

## **“Ritorniamo al Dottore L'atto medico al centro delle cure”**

### **Premessa**

La sanità pubblica italiana è profondamente cambiata in questi anni, perché non riesce più a garantire omogeneità nei livelli di assistenza e sostenibilità economica, con il rischio di pregiudicare seriamente quell'universalità delle cure che ha fino ad oggi caratterizzato il nostro Servizio Sanitario.

**L'aziendalizzazione ha fallito il suo obiettivo:** la spesa sanitaria regionale ha continuato a crescere senza controllo, raggiungendo in alcune Regioni deficit elevati. Contestualmente **l'entità del Fondo Sanitario Nazionale ha continuato ad essere definita attraverso una trattativa Stato-Regioni, piuttosto che sui costi effettivi dei bisogni della popolazione,** e la modifica del Titolo V della Costituzione **ha impedito allo Stato di intervenire attivamente nei processi di riorganizzazione delle strutture e dei servizi sanitari regionali necessari ad ottenere un riequilibrio della spesa, limitandosi a imporre aumenti di tasse, ticket e blocchi del turn-over che hanno aggravato la situazione.** Oggi siamo al punto che il sempre maggiore divario tra fabbisogni sanitari e copertura finanziaria pubblica rendono insostenibile l'attuale sistema.

Nel frattempo l'evoluzione della medicina richiede un **diverso modello di assistenza sia ospedaliero che territoriale,** con radicale trasformazione della rete degli ospedali e dell'emergenza, anche in termini di organizzazione interna; oggi servono, infatti, **Ospedali in grado di rispondere, in tempi rapidi ed in maniera adeguata, utilizzando tutte le risorse umane e tecnologiche necessarie, alle patologie acute.**

Al tempo stesso, l'aumento della vita media, delle cronicità e delle non autosufficienze impone una diversa organizzazione dell'assistenza territoriale ad iniziare dal ruolo del medico di medicina generale sino ai nuovi assetti organizzativi che interessano la lungodegenza, la riabilitazione, l'assistenza domiciliare, la specialistica ambulatoriale, le long term care, ecc.

Questo contesto è aggravato dal sorgere di una **“questione medica”** che è esplosa negli ultimi anni determinata da una profonda demotivazione della categoria, che contribuisce non poco ad aggravare la crisi del SSN. Nasce per una serie di fattori di cui il principale è la modifica dello status del Medico, imposto dalle riforme degli anni 90, che, omologando il suo status a quello di un “normale” pubblico dipendente, ha visto privilegiare l'aspetto cosiddetto “dirigenziale” rispetto a quello “professionale”. In linea con la spinta ad un'aziendalizzazione il “dirigente medico” è stato progressivamente assimilato contrattualmente alla “dirigenza statale”, tendenza fortemente voluta dalle Regioni maggiormente interessate a valutare i risultati gestionali rispetto a quelli in termini di “salute”, anche perché questo consentiva loro un maggior potere nella scelta dei dirigenti e nella valutazione degli stessi, favorendo una pesante interferenza della politica.

A questo si aggiunga che **con la “dirigenza” si perde la peculiarità e la specificità delle professioni, creando una confusione di ruoli e competenze, una sovrapposizione di responsabilità gestionali e professionali, un permanente conflitto tra chi fa cosa e chi ne risponde**, il tutto acuito dall'assenza di una chiara normativa di riferimento nazionale.

**CIMO-ASMD ritiene che sia giunto il momento di una “riforma quater” che corregga gli errori del passato, restituisca al Medico il ruolo che gli compete e riporti l'atto medico al centro delle cure.**

## **MODIFICA DEL QUADRO LEGISLATIVO**

## **Riforma del titolo V e della gestione delle Aziende sanitarie**

Alla luce di quanto detto in premessa, occorre attuare urgentemente modifica del titolo V della Costituzione, che ha consentito la creazione di ventuno servizi regionali, facendo perdere l'universalità al sistema.

L'esperienza di questo decennio ha dimostrato che occorre che lo Stato, attraverso il Ministero della Salute ed il Parlamento, sia in grado di garantire su tutto il territorio nazionale il diritto alla salute ai cittadini, lasciando, alle Regioni, la gestione con propri modelli organizzativi, all'interno di un definito standard assistenziale ospedaliero e territoriale che sia omogeneo su tutto il territorio nazionale. Occorre quindi che sia il Parlamento a stabilire i LEA, **che gli stessi LEA non siano di esclusiva natura economica, ma che tengano conto di indicatori di qualità, appropriatezza e adeguatezza ad iniziare dal fabbisogno minimo di risorse umane, tecnologiche, strutturali e standard organizzativi necessari a garantirli**, e che il Governo possa concretamente intervenire con gli indispensabili strumenti correttivi, laddove i governi regionali dimostrino la loro incapacità a modificare i propri modelli gestionali ed organizzativi.

