti i cittadini e il ruolo e l'autonomia della Professione;
- che l'"atto medico" lungi dall'essere una mera prestazione professionale, è la conclusione di un percorso intellettuale unico, originale ed irripetibile a favore della salute individuale o collettiva.

I medici italiani chiedono:

- che si ponga fine alla politica di

definanziamento del SSN con i continui tagli che portano al razionamento delle risorse ed alla costante riduzione delle prestazioni;

- di diventare interlocutori istituzionali ascoltati dalla politica sanitaria nazionale e regionale in quanto portatori di soluzioni dei problemi nell'interesse dei cittadini e di partecipare al Tavolo Regioni-Governo;
- una corsia rapida in parlamento per la discussione del testo unico sulla responsabilità professionale e la sua approvazione;
- commisurare e modulare l'offerta quantitativa di medici ad una domanda fondata su dati demografici certi che si svilupperà in uno scenario di sistema sicuramente diverso dall'attuale, creando assoluta coerenza tra i numeri di ingresso allo studio della medicina, alle scuole di specializzazione ed al mondo del lavoro ed eliminando tutti i tempi morti dopo la laurea per la definizione delle carriere;
- l'apertura immediata del tavolo di trattativa per il rinnovo del contratto di lavoro dei medici della dipendenza e dei medici convenzionati;
- l'autonomia e la responsabilità della Professione nella gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici e delle strutture sanitarie;
- la definizione, anche in ipotesi di una via legislativa, di quanto previsto dall'art. 3 del Codice di Deontologia Medica 2014 per quanto attiene a competenze e doveri del medico in una relazione paritaria tra medico e persona, che abbia come unico fine il bene e l'interesse della persona assistita nell'ottica del superamento della situazione di "impasse" nell'evoluzione dei rapporti tra professioni sanitarie determinata dal comma 566;

- la difesa del SSN equo, solidale ed universalistico, che superi la eccessiva parcellizzazione e frammentazione dei tanti modelli regionali indotti dalla revisione del Titolo V della Costituzione esitato in mero aumento della spesa sanitaria;
- un processo di "ricapitalizzazione" del lavoro professionale dopo anni di subalternità delle risorse umane a mere logiche di tenuta dei conti, di gestione del consenso politico, di svilimento dei valori di riferimento (autonomia, responsabilità, meritocrazia, trasparenza, formazione, sviluppo delle competenze) che sono il cuore dei servizi alla persona sana e malata;
- di evitare gli eccessi di una politica sanitaria assoggettata alle esigenze economico-finanziarie, particolarmente gravose per le Regioni sottoposte a piani di rientro;
- lo sviluppo di modelli organizzativi che facilitino le relazioni e l'integrazione tra sistemi e tra professionisti garantendo una equilibrata ed efficace gerarchia funzionale;
- di rendere la sicurezza per pazienti ed operatori una garanzia del sistema;
- che i sistemi di segnalazione degli eventi avversi e dei "quasi errori" non abbiano carattere punitivo per essere strumenti sempre più utili a migliorare la cultura della sicurezza dei pazienti;
- di rendere attrattive per i professionisti le cosiddette "periferie" facendo in modo che vi sia un equo accesso ai servizi per tutti i cittadini.

delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche, ispirata alle evidenze scientifiche ed alla medicina basata sul valore (*value based*), che tenga conto della specificità clinica, psicologica, affettiva, culturale, etnica e sociale della singola persona ammalata rinsaldando l'alleanza terapeutica, nel rispetto dei diritti sanciti dalla Carta Costituzionale e del Codice di Deontologia Medica, portando a sintesi le evidenze scientifiche con la personalizzazione delle cure;

- a favorire un ruolo attivo dei pazienti nei percorsi di cura e di assistenza anche attraverso l'educazione sanitaria e l'informazione;



I medici italiani si impegnano:

- alla salvaguardia dell'ambiente e del *welfare* in quanto elementi fondamentali a tutela della salute e di grande coesione sociale;
- a perseguire l'appropriatezza

