

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

POSTE ITALIANE SPA - SPED. IN ABB. POSTALE - D.L. 353/2003 (CONV. IN L. 27/02/2004 N. 46) ART. 1, COMMA 1, DCB ROMA N.11/2006

LA COMMISSIONE IGIENE E SANITÀ DEL SENATO APPROVA ALL'UNANIMITÀ IL DDL SULLA LIBERA PROFESSIONE

Alpi: soddisfa la proroga, ma non le nuove norme

Una boccata d'ossigeno di 18 mesi quella che il Senato, approvando il Disegno di legge, ha voluto concedere a medici e Regioni per trovare soluzioni definitive all'organizzazione dell'attività libero professionale intramoenia allargata dopo la scadenza del 31 luglio 2007. E tutti giurano che sarà l'ultima proroga. Il 1° febbraio 2009 si conosceranno, quindi, quali sono le Regioni "buone" e le Regioni "cattive", quelle, cioè, che avranno adeguato le strutture per svolgere l'Alpi all'interno degli ospedali e quelle che non vi avranno provveduto. Nel frattempo – almeno per i

medici – resta tutto com'è. Compresa la critica al testo del provvedimento che a Palazzo Madama ha ottenuto il favore unanime di maggioranza e opposizione, ma non quello degli addetti ai lavori. L'Anaa Assomed, infatti, pur apprezzando l'approvazione del Disegno di legge che almeno dovrebbe evitare vuoti normativi pericolosi e dannosi, non ha nascosto da subito le pesanti perplessità sui contenuti del testo. "Siamo totalmente insoddisfatti di questo disegno di legge. È farraginoso, appesantito e irrealizzabile rispetto a quello approvato dal Consiglio dei mini-

stri a maggio. Il Governo è stato costretto a cedere non solo alle richieste dell'opposizione, ma anche a quelle poste dalla sua maggioranza che ha voluto inserire rigidi paletti che limitano l'esercizio dell'attività a prescindere dai contesti organizzativi in cui ci si trova ad operare. Resta il fatto che l'intero sistema dell'intramoenia necessita di un approfondimento e di una revisione più completa". (Il testo del Ddl è pubblicato sul sito www.anaao.it)

alle pagine 2-3

Ammodernamento del Ssn: un provvedimento al di sotto delle aspettative

È deludente la nuova versione del Ddl che punta ad ammodernare il Ssn.

Il testo presentato ai sindacati il 10 luglio scorso, ha spiegato Carlo Lusenti segretario nazionale Anaa Assomed, si presenta come un ennesimo atto di buona volontà, ma scarsamente efficace a risolvere i maggiori problemi organizzativi e gestionali della dirigenza medica.

In particolare l'impianto generale, soprattutto il tono che attraversa tutto il documento è al di sotto non solo delle aspettative dei medici ma più in generale delle necessità del sistema, ha precisato nell'intervista pubblicata in questo numero di Dirigenza Medica

Costantino Troise, vice segretario nazionale vicario dell'Anaa Assomed. Che riconosce però anche la presenza di alcuni elementi positivi. Tra i nodi non sciolti c'è la questione del rapporto con l'Università: l'obiettivo di riequilibrare i rapporti tra la componente ospedaliera e quella universitaria non è stato centrato. Anzi, come ha sottolineato Troise, si è tradotto in alcuni passaggi in un "compromesso al ribasso per non urtare la suscettibilità delle lobbies universitarie". E ancora, la richiesta di rendere trasparenti i meccanismi di nomina dei Direttori generali è rimasta nella sostanza inesausta e si continua a lasciare alle Regioni mano libera sulla designazione di

figure essenziali per la vita delle Aziende. E anche sul fronte della Governance le proposte sono insoddisfacenti: unico dato positivo è la previsione di una quota elettiva nei Comitati di dipartimento e la responsabilizzazione di questi ultimi nella scelta del Direttore di dipartimento nominato dal Dg nell'ambito di una terna proposta dal Comitato stesso. Un passo in avanti è stato compiuto sulla questione della formazione medica con, l'inserimento dei medici in formazione negli ultimi due anni di corso direttamente nelle Unità operative delle Aziende della rete formativa, e con l'obbligo di conseguire il 70% dei crediti formativi in attività professionalizzanti.

alle pagine 4-5

PRIMO PIANO

Il punto su contratto, previdenza, precariato e riforma del Pubblico Impiego

A PAGINA 6

ATTUALITÀ

Convegno della Fnomceo "Etica di fine vita: percorsi per scelte responsabili". Presentati i dati dell'indagine sui comportamenti e le scelte dei medici nell'assistenza ai pazienti in fase terminale

A PAGINA 7

RUBRICHE

L'orientamento giurisprudenziale sulla remunerazione degli specializzandi iscritti ai corsi tra il 1983 e il 1991: un diritto ancora controverso

A PAGINA 8

LA COMMISSIONE IGIENE E SANITÀ DEL SENATO APPROVA IN SEDE DELIBERANTE IL DDL SULLA LIBERA PROFESSIONE

Alpi: votata all'unanimità la proroga di 18 mesi

Ester Maragò

Il Ddl sull'attività libero professionale intramuraria ha affrontato il primo e strategico giro di boa che gli consentirà di arrivare in porto entro la scadenza del 31 luglio fissata dal decreto Bersani: il 19 luglio scorso un nuovo testo è stato approvato in sede deliberante dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato con il consenso unanime di maggioranza e opposizione.

Il provvedimento, alleggerito rispetto a quello originario presentato dal ministro della Salute, Livia Turco – le disposizioni su rischio clinico, assicurazioni e camere di conciliazione e soprattutto quello sull'esclusività obbligatoria per i primari sono stati stralciati vista la loro "non urgenza" (dovrebbero essere inserite nel Ddl sull'ammmodernamento del Ssn) – è passato alla Commissione Affari Sociali della Camera dove, se ottenesse la sede legislativa (ossia senza passaggio in Aula) diventerebbe operativo. Il presidente della Commissione, Mimmo Lucà è ottimista: "Tenterò di ottenere il voto del provvedimento in sede legislativa – ha detto dopo le audizioni informali con i sindacati tenutesi alla Camera il 25 luglio – e per questo ho già avviato i contatti con l'opposizione. Sarà necessario trovare una maggioranza schiacciante, ma non dovrebbe trattarsi di un'impresa difficile – ha aggiunto – visto che lo stesso testo è stato votato all'unanimità in Senato". Insomma, il Ddl dovrà affrontare l'ennesima "corsa contro il tempo". Ma al momento di andare in stampa l'iter parlamentare non si è ancora concluso. Se il provvedimento non riuscisse a superare la barriera del voto alla Camera l'unica chance rimane quella della sua conversione in Decreto Legge. Sempre nella speranza che venga poi convertito in tempi utili (ossia entro la fine del mese di settembre).

Per il ministro Turco aver trovato un percorso condiviso è "un esempio di buona politica che sa affrontare i problemi e li risolve. Superando barriere ideologiche e

Il parere dell'Anao Assomed

"Soddisfatti per l'approvazione, ma permangono perplessità sui contenuti del testo"

Il sindacato ha espresso soddisfazione per il voto del Senato ma rimangono molte riserve e perplessità sui contenuti del provvedimento approvato dal Senato, che avrebbe avuto bisogno di sostanziali modifiche per superare quei rigidi paletti che limitano l'esercizio dell'attività a prescindere dai contesti organizzativi in cui si trova ad operare. "Non si può non constatare, però - ha sottolineato Carlo Lusenti, segretario nazionale dell'Anao Assomed - che il testo ap-

provato dal Consiglio dei Ministri nel maggio scorso è stato stravolto. Il Governo è stato costretto a cedere non solo alle richieste dell'opposizione, ma anche a quelle poste dalla sua maggioranza che ha voluto inserire rigidi paletti che limitano l'esercizio dell'attività a prescindere dai contesti organizzativi in cui si trova ad operare. Ci sarà tempo per una valutazione complessiva su questa tormentata vicenda. A questo punto non resta che augurarci che

la Camera riesca ad approvare il disegno di legge nei tempi utili o che un decreto legge consenta almeno di superare l'estate, evitando vuoti normativi".

Lusenti è anche preoccupato per lo stralcio dell'articolo sull'esclusività del rapporto di lavoro dei medici. "Ma ci sono anche altri aspetti tecnici - ha aggiunto - che ci sembrano di difficile applicazione come la definizione degli spazi ambulatoriali esterni".

lavorando con senso di responsabilità e voglia di dare risposte concrete alle esigenze dei cittadini". "L'approvazione all'unanimità - ha rilevato il presidente della commissione Sanità del Senato, Ignazio Marino - è la dimostrazione che con buona volontà sono possibili percorsi comuni e seri".

La principale novità contenuta nel testo approvato dalla Commissione è la proroga di 18 mesi (fino al 31 gennaio 2009) concessa a Regioni ed Aziende per far decollare definitivamente l'Alpi. Una dilazione che consentirà quindi ai camici bianchi di continuare ad esercitare l'intramoenia allargata anche se nel rispetto delle nuove regole sancite dal provvedimento.