Altro coerente intervento legislativo attiene alla **modifica del d.lgs. 502/92 e s.m.i. nel modello aziendalistico**: le logiche di un'azienda che eroga servizi sanitari devono essere sì improntate ad una corretta gestione, ma occorre privilegiare la qualità e l'efficacia del servizio offerto ai cittadini.

Il Direttore Generale monocratico, diretta espressione del Governo regionale ha esasperato la politicizzazione delle "aziende" sanitarie negli aspetti più deteriori. **Bisogna distinguere chiaramente, nella gestione del bene-salute, tra funzioni di indirizzo e controllo politico e funzioni manageriali e tecniche, responsabilizzando cioè i tecnici secondo le rispettive competenze.**

Troppi timidi tentativi in questa direzione sono stati compiuti nell'intento di introdurre una normativa qualificata a proposito del governo clinico, forse

temendo che un riassetto così impostato delle Aziende trasferisse l'asse del "potere" a chi dispone delle competenze per far funzionare la macchina-salute.

**CIMO ASMD ritiene, invece, che occorra limitare l'attuale ingerenza politica nella gestione delle strutture sanitarie attraverso la costituzione di organismi tecnici che diano attuazione alla programmazione regionale. E' proprio così: i Medici vogliono tornare ad essere, come devono, il motore centrale della "macchina salute".**

### **La necessità di forti cambiamenti del nostro sistema sanitario nazionale**

La politica del solo risparmio, basata essenzialmente sui tagli lineari senza incidere sulle diseconomie vere, sulle sacche di ristagno, sulle rendite di posizione e senza un vero processo di ristrutturazione del nostro servizio sanitario nazionale, ha ottenuto in questi anni il solo risultato di una progressiva riduzione dei servizi e della sicurezza delle cure. Oggi la spesa sanitaria pubblica italiana incide sul PIL nella misura del 7,1% e questo dato, nettamente inferiore a quella dei maggiori Paesi europei, manifesta il rischio di una mancata sostenibilità del nostro SSN.

**La questione non è solo ridurre la spesa, ma attraverso interventi "chirurgici" e non lineari, garantire la sostenibilità attraverso un ammodernamento della nostra rete ospedaliera e territoriale, anche per recuperare risorse da destinare alle mutate necessità della popolazione.**

Ad esempio, nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, in Italia esiste una frammentata rete di piccoli presidi rispondenti, agli interessi clientelari della politica locale, che esprimono una medicina di 50 anni fa. Solo alcune Regioni hanno attuato processi di riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale con la finalità di garantire un pronto ed efficace intervento nelle emergenze attraverso un'assistenza qualificata. Tuttavia la riduzione delle strutture senza standard di riferimento ed il contestuale blocco del turn over hanno creato una estrema difficoltà operativa, gestita sulla pelle dei medici, con situazioni ormai

vicine al collasso, ed aggravato le differenze assistenziali tra le varie realtà sanitarie.

**Occorre, pertanto, avviare, al più presto, il processo di ristrutturazione degli Ospedali e della rete territoriale potenziando l'emergenza ed i servizi ambulatoriali, riabilitativi ed assistenziali e concentrando le attività a più elevata specializzazione nelle strutture in grado di garantirle in assoluta sicurezza di personale, tecnologie e specialità.**

### **Stato giuridico del Medico**

CIMO-ASMD, in questi quattro anni, ha chiesto con forza **la ricostruzione di una carriera premiante per il Medico dipendente, in base all'esperienza professionale acquisita, al suo mantenimento e progressivo aggiornamento, con possibilità di raggiungimento dei livelli più elevati per i migliori professionisti.**

Dopo il d. Lgs. 229/99, infatti, la carriera del medico si è trasformata in un sistema di incarichi a tempo, con verifiche sia gestionali che tecnico-professionali; in particolare i dirigenti di struttura complessa sono stati nominati dai Direttori Generali attraverso una selezione basata su criteri "aziendali" e la recente parziale modifica introdotta dalla legge Balduzzi non modifica sostanzialmente la procedura.

