

## PIÙ RESPONSABILITÀ E AUTONOMIA



# GOVERNO CLINICO

L'ANAAO È PRONTA A FARE LA SUA PARTE

↳ Ester Maragò

Un pacchetto di proposte per ridare smalto alla dirigenza medica attraverso regole più incisive sul governo clinico. Una proposta di legge per porre un freno ai contenziosi su presunti casi di malasanità attraverso la depenalizzazione dell'errore medico. E ancora, proposte sul testamento biologico, sulle cure palliative e sulla terapia del dolore. Sono questi alcuni dei provvedimenti di interesse medico che potrebbero entra-

re in porto in questa XVI legislatura. Progetti rimasti nel cassetto con la caduta del Governo Prodi e che ora grazie al lavoro di Maggioranza e Opposizione potrebbero finalmente vedere la luce. È invece entrato in porto, il 3 dicembre scorso, il Dl sul contenimento della spesa sanitaria. Con la sua conversione in legge, l'intramoenia allargata è prorogata di un anno, mentre il termine per realizzare le strutture dedicate alla libera

re in porto in questa XVI legislatura. Progetti rimasti nel cassetto con la caduta del Governo Prodi e che ora grazie

al lavoro di Maggioranza e Opposizione potrebbero finalmente vedere la luce. È invece entrato in porto, il 3

dicembre scorso, il Dl sul contenimento della spesa sanitaria. Con la sua conversione in legge, l'intramoenia allargata è

prorogata di un anno, mentre il termine per realizzare le strutture dedicate alla libera segue a pag. 2 fino a pag. 8

### Sommario

**RIFORMA DEL PUBBLICO IMPIEGO**  
La legge delega al Governo penalizza pesantemente la dirigenza. Le osservazioni dell'Anaa Assomed  
*pagine 9-10*

**L'ANAAO ASSOMED A STRASBURGO**  
Il Parlamento europeo respinge l'introduzione di deroghe al limite di 48 ore lavorative settimanali  
*pagina 10*

**FOCUS BIOETICA**  
Dopo la sentenza Englaro. Gli interventi sul tema di Eugenia Roccella, Ignazio Marino e Amedeo Bianco  
*pagine 12-13*

Un pacchetto di proposte per ridare smalto alla dirigenza medica attraverso regole più incisive sul governo clinico. Una progetto di legge per porre un freno ai contenziosi su presunti casi di malasanità attraverso la depenalizzazione dell'errore medico. E ancora, proposte sul testamento biologico, sulle cure palliative e sulla terapia del dolore. Sono questi alcuni dei provvedimenti di interesse medico che potrebbero entrare in porto in questa XVI legislatura

#### segue dalla prima

professione nelle Aziende è differito al 31 gennaio 2010.

Qual è lo stato dell'arte dei lavori parlamentari che potrebbero cambiare il futuro dei camici bianchi?

In Commissione Affari Sociali della Camera fervono i lavori sulla governance. Sono all'esame dei deputati i progetti di legge (pdl) in materia di governo clinico: si va da quelli presentati in tandem da Domenico di Virgilio e Giuseppe Palumbo del Pdl (C. 1552) e da Angela Napoli (C. 779) – contenenti gli orientamenti del Pdl sia sulla revisione dei poteri tra manager e medici sia su altre disposizioni relative al governo clinico – a quelli proposti dall'ex-ministro della Salute, Livia Turco (C. 977-ter) sulla scia del testo rimasto in sospeso alla fine della passata legislatura. E ancora, si va dalle proposte per riformare le procedure di

selezione dei Dg di Maria Antonietta Farina Coscioni del Pd (C. 278) a quelle sulla trasparenza nel conferimento degli incarichi dirigenziali di Silvana Mura dell'IdV (C. 1942). Mentre per uscire fuori dal ginepraio dei contenziosi medici (al 2005, i procedimenti pendenti davanti ai tribunali italiani per ipotesi di responsabilità sanitaria sarebbero circa 12/15 mila, e il dato è attualmente in crescita) è stato presentato il 10 novembre scorso in Commissione Giustizia alla Camera un progetto di legge per depenalizzare l'errore medico (C. 1884). Primi firmatari Iole Santelli, vicepresidente Commissione Affari Costituzionali e Giuseppe Palumbo, presidente della Commissione Affari Sociali, entrambi del Popolo della libertà. Un progetto che potrebbe vedere la luce nel 2009. Anche se – come ha rimarcato l'onorevole Palumbo

nell'intervista pubblicata in questo numero di *Dirigenza Medica* – non mancano resistenze da parte di alcuni parlamentari sull'opportunità di intervenire con regole nuove su questa materia. Il pdl si affianca a quello già in discussione al Senato, avviato da Antonio Tomassini, che nella premessa sottolinea anche la necessità di "alleggerire la pressione psicologica sul medico e l'animo a volte vendicativo del paziente nei confronti dei sanitari, accelerare la soluzione delle vertenze giudiziarie". Particolare importanza, nelle proposte di Tomassini, viene attribuita alle caratteristiche dei periti, al ruolo delle assicurazioni e al consenso informato.

È invece all'attenzione della Commissione Sanità a Palazzo Madama, il Ddl presentato da Ignazio Marino per dare norme chiare sul consenso informato e sulle dichiarazioni di

volontà anticipate nei trattamenti sanitari per evitare l'accanimento terapeutico e anche per incentivare le cure palliative e la terapia del dolore.

Ma su questa delicata e complessa materia, oltre ad altre cinque proposte che arrivano sempre dall'Opposizione, ci sono anche quelle della Maggioranza: Laura Bianconi (S. 1188) e Antonio Tomassini (S. 51) del Pdl. E le posizioni sui "nodi" da affrontare non potrebbero essere più diverse, come testimonia l'articolo pubblicato nelle pagine successive.

#### IL GOVERNO CLINICO INGRANA LA MARCIA

Dai deputati Di Virgilio-Palumbo (vedi le interviste successive) arriva il pacchetto di misure che rivede i vertici d'azienda dando un peso specifico al collegio di direzione. Il conferimento del governo clinico a questo organismo, hanno sot-

tolineato i firmatari della Pdl, ha il vantaggio di riportare la decisione in capo ai medici e, quindi, di ridurre l'atteggiamento economicistico oggi ampiamente lamentato in sanità e dovuto al fatto che la decisione è nelle mani del solo potere amministrativo. Il collegio di direzione darà quindi pareri ai manager che dovranno motivare le scelte in dissenso e tratterà un nuovo percorso per il conferimento degli incarichi di direzione complessa (la terna tra cui sceglie il Dg sarà selezionata da una Commissione ad hoc). Il provvedimento promette poi anche ai camici bianchi del Ssn la facoltà di andare in pensione a 70 anni, come avviene per i colleghi universitari.

Altro punto cardine è quello relativo alla gestione del rischio clinico: si prevede la creazione di un osservatorio del contenzioso e dell'errore medico presso il ministero del Welfa-

re; l'istituzione in tutte le strutture delle Unità di rischio multidisciplinare; l'obbligo per le strutture sanitarie pubbliche e private di garantire la copertura della responsabilità civile per gli eventuali errori in corsia; infine, la creazione di un Fondo assicurativo nazionale per la copertura dei "rischi sanitari impossibili".

Sulla stessa linea la proposta di legge targata Turco dalla quale, nella seduta del 18 novembre, sono stati stralciati una dozzina di articoli che proseguiranno l'iter in abbinamento con le proposte di maggioranza. Comunque, nelle misure che continueranno il loro percorso figurano quelle per rafforzare i principi di responsabilità e di trasparenza, sia per quanto attiene alle procedure di selezione dei manager e dei responsabili di unità complesse, sia per quanto concerne la rendicontazione delle scelte di gestione delle aziende sanitarie, per valorizzare il merito nell'accesso agli incarichi e l'accessibilità alle informazioni per i cittadini. La proposta di legge stabilisce quindi modalità selettive per i Dg nelle quali prevale il piano valutativo tecnico e la discrezionalità politica delle regioni è limitata oltre la soglia rappresentata dall'esame delle competenze professionali. Anche per i dirigenti di unità complesse prevale la valutazione tecnica, peraltro garantita dal sorteggio delle commissioni di selezione. La proposta Turco ribadisce il principio che la direzione di struttura complessa comporta l'esclusività del rapporto, mentre per tutti gli altri incarichi è prevista la possibilità, a domanda, e alla scadenza contrattuale di transitare dal rapporto esclusivo a quello non esclusivo e viceversa.

Sul governo clinico sono stati ascoltati anche i sindacati, e l'Anao Assomed nel corso dell'audizione del 10 dicembre scorso ha presentato le sue riflessioni che pubblichiamo in questo numero di DM. E il presidente del sindacato Domenico Iscaro ha annunciato che si avvicina sempre di più la pos-

segue a pag. 4

INTERVISTA A DOMENICO DI VIRGILIO Responsabile nazionale per la sanità del Pdl

## UNA LEGGE PER IL "GOVERNO DELLE ATTIVITÀ CLINICHE"

Un progetto che riprende una lunga discussione sul governo clinico, avviata già prima della scorsa legislatura, con interventi che promuovono il coinvolgimento dei professionisti nella gestione delle strutture del Ssn e lo sviluppo della cultura del risk management. Nell'intervista che segue l'onorevole Di Virgilio illustra i contenuti del progetto di legge e anche gli obiettivi della Commissione sugli errori medici, da poco insediata alla Camera

Eva Antoniotti

**Onorevole Di Virgilio, quali obiettivi si propone il progetto di legge da lei presentato riguardo alla governance medica nel Ssn?**

Desidero intanto evidenziare che con l'espressione "governo delle attività cliniche" si intende più comunemente un programma di gestione e di miglioramento della qualità e dell'efficienza di un'attività medica, generalmente operata a livello di dipartimento di un'azienda sanitaria locale od ospedaliera. Il programma di governo delle attività cliniche non può prescindere da una sistematica azione di aggiornamento del personale in tutte le sue forme, da un sistematico sostegno della cultura della qualità, nonché da incentivi che premiano la partecipazione del personale ai programmi di miglioramento della qualità e il conseguimento degli obiettivi prefissati. I vantaggi di un buon sistema di governo clinico sono numerosi, sia in termini di indicatori di salute, sia in termini economici.

**Può illustrarci sinteticamente i contenuti del testo in discussione?**

L'articolo 1 detta i principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche, spettante alle Regioni e al Collegio di direzione del-

l'azienda sanitaria locale od ospedaliera.

L'articolo 2 reca modifiche agli articoli 3 e 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Con le nuove disposizioni si prevede, innanzitutto, un maggiore coinvolgimento dei medici e dei dirigenti sanitari nel governo delle attività cliniche. L'articolo 3 modifica l'articolo 15-ter del medesimo decreto legislativo n. 502 del 1992, stabilendo che il conferimento degli incarichi di dirigente di struttura complessa del ruolo sanitario avviene esclusivamente previa selezione per avviso pubblico. A tale fine è nominata un'apposita commissione di valutazione, presieduta dal dirigente più anziano di ruolo e composta dal direttore sanitario dell'azienda sanitaria locale od ospedaliera e da due dirigenti di struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico, sorteggiati tra i dirigenti esterni all'azienda di riferimento. La commissione formula un giudizio motivato su ciascun candidato e, sulla base delle valutazioni effettuate, presenta al direttore generale la terna dei tre migliori candidati, indicando i punteggi ottenuti da ciascuno di essi. Il direttore generale conferisce l'incarico seguendo la gra-

duatoria elaborata dalla commissione.

L'articolo 4 modifica l'articolo 15 della legge n. 502 del 1992, in materia di dirigenza sanitaria.

L'articolo 5 introduce il sistema di gestione del rischio (risk management), espressione con la quale si intende tutta una serie di azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e per garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata sull'apprendere dall'errore. Affinché questo sistema sia efficace esso deve interessare tutte le aree in cui l'errore si può manifestare durante il processo clinico assistenziale del paziente. In particolare si prevede l'istituzione di un'unità di gestione del rischio e del Fondo assicurativo nazionale che dovrà farsi carico dei cosiddetti "rischi sanitari impossibili".

L'articolo 6 istituisce una polizza assicurativa sanitaria obbligatoria a carico delle strutture sanitarie per l'attenuazione nei professionisti della salute della posizione difensiva nei riguardi dei possibili errori insiti nelle incongruenze del sistema prima che in colposità individuali (commisive-omissive).

L'articolo 7 interviene in materia di pensionamento dei



dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario nazionale, compresi i direttori di struttura complessa. In particolare, è prevista la possibilità di rimanere in servizio fino al compimento del settantesimo anno di età.

**Nella messa a punto del provvedimento ci sono stati accordi anche con rappresentanti delle Regioni?**

È previsto nell'articolato della proposta di legge il coinvolgimento delle Regioni nel rispetto del titolo V della Costituzione. Il confronto con le Regioni avverrà sia in commissione affari sociali, sia alla fine dell'iter legislativo nella conferenza statoregioni.

**E con rappresentanti della professione medica?**

Il contenuto del progetto di legge va nel verso delle attese della maggioranza del mondo medico fino ad oggi non adeguatamente coinvolte nelle decisioni di natura

segue a pag. 4

## GOVERNO CLINICO

L'ANAAO È PRONTA A FARE LA SUA PARTE

➤ segue da pag. 3  
sibilità di arrivare ad un Testo Unico.