Confermata anche la possibilità per le Aziende, qualora fosse necessario, di affittare, acquistare o stipulare convenzioni con strutture esterne per reperire gli spazi idonei all'Alpi. Il documento prevede poi regole stringenti per chi non rispetterà le norme: si va dal commissariamento del-

le Aziende fino al licenziamento dei Direttori generali gravemente inadempienti. Mentre il Governo potrà esercitare poteri sostitutivi sulle Regioni ed anche bloccare i finanziamenti per gli spazi dedicati all'intramoenia.

Il provvedimento avrà ricadute anche sulle liste d'attesa: è stato previsto l'obbligo di trattare in 72 ore le urgenze differibili, così come sono previsti gli allineamenti tra i tempi del servizio pubblico e quelli delle prestazioni rese in regime di libera professione.

Per garantire poi la massima trasparenza dell'attività in intramoenia, le prenotazioni di visite saranno curate dal personale dell'Azienda sanitaria, così come l'onorario che non potrà essere percepito direttamente dal medico ma sempre dal personale della struttura.

Nel testo approvato dalla Commissione sono state inserite alcune norme che riguardano i dirigenti dei profili sanitari del ministero della Salute, la dirigenza sanitaria, infermieri e tecnici di radiologia.

I commenti di politici e sindacati

Ignazio Marino, presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato

"UN TESTO SERIO E CONDIVISO"

"Rispetto ad una problematica che interessa pazienti e medici la Commissione ha responsabilmente valutato l'importanza dell'argomento e ha lavorato con il contributo di entrambe le parti per arrivare a un testo condiviso". Così il presidente della commissione Sanità del Senato, Ignazio Marino, ha espresso la sua soddisfazione per l'approvazione del Ddl. "Arrivare al voto all'unanimità - sottolinea il presidente - è la dimostrazione che con buona volontà sono possibili percorsi comuni che siano anche seri. Marino ha sottolineato alcuni aspetti importanti contenuti nella legge, come il monitoraggio dei servizi agli utenti, l'urgenza differibile e anche il sistema di controlli sulle Azien-

de e sulle Regioni. "La legge inoltre avrà inevitabilmente delle ricadute positive sulle liste d'attesa dei pazienti: le nuove regole contribuiranno a organizzare meglio l'attività professionale dei medici ma anche l'assistenza ai pazienti".

Cesare Cursi, vicepresidente della Commissione Igiene e Sanità

"SODDISFATTO PER LO STRALCIO DELL'ESCLUSIVITÀ"

"Il via libera del Senato al provvedimento sulla Lpi ha incassato il plauso di Cesare Cursi, parlamentare di An e vicepresidente della Commissione Igiene e Sanità che tuttavia lamenta "la gestione tardiva dei lavori parlamentari". "Abbiamo iniziato a lavorare sul testo solo il 26 giugno - ha spiegato - nonostante l'imminente scadenza del 31 luglio prossimo. Ora la palla passa alla Camera, ma

non possiamo nascondere che i tempi sono strettissimi. Non escludo - ha concluso il senatore di An - che il ministro Turco sia costretta a intervenire". Cursi ha espresso soddisfazione anche per lo stralcio dell'articolo sull'esclusività di rapporto: "Una vittoria dell'opposizione, il miglior risultato che la Cdl porta a casa in questa delicata partita". "Sia ben chiaro: questa è la nostra posizione, e tale è destinata a restare" ha aggiunto mettendo subito in chiaro che la Casa delle libertà, anche in futuro, su questo fronte è pronta a dare battaglia.

Emanuela Baio Dossi e Paolo Bodini, membri della Commissione Igiene e Sanità

"NORME UNIFORMI SU TUTTO IL TERRITORIO NAZIONALE"

"È una legge che darà maggiore tutela ai cittadini e

valorizzerà l'operato dei medici". È quanto hanno dichiarato i senatori dell'Ulivo, Emanuela Baio Dossi, capogruppo in Commissione Sanità, e Paolo Bodini, relatore del provvedimento sulla libera professione intramuraria approvato dalla Commissione Sanità di Palazzo Madama. "Finalmente - hanno aggiunto - si dettano nuove e precise regole che consentono di uniformare su tutto il territorio nazionale l'attività libero professionale dei medici. Era una legge attesa da oltre 7 anni, durante i quali si era andati avanti con successive proroghe del regime attuale senza affrontare il problema nella sua globalità. Purtroppo fino ad oggi si era generata una pluralità di opzioni sulla tipologia di servizi da offrire che ha causato problemi sia ai medici sia ai pazienti. La legge approvata questa mattina - spiegano Baio e Bodini - attribui-

sce alle aziende ospedaliere una totale responsabilità dell'organizzazione di questi spazi. Nel caso l'azienda si dimostri inefficiente il ministero può commissariarla. L'obiettivo prioritario di queste misure è la tutela del cittadino, è ridurre le annose liste d'attesa cui i pazienti sono spesso costretti. Sono stati quindi creati due canali ben distinti per la prenotazione delle prestazioni sanitarie, anche per evitare quelle forme 'subdole' che alla fine inducono il paziente ad optare per l'attività libero-professionale". Inoltre con la nuova legge si attribuisce piena fiducia al personale sanitario che deve cooperare con l'azienda per garantire sia l'efficienza nell'attività ambulatoriale pubblica, sia la qualità in quella libero professionale. "Da sottolineare - hanno concluso - l'equilibrio di questo provvedimento, documentato anche dal fatto del-

In sintesi le novità del testo approvato

Proroga dell'intramoenia

La principale novità introdotta dal Ddl approvato dalla Commissione di Palazzo Madama è la proroga fino al 31 gennaio 2009 dell'intramoenia allargata (nel testo iniziale si prevedeva una dilazione di 12 mesi).

Aziende e Regioni avranno perciò diciotto mesi di tempo per completare gli interventi di ristrutturazione edilizia necessari a rendere disponibili gli spazi per esercitare l'Alpi (attività libero-professionale intramuraria) nelle proprie strutture, e per individuare ed attuare tutte le misure per assicurare, in accordo con i sindacati di categoria e in armonia con le norme contrattuali, il passaggio a regime della libera professione intramuraria.

Sempre in questo arco di tempo e nelle strutture dove non sono ancora state adottate le iniziative per realizzare spazi ad hoc, i medici potranno continuare a lavorare in intramoenia allargata purché nel rispetto delle nuove regole fissate per le prenotazioni e la riscossione degli onorari.

Spazi per l'intramoenia

Le Aziende, in caso di necessità adeguatamente dimostrata, potranno acquistare, affittare o convenzionare spazi ambulatoriali esterni, aziendali e pluridisciplinari per l'esercizio sia dell'intramoenia sia dell'attività istituzionale.

Controlli sugli spazi esterni

La congruità degli spazi per l'esercizio della libera professione intramoenia dovrà essere verificata, con parere vincolante, dal Collegio di direzione o, dove questo non sia stato costituito, da una commissione paritetica di sanitari che esercitano l'Alpi. Esclusivamente per l'attività clinica e

diagnostica ambulatoriale, gli spazi e le attrezzature dedicati all'attività istituzionale possono essere utilizzati anche per quella libero-professionale intramuraria, purché sia garantita la separazione delle attività in termini di orari, prenotazioni e modalità di riscossione dei pagamenti.

Prenotazioni delle prestazioni e riscossione degli onorari

Il servizio di prenotazione delle prestazioni in Lpi e la riscossione dei relativi onorari sarà affidato a personale dell'Azienda (o comunque destinato a questo dall'Azienda) che dovrà controllare la loro separazione dagli orari e dalle prestazioni istituzionali.

Tariffe

Dovrà essere concordato con i professionisti un tariffario idoneo ad assicurare l'integrale copertura di tutti i costi direttamente e indirettamente correlati alla gestione dell'Alpi, compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari.

Liste d'attesa

Sarà effettuato il monitoraggio aziendale dei tempi di attesa delle prestazioni istituzionali per assicurare il rispetto dei tempi medi fissati da specifici provvedimenti e per ridurli. È stato inserito l'obbligo di trattare in 72 ore le urgenze differibili. Previsto l'allineamento in una stessa azienda tra i tempi del servizio pubblico e quelli in libera professione.

Conflitto di interessi

Inserito l'obbligo di: prevenire conflitti di interessi o forme di concorrenza sleale, stabilire sanzioni disciplinari e rimedi da applicare in caso di inosservanza delle disposizioni, anche accertando la responsabilità dei direttori generali per omessa vigilanza.

Garanzie per i cittadini

Dovrà essere attuato il progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni istituzionali ai tempi medi di quelle in libera professione intramuraria al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi istituzionali.

Piani aziendali

Tutte le strutture sanitarie del Ssn dovranno predisporre un piano aziendale per stabilire i volumi di attività istituzionale e di attività libero-professionale intramuraria per ogni singola Unità operativa.

I piani dovranno essere resi pubblici sia attraverso l'esposizione nell'ambito delle strutture ospedaliere sia informando le associazioni degli utenti. Le informazioni dovranno riguardare le condizioni di esercizio dell'attività istituzionale e di quella libero-professionale intramuraria, nonché i criteri che regolano l'erogazione delle prestazioni e le priorità di accesso.

I piani sono presentati alla Regione entro quattro mesi dall'entrata in vigore della legge e poi rinnovati ogni tre anni. La Regione li trasmetterà poi al Ministero della salute che in assenza di osservazioni li renderà operativi.