Il fallimento di questo sistema è ormai riconosciuto da molti, perché gli strumenti di verifica del medico sono quasi esclusivamente indirizzati sul raggiungimento o meno degli obiettivi gestionali, per cui non esiste, oggi, né una verifica sull'acquisizione di maggiori competenze professionali, né una progressione di carriera basata sul merito.

**L'evoluzione tecnologica ed i nuovi modelli organizzativi rendono necessaria una rivisitazione della figura professionale del medico, troppo spinta, oggi, verso competenze gestionali e sempre meno verso**

**competenze professionali, modificando le modalità di accesso e di sviluppo di carriera dei dirigenti del SSN.**

E' stato, infatti, un grave errore aver appiattito tutti i medici dipendenti in un unico livello giuridico, senza riconoscerne le peculiarità rispetto alle altre figure del ruolo sanitario. Proprio perché il lavoro medico ospedaliero si realizza in équipe e comporta elevata responsabilità e rischio, è essenziale una precisa gerarchia, sulla base delle diverse competenze ed esperienze professionali, con precise e distinte attribuzioni funzionali, in primo luogo a garanzia della qualità e sicurezza delle prestazioni erogate ed a tutela sia dei cittadini-utenti che degli stessi operatori.

Così come è un fatto che **la dirigenza medica, sia stata trasformata (inseguendo un modello di “medico innaturale”) in una sorta di burocrate censore dei bisogni e delle richieste di salute degli assistiti, schierato dalla parte degli interessi economici dell’azienda di appartenenza, o ancora in fredda ed acritica esecutrice di protocolli clinici, diagnostici o terapeutici, contribuendo, assieme, alle deficienze organizzative che causano liste di attesa, eventi avversi, pronto soccorso intasati, ecc., alla crisi del rapporto di fiducia medico-paziente.**

L’organizzazione, inoltre, va sempre più verso il modello dipartimentale con una condivisione di risorse ed attrezzature. In un modello dipartimentale il Responsabile di Dipartimento assume prevalentemente funzioni organizzative – gestionali, **mentre per garantire la funzionalità di un reparto o di un servizio sanitario è necessario, oggi, che l’attuale Direttore di struttura assuma una leadership dell’équipe medica anche di natura professionale.**

## **CONTRATTAZIONE**

**Sblocco della contrattazione ed aree contrattuali**

I blocchi dei contratti e delle progressioni individuali, nonché la riduzione dei fondi contrattuali, stanno producendo sul SSN un effetto distorto con gravi ricadute negative, perché viene impedita la pur minima gratificazione meritocratica prevista dai CCNL, accentuando l'appiattimento economico e la demotivazione.

**CIMO-ASMD si sta battendo e continuerà a farlo per rimuovere da subito i suddetti blocchi, partendo da quello sul trattamento individuale, che consentirebbe di premiare il merito, per far sollecito seguito alla riapertura della stagione dei rinnovi contrattuali, avendo però modificato alcune delle norme vigenti.**

**La riforma Brunetta ha avuto e tuttora produce effetti devastanti con la previsione di una valutazione di performance sui soli obiettivi gestionale e con l'esclusione dal confronto con i sindacati di materie come l'organizzazione del lavoro: sembra che al legislatore interessi poco un medico capace e competente, oltre che responsabilizzato. L'omologazione del professionista con il burocrate premia quest'ultimo ed espone il primo ad un'evidente crisi di identità.**

E' pertanto indispensabile che **i Medici abbiano una loro area contrattuale autonoma**, dove poter trattare le specificità dell'attività svolta, quale ad esempio la modalità di copertura H24 dell'emergenza, le competenze e le attribuzioni notevolmente diverse rispetto alla restante dirigenza, la necessità di una valutazione prevalentemente tecnico-professionale, i modelli organizzativi del lavoro, in funzione della sicurezza e dell'appropriatezza delle cure, uno specifico modello di trattamento economico e di valutazione, dai quali non può essere esclusa per motivi sopradetti l'organizzazione del lavoro medico. Solo così il contratto sarebbe in grado di poter pienamente sviluppare tutte le potenzialità del ruolo medico nel Servizio.

Ma la questione dovrebbe essere affrontata in modo più radicale. Oggi i Medici convenzionati intrattengono relazioni sindacali con la SISAC, emanazione delle

Regioni, mentre i Medici dipendenti stipulano il contratto con l'ARAN, al pari degli altri dipendenti pubblici.