### ANCORA UN ANNO DI TEMPO PER L'INTRAMOENIA ALLARGATA

Se questi sono i provvedimenti per i quali la partita è ancora tutta aperta, quello sull'intramoenia invece ha tagliato il traguardo. Con il sì della Camera, il 3 dicembre scorso, il Decreto legge n. 154/2008 sul contenimento della spesa sanitaria è diventato legge. "Disposizioni urgenti per il contenimento della spesa sanitaria e in materia di regolazioni contabili con le autonomie locali". I medici in intramoenia allargata potranno continuare a svolgere l'attività libero professionale nei propri studi ancora per un altro anno - fino al 31 gennaio 2010 - mentre viene differito al 31 dicembre 2012 il termine per realizzare le strutture dedicate alla libera professione nelle Aziende.

Ma non solo, la nuova legge annulla la deroga a gennaio 2009 che il milleproroghe aveva previsto per l'esclusione degli operatori del Ssn dal riposo obbligatorio di undici ore dopo due turni consecutivi indicato nel D.lgs 66/2003 di recepimento

di una direttiva Ue. La palla passa quindi alle Aziende, ma con tutti i paletti fissati dai contratti collettivi nazionali. Sono previste nuove regole anche per garantire l'efficacia dei Piani di rientro. Le prime novità riguardano i commissari ad acta che non potranno più proporre la sostituzione dei manager delle Aziende sanitarie, ma al massimo, motivandolo, "sospenderli" dalle loro funzioni mantenendo inalterata la loro retribuzione. In sostituzione potrà essere chiamato "soggetto attuatore" e i Dg sospesi dovranno essere assegnati ad altro incarico fino alla durata massima del commissariamento o alla naturale scadenza del loro contratto. Per garantire l'attuazione dei Piani di rientro, il Consiglio dei ministri potrà decidere la nomina di sub commissari da affiancare a quelli ad acta. È stato poi sancito il finanziamento a carico dello Stato di 434 milioni per l'abolizione nel 2009 del superticket da 10 euro sulla specialistica.

Infine, è stata soppressa l'attuazione delle disposizioni previste dal D.lgs 288/2003 sulla trasformazione degli Irccs di diritto pubblico in Fondazione Irccs (la procedura per l'Istituto "Giannina Gaslini" di Genova è quindi annullata).

## UNA LEGGE

PER IL "GOVERNO DELLE ATTIVITÀ CLINICHE"

➤ segue da pag. 3  
strettamente sanitaria. È già previsto che convocheremo in audizioni ufficiali i rappresentanti dei più rappresentativi sindacati medici, della Fiaso, della Fnomceo, del Cun, etc...

Attualmente la stragrande maggioranza dei medici ha un rapporto in esclusiva con il Ssn e le norme che regolano la libera professione intramoenia sono state ancora una volta prorogate. A riguardo, però, il sottosegretario Fazio ha dichiarato di voler introdurre cambiamenti più ampi, consentendo in sostanza a tutti i medici di poter svolgere pienamente la libera professione. Qual è il suo parere? Cosa accadrebbe, nel caso in cui si realizzasse l'ipotesi avanzata da Ferruccio Fazio, della indennità di esclusività di rapporto?

Nel nostro Paese vige la libertà dei cittadini di scegliere dove e da chi farsi curare. Così è sancito il diritto dei medici di svolgere la libera professione anche da parte dei medici dipendenti dal Ssn una volta espletato l'orario di lavoro nel rispetto delle regole fiscali e deontologiche. L'apertura del sottosegretario Fazio è con-

divisibile e attesa.

Quali sono gli obiettivi della Commissione d'inchiesta sugli errori medici?

Essa avrà il compito di indagare sulle cause e sulle responsabilità degli errori sanitari nelle strutture pubbliche e private e sulle cause di ordine normativo, amministrativo, gestionale, finanziario, organizzativo e funzionale attraverso un sistema di monitoraggio e controllo soprattutto su quelle regioni cosiddette "non virtuose" in cui vi è un disavanzo sanitario non sanabile autonomamente, al fine di accertare eventuali responsabilità. Uno degli obiettivi principali comunque resta quello di tutelare il diritto alla salute dei cittadini italiani ripristinando anche quel rapporto di fiducia che deve esistere tra medico e paziente e che è alla base della medicina e del giuramento di Ippocrate.

Sia il Pdl sulla governance medica sia la Commissione d'inchiesta sugli errori medici erano già stati istruiti dal precedente Governo, anche se la brusca fine della legislatura ne ha interrotto il percorso. Avete utilizzato il lavoro parlamentare già com-

piuto? Ci sono più punti contatto o più differenze tra le due proposte?

La commissione d'inchiesta della Camera così come quella del Senato è indipendente ed autonoma. I componenti decideranno l'iter delle inchieste alla luce del mandato ricevuto. Comunque certamente verrà utilizzato quanto di significativo è emerso dalla precedente commissione con la quale l'attuale è in stretta connessione.

In conclusione, una domanda più generale. Il nuovo Patto per la Salute tra Governo e Regioni avrebbe dovuto siglarsi il 31 ottobre scorso, ma i rapporti tra le parti sono invece in una fase critica a causa delle preoccupazioni di parte regionale, che denuncia una riduzione dei finanziamenti per la sanità. Come e quando crede che si potrà trovare una intesa?

L'intesa è subordinata al rispetto dei parametri economici che il Governo chiede alle Regioni non adempienti e poco virtuose. I Piani di rientro sono paletti da rispettare, e solo quando ci sarà il rispetto di questa intesa ci potrà essere il Patto per la salute tra Governo e Regioni.

### CAMERA DEI DEPUTATI XVI LEGISLATURA PROPOSTA DI LEGGE N. 1552

Presentata da Domenico Di Virgilio e Giuseppe Palumbo il 29 luglio 2008 e il cui iter è iniziato lo scorso novembre

## Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche

### Art. 1 Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche

1. Il governo delle attività cliniche è assicurato dalle regioni mediante i servizi delle competenti aziende sanitarie locali od ospedaliere, di seguito denominate "aziende", in conformità ai principi fondamentali stabiliti dal comma 2 del presente articolo, nonché a quelli individuati ai sensi dell'articolo 1, comma 4, della legge 5 giugno 2003, n. 131,

e successive modificazioni.

2. Il governo delle attività cliniche

consiste nella programmazione, organizzazione, sviluppo e valutazione delle attività tecnico-sanitarie ed è assicurato mediante il diretto coinvolgimento del collegio di direzione dell'azienda, di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come da ultimo modificato dall'articolo 2 della presente legge. Il collegio di direzione promuove lo sviluppo della funzione di governo delle attività cliniche e la conseguente adozione di programmi di miglioramento continuo della qualità e dell'efficienza delle prestazioni,

ai fini del coordinamento delle attività e delle responsabilità attribuite in materia di governo delle attività cliniche ai direttori di dipartimento, ed esprime pareri di natura obbligatoria al direttore generale in merito a tali finalità.

### Art. 2 Modifiche agli articoli 3 e 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

1. Al comma 1-quater dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il primo periodo è sostituito dal seguente: "Sono organi dell'azienda il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale";

b) il quinto periodo è sostituito dal seguente: "Il direttore generale si avvale del collegio di direzione per le attività indicate all'articolo 17".

2. Dopo il secondo periodo del comma 1 dell'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono inseriti i seguenti: "Il collegio di direzione formula altresì parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Le decisioni del direttore generale in contrasto con il parere del collegio di direzione sono adottate con provvedimento

motivato".

3. Il comma 2 dell'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito da seguente:

"2. La regione formula atti di indirizzo relativamente al funzionamento e all'attività del Collegio di direzione. Il Collegio di direzione è presieduto dal direttore sanitario e ha una componente di diritto formata dal direttore amministrativo, dal direttore di presidio e da tutti i direttori di dipartimento e una componente elettiva costituita da tre direttori di unità operativa complessa che non siano anche direttori di dipartimento e da due dirigenti di primo livello, da un rappresentante del settore infermie-

INTERVISTA A GIUSEPPE PALUMBO, presidente della Commissione Affari Sociali

# ERRORI MEDICI: “SUPERIAMO L'AUTOMATISMO VERSO IL PENALE”

Realizzare un sistema equilibrato, efficiente ed efficace nella risoluzione dei contenziosi relativi alla responsabilità professionale del personale sanitario. È questo l'obiettivo della norma per depenalizzare l'errore medico inserita nel provvedimento che vede come primi firmatari Iole Santelli, vicepresidente commissione Affari Costituzionali e Giuseppe Palumbo, presidente della commissione Affari Sociali, entrambi del Pdl.

Il progetto di legge “Modifiche al codice penale, in materia di responsabilità nell'esercizio dell'attività medico-chirurgica e di consenso informato del paziente, nonché al codice di procedura civile e al codice di procedura penale, in materia di nomina dei periti nei relativi procedimenti” (C. 1884) non è ancora all'ordine del giorno, ma secondo il presidente della commissione Affari Sociali potrebbe iniziare il suo iter già agli inizi del 2009.

Abbiamo chiesto a Giuseppe

Palumbo quali sono i punti cardine del progetto di legge.

**Onorevole Palumbo, l'attenzione sui contenziosi in sanità è particolarmente alta. In dieci anni il numero delle denunce è aumentato di oltre il 180 per cento, con il conseguente boom del costo delle polizze assicurative per i medici e con un crescente disagio delle condizioni di lavoro tra i professionisti della sanità. Come pensate di intervenire?**

Innanzitutto, la grande novità è che per la prima volta si comincia a discutere in maniera incisiva di questo problema. Una questione ormai diventata una peculiarità del nostro Paese, uno dei pochi dove l'errore medico si configura ancora come reato penale. Chiariamo però che con la proposta inserita nel Pdl non vogliamo depenalizzare tutti i comportamenti medici, non sarebbe giusto. Una cosa sono imperizia e negligenza che continueranno ad essere punite e resteranno nell'ambito penale. Diverso è il caso degli errori che non derivano

da omissioni o superficialità tecnico scientifica: in questo caso la causa deve avere natura civilistica.

Quello che vogliamo è evitare l'automatismo verso il penale dando appunto delle regole nuove. Bisogna che chi denuncia abbia in mano dati certi che inconfutabilmente indichino negligenza ed imperizia del medico. Non dimentichiamo che in Italia il 99 per cento delle denunce penali si concludono in un nulla di fatto. Sono solo un modo per poi rivalersi in sede civile.

Con le nostre proposte, il magistrato dovrà prima valutare preventivamente tutta una serie di elementi. E solo dopo, a valutazione avvenuta, si deciderà quale dovrà essere la via da seguire. Ora la giurisprudenza non dà margini di certezza, i tribunali decidono in modo discrezionale, non c'è uniformità e i cittadini possono fare causa contro tutti e tutto.

Questo vuol dire che anche il consenso informato deve diven-

tare ancora più vincolante. Nonostante sia ormai prassi consolidata non ha ancora una valenza fondamentale. Infatti, anche se si espongono al malato i rischi ai quali si potrebbe andare incontro sottoponendosi ad un intervento o una terapia e questo va male, nulla vieta comunque al paziente di rivalersi anche penalmente sul medico. Non solo, bisogna riuscire ad inserire regole più precise sul funzionamento dell'assistenza sanitaria: spesso gli incidenti avvengono anche per un insieme di disfunzioni organizzative. È fondamentale, a questo proposito, che vengano costituite in tutti gli ospedali italiani delle Unità di risk management per monitorare gli eventi avversi.

**Quanto dovranno aspettare ancora i medici per vedere realizzato questo progetto?**

Tutto il mondo civile, non solo quello medico, sente la necessità di portare avanti questa legge per avere delle regole chiare e più stringenti su una questione così delicata. Non dimentichiamo che in questo momento ci sono una quantità di contenziosi che non si riesce a portare avanti. Inoltre tutto questo ha generato il pericolosissimo fenomeno della medicina difensiva, la quale produce solo un

incremento di spesa e crea una sfiducia nel rapporto medico paziente. Se la norma che stiamo proponendo andrà avanti, come spero fortemente, inciderà anche nell'ambito del risk management in quanto il rapporto in campo assicurativo inevitabilmente dovrà cambiare: oggi è frequentissimo trovare, in particolare per alcune specialità, compagnie assicurative che offrono coperture se non a prezzi particolarmente elevati.

Comunque, dalla risonanza che abbiamo avuto, credo che con il nuovo anno la nostra proposta possa iniziare ad essere discussa e convertita in legge. Certo, non nego che abbiamo avuto anche delle resistenze. Non tutti sono d'accordo, ma questo perché non hanno letto con attenzione la parte tecnica della nostra proposta di legge. (E.M.)



ristico, da un rappresentante del settore tecnico-sanitario e da un rappresentante dei medici convenzionati. I componenti elettivi sono designati dalle rispettive assemblee appositamente convocate”.