- a garantire approcci multidisciplinari nei trattamenti medici rafforzando la coesione e la coerenza del percorso clinico assistenziale del paziente;
- a promuovere lo sviluppo di sistemi di confronto su prestazioni (*performance*) ed esiti in dimensione nazionale ed internazionale, per favorire la credibilità (*accountability*) delle organizzazioni e dei professionisti;
- favorire l'adesione (*compliance*) a regole e raccomandazioni condivise, sostenute da evidenze scientifiche, innovative rispetto ai comportamenti tradizionali;
- a promuovere una *leadership* funzionale capace di coniugare l'unitarietà, l'armonia, la qualità e l'efficacia degli esiti dell'intero processo clinico assistenziale, tenendo conto delle molteplici autonomie e competenze tecnico-professionali in una matrice di responsabilità e potestà che si riconoscono nella sola centralità della tutela della salute della persona sana e malata;
- ad avere maggiore attenzione all'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) per garantire adeguati standard di qualità ed equità;
- a superare immotivate frammentazioni professionali;
- ad erigere un baluardo contro la ciarlataneria difendendo il metodo scientifico dalla dominante irrazionalità e garantendo un intreccio di saperi adeguato alle esigenze della scienza e della società;
- a favorire l'accreditamento istituzionale delle società scientifiche depositarie del ricco bagaglio culturale delle conoscenze aggiornate per un moderno esercizio professionale tendente ad una sempre maggiore qualità nella tutela della salute dei cittadini.

Il progresso della società non è possibile senza i medici

Noi dobbiamo essere parte attiva delle scelte decisionali per adattare l'organizzazione del lavoro ma anche le prestazioni (*performance*) professionali al miglior percorso assistenziale possibile.

Dobbiamo lavorare per un approccio nuovo alla sanità che in una moderna concezione di tutela della salute non consideri più l'efficienza e l'equità come due concetti che procedono sui binari separati e contrapposti dell'economia e dell'etica, ma che al contrario vadano di pari passo e nella stessa direzione a sostegno dei principi secolari di una professione equa, solidale ed universalistica.

Riflessioni sulla responsabilità professionale medica

Gli esseri umani possono sbagliare e l'errore è più frequente nelle organizzazioni complesse. Conseguentemente, dobbiamo attenderci degli errori anche nelle organizzazioni deputate alla salute, come gli ospedali, le case di cura, i laboratori d'analisi, i quali sono certamente delle organizzazioni complesse. Questo significa che ogni cittadino può restare vittima di un errore medico e che ogni medico può commettere un errore professionale.

Con l'evolversi della cultura sociale, la diffusione delle conoscenze e l'ampliamento delle possibilità di cura offerte dalla scienza medica, il cittadino/paziente ha accresciuto l'aspettativa di una completa guarigione, con il recupero integrale della sua forma fisica. Tale aspettativa, talvolta irrealizzabile, è stata alimentata anche dalla diffusione acritica di scoperte non ancora validate, che favoriscono l'identificazione della medicina con una pratica salvifica, che potrebbe garantire un prolungamento della durata della vita a tempo indeterminato.

Negli ultimi decenni del novecento l'importazione di modelli medico legali dal Nord America ha favorito il diffondersi della conflittualità fra medico e paziente. Il fenomeno ha subito progressivamente un'amplificazione incontrollata, anche grazie alla

rispondenza da parte della magistratura. L'incremento del contenzioso giudiziario esprime anche un sottostante scontro di natura politica fra interessi socialmente avvertiti e politicamente rappresentati. Il medico è spesso rappresentato come il cinico detentore di una conoscenza che gli consente di arricchirsi sulle disgrazie altrui e che utilizza le strutture pubbliche a fini privati.

Contemporaneamente, le Aziende sanitarie, incapaci di gestire la spesa, si preoccupano sempre meno di garantire la sicurezza degli operatori e dei pazienti. In molti casi, pur di continuare a erogare la stessa quantità di prestazioni, le Aziende utilizzano personale precario e non adeguatamente formato, ricorrono al servizio della pronta disponibilità, al posto della guardia medica, sapendo di non poter garantire la tempestività nell'intervento. Come se questo

*Documento approvato
dall'Assemblea di APM
il 9 luglio 2015*

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

non bastasse, in molte aziende sanitarie non viene rispettato il diritto dei medici a usufruire delle pause e dei periodi di riposo, impedendo loro il recupero delle energie psicofisiche e accrescendo di conseguenza il rischio clinico.

