

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

LUNEDI' 12 GENNAIO 2015

QUOTIDIANO SANTA.IT

Medici in rivolta contro il "comma 566". Dopo l'Anaao, la condanna di "Alleanza per la professione medica": "Sulle nuove competenze si applichi Patto Salute. Niente scorciatoie"

Si compatta il muro di opposizione medica alle nuove competenze professionali.

Riccardo Cassi, portavoce di APM: "Per rispondere a spinte corporative non si è voluto attendere la delega, prevista dall'articolo 22 del Patto della Salute, che deve ridefinire in modo organico la gestione delle professioni nel SSN".

Il comma 566 della legge di stabilità, che mira a sbloccare definitivamente la questione delle nuove competenze per le professioni sanitarie, rischia di trovarsi davanti il muro dell'opposizione medica. L'altro ieri il [duro intervento dell'Anaao](#). Oggi la ferma presa di posizione della nuova aggregazione sindacale che unisce nell'Alleanza per la Professione Medica diverse sigle (Aaroi Emac - Andi - Cimo - Cimop - Fesmed - Fimmg - Fimp - Sumai) e che in una nota sottolinea come le competenze professionali "non possono essere affrontate con poche righe, senza ulteriori approfondimenti sui ruoli di tutte le professioni sanitarie". Per APM non resta quindi che condannare "questa fuga unilaterale in avanti" e chiedere "che si arrivi rapidamente alla definizione delle competenze delle singole professioni sanitarie, riaffermando concretamente il ruolo centrale del medico quale garante della salute dei cittadini".

"Oggi, con il comma 566 si è voluto dare una copertura legislativa alle sperimentazioni regionali avviate in questi anni -dichiara **Riccardo Cassi**, portavoce di *Alleanza per la professione medica* -. Per rispondere a spinte corporative non si è voluto attendere la delega, prevista dall'articolo 22 del Patto della Salute, che deve ridefinire in modo organico la gestione delle professioni nel SSN".

"La norma che viene fuori dal comma 566, non è chiara - continua Cassi - si fa riferimento alla competenza del medico *in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia*, trascurando il fatto che la prevenzione, la

diagnosi, la cura e la terapia sono per loro natura attività non riconducibili ad un unico singolo atto”.

APM nel [suo manifesto](#) aveva del resto già ribadito che “è in capo al medico la responsabilità di tutte le decisioni relative alla salute del paziente, superando un’artificiosa separazione tra attività assistenziale ed attività diagnostica terapeutica”.

■ Cosa prevede il "comma 566" della legge di Stabilità

Medici di famiglia in stato di agitazione. Intervista al vice segretario Fimmg Bartoletti: “Non siamo disposti a farci rottamare. Ecco le nostre idee per cambiare la sanità”

“Alla Sisac abbiamo detto che non si può avviare il negoziato senza un indirizzo politico chiaro”. “Le cure primarie possono cambiare e lo stiamo facendo”. “La sostenibilità del Ssn è a rischio. Prendiamone atto con serietà senza fare gli struzzi”. E sui vigili urbani romani assenti in massa a Capodanno? “Qualche cattivo pensiero viene”

Eletto all’ultimo Congresso di ottobre, **Pier Luigi Bartoletti** è uno dei vice segretari nazionali della Fimmg entrato nella squadra dell’esecutivo nazionale che affianca **Giacomo Milillo** nella direzione del più grande sindacato italiano della medicina generale. Al Consiglio nazionale del 13 dicembre la Fimmg ha dichiarato lo stato di agitazione contro l’immobilismo della Sisac nella gestione delle trattative per il rinnovo della convenzione e con Bartoletti siamo partiti proprio da qui. Ma abbiamo parlato anche di molte altre cose.

Della realtà applicativa della riforma delle cure territoriali nelle diverse regioni e dell’emergenza economica per la sanità pubblica che ha spinto il segretario Milillo a chiedere alla politica un maggior impegno per la sanità integrativa e l’adozione formale di Livelli integrativi di assistenza che affianchino gli attuali Lea: "Non è una bestemmia - ha detto Bartoletti - ma una proposta sensata e seria".

E ancora, dell’attualità della forma convenzionale di lavoro per la medicina generale e dell’esperienza con Zingaretti per riformare la sanità laziale. Non è mancato infine un accenno alla vicenda dei vigili urbani romani assenti in massa per Capodanno attestando un certificato di malattia come giustificazione.

Su quest’ultimo punto, Bartoletti, che è stato per anni segretario del Lazio ed è tuttora segretario Fimmg della Provincia di Roma, è molto chiaro: “A vedere i numeri qualche cattivo pensiero viene, troppi malati per il 31. Ma non dimentichiamo che la certificazione di malattia, grazie anche e soprattutto alla medicina generale, è forse il sistema informativo più efficiente che abbiamo nel Paese e che consente in tempo reale di poter disporre di tutte le informazioni necessarie non solo a misurare il fenomeno ma anche, grazie all’analisi dei dati, a proporre soluzioni sempre migliori

per la piaga dell'assenteismo”.