### Art. 3 Modifica all'articolo 15-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

1. Il comma 2 dell'articolo 15-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è sostituito dal seguente:  
“2. L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuata dal direttore generale esclusivamente previo avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale. A tale fine, il direttore generale nomina una commissione composta dal direttore sanitario e da due dirigenti di struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico, individuati

attraverso pubblico sorteggio tra i dirigenti di struttura complessa appartenenti ai ruoli della regione nella quale si svolge la selezione, esterni all'azienda di riferimento della selezione medesima. Per le regioni in cui esiste un'unica azienda o un'unica struttura complessa, il sorteggio è effettuato tra i dirigenti di struttura complessa delle regioni confinanti e, per le regioni insulari, di più quelle vicine. La commissione è presieduta dal dirigente più anziano di ruolo. La commissione formula un giudizio motivato su ciascun candidato, tenendo conto distintamente dei titoli professionali, scientifici e di carriera posseduti nonché dei crediti acquisiti nello svolgimento di attività di formazione continua maturati nel triennio precedente la data del bando. La commissione, sulla base delle valutazioni effettuate, presenta al direttore generale una ter-

na dei tre migliori candidati, composta dal vincitore e da due idonei, indicando i punteggi conseguiti da ciascuno di essi. Il direttore generale assegna l'incarico seguendo la graduatoria elaborata dalla commissione, che rimane valida per un anno. Nelle commissioni delle aziende ospedaliere integrate con l'università, uno dei componenti è scelto, attraverso pubblico sorteggio, tra i professori universitari ordinari della disciplina che operano nelle università presenti nella regione. Gli incarichi hanno durata da cinque a sette anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per un periodo più breve”.

### Art. 4 Modifica all'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

1. Il comma 1 dell'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992,

n. 502, e successive modificazioni, è sostituito dai seguenti:

“1. Fermo restando il principio dell'invarianza della spesa, la dirigenza sanitaria è collocata in un unico ruolo, distinto per profili professionali, e in due livelli, articolati in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali. In sede di contrattazione collettiva nazionale sono previsti, in conformità ai principi e alle disposizioni del presente decreto, criteri generali per la graduazione delle funzioni dirigenziali nonché per l'assegnazione, la valutazione e la verifica degli incarichi dirigenziali e per l'attribuzione del relativo trattamento economico anche correlato alle funzioni attribuite e alle connesse responsabilità di risultato.

1-bis. I direttori di struttura complessa sono inquadrati al primo livello; al secondo livello sono inquadrati gli altri dirigenti sanitari”.

### Art. 5 Sistema di gestione del rischio

1. Per una corretta e ampia gestione del rischio clinico è istituito presso il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali un Osservatorio del contenzioso e dell'errore medico, la cui composizione è stabilita con decreto dello stesso Ministero.

2. Ogni regione e provincia autonoma provvede all'istituzione, presso ogni azienda, di un'unità di rischio multidisciplinare, coordinata da un medico legale o igienista con il compito di fornire pareri vincolanti al direttore generale in merito alla definizione delle regole aziendali per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie, al fine di creare e di mantenere la sicurezza dei sistemi assistenziali, nonché di ripristinare un corretto e sicuro

*segue in ultima* ➔

LE OSSERVAZIONI DELL'ANAAO ASSOMED sui principi fondamentali in materia di Governo delle attività cliniche

# SÌ A NUOVE REGOLE PER LA GOVERNANCE

Sono passati quindici anni da quando è stata imboccata la strada dell'aziendalizzazione, per questo occorrono nuove norme per regolare la governance delle aziende. Così come è urgente definire ruolo e composizione degli organismi che rappresentano i professionisti e arrivare a definire regole chiare e all'insegna della trasparenza per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura. Sono questi i punti cardine delle riflessioni sul governo clinico che l'Anao Assomed ha esposto, ai parlamentari, in occasione dell'audizione in Commissione Affari Sociali della Camera il 10 dicembre scorso

## PREMESSA

L'Anao Assomed esprime, innanzitutto, pieno accordo con la volontà di procedere alla definizione di nuove norme che regolino la governance delle aziende sanitarie dopo 15 anni dalla loro nascita ed il governo delle attività cliniche. In questa ottica si inquadra anche la necessità di definire ruolo e composizione degli organismi rappresentativi dei professionisti all'interno delle Aziende nonché i meccanismi di affidamento degli incarichi di direzione di struttura.

L'Anao Assomed ritiene che una prima fase del processo di aziendalizzazione in sanità avviato nel 1992 sia ormai giunta al capolinea. E con essa l'illusione manageriale e politica di poter semplificare la complessità di questo mondo con una sostanziale povertà di strumenti concettuali, del tutto insufficienti, come il disastro dei conti dimostra, anche a realizzare quelli che dovrebbero essere gli scopi aziendali.

Una seconda fase di tale processo non può non partire dal riconoscimento che anche la efficienza e la ottimizzazione dei costi scaturiscono dalla applicazione di conoscenze e valori professionali di diretta derivazione clinica, arrestan-

do un trend aziendalistico che con invadenza e prosopopea limita gli spazi di libertà clinica. In sostanza, non si può eludere la progettazione di un sistema che ricostruisca i valori di appartenenza alla professione, riconoscendone la sostanziale autonomia come presupposto della responsabilità dirigenziale del medico e superando la dicotomia tra cultura professionale e modello organizzativo.

L'esercizio di un ruolo di governo da parte dei professionisti richiede cooperazioni stabili e coordinate sul piano della promozione e valutazione delle attività sanitarie e della formazione permanente; il coinvolgimento diretto nella definizione degli obiettivi di qualità del servizio e nella valutazione degli esiti; la valorizzazione prioritaria dei percorsi clinico assistenziali integrati, delle linee guida, delle procedure di sicurezza di pazienti e di operatori, della ricerca applicata e delle innovazioni gestionali ed organizzative; il sistematico utilizzo di audit qualificati preposti alla valutazione della qualità percepita dei servizi resi; la implementazione di una cultura dell'errore come elemento di apprendimento dei profes-

nisti in una ottica proattiva.

In questa prospettiva è necessario che venga introdotto un principio di responsabilità aziendale per la qualità clinica e la sicurezza delle prestazioni erogate attraverso l'assegnazione al Direttore Generale di specifici obiettivi il cui raggiungimento presuppone atti in grado di conseguire e mantenere nel tempo l'eccellenza dei servizi a tutti i livelli resi ai cittadini, oggetto di specifica valutazione per la riconferma nell'incarico e per l'attribuzione della retribuzione di risultato.

In un siffatto processo di valorizzazione della qualità de-

gli atti professionali si dovrebbe anche concentrare l'attenzione sul ruolo e sulle funzioni del Dipartimento, quale modello ordinario di organizzazione e gestione delle Aziende sanitarie ed articolazione organizzativa dei livelli e dei compiti della governance clinica. Una riflessione particolare merita la definizione delle procedure per la nomina dei Direttori di Dipartimento, anche nelle Aziende integrate di cui al Dlgs 517/99, e la opportunità di configurare tale funzione come incarico a tempo pieno. Anche il ruolo del Consiglio dei Sanitari, organismo elet-

tivo dell'Azienda sanitaria quale sede di rappresentanza delle professioni sanitarie e soggetto di consultazione della Direzione Aziendale sulle materie attinenti l'organizzazione del lavoro, necessita di essere riformulato.

## IN MANIERA ANALITICA LE NOSTRE OSSERVAZIONI SUI TESTI PROPOSTI RIGUARDANO:

### Nomina Direttori Generali

Se non si può immaginare di scindere la responsabilità politica di tutela della salute dei cittadini, compito delle Regioni, dal potere di nomina di coloro ai quali spetterà l'attuazione delle politiche di programmazione e di indirizzo sanitario stabilite dalla Giunta Regionale, occorre definire i requisiti professionali, i criteri e le procedure delle scelte per una loro totale trasparenza. Inutili albi, registri e commissioni in assenza di requisiti che elevino l'asticella della qualità professionale tenendo conto della specificità della funzione, definiti a livello centrale senza faida regionale, curricula verificabili e trasparenza delle procedure accompagnati da sistemi di valutazione, in itinere ed al termine dell'incarico, su obiettivi comprensibili, raggiungibili e misurabili, e non solo di natura economica. Devono contare, insomma, le caratteristiche professionali degli aspiranti all'incarico avu-

Intervista dell'AdnKronos Salute a Domenico Iscaro, presidente dell'Anao Assomed

## ↳ Governo clinico sempre più vicino

Prende sempre più forma la legge sul governo clinico. Il Testo unico capace di regolare l'intero pianeta sanità, dovrebbe vedere la luce entro un paio di mesi. Ad annunciarlo è Domenico Iscaro, presidente dell'Anao Assomed, al termine dell'audizione in Commissione Affari Sociali della Camera, sui disegni di legge in materia. Sul tavolo della Commissione cinque provvedimenti legislativi da analizzare, sintetizzare e raccogliere

appunto in un unico Testo Unico. Quattro i punti chiave: nomina dei primari, disciplina di pensionamento dei medici ospedalieri, istituzione di unità di rischio clinico, nomina dei direttori generali delle Asl. "Riguardo alla nomina dei primari - spiega Iscaro in un'intervista rilasciata all'AdnKronos Salute - tutti hanno concordato che c'è la necessità di cambiare. L'idea è quella di sottoporre le candidature a una commissione esaminatrice estratta a sorte tra i primari

*Lo status giuridico del medico ospedaliero è un ossimoro peculiare: dipendente e dirigente, sia per la propria natura intrinseca di interprete imperfetto ma unico dei bisogni di salute dei cittadini, sia per il trasferimento di delega della proprietà in quanto gestore di risorse anche ingenti*

to riguardo anche, o soprattutto, ad esperienze di lavoro e formative in materia di sanità pubblica ed organizzazione e gestione in ambito sanitario. Senza dimenticare di introdurre un limite di età.

#### Collegio di Direzione

Esprimiamo piena condivisione con la individuazione del Collegio di Direzione tra gli organi della Azienda Sanitaria, prevista da tutti i testi in discussione.

La funzione di "organo" deve essere, però, sostanziata di competenze che non possono limitarsi alla pura riproposizione di quanto previsto dall'art.17 del D.lgs 502/1992. I pareri obbligatori, alcuni dei quali potrebbero anche avere carattere vincolante, devono essere espressi anche su materie quali le strategie aziendali inerenti la qualità clinica, inclusa la valutazione degli indici di performance, i provvedimenti di bilancio preventivo e consuntivo, l'Atto Aziendale ed i provvedimenti di organizzazione del personale, la programmazione aziendale della formazione, l'organiz-

zazione della attività libero-professionale intramoenia.

Il Collegio di Direzione potrebbe esprimere altresì il proprio "gradimento", a carattere non vincolante, sulla relazione programmatica del Direttore Generale al momento del suo insediamento e sulla proposta di nomina del Direttore Sanitario.

Concordiamo anche con una composizione che vede accanto alla presenza di diritto dei Direttori di Dipartimento una quota elettiva quale quella, ad esempio, proposta nel ddl Di Virgilio-Palumbo. Una composizione puramente elettiva rischierebbe di attribuire ad un organo dell'Azienda una mera funzione di rappresentanza degli interessi dei dipendenti slegata da ruoli, funzioni e competenze e la mancata partecipazione dei Direttori di Dipartimento priverebbe l'organismo di funzioni e rappresentanti essenziali, anche in merito alle responsabilità di budget. L'intento, che condividiamo, di determinare una composizione non interamente riconducibile alle scelte del Diret-

to Generale può, infatti, essere soddisfatto introducendo una quota elettiva da aggiungere ai componenti di diritto e restringendo il potere di nomina dei Direttori di Dipartimento da parte del Direttore Generale all'interno di una terna proposta dal Comitato di Dipartimento.

Nelle Aziende Integrate la composizione del Collegio di Direzione deve garantire, appunto per le sue caratteristiche di organo di governo, la proporzionalità della componente ospedaliera e di quella universitaria in relazione alle rispettive dotazioni organiche.

#### Incarico di Direzione di Struttura complessa

È assolutamente da condividere la previsione di affidamento dell'incarico di direzione di struttura complessa esclusivamente attraverso le procedure di cui all'art. 15-ter del Dlgs 229/99 abolendo procedure surrettizie, illegittime quanto largamente diffuse in molte Regioni, quali il ricorso per lo svolgimento di attività ordinarie all'articolo 15 septies del Dlgs 229/99 che andrebbe abolito.

Il bando di selezione dovrebbe specificare le caratteristiche, i requisiti curriculari e le competenze professionali richieste in ragione della tipologia delle attività da garantire come previste dalla programmazione strategica aziendale.

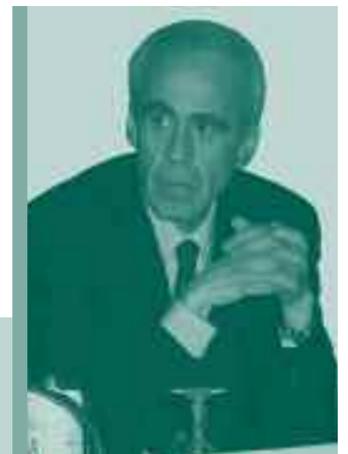
Nella Commissione di selezio-

ne è preferibile prevedere la presenza del Direttore del Dipartimento cui afferisce l'incarico da assegnare, in sostituzione del Direttore Sanitario. Comunque sia, condividiamo la ipotesi di valorizzare l'autonomia della professione restituendo ai suoi rappresentanti la potestà della scelta, attraverso commissioni, anche allargate fino a 5 membri, presiedute dal Direttore di Dipartimento, in rappresentanza delle logiche aziendali, o dal Dirigente più anziano di età, e composte da membri extra regionali estratti a sorte, cui affidare la valutazione analitica pesata del curriculum professionale che porti ad una vera graduatoria. Il carattere distintivo dell'incarico di direzione di struttura complessa è, infatti, a nostro parere l'esercizio di funzioni tecnico professionali in regime di autonomia per cui non appare ulteriormente invocabile la necessità di un rapporto fiduciario con il Direttore Generale, a differenza del management intermedio, rappresentato dai Direttori di Dipartimento, ove gli aspetti di coordinamento e controllo dei processi operativi appaiono prevalenti. E per i Direttori di Unità Operative Assistenziali universitari occorre pensare ad analoghi meccanismi selettivi, pur nel rispetto della autonomia universitaria, a supporto della intesa tra Rettore e Direttore Generale, escludendo investiture automatiche e duplicità di ruoli giuridici.

