

LE CRITICITÀ ATTUALI DELLA SPESA SANITARIA

Maurizio Dal Maso

Secondo il Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero 2007, elaborato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali sono stati 12.319.301 i ricoveri in ospedale nello scorso anno, in calo del 4,2% rispetto al 2006. Poco più di 76 milioni e mezzo le giornate di degenza, ridotte dell'1,8% rispetto all'anno precedente. La riduzione del numero dei ricoveri complessivi investe tutte le tipologie di attività: acuti, riabilitazione e lungodegenza, regime ordinario e diurno. A differenza degli anni precedenti, il day hospital si ridurrebbe in misura più incisiva. La Tabella 1. mostra i dati del 2005 e del 2007 per tipologia di ricovero:

Tab. 1. Ricoveri	2005	2007
Acuti - ricoveri ordinari	8.200.636	7.873.578
Acuti - day hospital	3.913.856	3.568.418
Riabilitazione - ricoveri ordinari	283.708	297.819
Riabilitazione - day hospital	67.761	66.215
Lungodegenza	97.712	100.625
Neonati sani	392.209	412.646
TOTALE	12.955.882	12.319.301

Il tasso di ospedalizzazione del 2007 può essere stimato complessivamente (acuti, riabilitazione e lungodegenza, ordinario e day hospital) pari a 199 per 1.000 abitanti, in diminuzione rispetto al 211 del 2006 e al 213 del 2005.

La degenza media è sostanzialmente stabile da diversi anni e posizionata su 6,7 giorni; le differenze regionali vedono il minimo con 6,23 giorni in Sicilia (degenza media standardizzata per case-mix) e il massimo in Veneto con 7,63 giorni. La degenza media pre-operatoria, indice di efficienza organizzativa, rimane ferma a 2 giorni. I valori più alti appartengono al Lazio (2,7 giorni) ed alle Regioni Basilicata e Liguria (2,4).

I tassi di ospedalizzazione per asma, diabete e scompenso cardiaco, utili quali indicatori proxy per valutare l'inefficienza dell'assistenza primaria e dell'assistenza specialistica territoriale sono in diminuzione, anche se troppo lentamente, passando da 99 a 92 per 100.000 abitanti per

il diabete, da 37 a 33 per l'asma e da 329 a 325 per lo scompenso cardiaco.

L'incidenza di parti cesarei, fenomeno prettamente italiano, continua a crescere, nonostante gli interventi messi in atto dalle Regioni e si attesta su una percentuale per il 2007 del 39,3%.

L'appropriatezza organizzativa, misurata semplicemente con un indicatore che totalizza i pazienti con DRG medico dimessi da reparti chirurgici, denota lievi segnali di miglioramento riducendosi al 36%.

Alla luce di questi dati si potrebbe pensare che, almeno per la componente ospedaliera, si stia migliorando sensi-

bilmente la performance complessiva. Ma valutando altri dati ci rendiamo conto che molto è ancora da fare, e non solo sul versante extraospedaliero.

Bisogna incidere veramente sugli sprechi perché per sostenere il Servizio Sanitario Nazionale, e farlo in un'Italia che invecchia,

bisogna avere il coraggio, in primis politico, di affrontare proprio il problema degli sprechi in sanità.

Il risparmio non si deve fare attraverso il contingentamento delle prestazioni ma inducendo un utilizzo più efficiente del finanziamento, quindi migliorando i modelli organizzativi del SSN. Recenti studi hanno dimostrato che su una spesa sanitaria complessiva pari a 103 miliardi di euro l'anno (dato 2007) circa 16 miliardi vengono bruciati in spese non giustificate. Questo si chiama "costo della non qualità" ed è rappresentato da sprechi, inefficienze e duplicazioni.

Ma lavorare sugli sprechi non basta perché è necessaria una azione più ampia, come è stato fatto per la previdenza, dato che, come ha evidenziato un recente studio del CERM, nel 2050 per mantenere invariata l'incidenza sul PIL la copertura pubblica della spesa sanitaria scenderebbe al 50% rispetto a quella attuale, che è del 75%.

In questa ottica una soluzione praticabile sarebbe quella di affiancare un pilastro di finanziamento privato, così come è stato fatto per il sistema pensionistico. Nel rapporto del CERM è anche precisato che “i fondi aperti per il welfare avrebbero il pregio di affiancare al finanziamento in essere quello basato sulla accumulazione di risorse mantenendo, attraverso il concorso della fiscalità agevolata e le coperture assicurative collettive collegate, quei principi di solidarietà e coesione sociale che sono alla base del nostro welfare”, che non va abbandonato ma adeguato ai cambiamenti sociali e demografici già ora prevedibili.

Per quanto concerne la spesa ospedaliera, dobbiamo considerare che l'innescò automatico di forme di razionalizzazione delle performance e di contenimento delle spinte incrementali sul versante dell'offerta è favorito dalla contemporanea esistenza e dall'azione integrata di almeno 3 elementi:

- un adeguato sistema tariffario;
- un adeguato e semplice sistema di controllo;
- un adeguato sistema di concorrenza tra gli erogatori pubblici, privati e pubblici/privati.

Un sistema tariffario è adeguato quando le attività sono remunerate in proporzione ai costi sostenuti per sostenerle e le tariffe sono congegnate in modo da costituire disincentivo per i comportamenti opportunistici, punendo economicamente le prestazioni per cui è maggiormente possibile si configuri una situazione di “non appropriatezza”. Un sistema di controllo è adeguato e semplice quando funziona principalmente a priori, ovvero a monte di ciò che deve essere controllato e in via preventiva, consente di evitare le forme di opportunismo che molti erogatori, pubblici e/o privati, tentano in modo deliberato di porre in essere per incrementare artificialmente i livelli di performance ed è impersonale e non manipolabile.

Infine, un sistema di concorrenza tra erogatori sanitari è adeguato quando non contiene elementi di natura protezionistica, è governato dalla Regione sulla base di princi-

pi etici, propri di un servizio sanitario pubblico e tali da escludere che la competizione comporti conseguenze inaccettabili a carico dei pazienti, prevede meccanismi capaci di equiparare gli erogatori che devono entrare nel sistema competitivo, in modo tale che non siano presenti condizionamenti esercitati da handicap in grado di modificare sostanzialmente le performance che devono essere remunerate. E per quanto riguarda le attività extraospedaliere cosa è possibile fare di più e meglio considerando che esse già oggi ricevono il 51% del finanziamento della quota capitaria ma ancora esistono aree di

evidente criticità organizzativa? Come non considerare, ad esempio, che da una indagine del 2005 i presidi integrati attivati per le cure primarie in 18 Regioni erano solo 8, ovvero il 36% del campione e di questi 4 diretti dal distretto e 4 no. Questo fatto è sostenibile da un punto professiona-

le e organizzativo o, invece, deriva solo da altri fattori che nulla hanno a che fare con i criteri di efficacia ed efficienza che dovrebbero governare l'operatività di tutte le strutture sanitarie? Un sistema come quello sanitario in Italia deve finalmente fare quel salto di qualità da troppo tempo atteso e mantenere stabilmente i miglioramenti raggiunti, ovvero deve avere la forza di cambiare ciò che non va anche se per fare ciò si dovesse incorrere in azioni “politicalmente non corrette”, dizione che molto spesso ha coperto l'immobilismo decisionale che ormai non è più tollerabile in un settore strategico come il SSN.

Maurizio Dal Maso
Tesoriere FEMS



COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE IN ONCOLOGIA*

Mario Ferrera

Seconda parte

Quanto pesa la capacità di comunicare con il paziente rispetto alla qualità delle cure prestate? Comunicare bene presuppone delle doti innate o esse si acquisiscono con l'esperienza?

Non vi è alcun dubbio che il rapporto di fiducia ed il saper comunicare in Oncologia rappresentino condizioni indispensabili per assistere al meglio il paziente negli aspetti psicologici ed emozionali della malattia e quindi per ottenere la maggior collaborazione possibile.

È dimostrato che la qualità della comunicazione influenza il grado di soddisfazione del paziente, la sua adesione alle cure, il suo arruolamento ad eventuali trials clinici, il grado di stress e tutte le implicazioni di ordine medico-legale.

Il rapporto medico-paziente in Oncologia spazia dal campo della comunicazione verbale a quello della comunicazione non verbale. A tale scopo sono stati messi a punto sistemi di registrazione audio-video dei colloqui in grado di monitorare le dinamiche comunicative: dal tipo di scambio comunicativo alle modalità con cui il medico riferisce al paziente notizie, definite cattive, sul suo stato di salute.

Alla base di tutto il processo comunicativo, vi è il diritto del paziente ad essere informato sul proprio stato di salute ed a partecipare alle

scelte terapeutiche proposte. L'assistenza oncologica, oggi, comporta per il paziente la necessità di ricevere informazioni sempre più complesse e non sempre facilmente comprese, e per il medico maggiori attenzione e tempo da dedicare alla comunicazione.

Comunicare cattive notizie, specialmente quando si utilizzano metafore che allarmano il paziente, da un lato è fonte di stress per il medico, dall'altro porta il medico a tentare di nascondere o addolcire l'amara realtà, dribblando argomenti delicati ed importanti riguardanti la prognosi. Si è cioè portati a rassicurare falsamente il paziente, ad affermare che le cose miglioreranno e che la terapia praticata curerà efficacemente la malattia.

Esistono protocolli che possono essere d'aiuto circa il modo di dare le cattive notizie, suddividendo il processo comunicativo in una serie di passi graduali e calibrati sul singolo paziente.

Un aspetto con il quale il medico deve sempre più fare i conti è, oggi, il crescente utilizzo di Internet da parte dei pazienti. Si stima che negli Stati Uniti oltre 5 milioni di americani attingano da Internet informazioni sul proprio stato di salute. Una recente indagine dell'ASCO (American Society of Clinical Oncology) conclude che il 30% dei pazienti oncologici utilizza Internet per ottenere informazioni sul cancro. Molti di questi

pazienti utilizzano le informazioni attinte da Internet durante i colloqui con il proprio oncologo.

La convinzione degli oncologi, nonostante ciò comporti un evidente allungamento del tempo della visita, era che l'aspetto della informazione adeguata infondesse nel malato una maggiore speranza sugli esiti della propria malattia, una migliore partecipazione ai trials clinici, una migliore comprensione del proprio stato di malattia.