Le sanzioni

In caso di mancata applicazione delle norme sull'intramoenia, le Regioni possono esercitare poteri sostitutivi ed anche licenziare i Dg gravemente inadempienti.

Ma se a sbagliare saranno loro sarà il Governo ad esercitare i poteri sostitutivi e le amministrazioni locali potranno vedersi precluso anche l'accesso ai finanziamenti aggiuntivi previsti dall'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001.

Vertenze sull'Alpi

Al Collegio di direzione o, nel caso non sia stato costituito, alla commissione paritetica di sanitari è affidato il compito di dirimere le vertenze dei dirigenti sanitari in ordine all'attività libero-professionale intramuraria.

Osservatorio nazionale sullo stato di attuazione dei programmi

Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge sarà attivato un Osservatorio nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale, così come previsto dal D.lgs 502/92.

Dirigenti dei profili sanitari del ministero della Salute

I dirigenti dei profili professionali sanitari del ministero della Salute sono inquadrati in una sezione apposita nel ruolo dei dirigenti dello Stato.

Tempo parziale per la dirigenza sanitaria

Via libera al tempo parziale per i dirigenti sanitari, ma esclusivamente nei casi in cui risulti comprovata una particolare esigenza familiare o sociale e fermo restando il rapporto di lavoro esclusivo e la sospensione dell'intramoenia. L'impegno di lavoro potrà essere ridotto in misura non superiore al dieci per cento e comunque nei limiti e con le regole previste dal Ccnl.

Prestazioni aggiuntive degli infermieri e dei tecnici sanitari di radiologia medica

Per consentire la continuità del ricorso alle prestazioni aggiuntive degli infermieri e dei tecnici sanitari di radiologia medica, il termine del 31 maggio 2007, previsto dalla legge 17/2007 è differito fino alla firma del Ccnl che non dovrà in ogni caso inserire norme che comportino maggiori oneri.

la sua approvazione all'unanimità della Commissione. Accanto a questo primo provvedimento a settembre affronteremo l'altro grave problema della sanità italiana: quello della sicurezza".

Stefano Biasioli, presidente nazionale Cimo-Amsd

"UNA SOLUZIONE TAMPONE"

“Il Senato ha approvato il testo del Ddl sulla libera professione intramoenia esattamente come è uscito dalla Commissione. Era ora. Ci aspettiamo ora che la Camera non faccia bizzesse ed approvi lo stesso testo, senza cambiare neppure una virgola”. Così ha commentato Stefano Biasioli, presidente nazionale Cimo-Amsd il via libera della Commissione al testo. “I signori deputati devo-

no capire che non è il momento di fare bizantinismi. Solo così il tormentato iter del disegno di legge sulla libera professione vedrà una felice conclusione entro il tempo massimo del 31 luglio. Solo così il Parlamento potrà dire di aver messo una pezza su una data incautamente fissata dal ministro Bersani”. Ma nonostante la soddisfazione per l'approvazione, Biasioli è convinto che la proroga dell'Alpi “rappresenta solo un tampone perché i medici ospedalieri sono convinti che tra 18 mesi, nella stragrande maggioranza delle Regioni non sarà cambiato assolutamente nulla. I senatori e i deputati – ha concluso Biasioli – avranno allora approvato una legge, turandosi il naso rispetto alla sostanza del testo, ma resterà comunque il grave problema degli spazi che pochissime aziende riusciranno a realizzare all'interno entro i tempi stabiliti”.

Giuseppe Garraffo, segretario generale Cisl Medici

"SI È PERSO TEMPO CON VELLEITÀ RIFORMATRICI"

Bene l'approvazione del Ddl, ma con qualche riserva. Almeno per Giuseppe Garraffo, segretario generale Cisl Medici che ha avanzato “alcune perplessità sul testo licenziato e soprattutto sul successivo iter parlamentare: sarà difficile, infatti, che la Camera lo approvi entro il 31 luglio prossimo, soprattutto se saranno proposti emendamenti al testo”. “Per non lasciare un vuoto legislativo – ha affermato Garraffo – sarà doverosa l'emanazione di un Dl di proroga, ma a settembre ci ritroveremo con lo stesso problema dei tempi insufficienti. Il Governo ha sciupato un anno di tempo rincorrendo il sogno di fare una mini-riforma sanitaria appro-

fittando dell'occasione dell'intramoenia allargata, mentre sarebbe stato più logico e più lucido scindere la proroga dalle velleità riformatrici, su cui fino adesso non si sono verificate le condizioni politiche di ampio consenso. Il rischio concreto che adesso corrono il Governo e la maggioranza – ha concluso Garraffo – è quello di trovarsi contro 110 mila medici ospedalieri imbufaliti se rimarranno ancora senza il contratto e senza l'intramoenia”.

Massimo Cozza, segretario nazionale Cgil Medici

"PRESA LA GIUSTA DIREZIONE"

Ha espresso soddisfazione per l'approvazione del ddl e per il lavoro svolto, in particolare, dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato e dal suo presi-

dente Ignazio Marino, il segretario nazionale della Cgil Medici, Massimo Cozza. “Molti degli emendamenti approvati vanno nella giusta direzione – ha affermato Massimo Cozza – rispondendo positivamente alle perplessità e a vere e proprie contrarietà che noi avevamo espresso in un primo momento”. Finalmente, ha aggiunto Cozza, “entro 18 mesi in tutto il Paese i medici che credono nella sanità pubblica potranno svolgere la loro professione negli ospedali, essendo stata superata, come richiesto dal nostro sindacato, la possibile istituzionalizzazione e l'accreditamento degli studi privati”. Per Cozza rimane però ancora aperto il nodo dello stralcio dell'esclusività dal Ddl: “continueremo la nostra battaglia – ha chiosato – con la richiesta dell'obbligatorietà dell'esclusività per gli incarichi gestionali dei medici e della rivalutazione della specifica indennità”.

IL MINISTRO DELLA SALUTE PRESENTA AI SINDACATI LA BOZZA DEL DDL CHE RIDISEGNA IL SSN

Poche luci e molte ombre sull'ammmodernamento del Ssn

“Deludente”. È stato questo il primo commento del segretario nazionale Carlo Lusenti, alla bozza di Disegno di legge “Interventi per la qualità e la sicurezza del Ssn” presentata dal ministero della Salute ai sindacati dei medici il 10 luglio scorso.

La nuova versione del Ddl che punta ad ammodernare il Ssn non ha conquistato i rappresentanti dei camici bianchi in quanto si presenta come un ennesimo atto di buona volontà, ma scarsamente efficace a risolvere i maggior problemi organizzativi e gestionali della dirigenza medica. E quindi, ha affermato Lusenti, “pur riservandoci un più attento esame del testo possiamo sin d'ora dichiarare la nostra delusione per un provvedimento legislativo al quale si chiedeva una maggiore incisività sul tema del governo clinico, sul conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa e sulla formazione dei medici specializzandi”.

Sulla stessa linea Costantino Troise, vice segretario vicario dell'Anao Assomed, secondo il quale l'impianto generale, soprattutto il tono che attraversa tutto il documento è al di sotto non solo delle aspettative dei medici, ma più in generale delle necessità del sistema. Anche se, ha spiegato Troise nell'intervista pubblicata in queste pagine, sarebbe ingeneroso negare la presenza di qualche elemento positivo.

Ma quali sono i passaggi fondamentali della nuova versione del provvedimento?

Stella polare del Ddl che ridisegna i contorni del Ssn è il Dlgs 502/1992 rivisto però in un'ottica federalista. Principi ispiratori: solidarietà, universalità ed equità d'accesso alle prestazioni in un sistema unico basato su finanziamento pubblico. Sono posti a carico del Servizio sanitario nazionale le attività e i servizi le cui prestazioni, sulla base delle conoscenze ed esperienze scientifiche e cliniche disponibili, presentano significativi benefici in termini di salute, individuale e collettiva a fronte delle risorse impiegate. Un'attenzione particolare è dedicata all'integrazione socio sanitaria: l'obiettivo è assicurare l'accesso unitario alla rete dei servizi socio-sanitari, anche attraverso progetti personalizzati individuali. Per questo saranno individuati anche i criteri per il cofinanziamento di queste funzioni da parte delle Aziende sanitarie e dei Comuni. Alle Regioni spetterà il compito di metter in atto tutte le azioni necessarie per assicurare la presa in carico integrata del bisogno socio-sanitario e la continuità del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale.

Vediamo in breve alcune delle novità introdotte nella nuova stesura del provvedimento.

ORGANIZZAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE

Cambiano alcune modalità organizzative delle Aziende sanitarie. Il Direttore generale e il Collegio sindacale quali organi aziendali potranno avere accanto anche un Collegio di direzione, ma solo se previsto dalla Regione. Il nuovo organo è costituito dal Direttore sanitario e amministrativo, dai Direttori di distretto, dipartimento e presidio, da un Mmg, un pediatra di libera scelta e uno specialista convenzionato. Nelle Aziende ospedaliere-universitarie è assicurata un'adeguata rappresentatività tra la componente medica ospedaliera e quella medica universitaria.

Il Collegio di direzione concorre alla pianificazione strategica delle attività aziendali, alla valutazione interna dei risultati e delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria. Il Dg è obbligato al suo parere per l'atto aziendale, programmi di ricerca e for-

mazione, obiettivi della contrattazione integrativa aziendale, Ecm e modalità generali di esercizio della libera professione intramuraria. Nel caso il manager adottasse decisioni in contrasto con il Collegio è tenuto a motivarle.