Dottor Bartoletti, la legge di stabilità conferma il blocco nel rinnovo della parte economica delle convenzioni, ma pare che non si riesca neanche a chiudere la parte normativa. Quali sono gli ostacoli che hanno portato la vostra categoria a decretare lo stato di agitazione?

Siamo disponibili da anni a formulare soluzioni di riordino della medicina generale, dal 2006 la FIMMG lavora per rivedere il modello organizzativo della medicina generale, quindi siamo aperti al cambiamento, all'innovazione e persino alla “rifondazione”. Ciò però non significa annientamento della medicina generale l'”abiura” a dei principi fondamentali che dal 1998 a livello internazionale vengono considerati fondanti per una buona qualità del servizio, dal rapporto fiduciario con il cittadino, alla capacità di gestirsi il proprio ambito professionale pur in sinergia con il sistema, significa non “rifondare” la medicina generale” ma porre le basi per una sua progressiva “rottamazione”.E' stato fatto presente alla Sisac come non sia possibile negoziare un contratto in assenza di un chiaro indirizzo politico che ci faccia comprendere se sia finita l'epoca delle 21 repubbliche sanitarie e ne inizi un'altra fatta di un sistema nazionale con variabili regionali non tali da determinare diseguglianze nell'accesso al servizio per i cittadini, sprechi, disservizi, contenziosi stato regioni, confusione organizzativa Nell'attesa di avere risposte dal “delegante” della SISAC, la Conferenza Stato Regioni, lo stato di agitazione è un segnale ai colleghi che il sindacato segue attentamente questa vicenda ed uno stimolo alla parte politica che sta sottovalutando l'entità delle problematiche da noi poste sul tappeto.

La riforma della medicina territoriale sembra finalmente decollare. L'ultima Relazione sullo stato sanitario del paese segnala moltissime realtà in cui la riforma è andata avanti. Ma la percezione tra gli addetti e i cittadini è che in realtà la tanto attesa H24 sia ancora di là da venire. Come stanno veramente le cose?

Se può essere comprensibile un'organizzazione a “macchia di leopardo” che fa sì che alcune regioni abbiano oramai da anni intrapreso la strada obbligata della riconversione delle strutture ospedaliere per acuti e la contemporanea riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale, non è accettabile che questo si traduca in una “assistenza a macchia di leopardo”. Nel Lazio, per esempio, ci sono fenomeni di migrazione sanitaria verso l'Umbria, la Campania, l'Abruzzo, la Toscana. Nel Sud Italia per curarsi, in alcune realtà, si viaggia verso Nord. Il famoso h24 c'è già, bisogna solo organizzare meglio e diversamente il sistema, superare la logica delle “aree tribali” ed entrare in una logica di sinergia in cui l'Ospedale collabora con le strutture territoriali e vice versa. Va migliorato il sistema di cure domiciliari, va strutturato un progetto di riordino complessivo della gestione delle cronicità che esca dalla logica del posto letto, sia in RSA che in lungodegenza, ed entri invece nella logica delle residenze protette od assistite, dove l'anziano continua a vivere nel suo ambiente, a sua misura, e non sia costretto ad essere sradicato dalla propria abitazione per giacere su un posto letto. In tutto questo la medicina generale, in tutto il mondo, ha sempre un ruolo, bisogna capire quale sia il ruolo che si è pensato abbia in Italia.

Tra gli esempi, certamente spicca l'ultimo accordo nella sua Regione (Lazio), da

lei sottoscritto con Zingaretti quale ultimo atto della sua segreteria regionale prima di diventare vicesegretario nazionale della Fimmg. Ci vuole illustrare a grandi linee le caratteristiche di questo accordo che lei ha più volte definito "più politico" che "sindacale"?

Da più di un decennio si dichiara in tutte le sedi la centralità del medico di medicina generale e la necessità di riorganizzare il sistema di cure territoriali rendendolo coerente agli obiettivi di sistema sanitario pubblico. Nella regione Lazio per varie motivazioni non si è mai posto mano a ridisegnare il modello organizzativo generale, con una visione di scenario e non legata semplicemente a risolvere questo o quel problema spesso legato a contingenze, vedi emergenze ai pronto soccorso. Penso che la politica debba dare l'impulso a rivedere il modello organizzativo e che in questo il Presidente Zingaretti ha dato un importante e decisivo "input" nel delineare un processo di riordino del sistema che si basa su tre pilastri, una rete di studi medici, le Unità di Cure Primarie, aperti dalle 10 alle 19 tutti i giorni feriali, geolocalizzati, forniti di una carta dei servizi e con il potenziamento delle capacità diagnostiche, una rete di strutture di medicina generale aperti nei giorni festivi in ogni quartiere di Roma, dei percorsi assistenziali di presa in carico per i pazienti cronici che obbligano gli operatori e le strutture a rivedere complessivamente il modello organizzativo ed erogatore delle prestazioni, uscendo dalla logica "prestazionale" ed entrando in una logica di "filiera" assistenziale. Tutto questo, aldilà degli aspetti contrattualistici, si traduce in un servizio sanitario più vicino ai bisogni "quotidiani" dei cittadini di tutte le fasce d'età, uno studio di medicina generale aperto tutti i giorni, la continuità assistenziale per le fasce notturne ed il domicilio, una infrastruttura visibile e facilmente reperibile della medicina generale, percorsi chiari, semplici ed a chilometro 0 per i pazienti cronici.