**Nella prospettiva di una sempre maggiore integrazione tra Ospedale e Territorio, occorre definire una vera area negoziale medica, composta sia dai medici dipendenti che a convenzione, titolata a contrattare di fronte ad identiche controparti (Ministero della Salute e Regioni) i contenuti economico-normativi dei due rapporti di lavoro anzidetti, che sono diversi sul piano giuridico, ma che vengono intrattenuti dai medici dipendenti e convenzionati con lo stesso S.S.N.**

### **Contratto di lavoro del Medico dipendente**

Gli ultimi contratti di lavoro hanno privilegiato la normativa "dirigenziale", marginalizzando gli aspetti specifici del lavoro medico; le linee guida che CIMO-ASMD, in attesa di una più completa ridefinizione del ruolo del Medico del SSN e della progressione di carriera, propone per il prossimo CCNL riguardano quindi il recupero di tali peculiarità:

#### ***a) Carriera***

Una carriera impegnativa e stressante come quella medico-dipendente **va motivata e premiata attraverso la previsione di un adeguato ventaglio di articolazioni funzionali e retributive, con scatti regolati attraverso meccanismi selettivi, di valutazione, di merito e, quindi, di premio, essendo al contrario l'appiattimento solo fonte di frustrazione e disimpegno.**

CIMO-ASMD auspica una diversa denominazione ed articolazione, anche con il **recupero del termine "Primario" per marcare la specificità delle strutture da essi dirette.** A legislazione invariata, è possibile ipotizzare una graduazione quale quella della tabella:



<b>Gestional</b>	<b>Clinical Governance</b>	<b>Specialist</b>	<b>Medici in formazione specialistica</b>
Capo Dipartimento	Primario di 1a fascia (Direttore di Struttura Complessa)	Specialista di alta professionalità	Incarico a contratto quinquennale
	Primario di 2° fascia (Responsabile Struttura Semplice)	Specialista senior	
		Specialista junior	

***b) Organizzazione del lavoro***

L'organizzazione del lavoro medico deve essere materia di **contrattazione**, in quanto in sanità rappresenta non una mera distribuzione di mansioni, ma **attribuzione di funzioni e modelli organizzativi** (guardie, pronta disponibilità, ecc.) **tesi a garantire primariamente la sicurezza delle cure e la garanzia per il cittadino che i suoi bisogni siano trattati tempestivamente da professionisti specifici per la sua patologia.**

Va respinto ogni tentativo di far scomparire l'orario di lavoro che periodicamente le Regioni ripropongono e rendere cogente l'obbligo del riposo, in particolare dopo un turno di guardia notturno, così come non può essere consentito che strutture poste in più Ospedali siano affidate alla responsabilità di un unico Direttore.

***c) Trattamento economico***

Le linee guida si articolano per semplificazione delle voci, effettiva progressione al maturare di maggiori competenze e responsabilità, compenso, apposito ed adeguato, per tutto quanto effettuato extra orario.

La retribuzione è costituita da elementi

- fissi e specifici
- variabili collegati all'inquadramento
- variabili collegati agli obiettivi prestazionali quali quantitativi, con privilegio dei primi.

#### **d) Aggiornamento**

Effettivo obbligo all'aggiornamento con fondi garantiti e scelta autonoma del Medico compatibile con la sua professionalità, modificando l'attuale meccanismo dei crediti, acquisiti principalmente con la partecipazione a convegni. E importante che passi il messaggio che la formazione non va vissuta come un dovere, ma piuttosto come un diritto del Medico e pertanto deve essere garantita e tutelata.

#### **e) Valutazione**

Il Medico deve avere un'unica valutazione, nella quale il peso delle competenze e capacità tecnico professionali, nonché del raggiungimento degli obiettivi budget, hanno incidenza proporzionalmente diversa **in relazione alla funzione ed agli obiettivi prestazionali quali-quantitativi** affidatigli con il contratto individuale di lavoro o con successivi atti integrativi o modificativi di quello.

Per tutti deve comunque essere prevalente la valutazione tecnico professionale che tenga conto dell'attività effettivamente svolta, degli esiti e dell'aggiornamento.

Il Responsabile dell'equipe va valutato anche in relazione all'attività complessiva dell'equipe e dei singoli componenti della stessa.

## TEMI SPECIFICI DEL MEDICO DEL SSN

### Medico Donna

Nei prossimi anni nel SSN le donne medico supereranno per numero i colleghi maschi; un sistema nato e pensato per uomini dovrà adattarsi a questa nuova realtà.