La "medicina difensiva" è la prima reazione del medico al rischio di contenzioso sanitario e determina l'aumento dei costi del Servizio sanitario nazionale con un danno enorme che attualmente si ritiene arrivi a pesare sui contribuenti per 10-13 miliardi di euro ogni anno.

Contrariamente a quanto comunemente si ritenga, i medici non possono neanche impartire

disposizioni dirette al personale infermieristico, poiché la legge stabilisce che gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva. Detta autonomia ha inciso negativamente sulla direzione unitaria dell'équipe, precedentemente attribuita al primario o direttore del reparto o servizio. Inoltre, la mancata definizione dell'atto medico e i comportamenti ambigui assunti dagli assessori alla salute di alcune regioni contribuiscono ad alimentare i conflitti di competenze fra medici e professioni sanitarie.

In capo a ogni medico, come per ogni altro cittadino, incombe la responsabilità del proprio operato, tuttavia, in caso di contenzioso sul medico grava l'onere di provare la propria diligenza e non, come ci si aspetterebbe, che debba essere il danneggiato a provare la colpa del medico. I medici non comprendono perché possano essere chiamati a difendersi senza che venga preliminarmente identificato o almeno ipotizzato il loro errore. La medicina non è una scienza esatta e non è concepibile che ad ogni prestazione medica debba corrispondere un risultato benefico e in linea con le aspettative del cittadino/paziente.

Un particolare problema all'interno della questione della responsabilità professionale è costituito dai medici dipendenti, la cui obbligazione nei confronti del paziente viene considerata di natura contrattuale, ancorché fondata su quello che è stato definito dalla giurisprudenza come "contatto sociale", vale a dire, il rapporto che si instaura tra il cit-



tadino/paziente che si rivolge ad una struttura sanitaria ed il professionista dipendente da detta struttura. In tal modo, i medici dipendenti, pur non avendo alcuna possibilità di intervenire nella gestione dell'azienda, rispondono penalmente e civilmente degli errori anche in presenza di carenze e disfunzioni della struttura.

In una situazione così controversa il Governo ha pensato bene di introdurre l'assicurazione obbligatoria per i medici, attraverso una legge che contiene una palese contraddizione, poiché obbliga i medici ad assicurarsi e nello stesso tempo non obbliga le compagnie assicurative ad assicurarli con polizze che li tutelino realmente. In tal modo lascia i professionisti in balia di un avido mercato assicurativo che offre solo polizze basate sulla formula del "claims made".

Per cercare delle soluzioni ad un problema così complesso è importante fare chiarezza sul fatto che in campo sanitario, nel quale lo Stato e le Regioni hanno un ruolo concorrente, la questione della responsabilità sanitaria inevitabilmente debba ricadere in primo luogo sullo Stato. Occorre riconoscere che la responsabilità nella società contemporanea equivale alla distribuzione e attribuzione sociale dei rischi tipici delle attività socialmente accettate, perché necessarie utili e socialmente ammesse. Di conseguenza, i rischi tipici della sanità ordinariamente non possono essere posti a carico dei singoli sanitari.

Fermo restando che i medici sono aperti a tutti i contributi che possono concorrere alla soluzione di questo complesso problema, ritengono che gli interventi dovrebbero muoversi secondo le seguenti direttive.

Per quanto riguarda i medici

dipendenti del Servizio sanitario nazionale, così come i rischi tipici dell'attività d'impresa vengono sopportati dall'imprenditore, parimenti lo Stato dovrebbe farsi carico degli errori che si verificano nelle Aziende sanitarie, salvo rivalersi in via amministrativa su chi ha commesso l'errore, in caso di provata inosservanza delle norme.

L'assicurazione obbligatoria per la responsabilità dei medici libero-professionisti dovrebbe poter usufruire di una disciplina rapportabile a quella dell'assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore.

Il danno biologico conseguente all'attività dell'esercente della professione sanitaria dovrebbe essere indennizzato sulla base di specifiche tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, eventualmente integrate con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste (L. 189/2012, art.3, c.3).