La forma della convenzione tra Ssn e Medicina generale nasce comunque prima della nuova visione di assistenza territoriale. Pensa che tale strumento contrattuale sia ancora idoneo per garantire una reale integrazione tra le due grandi aree ospedaliera e territoriale?

Esattamente, non è il contratto che determina il sistema, ma semmai è il sistema che determina il contratto. Il contratto è uno strumento non un obiettivo ed iniziare a trattare senza aver ben chiari quali siano il progetto di riordino significa soltanto alimentare i conflitti e non mettere le basi per trovare soluzioni nell'ambito delle rispettive competenze tra parte pubblica e rappresentanze della medicina generale. Il contratto è necessario ma ancor più è necessario condividere o quantomeno conoscere quale sia il progetto del sistema sanitario pubblico e quale ruolo si pensa che debba essere dato al medico di medicina generale, quali compiti, quali funzioni, quali responsabilità. In base a questo si può definire la base contrattuale, senza di questo non si va da nessuna parte.

All'ultimo congresso Fimmg, il segretario Milillo ha lanciato un monito alla politica sostenendo che è tempo di prendere atto con realtà che non è mai stata realizzata nè potrà esserlo quella "sostenibilità di un Ssn che fornisca tutte le prestazioni di assistenza sanitaria necessarie alla tutela della salute ponendole ad esclusivo carico della fiscalità generale". Da qui la richiesta di più impegno per la sanità integrativa. Per la Fimmg è indubbiamente una svolta rispetto a un

tradizionale posizionamento a favore dell'universalità del Ssn. Come legge questa presa di posizione?

Più che di “svolta”, parlerei di una lucida presa d’atto della realtà italiana e della proposta di allargare le vedute prendendo in considerazione ipotesi innovative. Né Giacomo Milillo, né la FIMMG hanno mai messo in discussione l’universalità del sistema sanitario, semmai proporre soluzioni per consentirne la salvaguardia ed il rilancio è uno stimolo ad innovare ed a migliorare ciò che di prezioso abbiamo: il sistema sanitario pubblico. In questo la medicina generale può avere voce, oppure no? A vedere i dati negli ultimi anni, progressivamente, la spesa sanitaria “out of pocket” è cresciuta, significa che i cittadini pagano di tasca propria per avere i servizi sanitari, inizia ad essere evidente anche il fatto che molti italiani preferiscono non curarsi per risparmiare, con buona pace della prevenzione, il trend nei prossimi anni sarà di un aumento della spesa, legato all’aumento dell’età media e quindi delle patologie cronico degenerative.

Il quadro economico non fa presagire un aumento del PIL tale da poter determinare un aumento del finanziamento pubblico. Se tutto ciò è vero, e purtroppo ad oggi lo è, cosa fare? Fare gli struzzi, limitarsi a fare il compitino dichiarando che tutto ciò è iniquo, oppure proporre soluzioni che possono da una parte migliorare l’assistenza al cittadino, dall’altra consentire al sistema pubblico di mantenere la sostenibilità economica e quindi l’universalità del servizio? Penso che il monito di Giacomo Milillo vada preso come una proposta sensata e seria, non come una bestemmia.

Dopo lo scandalo dell’assenteismo dei vigili urbani a Roma nella notte di Capodanno è esplosa la polemica sulla gestione dei certificati medici. Pensa che ci siano stati abusi e che il comportamento dei medici sia stato comunque corretto?

A vedere i numeri qualche cattivo pensiero viene, troppi malati per il 31. C’è un’inchiesta della magistratura che chiarirà cosa è successo, perché e se vi sono responsabilità e quali. Aspettiamo prima di dare giudizi. Nel merito rimane però il fatto che se fosse accertato ed ancora non lo è, che si sia trattato di una forma di protesta, il problema sta nell’uso che è stato fatto del certificato di malattia, più che nell’attestazione in sé. Non sarebbe il primo caso, speriamo sia l’ultimo, anche perché è già non semplice fare il lavoro del medico, se a questo si devono aggiungere dubbi circa la reale motivazione della richiesta di certificazione, il rischio è che ad averne un danno siano i malati, quelli veri.