Si sta ponendo attenzione allo scarso numero di donne che attualmente hanno incarichi di direzione, ma questo è solo un aspetto del problema. Nonostante la società cambi velocemente i problemi della famiglia continuano a ricadere principalmente sulla donna, in particolare per quanto riguarda la nascita (ovviamente) e la crescita dei figli e l'assistenza ai familiari anziani e/o disabili.

E' necessario quindi prevedere misure mirate non tanto a ridurre l'attività lavorativa, quanto a consentire di non subire emarginazioni: **applicazione dell'accordo ministeriale sulla conciliazione tra lavoro e famiglia con l'introduzione di forme flessibilità dell'orario ed un part-time con regole meno rigide, rispetto degli obiettivi ONU per lo sviluppo delle carriere femminili, aiuti economici diretti o benefici fiscali concreti, asili nido aziendali, corsi di formazione ad hoc finalizzati al reinserimento dopo un'assenza prolungata, obbligo di sostituzione per tutto il periodo di astensione dal lavoro per maternità.**

Aspetto importante è la garanzia di sicurezza nei luoghi di lavoro alla luce degli atti violenti che hanno coinvolto prevalentemente colleghe.

### Libera professione

Una ventata di massimalismo ideologico reintrodusse, con la 229/99, la divisione tra medici in intra ed extramoenia, abbandonata anni prima perché si era constatato che non era funzionale al SSN.

La scelta si è confermata fallimentare. L'esclusività non ha portato vantaggi concreti ai cittadini e le aziende si sono dimostrate incapaci di gestirla, occorre

prenderne atto e modificare l'attuale stato giuridico prevedendo un medico più professionista, con la facoltà di esercitare liberamente la professione. Ovviamente, vietando e sanzionando chi trae beneficio privato dall'attività pubblica.

La legge Balduzzi non risolve il problema originario rappresentato dalla mancata capacità delle aziende pubbliche di gestire l'attività libero-professionale dei medici. A questo aggiunge un'eccessiva burocratizzazione con sempre nuovi adempimenti ed oneri a carico del Medico.

La posizione CIMO-ASMD è, quindi, che il **Medico dipendente debba avere un unico stato giuridico e deve, una volta adempiuti i compiti istituzionali, poter essere libero di svolgere l'attività libero professionale nei modi che lui ritiene più opportuno.** Se svolge l'attività nelle strutture aziendali pagherà all'Azienda i costi relativi, se al di fuori non dovrà versare niente.

L'indennità di esclusività deve essere riassorbita in altra voce tabellare riconosciuta a tutti.

**In un momento di risorse scarse occorre abbandonare posizioni ideologiche, soprattutto quando si sono rivelate fallimentari ed onerose, e scegliere l'interesse del cittadino e dell'operatore.**

### **Emergenza Urgenza**

**Occorre superare le differenze nelle cure di urgenza sul territorio nazionale.** Per questo devono essere stabiliti indirizzi per l'organizzazione di una Rete dell'Emergenza Urgenza, sul territorio nazionale.

**Il Medico dell'emergenza è un medico specialista che opera in un sistema in rete.** Sistema che garantisce i percorsi in emergenza urgenza tra territorio ed ospedale. Occorre quindi un'unica figura professionale di medico di emergenza in grado di gestire sia in ambito preospedaliero che nell'ambito del pronto soccorso, attività di diagnosi e interventi terapeutici, anche con manovre avanzate, i pazienti critici, subcritici e non critici che richiedono o afferiscono ai

servizi di emergenza urgenza, garantendo risposte razionali ed ergonomiche ai bisogni sanitari ritenuti urgenti dalla popolazione.

Sviluppare la rete dell'emergenza urgenza sarà necessario e strategico per far sì che il territorio possa sostenere le nuove sfide e la rete ospedaliera possa soddisfare i reali bisogni per acuti.

La commistione di varie forme di contratto di lavoro rende difficile uniformare la formazione e i modelli organizzativi; **è quindi opportuno che tutti il personale sia dipendente.**

**E' importante che la medicina preospedaliera si integri con quella ospedaliera, in un'unica organizzazione dell'emergenza (Dipartimento d'emergenza urgenza) che permetta di svolgere attività sia sul territorio che in ospedale, con modalità organizzative adattate ad ogni realtà.**

### **Medicina del territorio**

A fronte di un'accresciuta domanda di salute dovuta all'incremento delle patologie cronic- degenerative e del conseguente progressivo trasferimento di processi di cure dall'Ospedale al Territorio, la sostenibilità complessiva del SSN per essere mantenuta necessita di una rivisitazione strutturale del Sistema delle Cure Primarie che deve comunque essere abbinata ad un diverso uso dell'ospedale per acuti. La Medicina Convenzionata con l'organizzazione in gruppi e i medici ospedalieri con la loro attività oramai sempre più ambulatoriale dovranno unire le forze e garantire attraverso la definizione e realizzazione dei percorsi assistenziali, la continuità dell' assistenza superando l'attuale frammentazione di interventi in ambiti diversi.