Interventi istituzionali sulla Sanità

Giancarlo Faletti
*Consulente
Legale Cimo*

Nel breve volgere di poche settimane prima della pausa estiva, numerosi e qualificati sono stati gli interventi del legislatore e del Governo che, occupandosi specificamente di sanità, hanno introdotto modifiche allo status quo o ne prospettano alcune di significato particolarmente dirompente; di modo che mi pare essenziale fornirne un brevissimo elenco, cui fare però seguito con informazioni di dettaglio sull'improvviso risveglio di un'attenzione generalizzata sulla questione della responsabilità professionale dei sanitari, medici in primis, risveglio anche indotto dalla ennesima campagna scandalistica sulla incidenza economica della inappropriatazza delle cure e dei costi della medicina difensiva.

Andiamo con ordine:

- È stato convertito in legge, e definitivamente approvato

dai due rami del Parlamento, il decreto legge "sugli enti locali" (DL 78/15) che ha introdotto un sostanzioso taglio al finanziamento del SSN: vale unicamente la pena di osservare che il taglio operato in unica soluzione corrisponde – nel suo ammontare – a ciò che la "revisione della spesa" griffata Cottarelli aveva proposto di ottenere in un triennio.

- Il testo della legge di conversione, che ricomprende il solito emendamento di matrice governativa per la cui approvazione è stata posta dal Governo la ennesima fiducia, introduce, tra gli altri, gli artt. 9 quater e 9 quinquies sui quali è doverosa una approfondita riflessione. Il primo è intitolato "riduzione delle prestazioni inappropriate" e rinvia a successivo decreto ministeriale (di subitanea approvazione – 30 giorni dalla data di entrata in vigore della legge) il compito di individuare "le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale" di cui al nomenclatore tariffario del 1996. Il contenuto del DM è stato presentato nell'incontro del 22.9 con il Ministro ed è limitato all'elenco delle prestazioni. Quanto recepito nell'emendamento altro non era che la riproposizione delle

proposte presentate dalla Conferenza delle Regioni, che nel passaggio alla Conferenza Stato Regioni erano state, su richiesta del Governo, modificate nella parte nella quale per le prescrizioni inappropriate era prevista la trasmissione immediata alla Corte dei Conti, sostituita nel testo finale dal rinvio alle procedure previste da contratto e convenzione. Ciascuno è in grado di valutare la portata di quelle previsioni: ciò che qui interessa sono, secondo me, almeno due possibili conseguenze. La prima è legata alla burocratizzazione della professione che induce sempre più il professionista ad

operare secondo impostazioni predefinite: nel DL Balduzzi, premiale era il rispetto delle linee guida; qui, non punitivo è il rispetto delle indicazioni ministeriali. La seconda è l'introduzione di un messaggio dall'evidente tono intimidatorio che sanziona economicamente il "medico prescrittore dipendente del SSN" (oltre a quello convenzionato) che non rispetti le indicazioni ministeriali ovvero non sia in grado di giustificarne "sufficientemente" la deroga.

- L'art. 9 quinquies è, invece, intitolato "rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa del personale di-



pendente del SSN" che, lungi dal dare la stura ad una ormai appassita stagione di rinnovi contrattuali che – a questo punto – sarebbe doveroso avviare se non altro per rispettare il dettato della nota (e curiosa) sentenza della Corte Costituzionale, si preoccupa di "permanentemente ridurre" l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento economico del personale "in presenza di riorganizzazioni finalizzate al rispetto degli standard ospedalieri" (di cui al noto DM 70/15 la cui applicazione va a scadere i primi giorni del prossimo settembre): la riduzione corrisponde all'importo "pari ai risparmi di trattamento accessorio derivanti dalla diminuzione delle strutture operata in attuazione di detti processi di riorganizzazione". Per farla breve, la retribuzione di risultato e la variabile aziendale della retribuzione di posizione relativa ai posti già destinati alle strutture che saranno "riorganizzate" sarà cancellata – permanentemente e mano a mano che procederà il processo di riorganizzazione – dal fondo di competenza: dell'avvio della contrattazione non si parla proprio ma, al contempo, il legislatore ha già provveduto a decurtare i fondi a disposizione.