Poi, sulle soluzioni, da anni chiediamo di prendere in considerazione la possibilità di autodichiarazione per patologie di breve durata, uno o due giorni, il polo unico della medicina fiscale per ottimizzare i controlli, oltre a questo, ma ci sta lavorando il Governo, andrebbero unificate anche le fasce orarie di reperibilità sia per i lavoratori privati che pubblici. Rimane il fatto comunque che la certificazione di malattia, grazie anche e soprattutto alla medicina generale, è forse il sistema informativo più efficiente che abbiamo nel Paese e che consente in tempo reale di poter disporre di tutte le informazioni necessarie non solo a misurare il fenomeno ma anche grazie all’analisi dei dati, a proporre soluzioni sempre migliori per la piaga dell’assenteismo.

Ma perché solo i dirigenti hanno la “deroga” all’esclusività con il Ssn? Una proposta per superare il “doppio binario”

Oggi solo i dirigenti sanitari possono esercitare attività al di fuori del Ssn pur essendo dipendenti pubblici. Per gli altri sanzioni durissime per il “doppio lavoro”, fino al licenziamento. Ecco come e perché, senza conflitto d’interesse, questa discriminazione può essere sanata

In periodi di crisi diventano problematiche le applicazioni di norme che colpiscono le storiche incompatibilità tra lavoro pubblico e privato.

Sono noti i presupposti che sanciscono l’incompatibilità sin dagli anni cinquanta dello scorso secolo e che vantano radici costituzionali. Il pubblico dipendente è quindi “al servizio esclusivo della nazione” e i pubblici uffici devono garantire “il buon andamento e l’imparzialità”.

L’esclusività e la fedeltà diventano quindi principi fondativi del rapporto di pubblico impiego. Ricordiamo, però, che per antica tradizione normativa, i pubblici impiegati erano appunto impiegati – nel senso di amministrativi – e di conseguenza il timore che l’apparato dell’amministrazione pubblica risultasse condizionato da interessi privati era rilevante.

Le amministrazioni e le aziende pubbliche oggi spesso erogano servizi come nel caso della sanità e l’esclusività, proprio nel settore sanitario, è solo riferita al personale del comparto con esclusione, pressoché totale di tutta la dirigenza (sanitaria in senso lato).

La differenza con il settore privato è sostanziale, non solo perché non sussistono in genere questioni di esclusività, ma laddove esistono sono applicate proprio al settore della dirigenza per le evidenti relazioni tra le decisioni che questa può prendere e gli interessi privati che sottostanno alle decisioni.

Rimaniamo nel comparto. Le attività ulteriori rispetto al rapporto di lavoro con una pubblica amministrazione sono riconducibili a tre tipologie:

- 1) quella delle attività del tutto incompatibili;
- 2) quella delle attività in astratto incompatibili, ma autorizzabili dall’Ente di appartenenza, previa verifica in concreto dell’assenza di ragioni ostative;
- 3) quella delle attività liberamente esercitabili, o in ragione dell’assenza di compenso, o perché, seppure remunerate, sono dalla legge direttamente ammesse.

Sulle prime la *ratio* della norma è assolutamente comprensibile. L’interesse primario di non svolgere attività in concorrenza o che danneggino l’imparzialità dell’azione pubblica non può essere messa in discussione. Il punto sub 3) attiene a quelle attività – pubblicazioni, docenze ecc. – che attengono, anche, a diritti costituzionali riconosciuti a ogni cittadino, e quindi anche, ai pubblici dipendenti.

Concentreremo la nostra attenzione sulle attività sub 2) relative anche alle modifiche intervenute con la legge c.d. anticorruzione. Le attività autorizzabili sono disposte “dai rispettivi organi competenti secondo criteri oggettivi e predeterminati, che tengano conto della specifica professionalità, tali da escludere casi di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente” (art. 53 D. Lgs 165/2001). Una volta tenuto conto di queste limitazioni le attività sono autorizzabili non solo verso altre pubbliche amministrazioni ma anche verso società private che svolgano attività “di impresa o commerciale”.

Non vi sono dubbi che il cancro da combattere sia il “conflitto di interesse”. Un infermiere, un fisioterapista, un'ostetrica (o anche un amministrativo che svolge, lo rileviamo dalla casistica attività di amministratore di condominio) che svolgano la propria attività in regime libero professionale o alle dipendenze di qualche struttura in contesti territorialmente extra-aziendali (nel caso delle aziende sanitarie) e comunque attività non riconducibili alla *mission* aziendale delle aziende ospedaliere non recano alle strutture alcun documento reale se non quello relativo al mancato recupero psico-fisico durante il periodo di riposo. Quest'ultimo argomento però non è di alcun pregio vista la legislazione autorizzatoria sulla dirigenza medica e veterinaria che dovrebbe avere un maggior stringente rapporto con l'azienda per il maggiore debito orario (38 ore in luogo di 36) dovuto.

Il vero e proprio *punctum dolens* della situazione si ha sulle attività non autorizzate in quanto mancanti proprio di autorizzazione perché non richiesta.