**Oggi le tre reti ufficiali coinvolte nel SSN per assicurare l'assistenza sono l'ospedale, il territorio e l'emergenza. Ma a chi è affidata la responsabilità delle connessioni?**

Innanzitutto va istituito anche per la dipendenza un tavolo regionale come per la medicina convenzionata e un tavolo di confronto sindacale che unisca

simultaneamente professionisti della dipendenza e i convenzionati per condividere regole comuni da inserire nei contratti.

Restano da definire:

- le conseguenze operative del principio di assistenza h 24 e 7/7: la sola Continuità Assistenziale non è in grado di assicurare la continuità delle cure, se non è inserita in un contesto più ampio che comprende le forme evolute della medicina generale e la rete dell'emergenza urgenza territoriale.
- Un forte coinvolgimento del medico ospedaliero nell'assistenza clinica dei pazienti ospiti nelle strutture di "residenzialità intermedia" (ospedale di comunità, hospice, case di riposo)
- Confronto leale e costruttivo per definire i rapporti con le altre professioni sanitarie per definire ruoli, competenze e responsabilità, ribadendo il ruolo del medico quale unico responsabile della diagnosi e terapia dei pazienti e dei processi gestionali che sottendono alle cure, anche nell'ambito territoriale.

### **Formazione professionale ed accesso al SSN**

Le aziende sanitarie italiane investono sempre meno nella formazione del personale e tanto lo si desume dai Conti Economici delle stesse; tra l'altro la spesa è estremamente diversificata tra nord e sud ma anche tra regione e regione e tra azienda ed azienda nell'ambito della stessa regione. Formazione significa, non solo ECM, ma adeguamento alle nuove tecnologie, mantenimento e sviluppo di nuove competenze soprattutto in un mondo, quello sanitario, in costante evoluzione.

Riteniamo, pertanto, che la formazione sia un'opportunità per l'azienda di migliorare ulteriormente la propria offerta sanitaria attraverso professionisti sempre più qualificati, ancorché continuare ad essere un'opportunità di risparmio o di lucro a danno del medico.

E che dire della formazione dei giovani medici e del loro inserimento nel mondo del lavoro?

L'attuale accesso al SSN avviene oggi non prima di 15 anni di studi universitari di cui almeno 5 o 6 anni legati al conseguimento di una specializzazione, molto spesso accademica ma che, di fatto, limita la possibilità di inserimento nel mondo del lavoro. Segue, poi, un periodo, più o meno lungo, di precariato che costringe i giovani Colleghi ad inserirsi professionalmente non prima dei 35-40 anni età, questa, in cui i Medici della maggior parte dei paesi occidentali sono nella piena maturità operativa.

Questo sistema crea un enorme spreco di risorse economiche e professionali ma, soprattutto, rallenta quel necessario ricambio generazionale di una classe professionale la cui età media è particolarmente elevata.

**Occorre quindi rivedere profondamente il requisito e le condizioni d'accesso al servizio sanitario, trasformando le attuali borse di studio in contratti di formazione a tempo determinato con il servizio sanitario. Occorre rendere possibile il progressivo inserimento del Medico nelle attività assistenziali territoriali e nelle strutture ospedaliere prevedendo una verifica finale del livello formativo raggiunto per consentire il passaggio ad un contratto a tempo indeterminato.**

## **Precariato**

Abbiamo assistito, negli ultimi anni ad un'esplosione del fenomeno del precariato sotto varie forme (contratti a tempo determinato, libero-

professionali, collaborazioni a progetto, ecc.) che ha visto e vede tuttora i giovani colleghi entrare nel mondo del lavoro in età troppo avanzata. È quasi un salto generazionale che vede, da un lato, Medici ultrasessantenni sovraccaricarsi di turni sempre più stressanti ed usuranti e giovani colleghi in cerca di una prima occupazione stabile, dignitosa, non sottopagata che dovrebbe rappresentare, la naturale aspettativa di chi ha terminato, con sacrifici economici di non poco conto, il più lungo percorso di studio tra le professioni sanitarie e non.