E ancora, per favorire la trasparenza degli atti e la partecipazione della dirigenza al governo dell'Azienda, le Regioni possono disciplinare modalità di consultazione e coinvolgimento nelle attività della direzione aziendale dei dirigenti delle strutture organizzative aziendali di massima dimensione, titolari di budget.

DIRETTORI GENERALI

Per la nomina dei Direttori generali la parola d'ordine è: massima trasparenza. Per questo le Regioni dovranno rendere nota a tutti, con congruo anticipo, l'attivazione delle procedure per la loro nomina anche utilizzando i propri siti internet. E ancora, le Regioni dovranno determinare preventivamente, sentendo anche le associazioni di tutela degli utenti, i criteri di valutazione dell'attività dei Dg che entro diciotto mesi dalla loro nomina dovranno presentare il certificato di frequenza ai corsi di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria attivati dalla Scuola nazionale della P.A. in ambito regionale o interregionale in collaborazione con le Università o altri soggetti pubblici o privati accreditati.

DIPARTIMENTI

Il dipartimento è il modello ordinario di gestione operativa di Asl e Ao. Il direttore del dipartimento è nominato dal Dg - sentito il Comitato di Dipartimento ed acquisito il parere del Collegio di Direzione - fra tre di-

rigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento. Il Direttore di dipartimento rimane di norma titolare della struttura complessa che dirige, salvo che la Regione non abbia già disciplinato in materia.

Resta affidata alle norme regionali la definizione delle competenze dei dipartimenti delle attività ospedaliere, territoriali e della prevenzione e le modalità di assegnazione delle risorse su base budgetaria e di gestione. I dipartimenti, che hanno natura strutturale, hanno responsabilità sia in materia organizzativa e clinica sia in quella gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi. Programmazione, realizzazione, monitoraggio e verifica delle attività dipartimentali sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al Dipartimento mediante la costituzione di Comitati di dipartimento disciplinati dalla Regione. La Regione garantisce inoltre che sia assicurata la parità tra membri di diritto e membri eletti dall'assemblea del personale tra rappresentanti della dirigenza medica e sanitaria e delle professioni sanitarie.

NUOVE REGOLE PER I PRIMARI

Gli incarichi di direzione di struttura complessa sono attribuiti solo per meriti e capacità. È questo l'obiettivo dell'articolo che vuole regole più trasparenti per la nomina primariali. I principi e i requisiti sono quelli già sanciti nel Dpr 484/97, ma si stabilisce che il bando di selezione deve specificare le caratteristiche delle competenze professionali e i requisiti curriculari necessari per garantire le attività sanitarie previste

Intervista a Costantino Troise, vice segretario nazionale vicario Anao Assomed

“Aspettative tradite, con qualche elemento positivo”

Dottor Troise, come giudica la bozza di Ddl “Interventi per la qualità e sicurezza del Ssn” presentato dal ministro della Salute Livio Turco ai sindacati?

A caldo, e prima di un'analisi dettagliata del provvedimento, ritengo che sia al di sotto delle aspettative, soprattutto se confrontata con il documento preparatorio consegnato ai sindacati quasi un anno fa.

L'intenzione iniziale sembrava essere quella di introdurre in un Ssn organizzato su una logica aziendalistica dosi robuste di “governo clinico” per focalizzare l'attenzione sulla qualità degli atti professionali e garantire standard adeguati ed omogenei delle prestazioni rese.

Sembrava esserci, in questa ottica, la consapevolezza della necessità di rivedere il ruolo e la composizione degli organismi rappresentativi dei professionisti all'interno delle Aziende per attribuire loro poteri decisiona-

li in grado di armonizzare i valori professionali con i principi organizzativi e gestionali del sistema.

Sia chiaro, la richiesta, da più parti avanzata, di governo clinico non è riducibile ad una forma di moderno neo-corporativismo. Il suo significato più forte è nella valorizzazione della qualità professionale come obiettivo di politica aziendale declinato secondo i parametri della appropriatezza, della elaborazione ed implementazione di linee guida, dell'auditing, di valori, cioè, di diretta derivazione clinica e professionale senza i quali non è possibile immaginare nemmeno il contenimento dei costi. Rispetto a questo obiettivo mi sembra che il risultato raggiunto sia modesto. Basta guardare, ad esempio, alle disposizioni sul Collegio di Direzione: è diventato un organo a geografia variabile, nel senso che ogni Regione può decidere o meno di dargli dignità di organo aziendale e, per quanto at-

tiene alla sua composizione, non viene garantita né una quota elettiva, né, nelle Aziende integrate, una pari dignità alla componente medica ospedaliera rispetto a quella, attualmente strabondante, universitaria. E se nella definizione dei compiti si prevede l'obbligatorietà di alcuni pareri, dai quali però il Dg può prescindere, si finisce con il ricalcare sostanzialmente quanto previsto dalla legge 229/99. Non si vede, perciò, il segnale di cambiamento tanto invocato.

Entriamo nel dettaglio, quali sono gli aspetti critici del provvedimento?

La questione del rapporto con l'Università che nelle parole del ministro doveva diventare “uno dei cambiamenti più grandi da realizzare” si è sbiadita del tutto perché non ha affrontato le criticità che si sono create nelle diverse situazioni regionali dopo 8 anni di applicazione, o meglio di non applicazione, del Dlgs

nella programmazione strategica aziendale. La Commissione di selezione è formata da 5 componenti scelti dal Collegio di Direzione: uno dell'Azienda, 4 scelti in una rosa di 8 nominativi di direttori di struttura complessa della Regione e della stessa disciplina del candidato richiesto, individuati con un sorteggio pubblico. La Commissione selezionerà, motivandola, una terna di non più di tre candidati con le migliori caratteristiche curriculari. E i curricula dei professionisti saranno resi pubblici sui siti internet delle Aziende. I tre candidati dovranno poi sottoporsi ad un colloquio attitudinale, secondo criteri fissati dalla Regione, gestito dalla Commissione e alla presenza del Dg che poi individuerà il prescelto con motivazione scritta. Per quanto riguarda la valutazione annuale dei primari, parametri criteri e modalità saranno disciplinati dalla Conferenza Stato-Regioni.

ETÀ

Tutto il personale del Ssn andrà in pensione al compimento del sessantasettesimo anno di età. Le stesse regole valgono per il personale medico universitario per quanto concerne le funzioni assistenziali. Gli Atti aziendali disciplinano le modalità e i limiti per l'attribuzione delle specifiche attività assistenziali strettamente correlate all'attività didattica e di ricerca fino alla sua permanenza nei ruoli dell'Università.

Le Aziende sanitarie poi possono trattenere il medico in servizio, per ogni anno e fino a settanta anni, se ci sono motivate esigenze assistenziali e se c'è il parere favorevole del Collegio di Direzione e del Collegio delle professioni sanitarie. Naturalmente sempre che l'interessato sia d'accordo.

FORMAZIONE DEI MEDICI SPECIALIZZANDI

Ci sono alcune novità sul fronte della formazione dei medici, a partire dall'entrata in scena della formazione specifica dei medici di Medicina generale.

È previsto l'inserimento degli specializzandi a partire dal penultimo anno di corso direttamente nelle Unità operative delle Aziende della rete formativa regionale, e l'obbligo di conseguire almeno il 70% dei crediti formativi in attività professionalizzanti.

Le Regioni, in accordo con le organizzazioni sindacali, dovranno definire un protocollo aggiuntivo al contrat-

Intervista a Enrico Rossi, coordinatore degli assessori regionali alla sanità

"Ridefinire tutto il sistema di governo delle Aziende"

Assessore Rossi, come giudica il ddl sull'ammmodernamento del Ssn?

Ci sono due o tre punti molto interessanti. Il primo è la definizione di un quadro generale dei principi: dopo il 229, dopo il federalismo, mi sembra giusto ridefinire un quadro generale dei principi.

Poi, c'è la volontà di ridisegnare i poteri all'interno delle Aziende. Io sono favorevole al governo clinico, ma nel momento in cui si vanno a toccare gli equilibri, allora si deve parlare di governance e tutti i poteri devono essere ridefiniti e riequilibrati.

Teme che si perda il controllo della spesa?

Non ho paura di questo, ma sono convinto che le Aziende non possono tornare ad essere enti. Ci sono responsabilità che devono essere ri-

partite, meglio definite: il Direttore generale deve avere le sue, e così il direttore sanitario e il direttore amministrativo. E in questo quadro è giusto pensare ad una partecipazione più ampia attraverso il governo clinico. Non si può rinunciare però al carattere dell'Azienda. Forse sono maturi i tempi per una riflessione intorno alla figura del Direttore generale, ai criteri di valutazione che lo riguardano, che devono essere oggettivi e meno vincolati all'arbitrarietà della politica.

Dopo anni di continua crescita del ruolo delle Regioni, ora molti attribuiscono proprio alle Regioni i guasti della sanità italiana.

Credo che farebbero bene a smettere di polemizzare inutilmente. Se mi è permesso, voglio ricordare che molti degli atti su cui il ministero

si basa sono frutto del lavoro delle Regioni.