L'aspetto limitante, se vogliamo, era invece quello di generare nella relazione medico-paziente dei possibili rischi, quando cioè nel medico (per effetto delle domande e dell'opposizione del malato ad eventuali trattamenti proposti dal curante) sorgesse il sospetto di poter perdere la propria autorità professionale.

Ampio è il dibattito sul consenso informato, sul fatto che il paziente debba essere ampiamente informato sul proprio stato di salute e sulle decisioni da prendere. Il presupposto che una semplice firma su un modulo prestampato costituisca la prova della consapevole e volontaria accettazione della terapia, appare alquanto controverso. Alla base di tutto vi deve essere una comunicazione "efficace" tra medico e paziente, con quest'ultimo messo nella condizione di accettare, ma anche di rifiutare, la terapia. Questione certamente esposta a

* La prima parte è stata pubblicata sul Medico ospedaliero e del territorio - n.5/2008

varie considerazioni è quella se i pazienti compromessi fisicamente (od i parenti profondamente coinvolti sul piano emotivo) dalla malattia neoplastica siano realmente nelle condizioni di fornire un valido consenso informato.

Uno studio italiano, comparso su "Tumori" (2004) spiega l'elevata percentuale (87%) di consenso riscontrata nelle pazienti (donne con tumore alla mammella), che hanno aderito alla ricerca genetica dopo l'intervento chirurgico, più per il desiderio di non dispiacere i medici, piuttosto che per la fiducia sul reale significato della ricerca stessa.

Un ruolo fondamentale è quello svolto dalla comunicazione nel campo delle cure palliative, prestate nelle fasi terminali della malattia tumorale, con l'intento di alleviare lo stato di sofferenza piuttosto che di curare la malattia o migliorare la sopravvivenza.

Anche in questo caso, alla base di una buona comunicazione vi è il rapporto medico-paziente anche come rapporto fiduciario in una condizione in cui non è più in discussione il tipo di terapia, accettata o meno dal paziente, bensì la durata e qualità della vita stessa del paziente.

La raccolta di informazioni per stabilire presenza e gravità dei sintomi può essere agevolata dalla compilazione, da parte del paziente, di questionari (self-report), soprattutto sul tipo di dolore e sulla sua comparsa. Ad esempio, una rivisitazione del sintomo dolore in pazienti con tumore polmonare, oltre che stabilirne la sede, durata ed intensità, annotava che il dolore compariva con maggiore intensità allorché veniva evocato verbalmente, piuttosto che nelle annotazioni compi-

late dal paziente al momento della sua comparsa.

Oggetto di analisi e di diversi lavori è il tema della speranza, cioè di come si possa conciliare il trasmettere cattive notizie pur senza togliere al malato una qualche speranza. Retrospectivamente è stata notata angoscia e sofferenza nei pazienti e nei loro familiari quando, alla fine della chemioterapia, i clinici comunicavano che "non si poteva fare più niente".

Gli interventi di formazione sul personale che fornisce le cure, dai dati della letteratura, vengono articolati su tre livelli.

Il primo è centrato sulle "competenze per la fase terminale", su come vanno comunicate le cattive notizie sulla evoluzione della malattia.

Il secondo concerne il supporto emotivo alla morte. Spesso i pazienti rifiutano terapie aggressive e, piuttosto che prolungare una esistenza di sofferenze, possono decidere di accelerare la morte. Come vanno affrontate le richieste di una morte assistita? Su questo aspetto, si sconfinava in campo giuridico, cioè dei diritti della persona e di chi debba tutelarli, ovvero in campo etico, cioè sui Codici di comportamento della professione medica.

Il terzo livello riguarda la comunicazione interdisciplinare, la necessità cioè di migliorare la comunicazione tra medici e tra infermieri e medici.

Quello della comunicazione medica, infine, è un aspetto al centro dell'attenzione anche per i suoi risvolti medico-legali, non solo per la effettiva necessità di migliorare il rapporto medico-paziente.

Eppure, ancor oggi ci si occupa ben poco di sviluppare gli atteggiamenti e le capacità comunicative dei

medici. E proprio i medici devono riconoscere di avere molto bisogno di essere addestrati a riconoscere le esigenze di informazione dei pazienti e su come rispondere ai pazienti in un momento per loro così delicato, sintonizzandosi al meglio anche con il loro contesto familiare e culturale.

*Mario Ferrera
Oncologo Componente
"Gruppo comunicazione"
della CIMO-ASMD nazionale*

Il parere dell'avv. Fabrizio Scagliotti sull'art.72, c.11, L.133/2008



L'art. 72, c.11, del decreto legge n. 112/2008, convertito in legge n. 133/2008, consente alle amministrazioni pubbliche di licenziare, con preavviso di sei mesi, i dipendenti che abbiano maturato una anzianità contributiva di 40 anni.

Come ho accennato oralmente ad una richiesta di parere in merito formulata dal Presidente nazionale CIMO-ASMD, dott. Stefano Biasioli, la norma di legge potrebbe contrastare con diversi articoli della nostra Costituzione, violando alcuni principi.

Da un lato con il diritto al lavoro, essendo l'attività lavorativa non solo un mezzo per conseguire uno stipendio, ma una delle esplicazioni della personalità dell'individuo: consentire il licenziamento solo per il fatto di poter godere di un trattamento pensionistico, potrebbe dunque contrastare con tale principio.

Sotto altro aspetto, la piena discrezionalità di cui gode l'amministrazione contrasterebbe con il principio di imparzialità, perché lascerebbe la facoltà di licenziare solo i dipendenti ritenuti "scomodi".

La stessa normativa violerebbe anche il principio di eguaglianza, sia per le stesse ragioni di cui sopra, sia perché non distinguerebbe, ad esempio, chi ha riscattato gli anni di laurea, specialità o militare, da chi non li avesse riscattati, o non lo avesse ancora fatto.

Non nascondo che la strada "è in salita", dovendosi impugnare il licenziamento e, nell'ambito di quel giudizio, richiedere al Giudice la rimessione della questione di costituzionalità alla Corte costituzionale per contrasto con gli artt. 2, 3, 4 e 97 della Costituzione.

Consiglio quindi di avvisare gli iscritti (e non) interessati che:

a) in primo luogo è necessario impugnare, anche con atto stragiudiziale (raccomandata che espliciti l'intenzione di ritenere illegittimo il recesso), il licenziamento entro 60 giorni dal ricevimento della sua comunicazione, posto che altrimenti si potrebbe maturare una decadenza, la quale preclude ogni altra azione;

b) se lo riterranno, potranno proporre ricorso al Giudice del lavoro, chiedendo la declaratoria di illegittimità del licenziamento, sollevando nel giudizio la questione di costituzionalità come sopra prospettato;

c) chi lo ritenesse, potrebbe proporre anche ricorso d'urgenza nei confronti del licenziamento. In questo caso vi è qualche problema in più perché non è pacifico, da un lato che la questione di costituzionalità possa essere proposta in un ricorso d'urgenza "ante causam", dall'altro che il Giudice possa concedere un provvedimento cautelare in virtù della prospettata illegittimità costituzionale della norma. Vi è però un orientamento giurisprudenziale il quale consente tale tipo di pronuncia, purchè il Giudice, contemporaneamente alla concessione del provvedimento cautelare, sollevi la questione di costituzionalità.

Come ho detto, la via non è certamente facile, ma nemmeno impossibile.

Se dunque il sindacato ritenesse di appoggiare un'azione, il mio studio sarebbe disponibile a seguirla.

Gli interessati potrebbero contattarmi in primo luogo e con sollecitudine, dato il decorso del termine più sopra indicato, per farsi predisporre la lettera di impugnazione del licenziamento.

*Avv. Fabrizio Scagliotti
Padova*

PASSAGGIO DAL SISTEMA RETRIBUTIVO AL SISTEMA CONTRIBUTIVO

Umberto Celotto

Dopo l'inasprimento dei requisiti per il conseguimento della pensione anticipata (uniformati per il lavoro dipendente ed autonomo), si delinea ora una revisione ed omogeneizzazione del calcolo dei trattamenti.

Tutto ciò si ricava dai contenuti della nuova legge-delega per le pensioni presentata su iniziativa parlamentare (Atto Camera n. 1299) che propone, per la misura delle prestazioni, il passaggio dal sistema retributivo a quello contributivo anche per coloro che abbiamo maturato 18 anni di anzianità contributiva al 31/12/1995. Detto passaggio avverrebbe in pro-rata, con valutazione del sistema meno gratificante per le contribuzioni accreditate dal 1/01/2009. Si tratta di una diminuzione di non indifferente rilievo per la prestazione di spettanza, relativamente al gruppo sopra precisato, eliminandosi il beneficio già accordato agli iscritti con maggiore anzianità.

Per verificare, in concreto, il peso dell'accennata limitazione, basta considerare che il sistema retributivo garantisce il calcolo della pensione sull'ultima retribuzione di servizio (quota A) ovvero sulle retribuzioni dell'ultimo decennio di servizio (quota B), quindi in corrispondenza al top di carriera o dei rinnovi contrattuali. Il sistema contributivo, invece, fa riferimento ai contributi versati nel corrispondente periodo, peraltro insufficientemente rivalutati da coefficienti di trasformazione minimi dal 4 al 6%, già in previsione di ulteriore contenimento a decorrere dal 2010.

A maggior ragione, va precisato che, relativamente ad un'anzianità di 40 anni, il primo sistema garantisce una aliquota di rendimento dell'85% delle ultime retribuzioni di servizio (con prevedibile progressiva riduzione all'80%), mentre il sistema contributivo, a pari anzianità, farebbe decelerare il rendimento ad un'aliquota – del pari progressiva – fino al 65 o 68% delle retribuzioni finali.

In concreto, al gruppo considerato verrebbe attribuita una prestazione non più interamente retributiva ma con sistema misto: con valutazione sulle retribuzioni per gli accreditati fino a tutto il 2008 (cosa che limiterebbe il vantaggio della quota A ed i ricavi degli ultimi contratti), mentre

passerebbe a valutazione contributiva il periodo dal 2009 alla cessazione, indubbiamente di minor gratificazione, come sopra precisato.