La valutazione in maniera distinta dei crediti Ecm viene a costituire, invece, un requisito non coerente con la sperimentazione del processo Ecm praticamente ancora non conclusa e con il mancato impegno delle Aziende sanitarie a coprire i costi derivanti dalla necessità di assicurare a "tutti" i dirigenti medici la possibilità di conseguire i crediti previsti per ogni anno.

In analogia si potrebbe procedere anche per la selezione dei candidati ad incarichi di direzione di struttura semplice, da affidare al Comitato di Dipartimento, dopo la individuazione in sede di contrattazione collettiva nazionale di criteri e procedure improntate alla trasparenza ed al merito.

L'Anao Assomed è invece assolutamente contraria alla ipotesi di inserire in tali Commissioni, sia pure "soltanto" per le Aziende Integrate, che però rappresentano una quota importante della rete ospedaliera e comprendono le strutture dotate di più elevata complessità tecnologica e densità di risorse professionali, un componente di estrazione universitaria. Ciò non solo per la mancanza di reciprocità che



ospedalieri, con l'aggiunta del direttore del dipartimento interessato all'assunzione. Commissione che dovrà nominare una terna di candidati, non più di tre, e con una graduatoria a punteggio". La critica dell'Anao è che oggi le Commissioni tendono a promuovere tutti, "per non avere grane", lasciando quindi ampia discrezionalità al direttore generale, vale a dire colui che sarà chiamato alla scelta definitiva. "Con la graduatoria a punteggio - sottolinea Iscaro - la nomina spetterebbe sempre al direttore generale, che si troverebbe però nella condizione di considerare la graduatoria. In caso di scelta diversa, dovrebbe infatti motivarla". Un punto, questo, che ha visto un certo irrigidimento da parte della Fiaso, la Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere. "La Fiaso - spiega il presidente dell'Anao - vuole mantenere

un'ampia discrezionalità. Non vede di buon occhio il vincolo alla graduatoria". Novità anche in tema di pensionamento dei medici ospedalieri. "La proposta che sembra al momento accontentare un po' tutti è quella che prevede il limite di pensionamento a 65 anni, con la possibilità di essere trattenuti in servizio fino a 70, dietro specifica richiesta del camice bianco. Una richiesta che sarà comunque vincolata al parere del direttore generale, che dovrà approvarla", spiega Iscaro. In tema di sicurezza, è stata ribadita l'importanza di istituire unità "ad hoc" sul rischio clinico. "Una realtà già presente in molte strutture, ma che va al più presto estesa su tutto il territorio nazionale".

Tra gli argomenti affrontati nel corso delle audizioni, anche il sistema di nomina dei direttori generali.

"Prende sempre più corpo la proposta di istituire un Albo dei direttori generali, con determinati e chiari requisiti per l'iscrizione.

Per accedervi bisognerà certificare una solida esperienza in materia di direzione. Insomma - sottolinea Iscaro - un'operazione trasparenza". Tra le proposte vagliate, anche quella di istituire un Collegio di direzione. "Un organo - precisa Iscaro - formato da medici e infermieri, che dovrà affiancare il direttore generale. E che su certe materie, come linee guida e percorsi assistenziali, dovrà avere parere obbligatorio".

deriverebbe ai due stati giuridici, tale da contraddire in maniera clamorosa il principio della pari dignità delle due componenti nel difficile processo di integrazione auspicato, ma anche per evitare di affidare ad una istituzione diversa dal Ssn il controllo sia dell'accesso alla Dirigenza, tramite la specializzazione, sia delle prospettive di carriera dei Medici ospedalieri.

È appena il caso di notare, poi, che tale esperienza in passato non ha certo garantito la oggettività delle scelte e che forte ed attuale è la polemica sui meccanismi di reclutamento del personale universitario che certo non può essere considerato ontogeneticamente immune da vizi.

#### Livelli della Dirigenza

Non concordiamo con l'ipotesi di ricollocare in due livelli la dirigenza sanitaria.

Si tratterebbe di un passo indietro capace di introdurre fratture all'interno di una categoria che condivide un profilo professionale, peraltro ormai ben normato da leggi e contratti, caratterizzato da autonomia e responsabilità quali presupposti di una funzione dirigenziale che si esprime attraverso il processo di allocazione delle risorse insito nell'atto medico. Questa omogeneità di profilo professionale ha anche trovato corrispondenza a livello di trattamento economico nel valore unico del tabellare contrattuale che non appare possibile rimettere in discussione a meno di non avviare una rincorsa economica che mal si concilia con lo stato dei conti della sanità italiana.

Lo status giuridico del medico ospedaliero è un ossimoro peculiare: dipendente e dirigente, sia per la propria natura intrinseca di interprete imperfetto ma unico dei bisogni di salute dei cittadini, sia per il trasferimento di delega della proprietà in quanto gestore di risorse anche ingenti. In tutti i medici sia pure con grado e intensità differente sono presenti i due ruoli essendo la responsabilità gestionale insita in ogni

atto medico per la valenza delle risorse impiegate. Ogni scelta clinica comporta una decisione etica ed economica ed ogni medico è responsabile di entrambe. Tutti i medici esercitano le funzioni di dirigenza utilizzando la conoscenza delle ragioni e delle forme in cui la razionalità sanitaria si intreccia con le logiche della economia per essere garanti della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate ai cittadini ed insieme della efficienza allocativa.

Tutti i Medici Dipendenti sono chiamati, cioè, ad impersonare un profilo di dirigente cui è collegata non solo una dimensione professionale, ma anche una di responsabilità nella gestione quotidiana e strategica delle risorse per coniugare efficacia clinica ed efficienza gestionale.

Occorre, inoltre, tenere presente le possibili ricadute di tale scelta sul sistema contrattuale, a partire dalla individuazione delle aree contrattuali ove appare non aleatorio il rischio che la dirigenza medica professionale, quasi una serie B, venga attratta nell'orbita di altre figure professionali lasciando i dirigenti di struttura, la "vera" dirigenza medica, alla deriva di contratti individuali che finiranno con il dare molto a pochi demotivando la maggioranza e frustrandone le aspirazioni.

Tra l'altro il livello unico di dirigenza appare coerente con l'attuale sistema di attribuzione degli incarichi, soprattutto con quelli di direzione di struttura complessa, e con il loro carattere a tempo determinato che mal si concilierebbe con la articolazione in livelli differenti che una volta acquisiti non possono più essere messi in discussione. E permette di sostanziare l'idea di una carriera aperta in cui merito, competenze professionali e necessità di rispondere alla domanda sanitaria siano gli unici elementi atti a giustificare progressione di carriera ed economica senza escludere meccanismi di progressione economica orizzon-

tale legati al sistema di valutazione professionale.

La riproposizione dei due livelli finirebbe, invece, per privilegiare un modello di carriera predeterminata da norme indipendenti dalla autonomia organizzativa delle aziende sanitarie, stabilite a priori, come accade in altri comparti ove il numero dei dirigenti superiori è stabilito per legge.

#### Rischio clinico

Su questo terreno, causa di periodiche cadute di immagine e di consenso verso il Servizio Sanitario e verso i suoi professionisti, sono da accogliere con favore misure stringenti che perfezionino la tutela assicurativa e favoriscano i processi formativi sulla cultura positiva dell'errore anche per arrestare la crescita del contenzioso legale ed un trend dilagante di procedure improntate alla medicina difensiva.

Le polemiche ricorrenti su episodi di cosiddetta "malasanità" dimostrano che non è più possibile ignorare la necessità di predisporre piani specifici riguardanti la gestione del rischio in sanità e la sicurezza di pazienti, operatori e strutture. La gestione del rischio clinico deve muovere, a nostro parere, lungo due direttrici quali la istituzione di Uu.Oo. a livello aziendale, come peraltro previsto anche dal Ccnl dell'Area Medica, senza però alcun vincolo di disciplina nell'affidamento della funzione di coordinatore, ma esclusivamente di competenze e capacità, e la implementazione di una cultura diffusa che limiti il ricorso alla medicina difensiva ed incrementi la formazione degli operatori sulle tematiche relative alla individuazione, analisi e riduzione dei fattori di rischio. Questo non significa, però, escludere interventi legislativi extrasanitari miranti alla depenalizzazione di tale fattispecie di reato, sul modello di tutti i Paesi industrializzati, o al passaggio ad un sistema "no fault", come sembra far prevedere il disposto di alcuni dei testi presentati o, comunque,

*L'innalzamento dei limiti dell'età pensionabile è motivato dalla volontà, ampiamente condivisa, di prevedere una disciplina omogenea per il personale ospedaliero dipendente, quello convenzionato di medicina generale e specialistica ambulatoriale e quello universitario con compiti assistenziali, come peraltro auspicato dall'Odg recentemente approvato dalla Camera dei Deputati ed in linea con le politiche previdenziali e, forse, a parziale correzione di quanto previsto dalla Legge 133/2008*

a norme che sul piano civilistico e penalistico consentono la soluzione stragiudiziale delle liti e l'impossibilità di usare, in un contenzioso civile e penale, le segnalazioni spontaneamente effettuate, su errori propri o di altri.

La assicurazione obbligatoria delle Aziende sanitarie è già prevista dal Ccnl della Dirigenza Medica. Ben venga comunque un atto legislativo che lo ribadisca individuando nella Azienda, e nella sua assicurazione, l'interlocutore unico del danneggiato ed escludendo ogni diritto di rivalsa nei confronti degli operatori sanitari. Anche il grande tema della sicurezza che deve coinvolgere tutti gli attori, e le strutture, deve essere visto in una ottica di sistema, come investimento per il quale impegnare specifiche risorse economiche e culturali se non vogliamo limitarci alla ipocrisia di additare ad ogni notizia di stampa i medici come i nuovi untori.

#### Età di quiescenza

L'innalzamento dei limiti dell'età pensionabile è motivato dalla volontà, ampiamente condivisa, di prevedere una disciplina omogenea per il personale ospedaliero dipendente, quello convenzionato di medicina generale e specialistica ambulatoriale e quello universitario con compiti assistenziali, come peraltro auspicato dall'Odg recentemente approvato dalla Camera dei Deputati ed in linea con le politiche previdenziali e, forse, a parziale correzione di quanto previsto dalla Legge 133/2008.

Per raggiungere lo scopo della "parità" con il mondo universitario, però, il disposto dell'articolo non può essere difforme da quanto prevede il comma 18 dell'art. 1 della Legge 230/2005 per il personale universitario impegnato in attività assistenziali o, al più, tale da prevedere come atto dovuto l'accoglimento della "domanda". A meno di non estendere lo stesso meccanismo dell'innalzamento della età di quiescenza "a domanda" anche al personale medico universitario.

Ferma restante la garanzia per tutti della possibilità di raggiungere il massimo della anzianità contributiva.

Auspicabile, comunque, l'accompagnamento di una riforma delle politiche di ingresso dei Medici nel Ssn che ne abbassino l'età di accesso, per evitare che, in combinata con il ricorrente blocco del turnover, l'innalzamento della età di quiescenza contribuisca al progressivo invecchiamento del Ssn privato di energie ed entusiasmo giovanili.

Lesame di idoneità disposto dal Collegio di direzione appare una inutile formalità.

In conclusione, l'Anao Assomed dichiara fin da ora la propria disponibilità ad un confronto costruttivo ed auspica che il dibattito parlamentare possa trovare soluzioni soddisfacenti alle criticità evidenziate, per potere condividere senza riserve una volontà politica orientata al cambiamento lungo linee di indirizzo che mirano a valorizzare la componente professionale medica presente nelle Aziende sanitarie.

Le osservazioni dell'Anao Assomed sulla delega per la riforma del **PUBBLICO IMPIEGO**

# ASSALTO ALLA DIRIGENZA

Si prospetta una campagna insensata di delegittimazione del ruolo e delle funzioni dei dirigenti, medici in particolare, che alimenta una diffidenza dei cittadini, utile soltanto a sfasciare il sistema

La legge delega al Governo per la riforma del Pubblico Impiego all'esame del Parlamento contiene pesanti penalizzazioni per la dirigenza. Il testo originario già pesantemente punitivo per i dipendenti del pubblico impiego è stato ulteriormente appesantito da alcuni emendamenti dell'opposizione approvati nel corso dell'iter parlamentare. Uno dei quali introduce solo per la dirigenza l'obbligo di una percentuale minima del 30% della retribuzione complessiva come salario di risultato: "prevedere che la componente della retribuzione legata al risultato sia fissata per i dirigenti in una misura non inferiore al 30 per cento della retribuzione complessiva". In tal modo si interviene per legge sulle prerogative contrattuali e si stravolge l'architettura contrattuale vigente. Tra i firmatari dell'emendamento approvato vi sono parlamentari che in passato ricoprivano i vertici nazionali della Cgil Funzione Pubblica. Evidentemente le prerogative delle organizzazioni sindacali e della contrattazione secondo alcuni dovrebbero essere escluse per la dirigenza, ipotizzando una dirigenza desindacalizzata e decontrattualizzata, regolamentata per legge, totalmente sottoposta e subordinata ai vertici politici delle Amministrazioni.