Le ragioni risiedono nella nota riluttanza delle pubbliche amministrazioni a concedere l'autorizzazione combinata con il timore del dipendente a ricevere un diniego. Ecco allora l'emergere di situazioni ampie di non regolarizzazioni di attività di secondo lavoro dei dipendenti pubblici. In questi ultimi quindici anni il sistema sanzionatorio si è fatto durissimo. Dalla metà degli anni novanta il secondo lavoro non autorizzato è diventato giusta causa di licenziamento e con l'obbligo di recuperare “il compenso dovuto per le attività svolte” e, per effetto delle innovazioni dovute alla legge anticorruzione, “l'omissione del versamento del compenso da parte del dipendente pubblico indebito percettore costituisce ipotesi di responsabilità erariale soggetta alla giurisdizione della Corte dei conti”.

Assistiamo sostanzialmente a un doppio binario: da un lato una legislazione sempre più rigorosa e dura sul doppio lavoro per il personale del comparto dall'altro una sostanziale liberalizzazione per la parte che più dovrebbe essere sottoposta all'esclusività: la dirigenza.

Le sanzioni appaiono sproporzionate, eccessive, fuori misura e, quindi, ingiuste. Licenziamento senza preavviso e recupero totale delle somme “indebitamente” percepite equiparano di fatto il lavoro “non autorizzato” con il lavoro illegale. Non si potrebbe spiegare altrimenti la norma del recupero della retribuzione del lavoro

secondario come una sorta di recupero di somme che sono il frutto del reato.

La clava dell'azione disciplinare e del licenziamento viene brandita verso il solo personale del comparto reo, quindi, di non ottemperare a quell'obbligo di esclusività a cui solo lui è tenuto e a cui non è tenuta, come abbiamo detto la dirigenza.

E' la più classica delle norme classiste: debole con i forti e forte con i deboli. Eticamente e moralmente inaccettabile perché colpisce lo stato di bisogno che ha portato il dipendente pubblico a sacrificare il proprio tempo libero in favore di un'altra attività lavorativa. Non colpisce il lavoro svolto "in nero", contro cui non vi sono generalmente prove, colpisce il lavoro "legale non autorizzato", il lavoro per il quale il lavoratore ha pagato le tasse e i contributi.

E' una norma dichiaratamente anticostituzionale: non rispetta il principio di uguaglianza (art. 3) ed espropria il lavoratore della retribuzione percepita in virtù della sua attività lavorativa che si accanisce proprio verso coloro che, spesso, vedono vanificato l'altro diritto costituzionale che sancisce il diritto ad avere una retribuzione "in ogni caso sufficiente ad assicurare a sé e alla famiglia un'esistenza libera e dignitosa" (art. 36). In virtù di politiche di blocco salariale che perdurano da molti anni e perdureranno anche per tutto il 2015 vi sono fasce di lavoratori che cercano le risorse per andare avanti con il metodo più classico per reperirle: il lavoro. E proprio sul lavoro vengono colpite fino alla loro completa rovina: licenziamento da dipendente pubblico e il recupero del frutto lavoro da attività secondaria. Il tutto in una Repubblica, come la nostra, proprio "fondata sul lavoro".

Non si tratta di difendere il dipendente doppiolavorista "infedele" ma di riportare nei giusti binari l'inosservanza di precetti pensati, *ab origine*, per coloro che lavoravano nella amministrazioni centrali dello Stato, portatori di interessi e di "segreti" che non dovevano essere minati nell'indipendenza da interessi economici dovuti ad altre attività.

Nel servizio sanitario nazionale l'esercizio della professione o di altra attività non correlata ai doveri d'ufficio però non pone conflitti normativi generali visto la deroga concessa alla dirigenza medica e veterinaria e alla restante dirigenza sanitaria. Le strade percorribili sono due: a) una liberalizzazione dell'attività lavorativa secondaria nella parte in cui non determina un conflitto di interesse con la pubblica amministrazione; b) una riforma del sistema sanzionatorio a legislazione autorizzatoria invariata.

La prima necessita di un lungo dibattito e di una riforma complessiva. Con la seconda si possono riportare velocemente le questioni su un più corretto binario fermo rimanendo il regime delle incompatibilità

Proponiamo quindi ai parlamentari di buona volontà— essendo sempre convinti che il Parlamento e non il Governo devono avere il ruolo legislativo centrale — i seguenti emendamenti alla legislazione sulle incompatibilità:

a) *Modifiche all'art. 1, comma 61 della L. 23-12-1996 n. 662 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica"*.

E' così riformulato (in grassetto le modifiche).