Va, peraltro, avvertito che il nuovo calcolo verrebbe ad applicarsi (salvo diversa modifica normativa) per le cessazioni posteriori all'entrata in vigore dell'accennata modifica. Peraltro, in rapporto all'accennata progressione, può assicurarsi che la riduzione del trattamento, nel decorso del primo anno di applicazione del nuovo calcolo (quindi l'intero 2009), non sarebbe di particolare rilievo.

Va anche precisato che la norma in questione non troverebbe applicazione per coloro che cessassero entro il 31/12/2008, ed altresì nei confronti di chi avesse totalizzato 40 anni di accrediti già alla predetta data. Quanto alla procedura di approvazione del nuovo provvedimento parlamentare, va detto che l'Atto Camera n. 1299 è attualmente in assegnazione alla Commissione Lavoro (ma non risulta ancora calendarizzato per le fasi successive, per cui – anche in considerazione che si è in presenza di una legge-delega che rimanda ad un decreto attuativo del Governo – è prevedibile che la relativa approvazione si abbia solo nel corso avanzato del prossimo anno).

Si è già detto del notevole effetto di tale limitazione, che toglie una tutela quesita ad un gruppo di iscritti che rappresenta oltre il 20% del totale INPDAP; questi vedrebbero degradato il proprio trattamento a sistema misto con effetto ex nunc ma, in ogni caso, dieci anni prima del limite di durata del sistema retributivo.

Da qui, la necessità di una forte pressione in emendamento alla nuova proposta, che porti a spostare in avanti la data del 1/01/2009, quantomeno a quella dell'entrata in vigore della nuova legge, a mente delle disposizioni preliminari al codice civile che stabiliscono l'irretroattività, di norma, degli effetti anche in materia previdenziale.

Ma non è neppure da escludere un più saggio ripensamento da parte dell'Organo legislativo, tendente allo stralcio totale della norma in argomento, come del resto già avvenuto in occasione dell'analoga proposta del Governo Prodi nel corso del 1997.

LE NOVITÀ PREVIDENZIALI DELLA LEGGE 6 AGOSTO 2008, N. 133

Umberto Celotto

Dopo la legge di riforma n. 247/2007 (collegato sul welfare) è continuato, nel 2008, lo stillicidio di nuove regole previdenziali.

Tra esse, fermiamo ora l'attenzione sul decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni in legge 6 agosto 2008, n. 133, che ha determinato modifiche in merito al regime di cessazione dal servizio dei dipendenti pubblici, con conseguenti riflessi pensionistici. Ciò in attesa di una nuova legge di delega sulle pensioni, che arriverà in discussione al Parlamento l'anno prossimo, di ben più rilevante portata limitativa.

Tornando al *de jure condito*, esaminiamo le varie fattispecie previste dall'art. 72 della richiamata legge n. 133/2008.

1. Detto art. 72, al comma 7, limita notevolmente la facoltà concessa dalla legge Amato del 1992 (D.Lgs. 503/1992), di chiedere il trattenimento in servizio per il biennio dai 65 ai 67 anni, già con rilievo di diritto potestativo (ossia non denegabile dall'Ente). A partire dal 2009, è attribuita alle amministrazioni di appartenenza la valutazione e la concessione del prolungamento in discorso in rapporto all'utilità dell'attività svolta dal singolo dipendente interessato, nonché alle proprie esigenze organizzative. Proceduralmente, la richiesta del biennio dovrà essere avanzata da uno a due anni prima dell'attuale limite (65 anni), in luogo del semestre statuito in precedenza. Viene, tuttavia, conservata validità al prolungamento già concesso con provvedimento anteriore all'entrata in vigore del decreto-legge (25 giugno 2008), nonché a quelli disposti per le domande presentate entro il 25 dicembre 2008.

Comunque, le amministrazioni di appartenenza potranno rideterminare, alla luce delle peculiari esigenze organizzative e funzionali, i provvedimenti di proroga del servizio già concessi a decorrere dall'1° gennaio 2009.

Dal 2010, poi, - per chi ha già chiesto il trattenimento - sarà necessario, altresì, riprodurre domanda in tal senso all'Ente, che opererà in rapporto ai criteri introdotti dalla nuova legge.

2. Il comma 11 dell'art. 72 in argomento, prevede, sostanzialmente, una modifica al limite massimo di età che, di regola, è ora fissata ai 65 anni per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni: in concreto, l'Ente avrà facoltà di

determinare una cessazione anticipata dal servizio nei riguardi di coloro che abbiano maturato 40 anni di anzianità contributiva (servizio + riscatti vari).

Proceduralmente, ove ricorra l'ipotesi, l'Ente dovrà notificare all'interessato apposito preavviso almeno 6 mesi prima della data utile per il collocamento a riposo.

Rimangono inalterate le disposizioni attualmente vigenti (ivi comprese quelle sulle finestre) quanto alla decorrenza del trattamento pensionistico maturato.

Vale considerare che tutto ciò costituisce una grossa lesione al limite di età del dipendente. Resta, quindi, esclusa ogni valutazione interpretativa in via estensiva con particolare riguardo all'impossibilità di far luogo al preavviso in epoca anteriore alla totalizzazione dei 40 anni utili.

3. Per completezza, merita cenno anche il disposto dei commi dall'1 al 6 dell'art. 72.

Dette norme prevedono, per il prossimo triennio (2009-2011), la possibilità - per il dipendente che abbia maturato almeno 35 anni di servizio utile e fino alla data di compimento dell'anzianità contributiva massima di 40 anni - di chiedere l'esonero anticipato dal servizio. Durante detto esonero, l'interessato potrà godere di una retribuzione pari al 50% di quella in godimento (base + accessori alla data dell'esonero) con possibilità di attribuzione, poi, del trattamento di pensione calcolato anche sul periodo di esonero, ma sempre sulla retribuzione goduta nel precedente periodo di servizio effettivo.

Particolare importante è che detta facoltà viene attribuita ai dipendenti statali e degli Enti pubblici non economici ma non riguarderà il personale degli Enti locali territoriali (Regioni, Province, Comuni), delle ASL e della Scuola.

Al solito, è da lamentare un'evidente disparità di trattamento tra i lavoratori, stavolta nell'ambito dello stesso settore pubblico. Va considerato, poi, che se la facoltà in argomento potrà recare dei vantaggi minimi (compreso il cumulo di attività), essi verranno tuttavia annullati con il decorso del minor trattamento di pensione e di reversibilità.

Facile prevedere (essendo già avvenuto per altre ipotesi di bonus) un flop, rispetto alle aspettative di contenimento di spesa pubblica oltre che in riferimento al preteso ricambio generazionale anticipato.

QUANTO VALE UN SINDACATO

Giuseppe Riccardo Spampinato

Un "Piano di rientro", per la Sanità siciliana, è comunque un evento drammatico e certamente ad alto rischio, sia per i cittadini utenti sia per il personale sanitario, medici compresi, che operano nel Servizio sanitario regionale stesso.

Gli eventi degli ultimi mesi, con l'insediamento del nuovo Governo, nazionale e regionale, con la necessità di predisporre in fretta un Piano e con gli atti conseguenti di riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, hanno visto l'Assessore alla Sanità, ed uno staff da lui stesso individuato, impegnati in una corsa contro il tempo, che non poteva che portare ad una assoluta mancanza di confronto con le parti sociali e sindacali, ed ancor meno con le OO.SS. della dirigenza medica, sentite solo dopo dure sollecitazioni, una sola volta e quasi con fastidio.

C'era fretta di presentarsi a Roma con un progetto che garantisse l'erogazione delle risorse nazionali; bisognava evitare la bancarotta.

Bene, si può anche capire, ma altra cosa è subire passivamente.

Finalmente esce la stesura definitiva del Piano, un vero e proprio atto di radicale rimodulazione e riordino della Sanità pubblica siciliana, che va ben al di là di un ragionevole Piano di rientro, rappresentando una "extrapetita" incomprensibile, con numeri tali da far tremare i polsi: drastica riduzione delle A.O. (da 29 a 14); taglio di 5.700 posti letto per acuti; riduzione di circa il 20% delle U.O.C.; chiusura dei presidi ospedalieri sotto i 200 posti/letto (sono 17, in Sicilia); chiusura di almeno sette Cliniche private accreditate (ma esse hanno già ottenuto la sospensiva dal TAR); creazione sul territorio di PTA in sostituzione dei presidi ospedalieri soppressi, ecc., ecc..

Tutto questo senza alcuna informazione preventiva, né consultazione, né confronto, insomma qualcosa che potesse definirsi "relazione sindacale corretta". Sono state ignorate tutte le richieste di ulteriori incontri, le nostre diffide, le minacce di denuncia, ecc.. Tutto, invano.

Beh, ci siamo detti, allora facciamo un incontro tra tutte

le Sigle sindacali dell'area medica, cerchiamo di far fronte comune, l'Assessore non potrà non sentirci...

Appuntamento ad Enna, centro della Sicilia, sede scomoda per tutti, secondo il principio della "par condicio". Tutti convocati, tutti presenti, dalla ANPO-FIALS alla CGIL-medici, dalla CIMO-ASMD alla ANAAO, al SMI, ecc., ecc. Sono le ore 16,00 di giovedì 8 ottobre: ci giochiamo il nostro futuro.

Nei momenti difficili come questi, bisogna essere uniti, far fronte comune, abbandonare le diversità di impostazione ideologica, filosofica o politica, per poi uscire con una proposta forte e unitaria. C'è in gioco non solo il futuro della Sanità pubblica siciliana, ma anche il ruolo professionale dei medici, forse anche il nostro posto di lavoro; insomma c'è tutto per dover essere uniti.

Alle ore 16,15 inizia l'incontro. Il Collega Segretario regionale della CGIL-medici chiede di parlare, è visibilmente trafelato, stanco, ed esordisce all'incirca in questo modo: "Vengo dalla riunione, tenuta in Assessorato a Palermo, tra l'Assessore alla Sanità ed i Segretari regionali dei sindacati confederali CGIL, CISL, UIL, FIALS, CONFISAL, ecc., ecc.