La verità è che il federalismo si è imposto, anche al di là del Titolo V, perché il sistema sanitario si è così implementato negli anni che era necessaria una responsabilizzazione dei livelli regionali per governarlo. Questo nuovo assetto, come tutte le soluzioni federaliste, ha reso più visibili le differenze. Non si tratta però di fermare le Regioni che hanno dimostrato di essere più veloci, ma piuttosto di utilizzare la loro esperienza per aiutare, anche attraverso il ministero, quelle che restano indietro. Nell'esercizio del potere sostitutivo io non vedo nulla di sconvolgente: di fatto sta già avvenendo, ad esempio con la definizione dei piani di rientro, e mi pare una novità positiva. (E.A.)

to per specificare: sede di assegnazione; trattamento economico integrativo tale da portare la retribuzione al tabellare del dipendente; tipo e modi di svolgimento delle attività che il medico deve personalmente eseguire dopo una graduale e progressiva acquisizione di autonomia professionale in deroga a quanto disposto dall'articolo 38 del Dlgs 368/99 secondo cui "in nessun caso l'attività del medico in formazione specialistica è sostitutiva del personale di ruolo".

L'impegno orario dovrà essere pari a quello del personale dipendente, ma con previsione di riserva di pari entità per gli obblighi didattici.

Infine, le Aziende sanitarie interessate dovranno rendere indisponibile nella pianta organica un posto di Dirigente del ruolo sanitario ogni cinque specializzandi inseriti.

SICUREZZA DELLE CURE

Le norme sul rischio clinico stralciate dal testo del Ddl sulla Lpi approvato dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato sono ricomparse nella bozza dell'ammmodernamento. I tre articoli inseriti prevedono: l'adozione in tutte le strutture pubbliche e private accreditate del Ssn di un sistema per la gestione del rischio clinico, incluse le infezioni ospedaliere, e di un servizio ad hoc permanente; l'istituzione di un servizio di ingegneria clinica; l'assunzione di responsabilità civile per i danni causati dal personale sanitario medico anche in attività Lpi; l'adozione di norme per facilitare la soluzione delle vertenze per danni derivanti da prestazioni fornite dagli operatori sanitari. (E.M.)

517/99. Anche la ostentata volontà di parificare l'età di quiescenza delle due componenti, universitarie ed ospedaliere, si è tradotta in un compromesso al ribasso che, per non urtare la suscettibilità delle lobbies universitarie, fissa il limite dei 67 anni per entrambe, ma attribuisce ai Dg una discrezionalità nel prorogare l'attività di ulteriori tre anni. Questo è un danno per i giovani medici, già penalizzati dal blocco del *turn over*, ed apre all'interno delle aziende un mercato che avvantaggerà solo i più forti e non i più meritevoli.

C'è un impianto regionalista che non fa altro che riaffermare quelle logiche aziendalistiche che hanno ormai già dato quanto potevano, senza realizzare il grande obiettivo di reclutare nella *mission* del sistema i valori e le competenze dei professionisti, e dimostrando anche di essere incapaci di raggiungere gli obiettivi per i quali sono nate, come il disastro dei conti in molte realtà dimostra.

Si parla di trasparenza per la nomina dei Direttori generali, ma in realtà non sono stati individuati requisiti e criteri di scelta, e neanche un limite di età, riducendo il tutto ad una stanca ripetizione di quanto già sancito nel Dlgs 502. Questo vuol dire lasciare alle Regioni mano libera sulla designazione di figure essenziali per la vita delle Aziende.

Un capitolo che va rivisto e che dovrà essere accompagnato anche da norme che depenalizzino l'errore medico è quello sulla sicurezza delle cure. Senza dubbio andrà rafforzato il ruolo delle Unità di gestione del rischio clinico che non possono essere un optional, ma un punto di riferimento costante nella organizzazione delle Aziende, ed implementati i processi formativi sulla gestione dell'errore in sanità. Ma anche il ruolo delle assicurazioni merita ulteriori riflessioni.

Quali sono invece gli elementi positivi?

Sul fronte della governance l'unico dato positivo è quello che riguarda la previsione di una quota elettiva nei Comitati di dipartimento e la responsabilizzazione di questi ultimi nella scelta del Direttore di dipartimento che viene nominato dal Dg nell'ambito di una terna proposta dal Comitato stesso. Questo è senza dubbio un passaggio importante per legittimare tale figura anche dal basso.

Altro elemento apprezzabile è quello che riguarda la formazione medica.

L'inserimento dei medici in formazione negli ultimi due anni di corso direttamente nelle Unità operative delle Aziende della rete formativa e la previsione, o meglio l'obbligo, di conseguire il 70% dei crediti formativi in attività professionalizzanti può contribuire a rivedere un modello for-

mativo finora troppo incentrato sul monopolio universitario. Questo consente di riportare la formazione dei medici nelle corsie ospedaliere, per cui il saper fare diventa un elemento fondamentale, lasciando inalterati gli obblighi didattici nei confronti dell'Università. Vedremo se il Ministro sarà in grado di difendere questa timida prova di coraggio dalla prevedibile reazione dell'accademia.

Per quello che riguarda le regole concorsuali per la nomina dei Direttori di struttura complessa mi sembra positivo che il Dg debba esplicitare già nella fase di bando le caratteristiche e le competenze professionali richieste e che in qualche modo il sorteggio aumenti il grado di terzietà della Commissione.

Insomma, sarebbe ingeneroso negare che qualche elemento positivo c'è, ma l'impianto generale, soprattutto il tono che attraversa tutto il documento ci sembrano al di sotto non solo delle nostre aspettative, ma più in generale delle necessità del sistema. **Come giudica nel progetto di ammmodernamento del Ssn l'attenzione offerta al territorio?**

È una profonda convinzione del Ministro, in qualche modo condivisibile, che occorra ridare slancio alla medicina territoriale per evitare di ridurre tutto il sistema dell'offerta a quella ospedaliera. Credo che

sia un passaggio di per se positivo, e di cui occorrerà valutare le ricadute economiche, ma sarà privo di valore se non è accompagnato anche da un'adeguata e parallela attenzione alla assistenza ospedaliera che conserva un ruolo di primissimo piano perché è ancora quella che meglio risponde alle attese dei cittadini e rappresenta il luogo di espressione delle competenze professionali e delle aspettative di oltre 100mila medici ospedalieri del Ssn.

Ci aspettiamo quindi che nel corso del dibattito sul provvedimento ci sia una riflessione attenta sulla medicina ospedaliera, sul ruolo dei professionisti che lavorano nelle corsie degli ospedali, sull'organizzazione del loro lavoro e sulla qualità delle loro prestazioni. Se non ci saranno risposte su questi punti anche il processo di riorganizzazione del territorio rimarrà monco. **Potremmo definire il Ddl un'occasione mancata?**

Se l'intenzione del Ministro era quella di arrivare ad un provvedimento che incidesse in maniera sostanziale sulle caratteristiche attuali del sistema sanitario, allora sì, possiamo parlare di occasione mancata, almeno dal punto di vista dei medici ospedalieri.

Seguiremo con interesse l'andamento del dibattito in Parlamento e negli ospedali. (E.M.)

Il punto su contratto, previdenza, precariato e riforma del Pubblico impiego

a cura di Giorgio Cavallero*

L'AGENDA CONTRATTUALE

Per rinnovare un contratto nazionale occorrono una serie di provvedimenti:

- la definizione delle aree di contrattazione;
- la direttiva "madre" per tutto il pubblico impiego;
- la direttiva specifica per la dirigenza del Ssn da parte del comitato di settore;
- la disponibilità chiara delle risorse.

Al momento sono state definite le aree ed è quasi pronta la direttiva generale, tuttavia manca l'atto di indirizzo di settore che non può essere emanato fino a quando il ministero dell'Economia non trasmette i dati della Ragioneria dello Stato per quantificare gli oneri contrattuali. Abbiamo sollecitato il ministero dell'Economia a provvedere a questo indispensabile adempimento preliminare.

Nonostante la più volte affermata volontà politica per un sollecito rinnovo dei contratti, le liturgie contrattuali non sono sostanzialmente cambiate. Anche sul fronte della rivalutazione dell'indennità di esclusività di rapporto, al di là di promesse da più parti rese pubbliche, manca un chiaro impegno di spesa che solo la prossima Finanziaria potrà sancire. È chiaro che senza la rivalutazione dell'indennità di esclusività non si può aprire il tavolo contrattuale. Su questa posizione convengono tutte le sigle della dirigenza medica e sanitaria. Il nostro contratto è scaduto dal 31 dicembre 2005 ed il rinnovo del biennio 2006/2007 avverrà a contratto scaduto. È una situazione intollerabile e cronicizzata e poco conforta il fatto che sia comune a tutto il pubblico impiego.

PREVIDENZA INTEGRATIVA

Su questo argomento il comitato di settore ha previsto il varo della previdenza integrativa e stabilito un finanziamento provvisorio di circa 25 milioni di euro annui riservandosi una dettagliata normativa in tempi successivi.