1. 61. La violazione del divieto di cui al comma 60, la mancata comunicazione di cui al comma 58, nonché le comunicazioni risultate non veritiere anche a seguito di accertamenti ispettivi dell'amministrazione costituiscono giusta causa di recesso per i rapporti di lavoro disciplinati dai contratti collettivi nazionali di lavoro e costituiscono causa di decadenza dall'impiego per il restante personale, sempreché le prestazioni per le attività di lavoro subordinato o autonomo svolte al di fuori del rapporto di impiego con l'amministrazione di appartenenza non siano rese a titolo gratuito, presso associazioni di volontariato o cooperative a carattere socio-assistenziale senza scopo di lucro. *Se l'attività lavorativa, svolta fuori dal rapporto di impiego pubblico, non comporta conflitto di interesse o incompatibilità palese con l'attività della pubblica amministrazione, è prevista l'irrogazione della sanzione disciplinare della sospensione dal lavoro fino a venti giorni.*

Le procedure per l'accertamento delle cause di recesso o di decadenza devono svolgersi in contraddittorio fra le parti.

b) *l'articolo 53 comma 7, secondo periodo, del D. Lgs 165/2001 è così riformulato:*

In caso di inosservanza del divieto, salve le più gravi sanzioni e ferma restando la responsabilità disciplinare, il compenso dovuto per le prestazioni eventualmente svolte deve essere versato, a cura dell'erogante o, in difetto, del percettore, nel conto dell'entrata del bilancio dell'amministrazione di appartenenza del dipendente per essere destinato ad incremento del fondo di produttività o di fondi equivalenti *solo nei casi di conflitto di interesse e incompatibilità palese tra il rapporto di lavoro con la pubblica amministrazione e l'attività lavorativa o gli incarichi ulteriori. Negli altri casi la sanzione viene determinata con una percentuale dal 5% al 10% del compenso percepito nell'ultimo anno solare.*

Queste modifiche si rendono necessarie per riportare nei giusti canoni di ragionevolezza la questione affrontata.

Luca Benci

Giurista

Scoperto un "super" antibiotico. Annienta anche i batteri ultra-resistenti. Ottimi risultati in laboratorio contro Tbc e stafilococco aureo

Si chiama teixobactina. Per arrivarci gli scienziati hanno sviluppato un nuovo approccio di ricerca facendo crescere batteri non sviluppabili in coltura nel loro ambiente naturale. Con questa metodica hanno assemblato circa 50mila ceppi patogeni diversi scoprendo 25 nuovi antibiotici. Tra questi la teixobactina che sembra promettere molto bene. E si pensa allo sviluppo di un farmaco. Lo studio su

Nature

Un gruppo di ricercatori statunitensi ha individuato un nuovo antibiotico che elimina patogeni particolarmente ‘difficili’ da trattare, senza incontrare una resistenza rilevabile. Lo studio, condotto da vari Istituti, tra cui la Northeastern University a Boston, è pubblicato* su *Nature*.

La resistenza dei batteri agli antibiotici rappresenta attualmente una seria minaccia per la salute globale, come ha [recentemente sottolineato](#) l’Organizzazione Mondiale della Sanità. Questa resistenza è inoltre [in crescita](#) in Europa, come evidenziato dal Rapporto Europeo dell’ECDC, individuando un problema sanitario che da tempo viene studiato da diversi gruppi di ricerca al mondo.

L’antibiotico rintracciato nello studio odierno risulterebbe molto promettente per il trattamento di alcune infezioni croniche, quali quelle della tubercolosi e le infezioni indotte da stafilococco aureo resistente alla meticillina (sigla MRSA).

Il ‘super-man’ degli antibiotici si chiamerebbe *teixobactina*: per arrivarci, gli scienziati hanno sviluppato un nuovo approccio di ricerca, facendo crescere batteri, non sviluppabili in coltura, nel loro ambiente naturale, mediante coltivazione *in situ* oppure utilizzando specifici fattori di crescita; questo metodo coinvolge un dispositivo che isola e favorisce la crescita di cellule singole. Tali batteri costituiscono infatti il “99% di tutte le specie di batteri che vivono in ambienti esterni e rappresentano una risorsa non sfruttata per nuovi antibiotici”, si legge nel paper su *Nature*.

Con questa metodica, già da diversi anni i ricercatori coinvolti in questo studio insieme ai colleghi hanno assemblato circa 50mila ceppi diversi di patogeni, scoprendo 25 nuovi antibiotici, di cui, secondo il Professor Lewis, la *teixobactina* è l’ultimo prodotto e il più interessante.

In uno screening, testando il composto, non sono risultati resistenti alla *teixobactina* nè il *Mycobacterium tuberculosis* (batterio della tubercolosi) nè cellule MRSA mutanti. "La nostra impressione è che la natura abbia prodotto un composto che evolve verso l’essere libero da resistenza”, ha affermato il Professor **Kim Lewis**, che ha guidato l’esperimento con la collaborazione del Professor **Slava Epstein**. “Questo risultato sfida il dogma su cui ci siamo basati”, prosegue Lewis, "secondo il quale i batteri sviluppano sempre resistenza. Bene, forse in questo caso ciò non avviene”. “Le proprietà di questo composto suggeriscono un percorso attraverso il quale mettere a punto antibiotici che potrebbero evitare lo sviluppo di resistenza”, si legge nello studio.