Le suddette Confederazioni, all'unanimità, hanno dato pieno appoggio e plaudito al disegno presentato dall'Assessore, atto coraggioso di riorganizzazione e razionalizzazione del S.S.R.. Per tale ragione preliminarmente dichiaro che né io né gli altri qui intervenuti Segretari regionali di CISL-medici, UIL-medici, ANPO-FIALS, possono disconoscere quanto dichiarato e sottoscritto dai rispettivi Segretari confederali".

Silenzio tombale, quasi surreale, interrotto dal Collega della CISL-medici: "Ma questo, quando è successo?". Pronta la risposta: "Stamattina, ho già detto che la riunione è terminata alle 14, vengo da lì ed ero presente; ogni tanto vengo convocato come componente della Segreteria regionale confederale; hanno firmato tutti. Ma perché, Tu non ne sapevi nulla?". "Per niente", replica ignaro il Collega cislino.

"Neanche io, lo sapevo", esclama il Segretario regionale della UIL-medici, guardando preoccupato il Collega dell'AMCO. "E tu?", rivolgendosi al Presidente regio-

nale dell'ANPO-FIALS. "Nemmeno per sogno", risponde questi, quasi a discolarsi.

Non so se ridere o infuriarmi; mi alzo, sorrido, stringo la mano a tutti poi esclamo "Mi permetto di dirVi che è stata proprio una bella riunione intersindacale; ho incontrato vecchi amici; ottimo il caffè, ma la CIMO-ASMD è un'altra cosa; noi non abbiamo un Capo che decide per noi, senza nessun confronto, e anche se lo avessimo di tal fatta, lo potremmo comunque smentire, addirittura sfiduciare; Voi no, non potete, avete un Capo confederale che decide per Voi, senza consultarVi, né informarVi; avete preparato comunicati di fuoco, pronti per la lotta di piazza ed ora sgonfiati; non esistete, non pesate, siete eterei. Noi andremo da soli, deciderà una Segreteria regionale convocata ad hoc se plaudire all'operato dell'Assessore o se opporci in tutte le Sedi possibili; lo faremo senza sudditanza ai bisogni dei Partiti politici e dei loro rappresentanti; noi infatti rappresentiamo solo i medici, non tutto il Comparto sanitario, non i pensionati, ma solo i medici, quelli che operano sul campo (diventato trincea), quelli che rischiano quotidianamente. Una cosa però mi avete regalato, cioè una certezza, che da sempre ho avuto ed ho espresso in tutte le sedi politiche e sindacali: il medico che si iscrive ad un sindacato confederale, regala la propria rappresentanza a chi non può (e direi addirittura non deve) avere a cuore le sorti della dirigenza medica, forza e categoria minoritaria nel Comparto sanitario, ed ancor più evanescente e mal sopportata perché (così si dice) siamo ricchi e borghesi, non come quei poveri lavoratori e pensionati, nel quadro di una grande Confederazione. Ma cosa ci state a fare?"

Non oso rispondermi, ma molti di Voi lo sanno: state a fare l'appendice del Partito politico di riferimento, da cui avete assimilato un ruolo ambiguo, una falsa democrazia, tutte le degenerazioni possibili.

Avremmo avuto bisogno (mai come in questa occasione) di essere uniti, di far fronte comune, di avere una proposta unitaria per il bene della nostra categoria e soprattutto della Gente, a cui solo noi diamo e daremo risposte concrete di salute, ed invece no; e così andremo da soli, come sempre....

Insomma, cari "amici" confederali, ci avete insegnato che anche l'unità dei lavoratori (perché anche noi medici siamo dei lavoratori) non è più un valore.

STUDIO PROFESSIONALE INTERREGIONALE CREA GRUPPO DI LAVORO IN TORINO DEDICATO AI PROBLEMI DI LAVORO DEI MEDICI

SINACTA, associazione tra avvocati e commercialisti già operante con oltre 70 professionisti in Milano, Bologna, Lecco e Padova, dopo l'apertura della sua sede torinese nel 2006, ha costituito presso quest'ultima un pool di legali e commercialisti dedicato alle problematiche del lavoro non solo di enti e imprese, ma soprattutto dei liberi professionisti ed in particolare dei medici, anche dipendenti ospedalieri e del territorio.

Questo Gruppo di lavoro è guidato dall'avv. Stefano Pes, che ha una lunga esperienza della materia medico-ospedaliera, anche per avere operato per circa dieci anni, a cavallo degli anni '80 e '90, come primo legale di riferimento della CIMO piemontese. Fra i suoi collaboratori operano l'avv. Stefano Pugno ed il patrocinatore legale dott. Alberto Sizia, nonché il dott. Stefano Scagnelli per la parte commercialistica.

Attraverso il lavoro coordinato in team multispecialistici, **SINACTA** si propone come un'unica realtà di consulenza ed assistenza a tutto campo che integra, in un'azione sinergica e con teams interdisciplinari costituiti anche su varie sedi, le competenze giuridiche, finanziarie ed economiche di vari tipi di professionisti.

La sede Sinacta di Torino è in Corso Stati Uniti 41
(tel. 011.549846 - fax 011.542627sinacta.to@sinacta.com),
presso cui operano usualmente l'avv. Pes ed i suoi collaboratori.

Gli stessi professionisti, insieme ad altri Colleghi, ricevono all'occorrenza anche presso le seguenti altre sedi:
- Milano V. Larga 15 - tel. 02583401 fax 0258340501;
- Bologna V. Costa 228 - tel. 0516176711 fax 0516176777;
- Lecco V. Balicco 61 - tel. 0341294111 fax 0341294194;
- Padova P.za Salvemini 7 - tel. 0498762151 fax 0498764558.

C.S.d

QUALCOSA DI NUOVO IN SALA OPERATORIA

**APPROVATO NELL'UNIONE EUROPEA SUGAMMADEX, PRIMO E UNICO
ANTAGONISTA SELETTIVO DEI MIORILASSANTI**

Sugammadex permetterà agli anestesisti di antagonizzare rapidamente il rilassamento muscolare, da quello moderato al più profondo – È il primo farmaco registrato da Schering-Plough dopo l'integrazione con Organon BioSciences

La Commissione Europea ha approvato Sugammadex, primo e unico antagonista selettivo dei miorellassanti (*selective relaxant binding agent, SRBA*) e primo autentico progresso farmacologico in campo anestesilogico da vent'anni a questa parte. Sugammadex è indicato per antagonizzare di routine due miorellassanti di uso comune, rocuronio o vecuronio, per l'antagonizzazione immediata di rocuronio negli adulti e per antagonizzare di routine rocuronio nei bambini e negli adolescenti di età compresa tra 2 e 17 anni. Rocuronio e vecuronio vengono somministrati nel corso dell'anestesia generale per rilassare la muscolatura del paziente durante l'atto chirurgico.

Sugammadex agisce in modo del tutto innovativo, incapsulando la molecola del miorellassante e rendendola così inattiva. È stato specificamente progettato per antagonizzare in pochi minuti il rilassamento muscolare (sia moderato sia profondo) indotto da rocuronio o vecuronio in corso di anestesia generale. Per questo motivo, Sugammadex mette in grado l'anestesista di esercitare un maggiore controllo sulla profondità del rilassamento muscolare fino al termine dell'intervento chirurgico. Sarà così possibile migliorare le condizioni di sicurezza in sala operatoria durante i milioni di interventi in cui si usano questi miorellassanti.

«L'approvazione di Sugammadex rappresenta per gli anestesisti e per i loro pazienti il primo vero progresso da vent'anni a questa parte ed è potenzialmente in grado di imprimere una svolta alla pratica anestesilogica» ha dichiarato Thomas P. Koestler, vice presidente esecutivo e presidente dello *Schering-Plough Research Institute*. «È la prima approvazione di rilievo dal momento della nostra integrazione con Organon BioSciences, e per Schering-Plough si tratta di un traguardo importante. È un'ulteriore conferma al valore dell'integrazione, formalizzata solo nel

novembre 2007, ma che sta già dando un contributo positivo alle nostre attività».

Sugammadex entra in azione rapidamente e può essere utilizzato nelle situazioni critiche in cui è necessario antagonizzare subito rocuronio. Negli studi clinici su Sugammadex, la mediana del tempo di antagonizzazione di rocuronio è stata di circa tre minuti.

Un miorellassante svolge nell'anestesia generale varie funzioni critiche. Gli anestesisti impiegano il rilassamento muscolare per migliorare le condizioni chirurgiche e facilitare l'intubazione e la ventilazione meccanica. Gli antagonisti bloccano l'effetto dei miorellassanti, permettendo ai pazienti di riacquistare in breve tempo la normale contrattilità muscolare e riprendere la respirazione spontanea. Ma gli antagonisti attualmente disponibili sono lenti e il loro uso si associa ad alcuni effetti collaterali indesiderati, tra cui disturbi del ritmo cardiaco ed eventi avversi gastrointestinali e respiratori.

«Prima dell'avvento di Sugammadex non era possibile antagonizzare rapidamente il rilassamento muscolare dal livello moderato a quello più profondo in corso di anestesia generale» ha commentato Rajinder Mirakhur, docente di Anestesiologia alla Queen's University di Belfast, Irlanda del Nord e coordinatore del programma di studi clinici di Sugammadex. «Adesso invece abbiamo la massima flessibilità nell'indurre e mantenere con rocuronio o vecuronio il necessario rilassamento muscolare per tutto il tempo che serve al chirurgo, e antagonizzare rapidamente il rilassamento stesso con Sugammadex quando necessario».

Lo conferma anche Pasquale Mastronardi, ordinario di Anestesia e Rianimazione dell'Università di Napoli "Federico II": «Sugammadex ha un significato clinico importantissimo per tutte le condizioni in cui la presenza

di un blocco neuro-muscolare impatta con la mancata intubazione tracheale del paziente e la persistente difficoltà a ventilarlo, come può avvenire in fase di induzione dell'anestesia» testimonia in prima persona il docente campano. «Sono situazioni drammatiche che, allo stato attuale delle conoscenze, si possono correggere solo con manovre invasive sulla trachea per procurare nel più breve tempo possibile una via di accesso alla ventilazione. Sugammadex dovrebbe consentire di superare facilmente questa impasse, proprio perché in due-tre minuti, se è stato impiegato un miorellassante steroideo, il nuovo farmaco può revertire facilmente l'azione del blocco e quindi aiutare l'anestesista a recuperare le funzioni ventilatorie del paziente che gli è stato affidato».