Presso l'Aran è iniziata una trattativa per descrivere i contorni dell'operazione. È chiaro che questa partita riguarda prioritariamente gli assunti dal 1° gennaio 2001 che dispongono del solo Tfr ed è altrettanto evidente che questo problema è separato e distinto dal rinnovo del contratto 2006/2007 configurandosi come una sorta di coda contrattuale del precedente Ccnl scaduto il 31 dicembre 2005. Mentre per il settore privato la previdenza integrativa è ormai una realtà consolidata, nel pubblico impiego sono indispensabili alcuni adempimenti legislativi per rendere pienamente fruibile questo diritto. In particolare gli accantonamenti del Tfr sono "virtuali" cioè non sono interamente disponibili per gli investimenti e la rivalutazione del fondo viene effettuata sulla base della media dei rendimenti dei 10 migliori fondi di categoria. Tuttavia mentre un gestore di un fondo privato può disporre di una massa monetaria che comprende sia la quota del datore di lavoro (2%) che del Tfr (6,91%) oltre ad eventuali versamenti del contribuente, il gestore di un fondo del pubblico impiego dispone solo della liquidità del contributo datoriale. A fronte di una minore disponibilità di liquidità, gli adempimenti sono uguali in termini di costi (attivazione di un consiglio di amministrazione di norma di 18 membri, di un collegio dei revisori dei conti, di un'assemblea

dei delegati, di una società di revisione, di una banca depositaria, di un gestore, di un service). Sulla base dell'esperienza di altri fondi negoziali i costi fissi di attivazione di un fondo non possono essere inferiori a 800.000 - 1 milione di euro all'anno. Tale spesa gravano sugli aderenti al fondo. Occorre quindi un numero elevato di adesioni, al momento non quantificabile, per ammortizzare i costi, pena il drastico abbattimento della redditività. Al momento non sono quantificate né quantificabili le pre adesioni al fondo. Un altro punto fermo è la relativa urgenza dell'avvio della previdenza complementare anche per i Dirigenti medici.

Dopo il varo dei fondi del comparto della scuola (espero) e del comparto Regioni Enti locali e comparto del Ssn (perseo) è in fase di avvio il fondo dei ministeriali, degli enti non economici, agenzie fiscali e altri.

In pratica la dirigenza medica e sanitaria è la sola area consistente che non ha ancora questo strumento previdenziale, superata, per quanto riguarda la dichiarazione di volontà, perfino da dirigenze e comparti non contrattualizzati (fondo per l'Università e ricerca).

Siamo quindi buoni ultimi in questo processo, nonostante la nostra categoria per il ritardato accesso al mondo del lavoro correlato al lungo iter di studi previsto dalle normative comunitarie, sia tra quelle che necessitano in modo assoluto della previdenza complementare.

Deve essere ben chiaro che in linea teorica nessuno mette in dubbio che avere un fondo contrattuale coerente con il contratto di lavoro rappresenterebbe un rafforzamento dell'area autonoma contrattuale della Dirigenza medica e veterinaria con le proprie autonome determinazioni.

Questo obiettivo teorico deve essere assolutamente perseguito nel tempo. Ciò non di meno occorre essere consapevoli che l'iter per l'avvio di un fondo negoziale può richiedere alcuni anni e non può prescindere per le ragioni economiche già esposte dalla certezza di un numero adeguato di adesioni, specie nella fase in cui la virtualità dell'accantonamento del Tfr rende più onerosi i costi iniziali di gestione.

Per quanto riguarda i potenziali utenti della previdenza integrativa deve essere assolutamente chiaro che ognuno di essi con cadenza biennale potrà liberamente transitare da un fondo negoziale all'altro anche verso fondi privati bancari o assicurativi. Riteniamo pertanto prioritario anteporre la disponibilità dello strumento a qualunque altra argomentazione inerente la gestione e il fondo di riferimento contrattuale. In pratica ogni giorno che passa i nuovi assunti e gli assunti dal 1 gennaio 2001 si vedono privati, in mancanza del varo di un fondo negoziale, delle seguenti risorse economiche:

- la quota del datore di lavoro, quantificata nel 2% della retribuzione fissa il primo anno, l'1,5% il secondo anno e l'1% negli anni successivi. Tale quota verrà erogata solo a partire dalla costituzione del fondo;
- la maggiore redditività dei fondi negoziali rispetto al Tfr (si tenga presente che attualmente il Tfr ha una redditività del 3% assai inferiore al rendimento dei titoli di stato e dei fondi negoziali);
- la perdita di anzianità contributiva con conseguente maggiore aliquota fiscale all'uscita, e la manca-

ta capitalizzazione dei rendimenti;

- la perdita della possibilità di contribuzione volontaria coerente con il fondo e i relativi benefici fiscali in termini di deducibilità.

Non abbiamo pregiudizi su quale sia il veicolo iniziale per il varo di questo strumento previdenziale, a nostro avviso è prioritario fare presto in quanto ogni ritardo determina precisi danni economici per i colleghi più giovani.

In tal senso sia l'ipotesi, sottoscritta da tutte le sigle sindacali all'articolo 59 del vigente Ccnl, sia l'ipotesi del comitato di settore che in prima istanza ha ipotizzato l'adesione anche per la dirigenza medica al fondo negoziale "perseo" andrà valutata alla luce dell'esclusivo interesse della categoria.

Riteniamo peraltro che sia indispensabile sin dall'emaneazione degli statuti dei fondi un contributo positivo in termini regolamentari ed una presenza qualificata della categoria medica.

Occorre in definitiva realismo senza pregiudiziali ideologiche o tentazioni demagogiche e/o propagandistiche nella consapevolezza che "un treno sta per partire".

QUESTIONI PREVIDENZIALI

Nella ridda di ipotesi di riforma non possiamo che riaffermare alcune richieste della categoria.

Ci soddisfa lo stanziamento per agevolare il riscatto della laurea, anche se chiediamo che non solo sul piano economico, ma anche su quello normativo venga valorizzato il riscatto riconoscendo gli anni di laurea come anzianità anche per coloro che sono a regime contributivo puro.

Riteniamo che i medici non possano essere esclusi a priori dal riconoscimento di alcune attività usuranti, come peraltro già affermato dal D.Lgs del 1993 e poi smentito dal D.m. attuativo del 1999. Riaffermiamo che l'abolizione del divieto di cumulo tra pensione e lavoro dei pensionati non può che essere una risorsa aggiuntiva per il sistema.

In definitiva la specificità della Dirigenza medica deve essere riconosciuta con il suo pieno coinvolgimento nella concertazione.

PRECARIATO

Questo grave problema si trova di fronte ad ostacoli non solo economici, ma anche normativi tanto da rendere difficoltosa l'iniziativa di alcune regioni.

A differenza dei dipendenti dello Stato, il sistema delle autonomie (Ssn, Regioni ed Enti locali) deve poter disporre di un tavolo specifico per consentire l'applicabilità di alcuni principi condivisi: il superamento del precariato e al riduzione delle esternalizzazioni cresciute senza controllo in questi anni.

RIFORMA DEL PUBBLICO IMPIEGO

La posizione dell'Anaa-Cosmed è quella di contrastare, in linea con le tesi del Governo, la proliferazione di forme di "vice dirigenza" che non hanno significato in un sistema professionale quale il Ssn. Questa linea non viene purtroppo condivisa da altre sigle della Dirigenza che sostengono forme non unitarie di dirigenza. Riteniamo inoltre che il Ssn deve poter disporre di un'autonomia rispetto ad alcune norme di istituti propri del pubblico impiego.

*Vice segretario nazionale Anaa Assomed

IL CONVEGNO DELLA FNOMCEO "ETICA DI FINE VITA: PERCORSI PER SCELTE RESPONSABILI"

I medici chiedono regole che rafforzino il rapporto con il paziente

A Udine il Convegno della Federazione per parlare di testamento biologico, rapporto medico-paziente, responsabilità. Mentre i legislatori sono bloccati su un testo "difficile" da approvare che rispetti le legittime posizioni di tutti, i camici bianchi affermano la centralità del nuovo codice deontologico come punto di riferimento

Stefano Simoni

Da alcuni mesi la XII Commissione Igiene e Sanità del Senato sta discutendo diverse proposte di legge sul testamento biologico. Dopo un certo ottimismo iniziale, in cui sembrava che un testo unificato potesse essere approvato, i lavori stanno registrando una fase di stallo, l'ennesima, dalla quale al momento non si vede come si possa uscire. Sono anni che nel nostro Paese si discute nel tentativo di trovare una definizione giuridica capace di conciliare le diverse scelte suggerite dal pluralismo morale e di ancorarle ai progressi della scienza medica spesso troppo veloci e lontani dalla dimensione dell'uomo. Una legge che possa aiutare il medico di fronte a una decisione, del paziente, che è sempre drammatica e in cui spesso il professionista è da solo.

Per riflettere, per provare a capire, per cercare un momento di dibattito libero da condizionamenti di parte, a Udine, la Fnomceo ha organizzato un Convegno sul tema di fine vita a cui hanno partecipato rappresentanti delle istituzioni ai massimi livelli, il ministro della Salute, Livia Turco e il presidente della XII Commissione Igiene e Sanità di Palazzo Madama, Ignazio Marino su tutti, politici, magistrati, docenti di Etica e Bioetica e naturalmente medici.

Due giorni in cui si è riaffermata la centralità del nuovo codice deontologico, approvato nel 2006, come punto di riferimento per tutti i medici italiani. Testamento biologico e informazione, rapporto medico-paziente e diritto alla salute, il tutto all'interno di un quadro di responsabilità che pone il medico al centro di un processo decisionale e fiduciario.