Uno scenario inquietante anche per l'erogazione autonoma ed indipendente dei servizi ai cittadini.

Inoltre si introducono nuove e vessatorie incombenze per la dirigenza con un ulteriore ampliamento delle responsabilità disciplinari ed erariali che in aggiunta agli obblighi

esistenti rischiano di burocratizzare ulteriormente il compito dei dirigenti privandoli di ogni autonomia.

In tal senso si istituisce una forma di "illecito disciplinare nei confronti dei soggetti responsabili, per negligenza, del mancato esercizio o della decadenza dell'azione disciplinare" e ancora: "la responsabilità erariale dei dirigenti degli uffici in caso di mancata individuazione delle unità in esubero", la "responsabilità del dirigente nel caso di omessa vigilanza sulla effettiva produttività delle risorse umane assegnate e sull'efficienza della relativa struttura" oltre al "licenziamento del personale che abbia arrecato grave danno al normale funzionamento degli uffici di appartenenza per inefficienza o incompetenza professionale", una sorta di responsabilità organizzativa: "estensione della valutazione anche ai comportamenti organizzativi dei dirigenti".

Si rinvia poi ai successivi decreti delegati, da approvarsi su proposta del governo con il solo parere delle commissioni parlamentari, la podestà di "definire la tipologia delle infrazioni che, per la loro gravità, comportano l'irrogazio-

ne della sanzione disciplinare del licenziamento".

Ovviamente nelle more del provvedimento disciplinare si subordina "all'esito dell'accertamento della predetta responsabilità" la corresponsione del "trattamento economico accessorio".

Si istiga l'esercizio di poteri disciplinari al punto di limitare al caso di colpa grave o dolo la responsabilità per istruttorie disciplinari infondate, mentre si punisce duramente la mancata denuncia, favorendo in ogni modo una visione punitiva e repressiva dell'azione dirigenziale e fornendo elementi di impunità per ogni iniziativa di inquisizione e di delazione: "limitare la responsabilità civile dei dirigenti alle ipotesi di dolo e di colpa grave, in relazione alla decisione di avviare il procedimento disciplinare nei confronti dei dipendenti della pubblica amministrazione di appartenenza".

Tale rigore va di pari passo con iniziative legislative volte a depenalizzare, prescrive-

re e sanare le responsabilità degli organi politici fino ad ipotizzarne l'immunità.

Non poteva mancare un'ulteriore provvedimento punitivo per i medici pubblici. Il Governo ha previsto, infatti, il licenziamento per giusta causa per il medico che redige certificati di assenza per malattia non soltanto in caso in cui concorra alla falsificazione, ma anche nel caso in cui: "violati i canoni di diligenza professionale nell'accertamento della patologia" dizione quanto mai generica a fronte della gravità della sanzione (licenziamento per giusta causa) e che apre il fianco a valutazioni discrezionali ed arbitrarie su presunti "canoni di condotta".

La norma, infatti, recita: "prevedere meccanismi rigorosi per l'esercizio dei controlli medici durante il periodo di assenza per malattia del dipendente, nonché la responsabilità disciplinare e, se pubblico dipendente, il licenziamento per giusta causa del medico, nel caso in cui lo stesso concorra alla falsificazione

di documenti attestanti lo stato di malattia ovvero violi i canoni di diligenza professionale nell'accertamento della patologia".

Per la presentazione di certificati medici non veritieri da parte di pubblici dipendenti, è prevista addirittura: "una fattispecie autonoma di reato, con applicazione di una sanzione non inferiore a quella stabilita per il delitto di cui all'articolo 640, secondo comma, del codice penale e la procedibilità d'ufficio". In pratica la pena è della reclusione da uno a cinque anni, evidentemente si ritiene questo delitto più grave dell'evasione fiscale, del falso in bilancio, della bancarotta, della corruzione e della concussione fino a diventare un reato particolarmente grave contro il patrimonio pubblico. Tutto questo è del resto in accordo con la campagna di criminalizzazione della certificazione medica per le assenze per malattia da parte dei medici pubblici, basata sulla disinformazione più totale in quanto è noto che i medici pubblici non rilasciano di norma certificati di malattia di pertinenza quasi esclusiva della medicina convenzionata.

Si perseguono assurdi controlli domiciliari per l'assenza per malattia con sperpero di denaro per la duplicazione di visite mediche, in alcuni comparti come la scuola le visite fiscali assorbono l'intero bud-

*segue a pag. 10* ➔



## Senato. Pensioni: cancellate per i primari le norme del 112



Mentre andiamo in stampa, il 18 dicembre scorso, durante l'esame finale del ddl delega sul pubblico impiego di cui trattiamo in questa pagina, il Senato ha approvato un emendamento della maggioranza (primi firmatari Fleres, Corsi e Galioto) con il quale viene aggiunto un comma al comma 2 dell'art.5 del provvedimento. Ecco il testo: «2-bis) Al comma 11 dell'articolo 72 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, sono aggiunte in fine le seguenti parole: "e ai primari ospedalieri".».

Con questo emendamento la maggioranza ha espresso la volontà di esentare anche i primari ospedalieri, come già previsto per gli universitari, dalle norme del 112 che autorizzano le amministrazioni pubbliche a risolvere il rapporto di lavoro dei propri dipendenti al compimento dell'anzianità massima contributiva di 40 anni. Ma, come si evince chiaramente dal testo dell'emendamento, questa disparità sarà ora superata solo per quanto riguarda i primari. Per tutti gli altri medici continuerebbero a valere le norme attuali previste dal 112. Una disparità rilevata dalla stessa maggioranza che ha approvato un ordine del giorno del relatore Vizzini, accolto dallo stesso ministro Brunetta, con il quale, proprio alla luce dell'emendamento approvato, si impegna il Governo "a rivedere l'età pensionabile delle categorie di cui al comma 11 dell'articolo 72 della legge 6 agosto 2008, n. 133, uninformatandone l'età pensionabile alle altre categorie del pubblico impiego".

➔ segue da pag. 9

get delle direzioni scolastiche. Unica nota positiva l'approvazione di un emendamento che prevede l'intesa con le Regioni per l'applicabilità delle disposizioni al servizio sanitario nazionale è infatti prevista una: "intesa in sede di Conferenza Unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, relativamente all'attuazione delle disposizioni di cui agli articoli 2, comma 2, lett. a), 3, 4 e 5, nonché previo parere della medesima Conferenza relativamente all'attuazione delle restanti disposizioni della presente legge, sono trasmessi".

La discussione della legge sta avvenendo senza alcuna consultazione delle Organizzazioni sindacali volutamente escluse dal confronto, ma a quanto pare anche l'opposizione interviene sulla materia senza alcun confronto. Si assiste ad una gara tra governo ed opposizione per colpire il pubblico impiego, dirigenza e medici in particolare, nel comune tentativo di cavalcare l'ondata populista contro presunti fannulloni apparentemente premiante sul piano mediatico-elettorale. Ne consegue una sistematica delegittimazione delle Organizzazioni sindacali e della dirigenza e delle loro prerogative in un clima di "caccia all'untore" da parte di un ceto politico che si erge a censore e pretende di spostare sulle Direzioni tecniche responsabilità e inadempienze che le sono proprie. Inevitabilmente l'accanimento contro la dirigenza rende ancora più agevole quelle operazioni di spoil system e di assoggettamento della pubblica amministrazione all'invasione della discrezionalità politica. Se è vero che il sindacato non deve fare politica, è altrettanto vero che la politica non può fare sindacato avocando a sé funzioni che non gli sono proprie e decidendo unilateralmente le sue competenze esclusive, da questo punto di vista preoccupa la pretesa contenuta nella delega di "precisa-

re, ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli ambiti della disciplina del rapporto di lavoro pubblico riservati rispettivamente alla contrattazione collettiva e alla legge, fermo restando che è riservata alla contrattazione collettiva la determinazione dei diritti e delle obbligazioni direttamente pertinenti al rapporto di lavoro".

Si persegue infine un modello ideologico di dirigente pubblico interamente mutua-

to dalla dirigenza industriale, modello peraltro in evidente declino a livello planetario, significativa la richiesta di omologazione al modello manageriale con la richiesta di: "convergenza degli assetti regolativi del lavoro pubblico con quelli del lavoro privato, con particolare riferimento al sistema delle relazioni sindacali".

Ne deriva un proliferare di presunte figure datoriali e di sedicenti "datori di lavoro", in

una rincorsa a ricoprire impropriamente ruoli imprenditoriali da parte di soggetti che non potranno mai essere considerati imprenditori per l'assenza di capitale di rischio personale e per la natura esclusivamente pubblica delle risorse che amministrano. Troppo facile fare l'imprenditore con il capitale degli altri. Sarebbe veramente necessaria una riforma della pubblica amministrazione a partire dal riconoscimento dell'indipen-

denza e dell'autonomia di dirigenti e dipendenti, dalla separazione tra politica e gestione tecnica e professionale, nella chiarezza dei ruoli e nell'interesse dei cittadini.

Invece ci si prospetta un'imponente legislazione afflittiva e punitiva ed una campagna insensata di delegittimazione del ruolo e delle funzioni dei dirigenti, medici in particolare, che alimenta una diffidenza dei cittadini, utile soltanto a sfasciare il sistema.

LA PROTESTA DELL'ANAAO ASSOMED  
al Parlamento europeo a Strasburgo

## È VITTORIA SULL'ORARIO DI LAVORO

Il parlamento Europeo ha rigettato, il 17 dicembre, il tentativo dei Ministri del Lavoro Ue di prolungare l'orario di lavoro oltre le 48 ore settimanali, di limitare la durata e l'utilizzo dei riposi compensativi, di non considerare, nel settore sanitario, come "lavoro" il tempo di "attesa" durante i turni di guardia notturni e festivi. Una grande vittoria per i medici europei bianchi e per l'Anao Assomed che il 15 dicembre scorso aveva partecipato con una folta delegazione alla protesta organizzata dalla Federazione europea dei medici salariati (Fems) di fronte al Parlamento europeo, in occasione del voto in plenaria per la revisione della Direttiva Ce 88/2003.

"È stata così sconfitta una visione produttivistica dell'organizzazione del lavoro medico - ha commentato il Segretario nazionale Carlo Lusenti - che avrebbe avuto pesanti ripercussioni sulla sicurezza delle cure erogate ai cittadini e sulla tutela della integrità psico fisica degli

operatori. La mobilitazione, anche mediatica, produce risultati ed avvicina le istituzioni europee alle esigenze dei cittadini, in primis al loro diritto ad una sanità più sicura. Auspichiamo - ha aggiunto Lusenti - che il passaggio successivo e cioè la convocazione del Comitato di conciliazione incaricato di trovare un accordo tra i due rami legislativi, confermi definitivamente le disposizioni votate oggi, salvaguardando così la qualità del sistema sanitario europeo". Il sindacato che aveva già plaudito alle disposizioni assunte lo scorso novembre dalla Commissione per l'Occupazione e gli Affari sociali del Parlamento europeo per contrastare le decisioni del Consiglio dei Ministri, aveva auspicato con forza che queste fossero approvate nella seduta plenaria. Per questo era andata a Strasburgo insieme ai colleghi europei con un pacchetto di richieste precise. Per rendere ancora più incisivo l'intervento del sindacato su questa importante questio-

ne che interessa non solo il mondo medico ma anche i cittadini, Carlo Lusenti aveva inviato agli europarlamentari una lettera auspicando, appunto, un voto a favore delle proposte avanzate dalla Commissione per l'Occupazione e gli Affari sociali. "La nostra esperienza quotidiana - aveva scritto Lusenti - nelle corsie ospedaliere, nelle sale chirurgiche, nelle terapie inten-

sive e sub-intensive, nei Pronto Soccorso ci dà la certezza che solo il mantenimento di adeguate tutele nell'organizzazione dei turni di lavoro e nei riposi può garantire la sicurezza e la qualità delle cure per i pazienti ed una riduzione del rischio clinico". Alla luce del risultato ottenuto l'Anao Assomed ha ringraziato vivamente tutti i parlamentari impegnati nel voto ed in particolare i deputati italiani che hanno dimostrato una particolare attenzione e sensibilità verso questi temi.