**Le cause di un sempre maggiore precariato nella sanità sono ben note: il blocco del turnover soprattutto nelle regioni oggetto di piano di rientro, le restrizioni dei bilanci ma, soprattutto, l'incapacità delle Regioni di effettuare una seria riorganizzazione della rete ospedaliera.**

Ogni azienda, poi, nell'ambito della propria autonomia e delle politiche di risparmio, ha ampliato le tipologie dei contratti a tempo determinato per far fronte, attraverso una sanità "low cost", alle sempre maggiori carenze di personale in settori nevralgici quali l'emergenza e le varie specialità.

Ma ha senso una politica gestionale del genere ?

Gli effetti sono ben evidenti: è a rischio la continuità assistenziale da parte di chi non ha un lavoro stabile e non ha una prospettiva di carriera; aumenta il malessere e la demotivazione dei giovani colleghi per le incertezze sul futuro; ma soprattutto le aziende disperdono risorse, un patrimonio umano e professionale che non ha, oggi, alcuna garanzia di trasformare il proprio rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

Si è creata, pertanto, una situazione ormai insostenibile rispetto alla quale il decreto legge sulla PA da parte del Consiglio dei ministri dove è previsto uno specifico DPCM per i precari della sanità, apre solo parzialmente la strada della sua soluzione.



**CIMO-ASMD chiede tempi rapidi ma, soprattutto, norme specifiche per i Medici che contenga soluzioni strutturali, tali da risolvere in modo definitivo l'attuale fenomeno del precariato.**

### **Responsabilità professionale**

Il tema della responsabilità professionale rischia di assorbire gran parte dell'attenzione che i Medici, specie quelli ospedalieri, riservano alla loro attività poiché la **regolamentazione giuridica della questione è tale da costringere il medico in posizione di generalizzata difesa**: deve difendersi dal paziente/cliente e dalle sue voracità risarcitorie, dal proprio datore di lavoro che – oltre a lasciarlo solo davanti al Giudice – lo perseguita disciplinarmente e, in certi casi, ne determina il collasso economico, deve difendersi in sede giudiziale non solo di fronte alla pubblica accusa, ma anche da quella del privato danneggiato e, il più delle volte, dall'Azienda che lo colpevolizza, deve infine sopportare, per sentirsi minimamente tutelato, costi assicurativi sempre meno sopportabili.

Sebbene, poi, le statistiche convergano nel calcolare una straordinaria percentuale di assoluzioni in sede penale rispetto al numero di indagini avviate, in sede civile – una volta assodata giurisprudenzialmente la natura contrattuale del rapporto che si instaura tra Azienda e paziente – sono numerose le pronunce sfavorevoli con conseguenze economiche che non infrequentemente disarcionano difficili equilibri familiari.

Insomma, **l'esperienza giudiziale, quand'anche coronata da esito positivo, lascia strascichi che, nella migliore delle ipotesi, condizionano pesantemente il modo stesso di approcciarsi alla professione, inducendo – a titolo cautelativo – una prassi comportamentale improntata prima che all'interesse del paziente alla prudenza diagnostica assoluta, con**

mortificazione della professionalità, esplosione dei costi, terapie al limite dell'inutile o, peggio, del dannoso.

Questo induce a ritenere ineludibili riforme di impostazione del sistema che muovano nella logica **di riconoscere che, se è vero che l'errore è parte delle umane cose, ciò che deve essere combattuto è l'errore e non chi lo commette, in modo che chi patisce le conseguenze dell'errore sia giustamente risarcito ma chi lo commette sia sanzionabile soltanto in caso di condotta inescusabile.**

**CIMO-ASMD chiede e si opererà per l'adozione dei seguenti provvedimenti:**

- a) Obbligo di copertura assicurativa o di gestione diretta da parte della struttura delle richieste di risarcimento..**
- b) Obbligo di percorsi extragiudiziali, con maggiori poteri e penalizzazioni per chi rifiuta l'accordo strumentalmente.**
- c) Introduzione del concetto di alea terapeutica e del risarcimento no-fault, sul modello francese.**
- d) Obbligo di attivazione in tutte le Aziende sanitarie di una vera prevenzione del rischio**
- e) Introduzione di un tetto massimo di risarcimento basato su valutazioni oggettive del danno**
- f) Azione diretta contro le Aziende Sanitarie, e non contro i Medici, per ottenere il risarcimento dei danni.**
- g) Modifica della responsabilità medica limitandola alla colpa grave, definita come azione determinata da negligenza inescusabile, come, del resto è definita quella che regola i casi di responsabilità dei Magistrati.**

### **Atto medico e competenze delle professioni sanitarie**

L'attuale situazione di incertezza normativa in merito ai rapporti tra le professioni sta creando problemi all'interno del servizio sanitario.