Il risultato deve essere ancora approfondito. Il lavoro del team è stato analizzato anche dal Professor **Gerard Wright**, del Dipartimento di Biochimica e Scienze Biomediche presso la McMaster University, il quale, in un altro articolo su *Nature*, ha affermato che bisogna ancora vedere se nell’ambiente ci possano essere altri meccanismi di resistenza al composto individuato, tuttavia il lavoro di questo team di ricerca potrebbe condurre ad identificare altri antibiotici dalla “resistenza leggera”. “Il lavoro [dei ricercatori] offre la speranza che innovazione e creatività possano combinarsi per risolvere la crisi degli antibiotici”, scrive il Professor Wright. Il prossimo passo a cui punta il team è quello di sviluppare un farmaco a partire dalla

teixobactina. In uno studio nel 2013, inoltre, Lewis aveva presentato un nuovo approccio per combattere ed eliminare il Mrsa, il superbatterio che colpisce un milione di americani ogni anno: secondo Lewis, l'ultimo studio prepara la base per far avanzare il lavoro finalizzato al trattamento dell'MRSA e di altre infezioni.

*Losee L. Ling et al., A new antibiotic kills pathogens without detectable resistance. *Nature*, 2015; DOI: 10.1038/nature14098

SOLE 24 ORE SANITA'

Sblocco indennità di esclusività: per lo Smi una «boccata d'ossigeno» che interessa 34mila medici

Sarebbero 34mila i medici interessati dallo sblocco dell'indennità di esclusività. A elaborare le prime stime è il centro studi dello Smi, secondo cui nel complesso, per oltre 13.200 professionisti con 15 anni di anzianità si avrebbe un salto su base annua di 3.690 euro, mentre per 20.800 medici con anzianità inferiore a 5 anni al 31 dicembre 2010 nel 2015 potrebbe scattare, ove non già percepito, un bonus individuale di 7.600 euro su base annua.

Gianfranco Rivellini, vice segretario nazionale Smi, sottolinea: «La lettura combinata con le precedenti disposizioni sul contenimento della spesa pubblica (la legge n. 122 del 30 luglio 2010, il Dpr 4 settembre 2013, la legge di stabilità 2014, n. 147 del 27 dicembre 2013), hanno portato alla proroga del blocco della contrattazione economica per tutto il 2015 (art. 1 comma 254) senza eccezione per i medici convenzionati con il Ssn e prorogata fino al 2018 l'indennità di vacanza contrattuale, tuttavia congelata nell'importo maturato al 31 dicembre 2013 (art. 1 comma 255, che modifica l'articolo 1, comma 452, della legge 27 dicembre 2013, n. 147). Ma in questa giungla di articoli - precisa Rivellini - ecco una boccata di ossigeno per i professionisti del Ssn: salva, finalmente, la progressione dell'indennità di esclusività al maturare dei 5 e 15 anni per medici e veterinari dirigenti (grazie al comma 256, che espressamente proroga a tutto il 2015 le disposizioni di cui alla legge 122 del 2010 - art. 9, comma 21-, anche se limitatamente al primo e secondo periodo, che non riguarda il personale dirigente contrattualizzato)».

Il centro Studi Smi - spiega il vice segretario Smi - sulla base del conto annuale 2010 della Ragioneria dello Stato, stima in non meno di 13.200 i dirigenti medici e veterinari che potranno avvalersi dal 2015 del bonus 15 anni di esclusività di rapporto, per un salto pro capite di euro 3.690 su base annua. Ugualmente sono non meno di 20.800 i medici e veterinari che al 31 dicembre 2010 erano collocati nella fascia di anzianità tra 0-5 anni. Per loro, in larga misura, nel 2015 può scattare, ove non già percepito, il bonus individuale pari ad euro 7.600 su base annua. Sono avvertite aziende e Regioni - conclude Rivellini - sono già pronte le azioni dello Smi,

aderente alla Federazione Veterinari e Medici, per il recupero celere dell'adeguamento economico».

Legge di Stabilità. Per i medici il regalo dell'indennità di esclusiva sbloccata. E per le Regioni il conto si fa più salato

Il paradosso di una legge di Stabilità che formalmente ha recepito il Patto per la salute, ma che di fatto ha imposto l'imperativo di tagli per almeno 4 miliardi, è esemplificato dalle norme ambigue introdotte dalla manovra, in tema di personale. Che da una parte prorogano il blocco della contrattazione ma, dall'altra, impongono alle Asl (e quindi ai governatori) una extra-spesa dovuta allo scongelamento del peso massimo "indennità di esclusività". Un automatismo che riguarderà tutti i medici (e una fetta del comparto che però non grava sul bilancio aziendale) e di cui beneficerà soprattutto chi ha un'anzianità professionale di 15 anni.