SPECIALIZZANDI: L'ANAAO ASSOMED preme sul Parlamento per una soluzione del problema

## UNA STORIA INFINITA

Da tre legislature vengono depositati in Parlamento Ddl che affrontano il riconoscimento economico per gli specializzandi. Ma tutto è ancora fermo. Serve ora solo la volontà politica per arrivare ad una soluzione

La storia infinita dei ricorsi per il riconoscimento economico delle specializzazioni conseguite nel periodo 1983-1991 vive periodicamente nuove puntate a seguito della proposizione di nuovi ricorsi da parte di avvocati, cordate di avvocati e organizzazioni varie. Questi soggetti, molto ben informati ed evidentemente in possesso dei riferimenti specifici dei potenziali interessati, da circa 20 anni adducono presunti fatti nuovi a sostegno dell'utilità di nuove iniziative legali. Parimenti, da almeno tre legislature vengono depositati in Parlamento disegni di legge che affrontano la materia, alcuni dei quali prevedono il riconoscimento solo per quei soggetti che effettuano istanza giudiziale. Peraltro nessuno di questi disegni di legge nelle passate le-

gislature ha concluso l'iter parlamentare e sono invariabilmente decaduti.

Gli ultimi Ddl presentati, sono indicati nella tabella 1.

Giova ricordare che i ricorsi presentati in questi anni presso tutti gli organi giudicanti (Corte di Giustizia Europea, Tar, Tribunali) sono decine di migliaia, con grave esborso economico per spese legali da parte degli interessati e notevole impegno degli uffici giudiziari. Molte, dunque, sono state le sentenze a volte anche contraddittorie, molte le questioni giurisdizionali dibattute (prescrizione, natura del diritto, natura autoesecutiva della norma, causa petendi, identificazione del soggetto inadempiente, sedi di giudizio, etc.).

Le stesse azioni promosse in passato dall'Anaa hanno avu-

to anch'esse esiti contrastanti. In generale l'orientamento prevalente è stato quello di ritenere inesistente il diritto per intervenuta prescrizione dello stesso, in forza della relativa eccezione proposta in giudizio dall'Avvocatura dello Stato facendo dunque decorrere la possibilità di accedervi dall'entra in vigore della legge, nel 1991 (altre pronunce, addirittura, fanno maturare la prescrizione di anno in anno, durante lo svolgimento del rapporto).

In alcuni casi – come quello portato ad esempio da Consulcesi e Codacons – nella sentenza del Tribunale di Roma n. 24828/2006, l'Avvocatura dello Stato non è comparso in giudizio, non si è difesa, dunque non ha eccepito la prescrizione, con conseguente vittoria dei ricorrenti e relativo pagamento. Si tratta però di primi gradi di giudizio. A onor del vero è necessario dire che solo in una recente pro-

nuncia della Corte d'appello di Genova, si è sancito il cd. principio dell'illecito permanente: in sostanza, la prescrizione in danno ai medici non sarebbe neppure a oggi iniziata a decorrere, in assenza di un adeguamento pieno e completo da parte dello Stato alla normativa comunitaria. Ragion per cui ogni medico, anche se non ha mai agito, può promuovere azioni a tutela del proprio diritto. E si deve aggiungere che è doveroso tenere in considerazione che si sta sviluppando un ulteriore orientamento della giurisprudenza che individua la supremazia del diritto comunitario rispetto a quello nazionale, "con pronunce che stabiliscono anche la rimozione di atti definitivi dell'amministrazione, se emanati in contrasto con la normativa comunitaria". Ma a tutt'oggi sono solo sporadici casi. A questo punto riteniamo che la soluzione giudiziale sia sempre più lunga e complessa in

quanto richiede comunque il superamento del problema della prescrizione, che verrà invocata dalla controparte, e della ricostruzione dell'impegno lavorativo a suo tempo effettuato, decorsi ormai almeno 17 anni dall'ultimo periodo effettuato. Ne deriva un inevitabile allungamento dei tempi di giudizio, un conflitto di attribuzione di competenze tra organi giudicanti con rinvii tra un organo e l'altro (Tar e Tribunali).

Per questi motivi non proponiamo ulteriori iniziative legali e riteniamo che la soluzione del problema possa solo derivare da una volontà di Governo e Parlamento di porre fine alla vicenda con un provvedimento legislativo.

In tal senso l'Anaa Assomed ha inviato una richiesta di incontro a tutti i parlamentari che hanno sottoscritto disegni di legge in materia per valutare la reale volontà politica di addvenire alla soluzione del problema.

Tabella 1  
Ddl presentati al Parlamento sugli specializzandi

| n. Ddl  | data presentazione | firmatario                              |
|---------|--------------------|---|
| AC 883  | 8 maggio 2008      | Consolo                                 |
| AC 921  | 8 maggio 2008      | Marinello – Fontana – Misuraca – Pagano |
| AC 1009 | 14 maggio 2008     | Raisi – Bernini Bovicelli – Minasso     |

(i testi dei ddl sono disponibili sul sito [www.anaao.it](http://www.anaao.it))

Le Regioni confermano l'interpretazione dell'Anaa Assomed SULLE ASSENZE PER MALATTIA

## LE VOCI DA NON DECURTARE

Con la delibera della Conferenza delle Regioni del 13 novembre 2008, in attesa dei chiarimenti richiesti al dipartimento della funzione pubblica, si conferma l'impianto della precedente deliberazione del 9 ottobre con alcune puntualizzazioni:

1) si indica espressamente l'indennità di specificità medica come voce retributiva da non decurtare, in quanto facente parte del trattamento fondamentale;

2) si precisa che la retribuzio-

ne di posizione minima contrattuale da non decurtare è quella di parte fissa e variabile che attualmente costituisce la retribuzione di posizione unificata;

3) si chiarisce che l'indennità di esclusività, data la natura di trattamento economico strettamente legato al sistema delle incompatibilità vigente per la dirigenza medica, non deve essere decurtato;

4) per quanto riguarda la retribuzione di risultato si chiarì-

sce che qualora l'azienda abbia accordi sindacali e relative procedure di valutazione e premiazione in cui nessun effetto sia annesso alla presenza in servizio, non dovrà assumere alcun provvedimento riduttivo. Nel caso in cui siano in essere sistemi premiali in cui sia espressamente prevista come indicatore

di performance la presenza in servizio dovranno essere previste decurtazioni proporzionali alla quantità di assenze verificatesi.

Trova pertanto conferma l'interpretazione dell'Anaa Assomed che identificava nella retribuzione di posizione variabile aziendale eccedente la retribuzione di posizione unificata e nel sa-

lario di risultato laddove prevista la presenza in servizio come indicatore per il raggiungimento degli obiettivi, le sole voci stipendiali da decurtare.

Vi chiediamo di vigilare affinché questa interpretazione sia correttamente applicata e di segnalare eventuali attuazioni difformi.

(le delibere citate sono pubblicate sul sito [www.anaao.it](http://www.anaao.it))

APPROFONDIMENTI SULLA BIOETICA: DOPO LA SENTENZA ENGLARO

## LA DIFFICILE CONCILIAZIONE TRA SCIENZA E UOMO

Dopo la sentenza della Corte di Cassazione, che lo scorso 13 novembre ha autorizzato la sospensione dell'alimentazione artificiale di Eluana Englaro, sembra riaccelerarsi il dibattito parlamentare sul testamento biologico. I nodi da sciogliere restano tuttavia tanti, come nel caso dell'ammissibilità della cosiddetta "volontà presunta" del paziente a rifiutare le cure. Ma anche la Legge 40 sulla procreazione assistita torna a far parlare di sé all'interno di una più ampia riflessione tra scienza ed etica. Approfondiamo alcuni aspetti del dibattito attraverso gli interventi del sottosegretario alla Salute **Eugenia Roccella**; il senatore e presidente della Commissione parlamentare di inchiesta sul Ssn, **Ignazio Marino**; e del presidente della Fnomceo, **Amedeo Bianco**

↳ a cura di Lucia Conti

Ancora una volta a decidere è stato un giudice. Quelle di bioetica, infatti, sono materie sulle quali la politica si appassiona, discute e poi ancora discute, facendo un passo avanti e uno indietro. Senza fine. Così che il Parlamento non riesce ad esprimersi, come nel caso del Testamento Biologico, che da anni è al centro dei lavori delle commissioni parlamentari in sanità, ma senza che un testo sia mai arrivato in Aula. Nel frattempo, però, la realtà quotidiana va avanti, con tutte le personali vicende

che la vita pone di fronte e gli annessi diritti da rivendicare. E dove non arriva la legislazione, arriva la giurisprudenza. Perché quando c'è da decidere e la politica è assente, agli italiani non resta che rivolgersi alla magistratura per ottenere il riconoscimento di quello che si ritiene un proprio diritto garantito dall'ordinamento e dalla Costituzione, anche in assenza di una legge specifica. L'articolo, nello specifico, è il numero 32, in cui si afferma che "la Repubblica tutela la salute come

fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana". Ma fin dove arri-

vano questi limiti? Secondo il sottosegretario alla Salute, **Eugenia Roccella**, il potere sul corpo "oggi viene esercitato attraverso l'introduzione dei nuovi diritti, come se si trattasse di un allargamento delle libertà individuali. È un incredibile paradosso, perché si rischia di costruire una società con aspetti autoritari in no-

me dei diritti individuali". È, spiega Roccella, "il potere della tecnoscienza", secondo il quale "tanti scienziati non dovrebbe assolutamente avere limiti esterni, nemmeno quelli etici, perché è buono in sé: la scienza avrebbe come fine il bene dell'umanità, il progresso, e quindi non può essere limitata. In questo modo si sta legittimando un potere irresponsabile, che è il presupposto dell'autoritarismo, e lo si sta facendo grazie appunto a un allargamento delle libertà individuali". Lo stesso accade, secondo il sottosegretario, nella procreazione assistita: "Sganciandolo dal rapporto d'amore carnale e dalle relazioni d'amore tra uomo e donna, il figlio viene percepito come un diritto individuale, la realizzazione del desiderio di un singolo, che può essere uomo o donna, oppure una coppia, etero od omosessuale. È un desiderio personale – osserva Roccella – diventa automaticamente un oggetto selezionabile".

Tuttavia, secondo il senatore **Ignazio Marino**, firmatario di uno dei progetti di legge sul testamento biologico in esame al Senato, non si tratta che di una libertà individuale che già esiste e che viene regolar-



### ↳ Cnb: il paziente cosciente può dire no alle cure, ma ai medici resta l'obiezione di coscienza

Il paziente può rifiutare le cure se è in grado di intendere e volere. È un suo diritto. Ma anche il medico ha il diritto di non essere d'accordo. Tuttavia la richiesta del paziente dovrà in ogni caso essere garantita con il passaggio del caso ad altri medici. Con un documento approvato lo scorso 24 ottobre a larga maggioranza (20 voti favorevoli e 3 astenuti), il Comitato nazionale di bioetica (Cnb) ha sancito questi principi, cercando così di conciliare le due posizioni. Non si fa riferimento al caso di Eluana Englaro, dal momento che il diritto a "dire no" riguarda soggetti "consapevoli e coscienti", ma la posizione espressa intende segnare un passo in direzione del diritto alla autodeterminazione del soggetto, anche se il Cnb sottolinea che il rifiuto delle cure o la rinuncia del paziente a terapie salvavita devono rimanere ipotesi estreme. Nel dettaglio, il documento afferma che il paziente ha in ogni caso diritto a vedere

realizzato il suo desiderio altrove e deve essere sempre seguito e assistito sino alla fine con cure palliative. Allo stesso tempo, quando un medico si trova di fronte a dover stabilire se un dato trattamento si può inquadrare nell'ambito di un accanimento terapeutico, lo stesso può far ricorso a un consulente. "Non di rado - si legge nel testo - risulta particolarmente difficile accertare in concreto l'effettiva sussistenza di un accanimento clinico-diagnostico. In tali casi, anche un'eventuale e competente richiesta di sospensione dei trattamenti da parte del paziente potrà utilmente contribuire al formarsi nel medico, supportato da una opportuna consulenza, di una adeguata valutazione del caso". Uniti sul diritto a dire no alle cure, i membri del Cnb si sono tuttavia divisi sulle valutazioni etiche della scelta, con una parte che considera comunque inammissibile la richiesta di un malato dipendente che ha bisogno del medico per rinunciare alle cure.