- È stato poi definitivamente approvato il ddl Madia sulla "riforma della Pubblica Amministrazione": si tratta di una legge delega per la cui attuazione saranno necessari uno stock di decreti legislativi (che, come noto, non prevedono un ulteriore passaggio parlamentare). Gli effetti in capo alla "dirigenza medica" della riclassificazione della dirigenza (ex) pubblica derivanti dalle

nuove disposizioni non sembrano – allo stato – così chiaramente definiti: nella migliore delle ipotesi, nulla sembrerebbe cambiato rispetto all'attuale previsione di cui all'art. 15 D.Lgs. 502/92 e s.m. ed i., salvo valutare se tutti i principi regolatori del rapporto (di cui al ddl Madia) si applichino o meno anche alla "dirigenza medica" che, come noto, è stata espressamente esclusa da quella "regionale". Il dato certo, invece, è che, in quel testo, non è affermata la rivitalizzazione dell'area contrattuale specifica cosicché, al riguardo, dovrà essere sanato il bisticcio, a questo punto evidente, tra le aree contrattuali della Brunetta e la nuova impostazione della dirigenza del ddl Madia (ruoli unificati della dirigenza dello Stato, delle regioni, degli enti locali).

Nel corso della conferenza stampa che ha fatto seguito all'incontro con le OO.SS., il Ministro ha dato notizia del fatto che sui medici è stato "portato a termine l'iter della commissione Alpa sulla medicina difensiva. Il Dossier lo consegneremo nei prossimi giorni alla Commissione Affari Sociali della Camera, che sta lavorando alla legge sulla Responsabilità professionale, e la nostra volontà è di far camminare insieme alle misure dell'appropriatezza anche le norme su medicina difensiva, e questo entro la prossima Legge di stabilità". Fa piacere rilevare che le proposte come sintetizzate nel documento finale sono, da alcuni anni, il cavallo di battaglia CIMO nella materia.

Più in dettaglio, le proposte della Commissione, riassunte in tre scarse paginette, sono le seguenti. Per quel che riguarda la responsabilità civile del medico:

- Attualmente la giurisprudenza della Cassazione attribuisce al rapporto tra medico e paziente natura di rapporto contrattuale. Ne consegue che il medico risponde nei confronti del paziente per inadempimento contrattuale: la prescrizione dell'azione è quindi decennale ed opera la c.d. inversione dell'onere della prova (non è il paziente che deve dimostrare la colpa del medico, ma il medico che ha l'onere di provare in giudizio di aver agito senza colpa). La Commissione ministeriale propone di distinguere tra medico dipendente di una struttura sanitaria e medico libero professionista. Per il medico dipendente di una struttura sanitaria (ospedale o casa di cura, pubblica o privata) e per quello convenzionato la responsabilità professionale sarà di natura extra-contrattuale (art. 2043 c.c.), mentre per il medico libero professionista sarà di natura contrattuale. Per i medici dipendenti e convenzionati l'azione risarcitoria si prescriverà pertanto in 5 anni (non in 10) e l'onere della prova della colpa graverà sul paziente.

- Saranno introdotti limiti all'azione di rivalsa da parte della struttura sul medico dipendente e nello stesso tempo si rivedrà il rapporto tra l'azione di rivalsa stessa ed il giudizio erariale della Corte dei conti, prevedendo che l'attivazione di quest'ultimo inibisca la prosecuzione della prima.

Per quel che riguarda la responsabilità penale del medico:

- Si propone una fattispecie autonoma di lesioni ed omicidio colposo per i professionisti sanitari, che risponderebbero penalmente solo per colpa grave

e dolo. In tale contesto si prevede una specifica definizione di colpa grave.

- Si propone altresì una revisione delle norme del codice di procedura civile e del codice di procedura penale, nonché delle relative disposizioni di attuazione, in ordine alle consulenze tecniche nelle controversie civili e penali in materia di responsabilità professionale sanitaria. Si introdurrà un Albo di superperiti al quale i giudici dovranno attingere per le C.T.