Per la categoria dei camici bianchi, un "regalo" che «vale ben di più di un rinnovo - spiega l'esperto Stefano Simonetti - . Tornano a essere liberi da vincoli e congelamenti il tetto al trattamento economico ordinario (articolo 1), la definizione del trattamento economico complessivo del dirigente rispetto al predecessore (comma 2), l'ammontare dei fondi per il trattamento accessorio (comma 2-bis), le progressioni di carriera comunque denominate (comma 21). È vero, è stato deciso un altro anno di blocco della contrattazione; tuttavia, poter ricominciare a gestire i fondi contrattuali senza doverli ulteriormente decurtare e poter ricorrere ad alcuni strumenti premianti potrebbe rivelarsi una opportunità formidabile per dare finalmente riconoscimento alla meritocrazia e poter premiare chi lavora veramente e con disagio».

La nuova Finanziaria (legge 190/2014), infatti, non proroga i blocchi previsti dalla legge Tremonti, svincolando di fatto la gestione dei fondi contrattuali come più volte chiesto dai sindacati medici. Un pacchetto di misure che va dalla possibilità di aumentare il valore dell'incarico dirigenziale (sia in caso di rinnovo che di nuovo titolare) all'eliminazione dei tetti ai fondi destinati al trattamento accessorio.

Un rompicapo in più per le Regioni, che se entro il 31 gennaio non avranno proceduto con un'Intesa, passeranno al Governo il cerino acceso sotto forma di un Dpcm che dovrà indicare come e dove tagliare. Dopo il via libera a una legge di Stabilità propagandata come espansiva, i governatori si ritrovano infatti con un pugno di mosche: le proposte (si veda tabella in pagina) che avevano gettato sul tavolo degli incontri informali con i rappresentanti dell'esecutivo, in corso di esame della manovra. «Proposte di cui sostanzialmente hanno deciso di non tenere conto - precisa il presidente della Stato-Regioni Sergio Chiamparino - fatta salva l'operazione sul Patto verticale incentivato, che peraltro va essenzialmente a favore dei Comuni. A questo punto spetta al Governo, cui confermiamo la nostra disponibilità, indicare la possibile ricetta dei risparmi».

La prossima Conferenza Stato-Regioni è fissata, senza fretta, giovedì 22 gennaio. Le Regioni, insomma, stanno alla finestra. Chiamate, come del resto era già chiaro fin

dai primi passi della manovra in Parlamento, a una quadratura del cerchio che pare sempre più irrealizzabile. Con un Patto per la salute che è stato sì recepito dal testo della legge 190, ma che di fatto è disatteso e pare destinato a rimanere lettera morta (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 47-48/2014). E con l'aggiornamento del Dpcm sui Livelli essenziali di assistenza che, annunciato come ormai prossimo (la deadline fissata dal "Patto" è scaduta il 31 dicembre), è ancora affannosamente in cerca di coperture e inevitabilmente dovrà avvenire al ribasso. Ne è convinto l'assessore al Bilancio della Lombardia Massimo Garavaglia, che nelle ultime settimane prima del varo della legge di Stabilità ha guidato per le Regioni la trattativa con il Governo sulle ricette sostenibili ai fini del taglio da 4 miliardi imposto dalla legge di Stabilità, a cui vanno a sommarsi circa 2 miliardi di colpi di scure pregressi. «Fino all'ultimo - rilancia Garavaglia - le Regioni hanno provato a mettere sul piatto una serie di proposte d'intervento che salvaguardassero i nodi più sensibili, come la sanità. Il punto è che le nostre ricette funzionavano tutte - attacca - ma il "principe" Renzi non le ha volute. Ciò che ha prevalso è stata la volontà politica di "salvare la faccia", portando avanti promesse come gli 80 euro in busta paga per i redditi più bassi, in barba al principio di leale collaborazione tra le diverse componenti dello Stato». Il risultato è presto detto, secondo Garavaglia: l'inevitabile decurtazione del Fondo sanitario nazionale per almeno 1,5 miliardi e l'aumento delle tasse in tutte le Regioni. «Salvo la Lombardia - tiene a precisare - che però sarà costretta a venir meno all'impegno di eliminare i ticket, che se rispettato avrebbe sgravato i cittadini di circa 500 milioni di imposte. Altro che tagli lineari: questi sono tagli superlineari, anzi proporzionali al Pil».

Il margine di movimento, a questo punto, è decisamente limitato. Questa settimana i governatori torneranno a incontrarsi soltanto con la ministra delle Riforme Maria Elena Boschi, in tema di Titolo V. «Sei miliardi di tagli tra la manovra attuale e quelle pregresse - sentenza tranchant Garavaglia - comporteranno l'azzeramento di tutti i trasferimenti alle Regioni: dalle borse di studio alle scuole paritarie fino al fondo per la non autosufficienza. E inevitabilmente ci imporranno di mettere mano al Fsn, così come del resto prevede la stessa legge di Stabilità. Con un Fondo decurtato non si riuscirà a mantenere l'efficienza dei servizi né tanto meno il buon livello delle prestazioni. L'aggiornamento dei Lea? A questo punto sia Renzi a indicare come farlo, al ribasso. Con buona pace delle promesse della ministra della Salute Lorenzin, che non è stata capace di tenere il punto e di difendere gli interessi del Servizio sanitario nazionale».

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584