Dal nuovo Codice dunque non si può prescindere. Lo ha detto con forza anche il presidente della Fnomceo, Amedeo Bianco: "Su questi temi non ci sono verità da gettare sul tavolo, ma noi abbiamo il nostro Codice" e lo stesso concetto è stato ribadito da Luigi Conte, presidente Omceo di Udine che in veste di organizzatore dell'evento ha fatto gli onori di casa: "Il nuovo codice afferma con forza che il medico deve tener conto della volontà del paziente, del suo diritto all'autodeterminazione. E deve poterlo fare in modo certo e determinato". Conte presentando il convegno di Udine ha spiegato come l'obiettivo non è dire una parola definitiva quanto piuttosto "dire una parola che sia in grado di mettere il politico nella condizione di prendere decisioni definitive ed equilibrate. Vorremmo evitare che il tentativo di esasperata mediazione che è in atto finisse per far venire fuori un documento ingestibile dal punto di vista pratico. Stiamo mettendo a confronto le diverse riflessioni per presentare al politico una posizione comune che gli consenta di produrre uno strumento utile nel momento in cui si va a gestire la singola situazione".

Da quanto è emerso nel corso dei lavori i medici italiani si riconoscono in una posizione che può essere riassunta in questo modo: tre "no" e un "si". "No" all'eutanasia, "no" all'accanimento terapeutico, "no" all'abbandono del malato in condizione di fine vita; "si" a un nuovo e rafforzato rap-

porto medico paziente. Insomma, i camici bianchi vorrebbero uno strumento legislativo in grado di portare serenità nel rapporto medico-paziente e dare certezza al professionista che rifugge dall'accanimento terapeutico, di non incorrere nelle sanzioni del codice penale.

NUOVA GRAMMATICA DEL DIRITTO ALLA SALUTE

"Sono venuta qui soprattutto per ascoltare". Ha esordito così il ministro della Salute, Livia Turco, intervenuta quasi a fine giornata nonostante fosse arrivata all'apertura dei lavori. "Talvolta l'atteggiamento 'paternalistico' dei medici è invocato da noi stessi, quando viviamo la condizione di pazienti o di parenti dei pazienti". Sul diritto alla salute per tutti la Turco ha affermato: "credo che dovremmo riscrivere la grammatica, perché diventi comune e condivisa, perché tutti ci possiamo così intendere su alcuni termini. La grande sfida oggi è quella di affinare la cultura dell'accompagnamento". Turco ha poi concluso esprimendo la necessità di approvare presto la legge sul testamento biologico "con il più ampio consenso possibile".

Auspicio condiviso dal primo firmatario di uno dei

testi sul testamento biologico, Ignazio Marino, per il quale la chiave di volta è nell'articolo 32 della Costituzione, da estendere a quei pazienti che si trovano in coma, soffrono nella fase terminale della malattia e non hanno nessuna ragionevole speranza di recupero dell'integrità intellettuale. La legge vuole dare risposte in questi casi, mettendo ciascuno nelle possibilità di dire che cosa vorrà, sulla base di un consenso o di un dissenso rispetto a determinate terapie di fine vita. "Questo non significa una legge per staccare la spina, al contrario dovrà essere una legge per dare a ciascuno la libertà di scegliere fino a che punto ci si vuole spingere con la tecnologia moderna".

Nel corso del convegno sono stati approfonditi aspetti giuridici, etici e deontologici sul tema di fine vita attraverso una serie di domande poste da *discussant* agli esperti. Per l'area giuridica sono intervenuti i due consiglieri di corte d'appello Fucchi (Milano) e Drignani (Trieste), per l'area etica il prof. Angelo Fiori (Cattolica di Roma) e Cinzia Caporale (vicepresidente del Comitato nazionale di bioetica) e per l'area deontologica Paola Binetti e il presidente dell'Ordine di Firenze Antonio Panti.

L'opinione dei medici sulle scelte di fine vita

A Udine sono stati resi noti i dati di un questionario Studio Itaeld-Fnomceo che fotografa i comportamenti e le scelte dei camici bianchi quando assistono i pazienti senza speranza di vita

Il campione: 8.950 medici aziendali e universitari; 5.710 medici di medicina generale. Limiti di età 30-65 anni.

Le convinzioni religiose o filosofiche risultano importanti (42%) nel comportamento professionale in merito ai processi decisionali di fine vita, molto importanti (30%), poco importanti (19%), affatto importanti (9%).

Trattamento del dolore

Il paziente ha ricevuto morfina o un derivato almeno una settimana prima del decesso nel 25% dei casi; in un qualche momento prima del decesso nel 48% dei casi.

Sedazione continua profonda

Il paziente era continuamente e profondamente sedato o mantenuto in coma nel 18% dei casi.

Eutanasia, suicidio assistito

Il decesso è stato la conseguenza dell'uso di un farmaco prescritto, fornito o somministrato con l'intenzione precisa di anticipare la fine della vita (o mettere in condizione il paziente di porre fine alla propria vita?) lo 0,7% ha risposto in maniera positiva.

Decisione di non trattamento

Non attuare un trattamento oppure interrompere un trattamento il 19% dei medici ha risposto positivamente.

Atteggiamento generale del medico verso la comunicazione

Si preferisce parlare con il parente piuttosto che con il paziente competente (capace) in fase terminale di: diagnosi (54 contro 52%), di inguaribilità della malattia (56 contro 19%), di aspettativa di vita (49 contro 18%), opzione delle cure palliative (52 contro 49%).

Ogni persona dovrebbe avere il diritto di decidere di anticipare la fine della propria vita

Il 19% del campione si è dichiarato molto d'accordo, il 29%

d'accordo (per un totale del 48%), neutrale il 15%, in disaccordo il 23% e decisamente in disaccordo il 14% (per un totale del 37%).

Cure palliative

Una sufficiente disponibilità di cure palliative di alta qualità previene quasi tutte le richieste di eutanasia e di suicidio assistito. Si dichiara molto d'accordo il 22% del campione, d'accordo il 46% (totale 68%), neutrale il 16%, in disaccordo il 14%, decisamente in disaccordo il 2%.

Richiesta di un paziente

I medici dovrebbero soddisfare la richiesta di un paziente di non attuare o di interrompere i trattamenti di sostegno vitale. È molto d'accordo il 21% del campione, d'accordo il 43% (totale 64%), neutrale l'8%, in disaccordo il 18%, decisamente in disaccordo il 9%.

Dichiarazione anticipata

Le volontà chiaramente espresse in una direttiva anticipata da un paziente incapace in merito alla non attuazione o alla interruzione dei trattamenti di sostegno vitale devono essere sempre rispettate, anche se ciò potrebbe anticipare la fine della via del paziente. Si dichiara molto d'accordo il 15% del campione, d'accordo il 40% (totale 55%), neutrale il 13%, in disaccordo il 25%, decisamente in disaccordo il 7%.

Fiduciario

Ad ogni persona dovrebbe essere consentito di nominare un'altra persona perché venga legalmente autorizzata ad assumere decisione di fine vita al suo posto in caso di non competenza (incapacità). È molto d'accordo il 23% del campione, d'accordo il 41% (totale 64%), neutrale il 10%, in disaccordo il 18%, decisamente in disaccordo il 8%.

GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

Controverso il diritto alla corresponsione delle borse di studio 1983-1991

Il tribunale di Messina, di Catania, di Roma nel 2006, il Consiglio di Stato, la Corte d'Appello di Roma e di Napoli nel 2007: la giurisprudenza a confronto non dirime le perplessità.

Controverso il diritto alla remunerazione degli specializzandi iscritti ai corsi tra il 1983 e il 1991. Molte sono state le sentenze, molte le questioni giurisdizionali dibattute (natura del diritto, prescrizione, identificazione del soggetto inadempiente, sedi di giudizio, solo per citarne alcune). L'orientamento giurisprudenziale prevalente è stato quello di ritenere inesistente il diritto per avvenuta prescrizione dello stesso, in forza della relativa eccezione proposta in giudizio dall'Avvocatura dello Stato. In rari casi, l'Avvocatura dello Stato non si è costituita, e quindi non ha eccepito la prescrizione: esemplare la Sentenza n. 24828 del dicembre 2006 del Tribunale di Roma che ha condannato lo Stato Italiano a pagare circa trentaquattro milioni di euro a quasi settecentocinquanta medici iscritti alle borse di studio tra il 1983 e il 1991.

A volte l'Avvocatura, pur essendosi costituita, non ha eccepito la prescrizione in modo corretto (il riferimento è alle Sentenze dei Tribunali di Messina e di Catania del 2006): in questo caso costituitasi regolarmente, aveva tuttavia eccepito la prescrizione nei confronti degli attori principali, ma non nei confronti delle parti intervenute successivamente nel corso del giudizio, con il risultato paradossale del rigetto della domanda nei confronti degli attori principali e dell'accoglimento nei confronti degli intervenienti; dunque due esiti opposti nel medesimo giudizio.