## ↳ Fnomceo: l'alleanza terapeutica sia la base per migliori scelte di salute

Un anno dopo Udine, dove la Fnomceo affrontò il delicato tema dell'“Etica di fine vita”, un nuovo appuntamento con la deontologia ha visto i medici impegnati questa volta sulla vita nascente. Contraccezione, procreazione medicalmente assistita, pillola del giorno dopo, RU486, rianimazione dei feti vitali di bassa età gestazionale. La Fnomceo ha voluto dire la sua, con un documento sull'“Etica e deontologia di inizio vita”, presentato il 24 ottobre a Ferrara, in occasione di una giornata di Convegno su queste tematiche, all'ordine del giorno nel dibattito politico, professionale e pubblico tanto quanto quello del testamento biologico. I medici hanno in questo modo voluto ancora una volta

ribadire che la legge non può sovrastare il rapporto medico-paziente e che, nello specifico, le linee guida alla legge 40 sulla procreazione medicalmente assistita (Pma) “non possono né debbono intervenire nella relazione di cura definendo, indipendentemente dal contesto clinico, atti e procedure diagnostico-terapeutiche non fondate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili”. Le limitazioni generalizzate delle linee guida, secondo i medici, non consentirebbero infatti alla donna di “esercitare un diritto attuale all'autodeterminazione, né al medico quello di compiere il proprio dovere agendo secondo scienza, nel rispetto del principio ippocratico di perseguire il massimo bene

delle pazienti”. Per quanto riguarda la Legge 194, pur rilevando come essa resti ancora poco applicata nella sua parte iniziale di aiuto alla maternità responsabile, la Fnomceo sottolinea come essa abbia prodotto la sostanziale scomparsa dell'aborto clandestino e la drastica riduzione delle interruzioni volontarie di gravidanza. Per le problematiche neonatologiche in età gestazionale bassa, si indica infine come proprio la legge 194 dia indicazioni chiare: “Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto”. Proprio come un anno fa nel

documento di fine vita, quello che la Fnomceo vuole quindi ribadire è l'importanza dell'alleanza terapeutica tra i medici e i pazienti. Un anno fa, infatti, si sottolineava che “i medici italiani non abbandonano i morenti e non praticano l'eutanasia”, ma i problemi ci sono e spesso derivano dalle carenze del sistema sanitario. “Per quanto migliorato – aveva osservato Bianco a Udine – è ancora indietro il progetto di sollevare il dolore. Il dolore fisico e le sofferenze. I medici segnalano vuoti di iniziative per riempire le solitudini e le angosce dei pazienti terminali. Migliorare questi aspetti significherebbe, secondo i medici, migliorare la cultura e le possibilità dell'accompagnamento alla morte e, così facendo, sottrarre materia alla richiesta di sospensione delle cure per accelerare la fine della vita.

mente rispettata. La massima assistenza e vicinanza al paziente deve essere garantita, certo, ma “credo che il Parlamento debba ascoltare le posizioni di tutti, e i cittadini ci dicono che sulla fine della loro vita vogliono decidere da soli e non vogliono imposizioni”. Il testamento biologico, che nella sua definizione corretta si chiama “dichiarazioni anticipate di volontà”, si riferisce al diritto di ogni persona di indicare oggi, nel pieno delle proprie facoltà, quali cure e terapie ritiene accettabili per se stesso e quali invece rifiutare. “È, dunque – osserva Marino – il diritto di poter scegliere per se stessi, un diritto che già oggi si esercita in ambito sanitario attraverso il consenso informato, accettato da tutti e obbligatorio per legge perché recepisce quanto sancito nell'articolo 32 della Costituzione, che prevede il diritto alle cure, ma non il dovere alle terapie”. E proprio in nome di questo diritto “non credo sia possibile ren-

dere obbligatorie per legge terapie come la nutrizione o l'idratazione artificiale”. I nodi da sciogliere, insomma, restano tanti. Ma il dibattito non gira solo intorno alla scienza e ai diritti. Riguarda anche una nuova visione della società, sempre più basata sull'individuo come singolo, che non sulla collettività, come somma di individui (a partire dal nucleo familiare) che vivono insieme, nello stesso territorio, in alleanza reciproca e con le istituzioni che le rappresentano. Il caso di Eluana è, secondo Roccella, in questo caso emblematico: il rischio, in casi simili, è di “lasciare l'individuo solo di fronte a poteri che lo sovrastano, proprio nel momento in cui è più fragile, sofferente, facile preda della disperazione e della paura. L'autodeterminazione può confinare con l'abbandono, può tradursi in responsabilità mancata per chi è in-

torno al malato e per il contesto sociale. È proprio in questi momenti, invece, che a chi soffre serve la relazione con il medico in un rapporto di alleanza terapeutica che non va distrutto né indebolito. Serve la famiglia, il calore dei gesti di cura primaria, dell'attenzione, dell'aiuto di chi vuol bene. Serve un ambiente caldo che riconosca nel malato, nel disabile estremo, un simile a cui è necessario ‘dare di più’”. Sembra essere simile la preoccupazione dei medici, anche dal punto di vista professionale, che vede il medico al centro di queste vicende, in qualità di prestatori di cure. Per questo la Fnomceo ha ritenuto opportuno approvare un documento sull'etica (di inizio vita, in particolare) che è in qualche modo anche un appello alle istituzioni – siano esse politiche o giurisdizionali – affinché, nel prendere le loro decisioni, tengano in considerazione come il medico sia protagonista, a suo modo, di questi avvenimenti, mettendolo nelle condizioni di esercitare la sua missione di cura nelle condizioni più chiare e corrette possibili. “La nostra idea – ha dichiarato il presidente Fnomceo, Amedeo Bianco – è che il diritto debba definire le mura perimetrali, cioè i principi generali, all'interno delle quali si realizza l'alleanza terapeutica,

ovvero la relazione di cura. Ed è questa relazione, che comprende il medico, il personale sanitario, il paziente e il suo ambito familiare ed è fortemente caratterizzata dallo scambio di valori, di saperi e di libertà, il luogo idoneo, unico e irripetibile all'interno del quale trovare soluzioni alle singole questioni. In questo senso parliamo di “diritto mite”, un diritto che si ferma a definire le mura perimetrali, mentre deve essere forte l'etica che anima la relazione di cura”. Il medico, sottolinea Bianco, non può e non deve essere “una figura totalmente etero diretta, totalmente anonima, che applica protocolli in ragione di leggi predefinite”. Dovrebbe, invece, essere “autore, inteso come acronimo di autonomia e responsabilità”, all'interno di un sistema sanitario in grado di garantire “luoghi accoglienti, tempo a disposizione e capacità di comunicare”. Dove a guidare le scelte sia, appunto, “un'alleanza terapeutica” che metta i cittadini nella possibilità di scegliere sapendo che, da una parte o dall'altra, troverà il massimo della qualità di assistenza e vicinanza. Una sanità, insomma, più umanizzata e accogliente, piuttosto che esecutrice di prestazioni che iniziano e si esauriscono nell'istante stesso della prestazione. Una legislazione, seppur peri-

metrale, resta comunque un'urgenza. Anche per fermare il ciclo della via giudiziaria ai diritti civili, che sta ormai colmando il vuoto di guida politica dello Stato. L'incapacità della politica di dare risposte, peraltro, ha aperto la strada a un insieme di decisioni caso per caso che non hanno valore generale. Questo significa che su casi simili giudici diversi potrebbero prendere decisioni diverse, esponendo così i cittadini a possibili “ingiustizie”. Una situazione che potrebbe aprire una ferita profonda nel tessuto democratico del Paese. E dal momento che tanto si parla del rischio del federalismo di creare 21 sanità diverse, forse si dovrebbe riflettere anche sugli altri elementi che, in una sanità che si svolge nei tribunali, rischiano di creare pazienti di serie A e pazienti di serie B.



*Secondo Eugenio Roccella, il potere sul corpo “oggi viene esercitato attraverso l'introduzione dei nuovi diritti, come se si trattasse di un allargamento delle libertà individuali”*

ASSOCIAZIONE RED sul trentennale del Ssn

# LE TRE RIFORME DELLA "SPERANZA"

Nel 1978 un Parlamento "autorevole" ha approvato tre leggi fondamentali per l'Ssn: la 833, la 194 e la 180

Erano i giorni del quarto Governo Andreotti, Tina Anselmi era il ministro della Sanità e il terrorismo era al suo apice. Stiamo parlando del 1978, un anno particolare, difficile, forse unico per drammaticità nella storia della nostra Repubblica, un anno di svolta che culminò con l'omicidio del Presidente della Democrazia Cristiana, Aldo Moro. Eppure, nonostante quel clima politico infuocato il Parlamento fu in grado di approvare tre leggi straordinarie, il cui portato innovatore è tangibile ancora oggi, tre leggi quali la 833, che avrebbe sostituito le vecchie mutue, introducendo anche in Italia un sistema sanitario per tutti, senza distinzio-

ni di ceto e condizioni sociali, la legge 194 per una maternità responsabile e per l'interruzione volontaria di gravidanza, e la legge 180 relativa alla riforma dell'assistenza psichiatrica. Un Convegno organizzato dall'associazione Red (Riformisti e Democratici) ha voluto ripercorrere il cammino di quelle tre riforme attraverso le testimonianze di chi c'era ovvero politici e rappresentanti di quella società civile che ha avuto un ruolo fondamentale nella spinta innovatrice.

Dunque tre leggi che, come sottolineato dal titolo della manifestazione "Le tre riforme della "Speranza", hanno fatto bene all'Italia e che nacquero da un'ine-

ditata mobilitazione sociale e politica che trovò nei lavori parlamentari una straordinaria cornice di sintesi riformatrice, spesso trasversale ai diversi schieramenti presenti.

Quelle leggi, infatti, furono possibili grazie al Governo "di solidarietà nazionale e al compromesso storico", ma anche grazie alla spinta proveniente dal basso che le ha trasformate in "straordinarie battaglie sociali". Come ha riconosciuto Livia Turco, che parlando del Parlamento lo ha definito "autorevole perché sapeva ascoltare ed era ascoltato".

Le tre riforme hanno rappresentato, ha ribadito la Turco, una delle pagine "più lungimiranti della storia della nostra Repub-

blica" perchè hanno affermato "la dignità della persona e l'importanza della solidarietà introducendo un sistema universalistico e universale di presa in carico della società".

Intervenendo sul concetto "La democrazia che ha reso possibile le riforme" Rosy Bindi ha ripercorso le pagine "un pò ingiallite degli atti parlamentari" e ha ricordato come "quelle tre riforme sono figlie della democrazia dei partiti e della politica che si è saputa assumere le sue responsabilità". Alla vigilia dell'approvazione di altre leggi di quella portata per l'esponente del Pd è fondamentale che "nessuno pensi di replicare quel bipolarismo etico con cui abbiamo visto la maggioranza compattarsi" per approvare leggi non condivise come quella sulla procreazione assistita, ma è necessario rivivere in parlamento momenti alti come quel dibattito difficile e importante che portò all'approvazione della 194. Non c'è futuro per la no-

stra democrazia – ha concluso – se non ci sarà questo supplemento di laicità sulle grandi questioni come il senso della vita e della morte che vedono ormai crescere una domanda sociale molto forte".

Secondo Massimo D'Alema, intervenuto insieme a Beppe Pisanu e Giulio Andreotti nella tavola rotonda che ha chiuso il convegno, i riformisti devono "difendere" le tre grandi riforme varate nel 1978. D'Alema ha ricostruito il clima sociale e politico che portò all'approvazione delle tre riforme:

"Stiamo rievocando una stagione, quella della solidarietà nazionale, che nella memoria della sinistra viene vista come un momento di cedimento: nell'interesse del Paese la sinistra si accingeva a sostenere un governo moderato". "Ma quella – ha proseguito – fu anche una stagione di grandi avanzamenti sociali, che porta il segno della sinistra e della sua capacità di confrontarsi con altre culture". (S.S.)

CONFERENZA NAZIONALE SUL WELFARE promossa dal Partito Democratico

# L'UNIVERSALITÀ E L'EQUITÀ DEL SSN NON SI TOCCANO

"Il Ssn italiano è tra i più avanzati del mondo. È anche una delle più importanti imprese sociali del Paese. Lo è per la sua missione naturale che è quella di assistere ogni giorno, per 365 giorni l'anno, milioni di cittadini, senza alcuna distinzione di ceto, categoria, residenza, età, sesso". Quell'universalità del servizio "non può essere messa in discussione. Occorre, piuttosto, rafforzarla". Ma le nuove indicazioni sui Lea proposte dal Governo "vanno nella direzione opposta", così come i numerosi annunci sul rafforzamento del ruolo del privato. Così Enrico Letta, ministro ombra del Welfare, ha aperto il dibattito sulla sanità in occasione della Conferenza nazionale sul Welfare promossa dal Pd il 27 e 28 novembre scorso a Roma.

Il forte numero delle personalità intervenute alla Conferenza ha impedito di entrare nello specifico dei diversi elementi che formano il tessuto del Ssn. È stata tuttavia l'occasione per ribadire l'impegno del Pd per una politica basata sul principio di universalità ed equità delle cure, opponendosi a qualsiasi provvedimento vada nella direzione opposta. "Le differenze territoriali stanno aumentando a causa di alcune disfunzioni nell'organizzazione interna al sistema, se-

gno che un impianto ottimo come quello concepito dalla 833 non è una condizione sufficiente", ha osservato l'ex ministro della Salute Livia Turco. Anche per Turco bisogna dare applicazione ai principi della legge del '78 attraverso una serie di correttivi e un maggiore coinvolgimento del cittadino. L'importanza di una buona gestione e amministrazione della sanità è stata sottolineata anche da Carlo Lusenti, segretario nazionale dell'Anao Assomed, invitato ad intervenire alla Con-

ferenza. "Quando si parla di invadenza della politica in sanità, il vero problema sta nella qualità di quella politica. Se fosse buona non si tratterebbe di un'invadenza, ma di un giusto e legittimo ruolo di gestione e amministrazione della sanità allo scopo di percepire i bisogni di salute e trovare le soluzioni più appropriate, anche attraverso il confronto con tutti i protagonisti del sistema, a partire dai medici. Il problema – ha detto Lusenti – non è la politica, ma la cattiva politica. È quella

che porta la sanità al collasso". D'accordo Enrico Rossi, coordinatore degli assessori regionali alla Sanità, che ha osservato come, "se ben gestita, la sanità diventa strumento di sviluppo e stabilizzazione del Pil di un Paese". Secondo Rossi non serve una nuova riforma della sanità: "l'impianto della 833 è una base ottimale". Occorre, però, "fare fronte ai nuovi bisogni, finanziare la non-autosufficienza, avere il coraggio di introdurre innovazione e investire nel settore". (L.C.)