Per quel che riguarda l'assicurazione e la gestione del rischio clinico:



AGGIORNAMENTO LEGISLATIVO

- Si rafforzerà il sistema che prevede l'obbligatorietà dell'assicurazione delle strutture ospedaliere pubbliche, delle strutture sanitarie private e degli operatori sanitari.
- Si introdurrà nell'ambito dei giudizi di risarcimento del danno derivante da malpractice, la previsione di un accertamento tecnico preventivo e di una conciliazione preventiva obbligatoria. In sintesi, il paziente che intenda fare causa ad un medico dovrà obbligatoriamente attivare un procedimento in contraddittorio per l'espletamento di una perizia e soltanto all'esito di tale procedimento (e se la perizia sancirà la colpa del medico) potrà proporre azione risarcitoria. È evidente che qualora l'accertamento tecnico preventivo non sancirà la colpa medica, il paziente non potrà proporre alcuna azione legale. Ne conseguirà un effetto deflattivo importante per i contenziosi giudiziari.
- Si renderanno uniformi i flussi informativi sulla gestione degli Eventi Sentinella e sui Sinistri, attualmente incardinati il primo presso il Ministero della Salute, Direzione della Programmazione Sanitaria, il secondo presso Agenas, per cui il Gruppo ha espresso l'utilità di unificare i



flussi in seno alle aziende sanitarie e ha deciso di effettuare la medesima operazione di riunificazione dei due flussi in seno all'Osservatorio sulla gestione del Rischio Clinico presso il Ministero della Salute – Direzione della Programmazione Sanitaria, nonché di far confluire presso l'Osservatorio ministeriale anche le informazioni inerenti la Farmacovigilanza, gestite dall'A.I.F.A., e la Dispositivo Vigilanza, gestite dalla Direzione dei Dispositivi Medici del Ministero.

Parallelamente a questi eventi, poi, è stato nominato in Commissione Affari Sociali della Camera il nuovo relatore del DDL "in materia di responsabilità professionale del personale sanitario" (On. Federico Gelli*) che ha dichiarato essere sua intenzione lavorare su un testo base già disponibile in modo da pervenire alla formulazione di un testo condiviso entro la fine dell'anno. È curioso rilevare che, al netto di altre previsioni, il testo base in questione propone, a propria volta, alcuni dei capisaldi del lavoro della Commissione Ministeriale.

In specie:

- Riguardo alla colpa sanitaria e i profili penali proponendo una modifica del Codice Penale con l'aggiunta di un articolo 590-ter: "(Morte o lesioni come conseguenze di condotta colposa in ambito medico e sanitario). L'esercente la professione medica o sanitaria che in presenza di esigenze preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, avendo eseguito o ommesso un trattamento, cagioni la morte o una lesione personale del paziente è punibile solo in caso di colpa grave o dolo.

Ai sensi del presente articolo, la colpa sussiste quando l'azione o l'omissione dell'esercente la professione medica o sanitaria, inosservante delle buone pratiche e delle regole dell'arte, crei un rischio irragionevole e inescusabile per la salute del paziente, concretizzatosi nell'evento".

- Riguardo alla responsabilità civile per danni a persone derivanti da comportamenti sanitari colposi, verificatisi in una struttura sanitaria pubblica o privata, sia posta a carico della struttura stessa, inclusa ogni tipo di prestazione sanitaria eseguita all'interno della struttu-



On. Federico Gelli, relatore del disegno di legge sulla responsabilità professionale.

ra stessa, comprese quelle libero professionali. La responsabilità civile dell'esercente la professione sanitaria è invece di natura extracontrattuale. La struttura sanitaria potrà esercitare azione integrale di rivalsa nei confronti dei propri prestatori d'opera, dipendenti e non, soltanto quando il fatto sia stato commesso con dolo. Infine, in caso di danno derivante da colpa diretta del sanitario, accertato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile con sentenza passata in giudicato, la struttura sanitaria potrà esercitare azione di rivalsa nei confronti del proprio dipendente nella misura massima di un quinto della retribuzione, per un periodo di tempo non superiore ai cinque anni.