I rari esiti positivi hanno ovviamente riaperto le speranze della maggior parte dei medici esclusi dalla corresponsione delle borse di studio e dal diritto ad una adeguata remunerazione previsto dalla direttiva 82/76/Cee recepita in Italia solo con il Dlgs 257/1991, nonostante il termine per l'adeguamento alle normative nazionali fosse stato fissato al 31 dicembre 1983. In realtà tutto ciò non deve alimentare false illusioni, in quanto si è trattato molto spesso di una "distrazione" dello Stato che o è rimasto contumace o non ha eccepito correttamente la prescrizione e comunque di primi gradi di giudizio, nel senso che tali pronunce, nei limiti delle regole di procedura, possono essere riformate in grado di appello con conseguente condanna alla restituzione di quanto ottenuto e alle spese di giudizio.

A tutt'oggi appare evidente che, pur ritenendosi in astratto la responsabilità dello Stato italiano per il ritardo con cui ha attuato le disposizioni, la maggior parte della giurisprudenza sostiene che il risarcimento del danno non derivi semplicemente dall'inadempimento del legislatore italiano, ma dal combinato disposto di altri requisiti e questa considerazione ovviamente riduce di gran lunga la possibilità di esiti giurisdizionali positivi.

Il primo aspetto invalidante del diritto da considerare è l'intervenuta prescrizione. La giurisprudenza (sia civile che amministrativa), ha ritenuto che il diritto alla corresponsione di borse di studio per la partecipazione alle scuole di

specializzazione è soggetto al termine di prescrizione quinquennale, perché riguarda somme dovute dalla pubblica amministrazione con cadenza annuale o inferiore all'anno. Le azioni di risarcimento del danno da tardiva attuazione delle direttive Cee, al pari di quelle risarcitorie del danno da fatto illecito della Pubblica Amministrazione, sono soggette al termine prescrizione di cinque anni di cui all'art. 2947 del codice civile ed il relativo il risarcimento può essere richiesto solo nell'ambito delle norme del diritto nazionale relative alla responsabilità e nella ricorrenza delle condizioni sostanziali e formali stabilite dalle diverse normative nazionali. Ma c'è di più.

Secondo le ultime sentenze (Corte d'Appello di Napoli - Sentenza del 6 aprile 2007), la prescrizione comincerebbe addirittura a decorrere dal giorno in cui il diritto può essere fatto valere, e nella fattispecie si ritiene che il termine prescrizione sia decorso dalla fine di ciascun anno accademico.

La Corte di Giustizia Europea sostiene che lo Stato è tenuto a riparare le conseguenze del danno provocato nell'ambito delle norme del diritto nazionale relative alla responsabilità, fermo restando il principio dell'equivalenza e di effettività; questo vuol dire che le condizioni, in particolare relative ai termini stabilite dalle legislazioni nazionali in materia di risarcimento dei danni non possono essere meno favorevoli di quelle che riguardano reclami analoghi di natura interna (principio dell'equivalenza) né possono essere concepite in modo da rendere impossibile o eccessivamente difficile ottenere il risarcimento (principio di effettività). L'applicazione della prescrizione, sottolinea la Corte di Napoli "non costituisce violazione dell'obbligo di ripristinare a posteriori l'effettività e l'applicazione del diritto negato, né la violazione dell'ordinamento comunitario, ma consegue semplicemente all'esame della domanda di risarcimento e dell'eccezione sollevata alla luce delle condizioni stabilite dal legislatore nazionale con riferimento alle domande risarcitorie". Del resto la prescrizione quinquennale delle azioni risarcitorie non contrasta con il principio di effettività, in quanto questo termine non è tale da rendere né praticamente impossibile né eccessivamente difficile l'esercizio dei diritti attribuiti dall'ordinamento giuridico comunitario; né confligge con il principio di equivalenza applicandosi sia alle azioni fondate sulla violazione del diritto comunitario che a quelle fondate sull'inosservanza del diritto interno. È da ritenersi infondata, continua la Corte, inoltre l'eccezione degli appellanti che la prescrizione doveva decorrere dalle sentenze del febbraio 1999 e del 2000 della Corte di Giustizia Europea (sentenze che avevano affermato l'illegittimità dell'adeguamento dello stato italiano alla normativa comunitaria, imponendo quest'ultima un'adeguata retribuzione in favore degli specializzandi iscritti fin dagli anni accademici 1983/1984) in quanto precedentemente non sussisteva alcun riconoscimento del diritto degli istanti. Infondata perché tali pronunce non hanno una funzione costitutiva della pretesa risarcitoria degli appellanti i quali, al termine di ogni anno accademico, avrebbero potuto agire per tutelare i propri diritti.

Inoltre, si legge nella Sentenza Corte d'Appello di Roma del 12 febbraio 2007, il decorso della prescrizione non viene interrotto da atti indirizzati a soggetti quali le Università, perché a quest'ultime non era attribuibile l'omessa attuazione delle direttive Ue nei confronti degli appellanti. Tale omissione, infatti, è attribuibile esclusivamente allo Stato Italiano, e non alle Università, che, oltre a non avere alcun potere di rappresentanza della Repubblica Italiana, non erano titolari di alcun potere di attuazione autonoma delle direttive non essendo queste ultime "self executing".

Altra considerazione emersa dalla sentenza del Consiglio di Stato (Sentenza n. 427/2007) e poi dalla Corte d'Appello di Roma 2007 è che il principio dell'"adeguata retribuzione" introdotto dall'anno accademico 1991-1992 si giustificava in relazione al maggiore impegno richiesto ai medici che avevano frequentato i corsi nell'anno accademico 1991-1993 soggetti alle limitazioni e alle incompatibilità introdotte con il decreto legislativo 257 del 1991, di attuazione della direttiva: tempo pieno ed incompatibilità. La tardiva attuazione delle direttive comunitarie ha dunque comportato - come sottolinea il Consiglio di Stato 427/2007 - la mancata imposizione ai medici che abbiano frequentato le scuole di specializzazione prima del 1991 di tali limitazioni ed incompatibilità, consentendo loro di portar a termine i corsi, con la possibilità, (e a nulla importa che sia stata in concreto utilizzata), di esercitare attività libero professionale o altri rapporti di lavoro compatibili con la frequenza dei corsi. Pertanto, secondo il Consiglio di Stato, essi "non possono rivendicare lo stesso trattamento riservato ai borsisti ammessi sulla base di un differente meccanismo giuridico introdotto dal decreto legislativo n. 257, ai quali sono stati riconosciuti emolumenti (allo scopo di consentirne la sopravvivenza) proprio a seguito del divieto loro imposto di svolgere qualsiasi attività ulteriore rispetto alla frequenza ai corsi di specializzazione".

Ne consegue conclude il Consiglio di Stato, che coloro i quali avevano frequentato i corsi prima del 1991 non potevano vantare alcun diritto rispetto alla remunerazione per il carattere formativo della prestazione che si traduceva in un arricchimento professionale da parte di coloro che frequentavano tali scuole. E sul carattere formativo della prestazione torna la Corte d'Appello di Roma che ribadisce natura formativa e non contrattuale del rapporto e come tale non inquadrabile nell'ambito del rapporto di lavoro subordinato o di parasubordinazione. Si tratta dunque di una attività di istruzione finalizzata a consentire la formazione teorica e pratica dello specializzando e non a procacciare utilità alla struttura sanitaria in cui questi operano. Del resto, ribadisce la Corte, la direttiva Cee 82/76 non ha un carattere "self-executing", (in considerazione del suo carattere non dettagliato) e ciò vuol dire che non trova una diretta applicazione nell'ordinamento Italiano, ma necessita di un atto in grado di recepirlo per adeguare l'ordinamento interno alla legislazione comunitaria. Sul punto, per completezza, è però opportuno ricordare che il Tribunale di Roma, nella Sentenza 24828/2006, si è espresso in senso opposto, sconfessando la natura del carattere non autoesecutivo della direttiva, proprio nel richiamo alle sentenze della Corte di giustizia Ue che nel 1999 e nel 2000 avevano affermato il carattere incondizionato e sufficientemente preciso della direttiva comunitaria, individuando il diritto all'adeguata remunerazione quale diritto soggettivo direttamente azionabile nei confronti dello Stato ed affermando pertanto la giurisdizione del giudice ordinario, contrariamente a quanto, qualche mese dopo, sostenuto dal Consiglio di Stato che, inquadrando la formazione specialistica quale "servizio pubblico", dichiarava la giurisdizione esclusiva del giudice amministrativo, ritenendo la direttiva vincolante per lo Stato solo rispetto alla finalità, concetto quest'ultimo ribadito anche dalla Corte d'Appello di Roma.

Le conclusioni da trarre a questo punto mi sembrano naturali: per dirimere la grande confusione della materia, forse sarebbe opportuno preferire, al "duello" dinnanzi ai giudici, un sollecito intervento legislativo.

Paola Carnevale

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

Sede di Roma: via Barberini, 3
tel. 06.42.45.741 - Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano: via Napo Torriani, 30
e-mail: dirigenza.medica@anaao.it
servizi@anaao.it
www.anaao.it

direttore
Carlo Lusenti
direttore responsabile
Silvia Procaccini
comitato di redazione:

**Giorgio Cavallero, Domenico Iscaro, Mario Lavecchia,
Gianluigi Scaffidi, Costantino Troise**
coordinamento editoriale
Eva Antoniotti

hanno collaborato:
**Giorgio Cavallero,
Lorena Giudici, Ester Maragò,
Stefano Simoni**

Progetto grafico e impaginazione:
Daniele Lucia

A.N.E.S.
AGENZIA 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 luglio 2007