Gli studi clinici di registrazione di Sugammadex

L'approvazione di Sugammadex da parte della Commissione Europea fa riferimento a un ampio database di ricerca clinica che ha coinvolto circa 1.800 pazienti e volontari negli studi SIGNAL, AURORA e SPECTRUM. Lo studio SIGNAL ha arruolato pazienti adulti sottoposti a intervento chirurgico, cui è stato somministrato rocuronio a dose standard per consentire l'intubazione seguito da dosi di mantenimento al bisogno. Quando si osservavano 1-2 conte post-tetaniche (*post-tetanic counts, PTC*) dopo stimolazione neuromuscolare (blocco profondo), i pazienti erano trattati con Sugammadex o neostigmina più glicopirrolato (un comune schema terapeutico antagonista). Nello studio SIGNAL, la mediana del tempo necessario ad antagonizzare il rilassamento muscolare fino a un rapporto di *train-of-four* (TOF) pari a 0,9 è stata di 2,7 minuti nel gruppo sugammadex contro 49,0 minuti nel gruppo neostigmina/glicopirrolato.

Lo studio AURORA ha arruolato pazienti adulti sottoposti a intervento chirurgico, che hanno ricevuto rocuronio a dose standard per consentire l'intubazione seguito da dosi di mantenimento al bisogno. Alla ricomparsa della seconda contrazione (T2) in una stimolazione TOF (blocco moderato), i pazienti hanno ricevuto Sugammadex o neostigmina più glicopirrolato. Nello studio AURORA, la mediana del tempo necessario ad antagonizzare il rilassamento muscolare fino a un rapporto di *train-of-four* (TOF) pari a 0,9 è stata di 1,4 minuti nel gruppo Sugammadex contro 17,6 minuti nel gruppo neostigmina/glicopirrolato.

Lo studio SPECTRUM è stato condotto su pazienti adulti sottoposti a intervento chirurgico per studiare l'antagonizzazione immediata del rilassamento muscolare. I pazienti

sono stati assegnati casualmente al trattamento con rocuronio più Sugammadex o al miorellassante succinilcolina, che ha un esordio rapido e una breve durata d'azione. Lo studio ha dimostrato che l'uso di rocuronio seguito da Sugammadex rappresenta un'efficace alternativa alla succinilcolina.

L'approvazione di Sugammadex da parte della Commissione Europea fa seguito all'opinione positiva espressa lo scorso maggio dal *Committee for Medicinal Products for Human Use* (CHMP) dell'*European Medicines Agency* (EMA).

Sugammadex

Sugammadex, primo e unico antagonista selettivo dei miorellassanti (SRBA), è il primo grande progresso farmacologico nel campo dell'anestesiologia da vent'anni a questa parte. È stato progettato in modo specifico per antagonizzare rapidamente il rilassamento muscolare da moderato a profondo indotto da due miorellassanti di uso comune, rocuronio bromuro o vecuronio bromuro, che possono garantire un superiore controllo anestesiológico sul rilassamento muscolare durante e dopo l'atto chirurgico. Gli anestesisti usano i miorellassanti per migliorare le condizioni chirurgiche e facilitare l'intubazione e la ventilazione meccanica. Sugammadex ha un meccanismo d'azione del tutto innovativo: incapsula la molecola di miorellassante e la rende inattiva, la qual cosa permette al paziente di tornare più in fretta alla piena funzionalità muscolare e alla respirazione spontanea.

Negli Stati Uniti è stata presentata per Sugammadex una *New Drug Application* (NDA) alla *Food and Drug Administration* (FDA), che ha concesso al farmaco lo status di revisione prioritaria. Lo scorso marzo l'*Advisory Committee on Anesthetics and Life Support* dell'FDA ha raccomandato all'unanimità l'approvazione di Sugammadex. In Giappone è stata presentata al Ministero della Salute, del Lavoro e del Welfare (MHLW) una *New Drug Application* per ottenere l'autorizzazione all'immissione in commercio ed è attualmente in corso la procedura di revisione.

Schering-Plough è divenuta titolare di Sugammadex in seguito all'acquisizione di Organon BioSciences nel novembre 2007.

MEDICI, ERRORI, PROCESSI: IL FENOMENO DELLA "MALPRACTICE" IN GRANDE CRESCITA!

Luca Dimasi



In Italia è purtroppo in continua crescita la malpractice medica. Tuttavia, gli errori medici non sono necessariamente indice di una sanità in crisi, quanto il risultato dell'evoluzione della relazione medico-paziente. A far crescere i costi sociali, compresi quelli assicurativi e da medicina difensiva, è la dissociazione errori-responsabilità.

I pazienti che sono o si ritengono vittime degli errori dei medici intentano cause penali o civili nei confronti di questi ultimi e la situazione è diventata sconvolgente, ma più impressionanti sono alcune considerazioni che se ne dovrebbero trarre. Basta guardare la cifra delle cause che i pazienti hanno intentato nei confronti della categoria medica: quindicimila all'anno!

Alla fine di luglio 2007, qualche sporadico trafiletto riportava che la Camera dei Deputati aveva approvato l'istituzione di una Commissione d'inchiesta sugli errori in sanità, per avviare un'indagine sulla quantità e gravità degli errori medici nelle strutture ospedaliere, pubbliche e private.

Tuttavia, già nel febbraio 2006 il ministero della Salute aveva costituito un gruppo di lavoro per la sicurezza dei pazienti, il cui rapporto sul monitoraggio degli eventi avversi, delle polizze assicurative e degli errori medici, non è stato ancora reso noto.

Un'emergenza da malpractice medica è presente anche in Italia ormai da qualche anno.

Un vecchio rapporto del 2002 denunciava che su 8 milioni di ricoverati annui nelle strutture sanitarie italiane, ben

320mila avrebbero riportato danni o malattie legati alle terapie o diagnosi subite durante la degenza e danni che risulterebbero "fatali" per un numero di persone stimato tra 14mila e 50mila.

Nell'ultimo anno, sarebbero circa 15mila le cause pendenti per errore medico, per un totale di 2,5 miliardi di risarcimenti!

È stato calcolato che un ospedale di un centro abitato di 50mila persone debba pagare un premio assicurativo che oscilla attorno a € 750.000,00 e che può arrivare fino a € 1- 3 milioni in caso di strutture più ampie. Una stima più recente, resa nota dal Ministero della Salute nel 2006, quantificava in € 538.076.799 il totale dei premi pagati dalle strutture sanitarie.

Del resto, di una legislazione che regoli la responsabilità medica si è molto discusso a partire dal 2000, senza però arrivare ad un testo finale.

A livello "locale" ci sono state le prime risposte operative. Ad esempio, dal 2004 la Lombardia ha promosso un sistema di mappatura dei sinistri all'interno del servizio sanitario regionale per munirsi di una valutazione all'interno dei propri ospedali, mentre in Piemonte è stato costituito un fondo comune di copertura per colpa grave, a partecipazione obbligatoria delle ASL. La Toscana si è adoperata per dar vita a un osservatorio sulla malpractice e un'iniziativa analoga è stata seguita dalla Seconda Università di Napoli, in collaborazione con altri Atenei italiani.

segue a pag. 34



**ASSOCIAZIONE
SINDACALE
MEDICI
DIRIGENTI**

in convenzione con
Club Medici

I Club Medici continua la sua collaborazione con CIMO con nuovi servizi, nuove convenzioni, nuove modalità di adesione.

Una novità importante per il 2008 è la possibilità di iscrivere gruppi di medici al CLUB (per un minimo di 25) con quota pro-capite annua di € 5,00 anziché € 40,00. Adesioni collettive quindi per gli iscritti CIMO, che potranno anche con questa formula accedere a tutte le convenzioni e a tutti i servizi del CLUB MEDICI, compreso l'abbonamento bimestrale alla rivista "Club Medici News" e ad un buono viaggi del valore di € 50,00.

Ricordiamo che il Club gestisce direttamente i seguenti servizi: quelli bancari (*mutui agevolati, leasing, finanziamenti, cessioni del V° dello stipendio*), gli assicurativi (*dalla polizza di Responsabilità Civile Professionale del Medico, alla RC della famiglia, alla polizza infortuni, sanitaria, dell'auto, etc...*) e quelli turistici (*organizzazione e prenotazione di qualsiasi viaggio, con i migliori tour operators, alberghi, villaggi turistici, etc. ai migliori prezzi*). Inoltre innumerevoli sono le convenzioni commerciali con catene alberghiere, società, hotel, noleggio auto a lungo termine, negozi etc, direttamente fruibili con l'esibizione del tesserino del club.

Il sito internet, www.clubmedici.it, è un ulteriore strumento a disposizione per conoscere la gamma delle proposte e delle offerte. Di particolare interesse all'interno del sito è il servizio della "Piazza di Ippocrate", platea interattiva limitata allo scambio di merci e servizi esclusivamente tra medici.



MUTUOK

Spread agevolato %
cambia il TUO MUTUO a ZERO SPESE

Come usufruire di tale vantaggio?

Prima di andare in Banca, richiedi al Club la lettera di accredito con il relativo codice per le speciali condizioni agevolate, in assoluto le più convenienti del mercato. Scegli uno tra gli **8.000 sportelli bancari convenzionati** presenti sul territorio.



Per te

fino a € 100 mila in esclusiva
per medici di famiglia, pediatri,
specialisti, ospedalieri e pensionati

- Riservato, a firma singola, è strettamente personale e non è richiesta la garanzia di un eventuale coniuge ed è sempre concesso;
- Importo massimo, € 100.000 erogati entro 10 giorni lavorativi;
- Anticipo, fino ad € 15.000 anche in 3 giorni lavorativi;



ASSI CURATI

con il Club

Nuova convenzione CLUB MEDICI
a copertura delle spese sanitarie
Cassa di Assistenza Sanitaria "Sanint"

- Non è necessario presentare alcuna dichiarazione sullo stato di salute
- Nessun questionario anamnestico da compilare
- La copertura non prevede periodi di carenza per l'attivazione delle garanzie



i viaggi di Eleonora

- Consulenza e servizio prenotazioni;
- Viaggi individuali e di gruppo (agevolazioni e sconti fino al 30% anche per familiari e amici dei Soci);
- Offerte speciali per chi si registra alla newsletter del Club (per effettuare la registrazione basta collegarsi all'indirizzo internet www.clubmedici.it).



extra Club

...ideale per
acquisti sicuri
sul web

Vantaggi:

- è GRATIS per sempre
- è un FIDO permanente di € 3mila
- tan e taeg agevolati

la carta è attivabile
presso tutte le sedi
del Club Medici

iscriviti ora!