# Tutela lavoro

Avv. Vincenzo Bottino - Servizio Tutela Lavoro - Cref

## Aspettativa del medico: le regole contrattuali

### Tutte le ipotesi possibili per richiedere alla propria azienda un periodo di aspettativa non retribuita e senza decorrenza dell'anzianità di servizio

L'istituto dell'aspettativa, nell'ambito del rapporto di lavoro del dirigente medico, è regolato dagli artt. 10 e 11 del Contratto collettivo integrativo del 10 febbraio 2004.

In particolare, l'art. 10 prevede una serie di casi, oltre a quelli già disciplinati dalla legge (v. infra), in cui il dirigente medico, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, può richiedere alla propria azienda un periodo di aspettativa non retribuita e senza decorrenza dell'anzianità di servizio. Ciò può avvenire:

- 1) per esigenze personali o di famiglia (tra cui l'educazione e l'assistenza ai figli fino al sesto anno di età - v. art. 10, comma 1);
- 2) per gravi e documentati motivi di famiglia (individuati dalla legge 53/2000 e dal Regolamento Interministeriale del 21 luglio 2000, n. 278; es. assistenza a familiari o a soggetti portatori di handicap, gravi patologie acute o croniche, ecc. - v. art. 10, comma 8, lett. c);
- 3) per motivi di lavoro (affidamento di incarichi di direzione di struttura complessa o assunzione a termine presso altra azienda o ente pubblico - v. art. 10, comma 8, lett. a) e b).

Sotto il profilo giuridico, vanno distinte le ultime due ipotesi, dall'aspettativa richiesta per esigenze personali o familiari non gravi. Difatti, mentre la richiesta di aspettativa per esigenze personali o di famiglia si configura come di-

ritto del medico sottoposto a condizione potestativa, in quanto subordinato ad un provvedimento discrezionale di concessione da parte dell'Azienda di appartenenza, le altre due ipotesi (di cui all'art. 10, comma 8), costituiscono un vero e proprio diritto soggettivo del dirigente di origine contrattuale e, pertanto, non sottoposto a preventivo provvedimento di autorizzazione dell'Azienda di appartenenza (v. nota chiarimenti Aran 20.2.2002 prot. n. 1943) Nel dettaglio, con riferimento ai periodi di aspettativa per motivate esigenze personali o di famiglia, il comma 1 dell'art. 10 stabilisce che "Al dirigente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato che ne faccia formale e motivata richiesta, compatibilmente con le esigenze di servizio, possono essere concessi periodi di aspettativa per esigenze personali o di famiglia senza retribuzione e senza decorrenza dell'anzianità, per una durata complessiva di dodici mesi in un triennio". Ai fini del calcolo del triennio si applicano le medesime regole previste per le assenze per malattia (art. 10, comma 3). Inoltre, la norma prevede che il dirigente, una volta rientrato in servizio, non può usufruire di un altro periodo di aspettativa per motivi di famiglia, anche per cause diverse, ovvero delle aspettative per motivi di lavoro, se non siano trascorsi almeno quattro mesi di servizio attivo (art. 10, comma 2).

Tale aspettativa è fruibile in maniera frazionata, non si cumula con le assenze per malattia e si ritiene godibile "decorso 30 giorni dalla domanda, salvo diverso accordo tra le parti" (comma 4). Pertanto, in assenza di un provvedimento esplicito di diniego da parte dell'azienda nei 30 giorni successivi alla richiesta di aspettativa (ossia "salvo diverso accordo tra le parti"), il dirigente medico avrà comunque diritto a godere dei periodi richiesti in virtù del principio del "silenzio-assenso" desumibile dall'interpretazione del testo contrattuale.

Alla scadenza del periodo di aspettativa concesso, il dirigente ha l'obbligo di riprendere servizio. Qualora ciò non avvenga, salvo casi di comprovato impedimento, l'azienda può procedere alla risoluzione del rapporto senza corrispondere l'indennità sostitutiva del preavviso (art. 10, comma 7).

A ciò va aggiunto, che la stessa azienda, qualora durante il periodo di aspettativa vengano meno i motivi che ne hanno giustificato la concessione, può invitare il dirigente a riprendere servizio con un preavviso di 10 giorni. Stessa facoltà è attribuita al dipendente, il quale, una volta venute meno le esigenze familiari o personali, può riprendere servizio di propria iniziativa dando all'azienda lo stesso termine di preavviso (art. 10, comma 6).

Con riferimento all'ipotesi di aspettativa richiesta per gravi e documentati motivi fami-

liari, la normativa contrattuale prevede che la stessa può durare al massimo 2 anni e può essere richiesta una sola volta nell'arco della vita lavorativa (art. 10, c. 8, lett. c). Anche tale aspettativa può essere fruita in maniera frazionata ed è possibile cumularla con l'aspettativa per esigenze familiari e personali, qualora venga utilizzata per le stesse ragioni.

Diversa, invece, la disciplina contrattuale nelle ipotesi di aspettativa concessa per motivi di lavoro. Sul punto, infatti, il comma 8 dell'art. 10, dispone che "l'aspettativa senza retribuzione e senza decorrenza dell'anzianità è concessa al dirigente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, a domanda, per:

- a) per un periodo massimo di 6 mesi se assunto presso la stessa o altra azienda ovvero ente o amministrazione del comparto, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato ed incarico di direzione di struttura complessa (art. 10, co. 8, lett. a)
- b) tutta la durata del contratto di lavoro a termine se assunto con rapporto di lavoro ed incarico a tempo determinato presso la stessa o altra azienda o ente del comparto, ovvero in altre pubbliche amministrazioni di diverso comparto, o in ospedali pubblici dei paesi dell'Unione Europea, nonché presso organismi di quest'ultima ovvero Organismi internazionali (art. 10, co. 8, lett. b).

#### ALTRE ASPETTATIVE PREVISTE DALLA LEGGE

Alle ipotesi di aspettativa previste dal contratto vanno aggiunte quelle già regolate da specifiche disposizioni di legge, così come richiamate dall'art. 11 del Ccnl integrativo del 10 febbraio 2004. Si tratta, in particolare, delle aspettative concesse:

- in caso di elezione a cariche pubbliche;
- per la cooperazione con i Paesi in via di sviluppo;
- per motivi sindacali;
- per motivi di studio (es. ammissione a corsi di dottorato di ricerca o borse di studio);
- per ricongiungimento con il coniuge che lavora all'estero.

Con riferimento a queste ultime due ipotesi, la normativa collettiva precisa che nel caso del dirigente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato ammesso ai corsi di dottorato di ricerca, il collocamento in aspettativa, senza assegni e anzianità, ha una durata pari al corso di studi (art. 11, comma 2); mentre, con riguardo alle ipotesi di ricongiungimento con il coniuge che lavora all'estero, la durata dell'aspettativa è correlata all'intero periodo di permanenza all'estero del coniuge (art. 11, comma 3) e può essere revocata dall'azienda in qualunque momento, con preavviso di almeno 15 giorni, per imprevedibili ed eccezionali ragioni di servizio o in difetto di effettiva permanenza all'estero del dirigente in aspettativa (art. 11, comma 4).

➔ segue da pag. 5

reno rapporto tra medico e paziente, di tutelare la sicurezza del paziente, di migliorare l'efficienza e l'efficacia del servizio sanitario e di contenere i costi legati al rischio clinico.

3. All'interno del Servizio sanitario nazionale è istituito il Fondo assicurativo nazionale per la copertura finanziaria dei cosiddetti "rischi sanitari impossibili", che l'Osservatorio di cui al comma 1 annota in un apposito registro da aggiornare ogni ventiquattro mesi.

**Art. 6**

**Assicurazione obbligatoria delle strutture sanitarie ospedaliere**

1. Le strutture sanitarie ospedaliere pubbliche e private possono eser-

citare l'attività solo a condizione che abbiano stipulato, ai sensi del presente articolo, un'assicurazione per la responsabilità civile nei confronti degli assistiti.

2. Per l'adempimento dell'obbligo di cui al comma 1, il contratto deve essere stipulato con qualsiasi impresa autorizzata all'esercizio dell'assicurazione della responsabilità civile con massimali idonei a garantire

la copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti gli operatori sanitari. La polizza assicurativa stipulata non deve in nessun caso prevedere il diritto di rivalsa nei riguardi degli operatori sanitari dipendenti e deve garantire la copertura assicurativa di tutte le prestazioni sanitarie, anche quelle relati-

ve all'attività libero-professionale intramuraria.

3. Le strutture di cui al comma 1, per garantire maggiore tutela ai reparti ad elevato rischio di responsabilità civile, possono stipulare contratti assicurativi integrativi.

**Art. 7**

**Limiti di età**

1. Il limite di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i direttori di struttura complessa, è stabilito al compimento del sessantacinquesimo anno di età, fermo restando quanto previsto dall'articolo 16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503, e successive modificazioni. È comunque facoltà del dirigente di

permanere, a domanda, in servizio fino al compimento del settantesimo anno di età. Il collegio di direzione dell'azienda competente, di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come da ultimo modificato dall'articolo 2 della presente legge, può disporre, a tali fini, un preventivo esame di idoneità con riferimento alla specifica funzione svolta.

2. I professori universitari di ruolo cessano dalle ordinarie attività assistenziali con il collocamento a riposo o fuori ruolo, fatto salvo quanto previsto dalla legge 4 novembre 2005, n. 230. Nel periodo in cui sono collocati fuori ruolo i professori universitari possono svolgere a richiesta attività clinica quali consulenti a titolo gratuito.

**Art. 8**

**Copertura finanziaria**

1. All'onere derivante dall'attuazione della presente legge, pari a 30 milioni di euro annui a decorrere dal 2008, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2008-2010, nell'ambito del fondo speciale di parte corrente dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2008, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della solidarietà sociale.

2. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

**DIRIGENZA MEDICA**

Il mensile dell'Anao Assomed

Sede di Roma: via Barberini, 3  
tel. 06.4245741 - Fax 06.48.90.35.23  
Sede di Milano: via D. Scarlatti, 27  
e-mail: dirigenza.medica@anao.it  
www.anao.it

Direttore  
**Carlo Lusenti**  
Direttore responsabile  
**Silvia Procaccini**  
Comitato di redazione:  
**Giorgio Cavallero,**  
**Domenico Iscaro,**  
**Mario Lavecchia,**  
**Gianluigi Scaffidi,**  
**Costantino Troise**

Coordinamento redazionale  
**Ester Maragò**

Progetto grafico e impaginazione:  
**Daniele Lucia,**  
**Barbara Rizzuti**

Periodico Associato  
**A.N.E.S.**  
ASSOCIATO NAZIONALE EDITORIALE

Editore



**Health Communication srl**  
Edizioni e servizi di interesse sanitario  
Via Vittore Carpaccio 18 - 0147 Roma  
email: redazione@hcom.it  
tel. 06.59.44.61  
fax 06.59.44.62.28

Registrazione al Tribunale di Milano  
n.182/2002 del 25.3.2002. Sped. in abb.

postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Roma  
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96

Stampa: Artigrafiche s.r.l. - Pomezia (Rm)

Finito di stampare nel mese di dicembre 2008



Partnership Banking  
**Un vantaggio tira l'altro**



**Cogli l'opportunità di avere tutta l'esperienza di un grande gruppo bancario, al fianco degli associati ANAAO Assomed, e una gamma di prodotti a condizioni davvero esclusive, per gestire al meglio i tuoi bisogni bancari. E i vantaggi non finiscono qui...**

L'accordo di Partnership stipulato con Deutsche Bank prevede condizioni economiche esclusive e vantaggiose. Qualche esempio:

- tre conti correnti: "Senza Spese" e "Canone fisso" oppure ad "Alto Rendimento" (tutti con numero illimitato di operazioni);
- prelievo bancomat senza commissioni da qualsiasi sportello bancario in Italia e all'estero, anche di altre banche\* (valido solo per i conti db Partner e db Solution New);

- deposito titoli gratuito e Home Banking senza canone;
- assistenza gratuita per l'estinzione del vecchio conto e la gestione di servizi e prodotti finanziari collegati (utenze, titoli, prestiti personali, mutui e carte di credito);
- promozione "Amici colleghi, colleghi vincenti" con la possibilità di vincere fantastici premi o acquistare prodotti della vetrina db Interactive a prezzi scontati;
- mutui a tassi vantaggiosi e senza spese di istruttoria.

Per ulteriori informazioni:

- visita il sito internet dedicato <http://b2e.deutsche-bank.it/anao> (password: customer)
- scrivi a [info.b2e@db.com](mailto:info.b2e@db.com)
- telefona al nostro call center 02.6995

\* Prelievo gratuito nei paesi aderenti all'Area SEPA (Single Euro Payments Area): i 27 membri dell'Unione Europea, più Svizzera, Norvegia, Islanda e Liechtenstein.

Message pubblicitario: prima dell'adesione leggere le condizioni contrattuali riportate nei Fogli Informativi disponibili presso gli Sportelli Deutsche Bank. La vendita dei prodotti e servizi presentati è soggetta alla valutazione della Banca.