- Riguardo all'obbligo di assicurazione secondo cui le aziende sanitarie del Servizio sanitario nazionale, le strutture e gli enti privati operanti in regime autonomo o di convenzione con il Servizio sanitario nazionale e tutte le altre strutture o enti che, a qualunque titolo, rendono prestazioni sanitarie, devono essere provviste di copertura assicurativa per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso l'azienda, la struttura o l'ente. Il personale sanitario che esercita la propria attività al di fuori di una struttura sanitaria di cui sopra, dovrà invece essere provvisto di propria copertura assicurativa per la responsabilità civile verso terzi. Alle Regioni viene riconosciuta la facoltà, per cinque anni dalla data di entrata in vigore della legge, di istituire forme di auto-assicurazione delle aziende sanitarie

del Servizio sanitario nazionale operanti nel territorio regionale, salva la garanzia assicurativa di tutela contro i grandi rischi derivanti dalla prestazione di attività sanitarie.

La coincidenza temporale e di contenuti è davvero importante: sarà che, per una volta, il buon senso faccia premio sui fiumi di inchiostro versati, fino ad ora, invano?



Lo scorso 22 giugno, Giorgio Ambrogioni è stato eletto Presidente della CIDA. Gli rivolgiamo alcune domande sul programma della consiliatura.

In un momento in cui tutti parlano di crisi dei corpi intermedi, quale finalità si propone la sua presidenza?

Quello di dare vigore al livello della rappresentanza confederale. Un livello che alcuni, sbagliando, sottovalutano. Un livello senza il quale anche l'azione delle Federazioni sarebbe molto più difficile, meno efficace anche sui temi più strettamente contrattuali: la difesa della contrattazione collettiva e dei sistemi di formazione e wel-



fare bilaterali passa anche attraverso la loro valorizzazione politica, la loro rappresentazione come modelli vincenti e di riferimento.

Quali saranno i principali temi che affronterete?

Oggi le sfide che il Paese ha di fronte sono molteplici. Si parte dalle riforme per la modernizzazione e per la competitività di sistema, fino ad arrivare all'affermazione reale del merito e della responsabilità. Ma non possiamo dimenticare la rilegittimazione del ruolo delle classi dirigenti di un Paese che le ha messe in discussione, l'affermazione del bene comune, il contrasto alla tendenza alla frammentazione degli interessi ed al rifugio nell'individualismo più spinto.

Che ruolo avrà la CIDA nel Paese?

Il Paese ha bisogno di una dirigenza pubblica e privata impegnate in modo sinergico. La CIDA, per la sua storia e per il suo livello di rappresentatività, è chiamata a giocare un ruolo determinante per favorire ed accompagnare questo processo di sintesi osmotica in termini di visione, missione e linguaggi. Tutte le battaglie che ci attendono a difesa del nostro status, delle nostre conquiste collettive e personali andranno certamente condotte sul piano sindacale, contrattuale e giuridico ma saranno perdenti se non accompagnate e sostenute da un riconoscimento e da una legittimazione professionale, etica e sociale.

Come intendete operare?

Il nostro obiettivo centrale sarà quello di riaccreditare il sindacalismo confederale del management ai tavoli di un auspicabile e virtuoso dialogo sociale. Se riusciremo in questo ricominceremo a creare valore per le Federazioni e per la categoria: lo faremo dandoci un modello di governance più ade-

guato e funzionale, esaltando il ruolo del Consiglio dei Presidenti, focalizzando l'azione dei Coordinamenti Regionali verso obiettivi veramente strategici in termini di relazioni istituzionali.

Presidente, lei avrà anche il compito di celebrare un importante anniversario della Confederazione.

Sì, il 16 ottobre 2016 la CIDA celebrerà 70 anni di storia: lo faremo esaltandone le radici ma anche dimostrando la nostra capacità di leggere il futuro, di saperlo e volerlo vivere da protagonisti. Viviamo in un Paese che con fatica cerca di darsi una nuova architettura valoriale: attraverso la CIDA vogliamo e dobbiamo essere tra gli architetti di questa ricostruzione che deve essere etica, morale, civile, culturale.

Intervista a
Giorgio Ambrogioni
Presidente CIDA



IL SINDACATO DEI MEDICI



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

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