Quota associativa annua
per gli iscritti SMI

~~€ 70~~ € 40

Quota associativa per iscrizioni
di gruppo (minimo 25)

~~€ 40~~ € 5

comprensiva di abbonamento annuale a
CLUB MEDICI News

www.clubmedici.it



Club Medici

Sede Nazionale:
Via Giuseppe Marchi, 10
00161 Roma

IL CLUB AL SERVIZIO DEL MEDICO

Consulenza, assistenza, preventivi e istruttoria pratiche.

06 info e preventivi
8607891
CLUB MEDICI

segue a pag. 32

Anche le Associazioni mediche hanno iniziato a reagire, preoccupate del crescente numero di procedimenti giudiziari che vede coinvolti i propri membri e del conseguente aumento dei premi delle polizze assicurative.

Accanto alla costituzione dell'associazione dei medici accusati ingiustamente di malpractice (Amami), a partire dal 2005, l'Ordine dei Medici di Roma ha aperto, in collaborazione con l'Ordine degli avvocati e la Corte d'appello, uno sportello di conciliazione (Progetto Accordia) per cause di responsabilità medica (esclusivamente per procedure civili) il cui valore non superi i € 50.000,00 e all'interessante iniziativa hanno aderito alcune delle primarie Compagnie di Assicurazione.

I termini dei problemi, tuttavia, vengono ancora troppo spesso fraintesi o alterati dalle parti coinvolte e la loro chiarificazione costituisce la premessa necessaria per individuare proposte con un approccio di tipo "nazionale" e di cui si dovrebbe occupare la Commissione parlamentare.

Quando si parla di malpractice medica occorre innanzitutto essere consapevoli che non c'è consenso neppure sul come definire l'errore medico; lo dimostra anche l'esperienza di altri Paesi, Stati Uniti in testa, che da quasi un trentennio hanno tentato un approccio analitico alla questione.

È comunque certo che "errori medici" (e loro costi) non devono essere interpretati necessariamente come indici di una sanità in crisi, bensì come il risultato dell'evoluzione che ormai da un decennio, anche in Italia, caratterizza la relazione medico-paziente.

Da questa evoluzione è derivata una contraddizione di fondo: crisi da malpractice (per le finanze sanitarie) non sono univocamente associabili ad un aumento del numero degli errori medici, ma vanno analizzate tenendo conto dell'aumento del numero delle richieste di risarcimento contro i medici.

In sanità, errore non coincide sempre con responsabilità e da questa dissociazione (responsabilità senza errore ed errore senza responsabilità) deriva un aumento esponenziale dei costi in termini sociali.

La corrispondenza cessa, principalmente, a causa dello

sgretolamento del rapporto di fiducia medico/paziente e di un aumento della litigiosità, indipendentemente dalla qualità del sistema sanitario e di quello legale. Infatti, pur in presenza di diversi sistemi di incentivi forniti dalle varie forme di responsabilità civile, i sistemi sanitari risultano caratterizzati dal fenomeno degli errori senza responsabilità. La patologia, spesso associata alla mancanza di un adeguato controllo interno tipico di logiche corporative, sposta rischio e costo degli errori totalmente sulla parte più debole del rapporto medico-paziente.

D'altra parte, sistemi sanitari diversi, per esempio quelli di Usa e Regno Unito (ma certamente anche il nostro), sono afflitti dai costi generati da comportamenti del personale sanitario che potremmo definire "di difesa" nei confronti di casi particolari di responsabilità senza errori.

A questi costi, cui vanno aggiunti quelli assicurativi veri e propri (aumento delle polizze, sino alla grande difficoltà di trovare coperture adeguate) destinati a crescere nei bilanci delle nostre Asl, si è cercato di rispondere sinora con il cosiddetto risk management, in cui i medici vengono equiparati a piloti d'aereo e l'attività medica subisce un lento processo di ingegnosità.

Se i "protocolli" funzionano nel garantire livelli prefissati di igiene nelle corsie e nelle sale operatorie, come raggiungere la stessa certezza nel definire lo standard della "più sicura assistenza al parto"?

Il primo compito sarebbe quello di procedere a una ricognizione pratica nazionale del fenomeno, in cui la definizione di errore non può ridursi a un generico mutamento dal risultato atteso.

Allo stesso tempo, si dovrebbe effettuare un approfondimento più adeguato sull'incidenza dei rimborsi delle assicurazioni per casi di malpractice medica, ad esempio, quale percentuale rappresentano sul totale dei risarcimenti pagati dalle Compagnie di assicurazione? Quale è l'andamento del contenzioso e la risoluzione delle controversie?

Per questo, ci dovrebbe essere l'urgenza di sollecitare con una forte sensibilità nazionale, il problema della malpractice in campo sanitario.

G. QUICI
**I RISCHI, GLI ERRORI E LA SICUREZZA
NEGLI OSPEDALI IN 1600 DOMANDE**

 **CIC Edizioni Internazionali**

Volume brossurato
Contiene CD-Rom
f.to cm.15 x 21
€30,00



notizie e commenti brevi

Con decreto a firma del Ministro Sacconi, tra l'11 e il 12 settembre sono stati nominati Commissari straordinari di INPS, INPDAP ed INAIL i rispettivi Presidenti Antonio Mastropasqua, Paolo Crescimbeni e Fabio Sartori. I Commissari, che avranno i poteri del Consiglio di amministrazione fino al 31/03/2009, dovranno predisporre un piano industriale condiviso dei tre Istituti, anche al fine di realizzare, per i prossimi 10 anni, gli obiettivi di risparmio (350 milioni/anno di euro) necessari per coprire parzialmente i maggiori oneri previdenziali indotti dalla riforma Prodi-Damiano (trasformazione dello "scalone Maroni" in più "scalini" per le pensioni di anzianità).

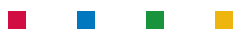


A metà settembre 2008, con la bancarotta della Banca americana Lehman Brothers, con il salvataggio della Merrill Lynch da parte di Bank of America, con il crollo del colosso assicurativo Aig, ecc., è esplosa la crisi finanziaria americana, che covava da più di un anno, contagiando così i mercati finanziari e le Borse mondiali (che hanno subito "traccolli" storici) ed anticipando una recessione economica, che sarà globale e dolorosa, per tutti. Di fronte a tanto sfascio, risultano ridicole le parole (di oggi e di ieri) dei politici e degli economisti, nostrani e non.



Il 23 settembre il Consiglio dei Ministri ha approvato il disegno di legge finanziaria per il 2009, che consta di soli tre

articoli e che traduce in tabelle le norme contenute nel d.l. 112/2008, convertito con modificazioni nella legge 133/2008, cioè la cosiddetta "manovra d'estate", che di fatto ha anticipato la legge finanziaria 2009 (che ora inizierà l'iter di approvazione dalla Camera).



Nella seconda metà di settembre, con una appendice il 31 ottobre 2008, è andata in onda la "telenovela" Alitalia. Dopo la costituzione della newco CAI (Compagnia Aerea Italiana), presieduta da Roberto Colaninno, si è giunti ad un primo accordo tra sindacati del settore e CAI il 25 settembre, a Palazzo Chigi. In allora, gli ultimi "a cedere" erano stati CGIL, gli assistenti di volo ed i piloti, a cui è stato riconosciuto lo "status" di dirigenti. Ma alla vigilia del termine ultimo (31 ottobre) di presentazione, da parte della CAI, dell'offerta d'acquisto al Commissario Augusto Fantozzi per l'acquisizione dei beni e degli asset di Alitalia, scongiurandone così il fallimento, hanno fatto "marcia indietro" i sindacati degli assistenti di volo e dei piloti, che non hanno sottoscritto i contratti di categoria collegati all'offerta vincolata della CAI. Solo la responsabilità dei sindacati sottoscrittori (CGIL, CISL, UIL ed UGL) e le insistenze del Presidente Berlusconi (tramite Gianni Letta) hanno consentito la presentazione dell'offerta CAI in tempo utile. La presentazione dell'offerta è tuttavia vincolata ad una decisione non pregiudizievole per l'acquirente da parte della Commissione europea (giudizio, atteso per il 12/11, sul prestito-

ponte di 300 milioni di euro di questa primavera) ed all'assenza di prescrizioni da parte dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato. Commento: tortuosità, mancanza di trasparenza, ambiguità e ricatti dominano la scena di questa vicenda, ma spiace vedere forze politiche e sindacali impegnate allo spasimo per far fallire Alitalia, con danni incalcolabili per l'economia, il turismo e l'immagine del nostro Paese. Rimane da vedere, se il salvataggio riuscirà, quale sarà il partner straniero che entrerà nel capitale (fino al 20%) della nuova Alitalia: Air France-Klm o Lufthansa ?



Ai primi di ottobre è andato in porto, dopo alterne vicende ed un'intesa bipartisan al Congresso, il Piano Bush (predisposto dal Segretario al Tesoro, Henry Paulson), che prevede un finanziamento federale di 750 miliardi di dollari per risanare i bilanci del sistema bancario americano, in sofferenza acuta per l'introduzione di strumenti finanziari insicuri, per speculazioni e brama di guadagni, per assenza di controlli efficaci, ecc.. Tutte le teorie sulle virtù del liberismo sfrenato e sulla capacità dei mercati di "autoregolarsi", sono andate in fumo. L'intervento dello Stato nell'economia, ed addirittura nel capitale delle Banche, torna ad essere invocato come "mossa salvifica".



Il 3 ottobre 2008 il Consiglio dei Ministri ha approvato (dopo esame preliminare

in settembre al suo interno ed in sede di Conferenza Stato-Regioni) il disegno di legge di delega sul federalismo fiscale. È un provvedimento molto vago, che avrà un iter molto lungo ed incerto, che comincerà dal Senato, e che si esprimerà in concreto solo in sede di attuazione dei decreti legislativi. Se ne riparerà tra anni (non meno di due-tre).