Rispetto al passato, le professioni sanitarie hanno acquisito un livello più alto di preparazione ed i **Medici specialisti sono sempre meno ed operano ad un livello più alto di complessità.**

**Ridefinire ruoli e competenze non è più rinviabile, per prevenire e regolamentare le fughe in avanti di molte Regioni, ma anche per tutelare i Medici, i quali sempre più spesso controfirmano prestazioni sanitarie effettuate da altri professionisti;** questo non è accettabile: ognuno deve essere responsabile delle proprie azioni e non di quelle effettuate da altri, se non derivanti da una espressa delega.

CIMO-ASMD quindi, è convinto che le Professioni Sanitarie abbiano una loro specifica autonomia e che questa debba trovare un giusto sviluppo che non deve cozzare contro le resistenze di altre categorie, medici compresi: **che ci si incontri intorno ad un tavolo, senza preconcetti né verità precostituite e che il paziente sia messo al centro del sistema non a parole, come quasi sempre si fa, ma nei fatti.** Il “Progetto” poi però lo devono fare i professionisti, che lavorano tutti i giorni in trincea, con la collaborazione anche dei tecnici e dei professori, ma che non devono far calare dall’alto le loro proposte, spesso dietro la spinta delle lobby e degli interessi corporativi. **Da questo probabilmente scopriremo che l’autonomia professionale è sacrosanta, ma deve essere “condivisa” in quanto il paziente non può essere “spacchettato” in un piano clinico ed uno assistenziale che vanno ciascuno per conto loro e dove il paziente diventa di tutti e di nessuno.**

Ma norme chiare ed uniformi su tutto il territorio nazionale sono soprattutto a tutela della salute dei pazienti: **le nuove competenze non possono degenerare in un’anarchia di responsabilità e in questo nuovo scenario la centralità del ruolo del Medico nella diagnosi e terapia non può essere messa in discussione,** perché deriva dal suo percorso di studi, intenso e almeno tre volte più lungo di qualsiasi altra figura professionale sanitaria.

**Da qui la proposta di CIMO-ASMD, di definire l’atto medico:**

*(DIA)*

### **Ordine professionale**

Ritornare al Dottore vuol dire anche **porre al centro dell'attività del Medico gli aspetti professionali e deontologici**, di conseguenza anche una maggiore partecipazione dei Medici alla vita dell'Ordine e dei suoi organismi.

La riforma degli Ordini professionali dovrà garantire a quello dei Medici di svolgere con efficacia le seguenti principali funzioni: vigilanza che la professione sia esercitata nel rispetto delle norme deontologiche e sulla formazione di base e specialistica; selezione rispetto all'accesso alla professione; gestione e controllo periodico della formazione permanente del medico, anche ai fini del relativo accreditamento professionale; momento obbligatorio di conciliazione per le controversie tra medico e paziente, da attivare prima di adire l'autorità giudiziaria; autonoma magistratura con esercizio dell'azione disciplinare in caso di violazione delle regole del Codice deontologico; controllo della pubblicità sanitaria, ecc.

**RITORNIAMO AL DOTTORE non è solo il titolo del nostro Congresso, ma la reale esigenza di una professione sempre più spesso vessata da norme e provvedimenti che hanno progressivamente limitato, sia in termini contrattuali che professionali, quella necessaria autonomia che, ai fini della diagnosi e cura, rappresenta l'unica vera garanzia per la sicurezza delle cure.**

**Questo è il motivo per il quale CIMO-ASMD sostiene, con convinzione, la centralità di una professione, quella medica, intesa quale elemento essenziale del processo di ammodernamento del nostro SSN.**

**Stato giuridico, atto medico, area contrattuale, libera professione, precariato, formazione ma soprattutto valorizzazione della professione**

**sono, per CIMO-ASMD, priorità indifferibili che la vedranno impegnata, nei prossimi anni, con tutti i suoi dirigenti sindacali sia in ambito nazionale, che regionale, che aziendale.**

**La categoria dovrà affrontare, nell'immediato e nel prossimo futuro, importanti sfide rispetto alle quali CIMO-ASMD auspica la massima condivisione d'idee ed azioni a sostegno della professione ed a difesa di un Servizio Sanitario Nazionale.**