In ottobre è iniziato l'iter parlamentare dell'atto Camera 1441, cioè il disegno di legge collegato al d.l. 112/2008 (la cosiddetta "manovra d'estate"), che in origine era un unico provvedimento, ma che ai primi di agosto è stato "spacchettato" in tre provvedimenti distinti (cosiddetti "collegatini"): l'atto Camera 1441-bis, contenente norme su giustizia, semplificazione normativa e pubblica amministrazione; il 1441-ter, che raccoglie le misure su sviluppo e internazionalizzazione delle imprese; il 1441-quater, che contiene le norme su pubblico impiego, lavori usuranti, sommerso e controversie sul lavoro. Nessuno dei provvedimenti anzidetti è stato finora (3/11/2008) approvato in via definitiva, ma quel che è certo fin da ora è che: non sarà certo favorita la stabilizzazione dei precari nel pubblico impiego; i diritti sindacali subiranno in generale una "potatura"; il tempo per l'esercizio della delega al Governo in materia di lavori usuranti sarà ridotto a tre mesi (anziché 6) e la platea dei beneficiari (sconto fino a tre anni per le pensioni di anzianità, con limite minimo comunque di 57 anni di età e 35 di contributi) sarà meno ampia di quella prevista dalla bozza di provvedimento, già predisposta dal Ministro Damiano e decaduta per la fine anticipata dalla legislatura. Insomma, questo Governo non ama il pubblico impiego.



Due importanti sentenze della Corte di Cassazione in materia di mobbing: la

n. 24293/08, secondo la quale è mobbing anche il "demansionamento", infatti le mansioni di destinazione, per essere lecite, devono consentire al dipendente l'utilizzo o il perfezionamento o l'accrescimento del corredo di esperienze, nozioni e perizia acquisite nella precedente fase del rapporto di lavoro; la n. 22858/08, che stabilisce che i comportamenti vessatori, le angherie, i maltrattamenti, ecc., per essere considerati mobbing non devono necessariamente protrarsi lungamente nel tempo, essendo sufficienti anche sei mesi di "angherie" (da "Il Sole-24 Ore" del 6/10/2008). Segno evidente che, in assenza di una legislazione adeguata in materia, sono i Tribunali a fare giurisprudenza.



L'8 ottobre il Governo, con decreto, ha predisposto una "rete di sicurezza" per il nostro sistema creditizio, al fine di evitare il fallimento delle Banche. Del provvedimento fanno parte il rafforzamento delle garanzie sui conti correnti e depositi ed un fondo per sostenere, caso per caso ed in caso di necessità, i patrimoni delle Banche, con eventuale ingresso del Tesoro nel capitale su valutazione della Banca d'Italia. Tali misure sono state assunte, in modo coordinato, dai Ministri delle Finanze della Ue, secondo gli orientamenti decisi in Lussemburgo il 7/10/2008.



Il 9/10 è stato approvato dalla Camera, in prima lettura, il decreto Gelmini sulla scuola che, oltre che attuare i tagli previsti dal d.l. 112 (convertito in legge 133/2008), introduce il maestro unico nelle prime elementari, ripristina il voto decimale (affiancato da un giudizio nella scuola primaria), dà valore determinante al voto in condotta, prevede maggior durata dei libri di testo, introduce l'educazione civica, assegna risorse per l'edilizia

scolastica e la messa a norma di impianti e strutture sportive, ecc..



Venerdì 17 ottobre è stato definitivamente stipulato il CCNL 2006-2009 di area medica (quadriennio normativo e biennio economico 2006-2007), già siglato il 1° agosto 2008.

Marginalissime sono state le modifiche al testo, imposte dal Ministero dell'Economia e dalla Corte dei Conti. La versione definitiva è pubblicata su questo stesso Giornale (inserto staccabile). Anche se non si poteva fare meglio (viste le contingenze, tutte sfavorevoli), quest'ultimo rimane un "contrattino" per i tempi, i modi ed i contenuti dell'intesa, infatti: i ritardi sono grossolani; troppe sono le materie (art. 28) rinviate alla "apposita sequenza contrattuale"; non si è affrontata la rivalutazione dell'indennità di esclusività di rapporto; i benefici economici non garantiscono certo l'invarianza delle nostre retribuzioni di fronte agli insulti inflattivi; si è rinviato alla sede decentrata (dove il sindacato e la categoria non sono certo più forti) la "patata bollente" dell'orario di lavoro e delle relative pause, ecc.. Come ampiamente previsto, hanno sottoscritto l'intesa anche l'AAROI e la Fp CGIL medici, che non avevano siglato l'intesa del 1° agosto solo per fini strumentali e propagandistici. Comunque, a questo punto, è preciso dovere di ciascuno di adoprarsi assiduamente perché il contratto sia applicato presto e bene.



Fulvio Moirano sostituirà Aldo Ancona alla Presidenza dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (Agenas), che è alla vigilia di importanti ristrutturazioni organizzativo-funzionali, come assicura Ferruccio Fazio, Sottosegretario al welfare. Per intanto l'Agenzia è pronta a lanciare il "Cote" (Centro per l'osservazione

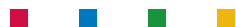
delle tecnologie emergenti), Organismo di cui faranno parte Regioni, industrie, clinici, Società scientifiche, ecc., e che avrà come obiettivo prioritario quello di aiutare il S.S.N. a scegliere su cosa conviene investire, nel rispetto evidentemente del miglior rapporto costi/benefici.



Il 25 ottobre si è tenuta la manifestazione romana al Circo Massimo delle forze politiche di sinistra contro il Governo Berlusconi. Tanta protesta, nessuna proposta. Sconcertante è la stima sul numero dei partecipanti alla manifestazione: 300 mila, secondo le Forze dell'ordine; oltre 2 milioni, secondo gli organizzatori. Quel che è certo è che Walter Veltroni è ormai al guinzaglio delle logiche politiche di Antonio Di Pietro, campione riconosciuto di populismo e giustizialismo.



Il 29 ottobre il Senato ha approvato definitivamente il decreto legge Gelmini sulla scuola. Non è una vera e propria riforma organica della scuola, ma è stata subito presa dalle "sinistre" come occasione per riempire le piazze di "masse", facilmente manovrabili e strumentalizzabili. Veltroni, a dimostrazione della sua sudditanza rispetto all'Italia dei Valori di Di Pietro, ha subito lanciato il PD nell'iniziativa (avventurosa) della promozione di un referendum abrogativo della legge Gelmini. D'Alema e Fassino, se ci siete, battete un colpo, prima che sia troppo tardi!



Il 30 ottobre, sciopero generale della Scuola in tutta Italia. Gli allievi, spesso indotti in errore da cattivi insegnanti, hanno riempito le piazze e bloccato il traffico. In pari data a Palazzo Chigi è stato firmato il protocollo d'intesa tra Governo e alcuni sindacati confederali (CISL, UIL, Confsal, Ugl e Usae) relativo al rinnovo del contratto 2008-2009 (2° biennio) del pubblico impiego. Viene previsto un incremento medio del 3,2 %, a

regime, con computo della sola indennità di vacanza contrattuale, per il 2008, pagata a dicembre, ed il restante a partire da gennaio 2009. A sentire il Ministro Brunetta, tutti i contratti relativi al 2° biennio economico dovrebbero concludersi entro il presente anno. Nello stesso protocollo d'intesa si fa riferimento al modello contrattuale già indicato come linea-guida nella preintesa tra sindacati e Confindustria per il settore privato, nell'intento di arrivare ad un modello unico pubblico-privato, con la stessa durata triennale e lo stesso indicatore di inflazione (inflazione reale depurata dall'inflazione "importata"), con una enfasi particolare sulla contrattazione decentrata per definire il salario di produttività. La CGIL non ha sottoscritto né il protocollo d'intesa sul pubblico impiego, né la preintesa con Confindustria per il settore privato.

È da almeno 15 anni, che dico (assieme alla CIMO) che CGIL non è un sindacato, ma un Partito politico, ed ora lo dice (e lo scrive) anche Luigi Angeletti, numero uno UIL. Infatti quando a governare sono i Partiti di riferimento, il Segretario nazionale CGIL si comporta da vero e proprio Ministro del Lavoro (basti vedere quanto è avvenuto, recentemente, con riferimento ai rapporti tra Prodi ed Epifani), mentre quando al Governo ci sono le forze politiche di Centro-destra, la CGIL di Epifani rappresenta il primo Partito di opposizione, naturalmente "dura e pura". E così la CGIL, oltre ad una serie impressionante di "no" a qualsiasi accordo con il Governo Berlusconi, ha già proclamato uno sciopero generale per il 12 dicembre. Il guaio vero è che questo atteggiamento pregiudiziale ed estremistico di CGIL fornisce "sponda" a chi non crede nella democrazia rappresentativa, nel confronto civile, nelle istituzioni repubblicane, nel rispetto delle diverse posizioni e nella legittimazione reciproca. Tutto ciò potrebbe favorire un nuovo '68 e addirittura atti di violenza terroristica. Detto tra noi, sarebbe tuttavia molto opportuno

che alcuni "personaggetti" del Centro-destra non fornissero occasione, con i loro atteggiamenti arroganti, agli alibi ed alle strumentalizzazioni dell'attuale opposizione.



Siamo in attesa dell'ennesima proroga legislativa relativa all'esercizio della libera professione dei medici nella forma della "intramoenia allargata", nonché di una complessiva ed organica disciplina della libera professione medica. È stato infine presentato un disegno di legge da parte del PDL (su iniziativa di Giuseppe Palumbo e Domenico Di Virgilio) per dare più peso ai medici in materia di programmazione e gestione sanitaria, nonché di governo clinico, per favorire selezioni alle posizioni di responsabilità di strutture più trasparenti ed oggettive, per rendere obbligatoria l'assicurazione professionale dei medici dirigenti.



Speriamo che l'America "voti bene" il 4 novembre. Sarà comunque difficile che il nuovo Presidente, chiunque esso sia, possa far peggio di Bush, che avrà anche avuto sfortuna, ma che non ne ha azzeccata una che è una.

Carlo Sizia

IL DIRETTORE RISPONDE

Legge 133/2008 e contratto per i medici a tempo definito

Il dott. R.T. ci scrive: "Diversi Colleghi mi hanno chiesto chiarimenti sull'ambito di applicazione dell'art 72, c.1, della legge 133/2008, cioè se la possibilità di esonero anticipato dal servizio negli ultimi 5 anni è prevista ed applicabile anche per i medici ospedalieri. Segnalo, inoltre, la mia disapprovazione e quella degli altri Colleghi a tempo definito per quanto previsto nella bozza del contratto 2006/2009. Se non ho inteso male, infatti, pare che il contratto in via di sottoscrizione congeli lo stipendio dei tempo definitisti al 2001 (o giù di lì). L'assurda previsione sarebbe forse accettabile se congelassimo anche le prestazioni ai volumi previsti nel 2001, ma come tempo definitisti svolgiamo le prestazioni in notevole eccedenza rispetto all'orario previsto e diamo un notevole contributo ai volumi prestazionali, che ogni anno aumentano a fronte di un organico medico che invece si assottiglia. Anche la CIMO è d'accordo sulla penalizzazione? Ed infine, in sede contrattuale, nessuna schiarita per la riduzione dei turni di guardia degli ultracinquantenni?"

1. I primi 6 commi dell'art. 72 della legge 133/2008 (che ha convertito, con modificazioni, il decreto legge 112/2008) non si applicano al personale dipendente delle autonomie locali (Regione, Comuni, ecc.), e neppure al personale dipendente delle aziende ed enti del S.S.N.

2. L'ipotesi di CCNL 2006-2009 (1° biennio economico 2006-2007) prevede per i medici a tempo definito i seguenti incrementi: + 6,92 euro lordi mensili dal 1° gennaio 2006, a cui si aggiungono altri 79,17 euro lordi mensili dal 1° febbraio 2007 (art. 18 dell'ipotesi di CCNL).

Per quanto riguarda, invece, la retribuzione di posizione minima unificata, l'importo per tali Colleghi rimane quello fissato dal CCNL 3/11/2005, con riferimento al 31/12/2003.



Pertanto per due bienni successivi (2004-2005 e 2006-2007) tale voce retributiva è rimasta bloccata per i medici a tempo definito, e per tutti gli altri Colleghi a rapporto non esclusivo.

La CIMO-ASMD è stata assolutamente contraria a tali penalizzazioni, ma si è trovata in minoranza rispetto a tutti gli altri sindacati medici, appiattiti sulla storica posizione ANAAO, che ha sempre voluto "privilegiare" il rapporto esclusivo (e, prima, quello a tempo pieno) attraverso penalizzazioni a danno dei medici a tempo definito (o comunque a rapporto non esclusivo). Questo schieramento contrario non ha così consentito l'esito positivo delle rivendicazioni CIMO-ASMD.

3. L'ultima ipotesi di contratto è entrata solo marginalmente sugli aspetti normativi, quindi non si è stabilito nulla circa l'alleggerimento dei turni di guardia per i medici ultracinquantenni. In merito, l'unica norma (che non ha efficacia vincolante) è la dichiarazione congiunta a verbale n. 9 al CCNL 8/06/2000, che fa genericamente riferimento a turni notturni di guardia su base volontaria per tali Colleghi, ma senza che ciò possa determinare oneri aggiuntivi e salvaguardando l'organizzazione dei servizi. Obiettivi, evidentemente, poco probabili.



Agopuntura ed omeopatia in intramoenia allargata

La dott.ssa A.P. ci scrive: "Vorrei svolgere l'attività professionale di agopuntore ed omeopata nell'ambito dell'intramoenia allargata ed in un'azienda sanitaria diversa da quella cui appartengo come medico dipendente. Può andare bene, nel mio caso?"

Anche l'intramoenia allargata ha dei problemi applicativi, con riferimento alla Sua situazione specifica. Infatti:

a) tutta l'attività intramoenia è soggetta a regolamentazione aziendale (atto aziendale sulla libera professione). Inoltre l'attività cosiddetta "intramoenia allargata" (cioè svolta nel proprio studio professionale) deve essere preventivamente autorizzata dal direttore generale della ASL di appartenenza e, se non cambieranno le regole oggi dettate dalla legge 120/2007 attraverso una specifica proroga legislativa, essa dovrebbe terminare entro il 31/01/2009;

b) l'attività intramoenia solitamente "è prestata nella disciplina di appartenenza" (art. 5 DPCM 27/03/2000) e "nell'ambito della ASL di appartenenza" (art. 7 DPCM 27/03/2000), salvo eventuali diverse regolamentazioni regionali;

c) rimane, infine, l'insidia dell'esercizio professionale medico in branche parascientifiche e non convenzionali, di efficacia non sempre riconosciuta.



Significati ed insidie dell'art. 72, c. 11, della legge 133/2008

Il dott. G.F.N. ci scrive: "Sono direttore di una U.O. ospedaliera ed ho compiuto 40 anni contributivi, con i riscatti. Pertanto da questo momento posso essere "pensionato" d' autorità da parte del direttore generale, ai sensi dell'art. 72, c. 11, della legge 133/2008. Ovviamente la stessa norma non vale per gli universitari e per i magistrati. Il sindacato a cui sono iscritto da molti anni, non dice niente? Lascia che i medici ospedalieri siano ancor di più in balia dei direttori generali? Secondo me, questo problema meriterebbe un impegno sindacale molto più che contro le penalizzazioni previste in caso di malattia. Infatti è noto che l'assenteismo per malattia dei medici è vicino a zero e per quei pochi casi che ci fossero, forse sarebbero meritate le penalizzazioni previste. Spero che anche la CIMO faccia sentire la sua voce, come hanno fatto l'ANPO e l'ANAAO."

La CIMO-ASMD ha già detto e scritto (certo con più vigore di quanto abbiano fatto ANAAO ed ANPO) a tutte le forze politiche la sua ferma contrarietà rispetto alle norme di cui all'art. 72 del decreto legge 112/2008, convertito con modificazioni nella legge 133/2008, con particolare riferimento alla disposizione di cui al comma 11.

Ma è tutta la cosiddetta "manovra d'estate" che rappresenta un attacco indiscriminato contro il pubblico impiego, a cui anche noi apparteniamo.

Tornando alla norma evidenziata (quella del pensionamento "forzato", con preavviso di sei mesi, di coloro che hanno raggiunto i 40 anni di contribuzione utile), è evidente che essa sarà usata con piena discrezionalità, e probabilmente "malamente", dai direttori generali, e cioè per penalizzare i nemici (anche quando sono ottimi medici) e per favorire gli amici, o gli amici degli amici (anche quando sono medici scadenti).

Tuttavia l'insidia della norma anzidetta è che essa è disposizione di legge, non contrattuale, per cui il sindacato non ha l'arma della "non sottoscrizione" o dello sciopero, ed anche il Parlamento è stato reso impotente perché il provvedimento è passato mediante decretazione d'urgenza, prima, e voto di fiducia, poi.

La responsabilità del provvedimento, quindi, ha dei nomi ben precisi di riferimento: Brunetta, Tremonti, Sacconi. Non ci vengano, poi, a chiedere voti!

La CIMO-ASMD sta comunque approfondendo, mediante i suoi Consulenti legali, la percorribilità di un contenzioso legale contro tale disposizione di legge.

Se Lei lo ritiene, fornisca i dati personali aggiornati alla Segreteria CIMO-ASMD del Veneto, che la informerà se l'azione legale anzidetta, in appoggio dei medici interessati, potrà concretizzarsi.

Veda, su questo stesso Giornale, l'intervento dell'Avv. Fabrizio Scagliotti nel merito del problema.

Carlo Sizia

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

Segreteria nazionale CIMO-ASMD,
Via Nazionale 172 - 00184 Roma
Fax 06/6780101

E-mail: sede.nazionale@cimoasmd.it
si prega di indicare il proprio recapito; per una risposta più immediata occorre indicare il numero di fax personale o la propria e-mail.

DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO PER UNA NUOVA SANITÀ



Ospedale e territorio Teoria e fatti

A cura di Stefano Biasioli

Volume di 104 pagine
f.to cm. 15 x 21 - brossurato
€12,00



Cure domiciliari

Il modello integrato della Regione Piemonte

La farmacovigilanza

A cura di Stefano Biasioli
e Luciano Mulas

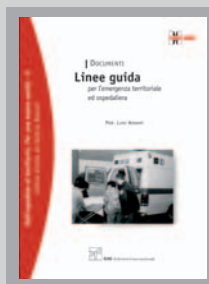
Volume di 64 pagine
f.to cm. 15 x 21 - brossurato
€12,00



Le linee guida "vicentine" valutazioni, schede, servizi

A cura di Luigi Dal Sasso

Volume di 66 pagine
f.to cm. 15 x 21 - brossurato
€ 15,00



Linee guida

per l'emergenza territoriale
ed ospedaliera

A cura di Luigi Addante

Volume di 72 pagine
f.to cm. 15 x 21 - brossurato
€12,00



Le linee guida

per il Medico di Medicina Generale
lo Specialista ospedaliero e lo specialista
Territoriale

A cura di Luigi Dal Sasso
e Chiara Marangon

Volume di 152 pagine
f.to cm. 15 x 21 - brossurato
€ 13,00



La rete dei servizi territoriali

analisi dei costi per valutare appropriatezza
ed efficacia del percorso assistenziale

A cura di Chiara Francesca Marangon,
Luisa Andreetta, Luigi Dal Sasso

Volume di 104 pagine
f.to cm. 15 x 21 - brossurato
€ 15,00



La normativa su "ospedale e territorio"

A cura di Stefano Biasioli
e Luciano Mulas

Volume di 392 pagine
f.to cm. 15 x 21 - brossurato
€ 20,00



Protocollo per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito

A cura di Mario Favazza

Volume di 160 pagine
f.to cm. 15 x 21 - brossurato
€ 20,00



Il clinical risk management

Stato dell'arte ed esperienze

Davide Roncali

Volume di 136 pagine
f.to cm. 15 x 21 - brossurato
€ 20,00



I rischi, gli errori e la sicurezza negli ospedali

Guido Quici

Volume di 264 pagine
f.to cm. 15 x 21 - brossurato
€30,00

COLLANA DIRETTA
DA STEFANO BIASIOLI
IN COLLABORAZIONE CON



ASSOCIAZIONE
SINDACALE
MEDICI
DIRIGENTI



CIC Edizioni Internazionali
www.gruppocic.com