



L'EURO DELLA SVALUTAZIONE

Enrico Hüllweeck

Ammettiamolo: mettere una bella moneta da 500 lire sul piatto della custode della toeletta, negli Autogrill, dava una sensazione più ricca che mettere oggi (su quello stesso piatto) una monetina da 50 centesimi che, di vecchie lire, ne vale ben 1.000. Dare al sagrestano in Chiesa una banconota da mille lire (che non facendo rumore dava l'idea di un obolo più generoso di quelli smascherati dall'imbarazzante tintinnio delle monetine), gratificava molto di più che lanciargli un piccolo e rotondo euro metallico, che di lire ne varrebbe 2.000.

Anche su questi e su tanti altri fattori psicologici poggia l'inevitabile dato di fatto secondo cui proprio all'euro e alla sua adozione è da ascrivere buona parte dell'artificioso aumento del costo della vita nel nostro Paese.

Proprio chi, come me, è europeista convinto, deve avere l'onestà intellettuale di riconoscere e denunciare gli aspetti negativi (magari per combatterli meglio) che l'euro ha prodotto dappertutto, e in modo specifico in un Paese come l'Italia, dove, fra l'altro, non si era abituati all'uso di monete metalliche di valore (a differenza di Stati, come gli USA o la Germania, dove la moneta da cinque marchi valeva addirittura di più dell'attuale moneta da due euro) e dove, per leggerezza, si lascia con noncuranza un tondino da due euro come mancia sul banco del bar, dopo aver preso un cappuccino o consumato una brioche.

Tra l'altro, l'adozione di un facile rapporto di equivalenza fra un euro e le duemila vecchie lire, ha spinto l'Italiano ad usare continui arrotondamenti mentali e a non sentirsi "obbligato a ragionare in euro", cosa pericolosissima, che non si verifica in altri Stati, come Austria, Germania, Francia, ecc., dove l'impossibilità di un facile confronto numerico con le vecchie divise monetarie (scellino, marco, franco, ecc.) ha costretto i rispettivi popoli a "ragionare direttamente in euro", ben metabolizzando anche l'uso dei decimi e dei centesimi.

Gli Italiani, invece, continuano ad usare disinvoltamente una moneta che, in realtà, non conoscono appieno né mentalmente né emotivamente.

Ma se l'Italia piange sul "fattore euro", anche all'estero non si ride. E di questo se ne sono accorti per primi gli Svedesi (popolo che di solito, in Italia, e soprattutto dalla Sinistra politica, viene portato a esempio di coscienza sociale), tra i quali il recente referendum sull'adozione o meno dell'euro ha visto bocciare l'adozione della moneta europea, nonostante il senso di civiltà degli Svedesi e nonostante la forte ondata di emozio-

ne "pro-euro" suscitata, a pochi giorni dal voto, dall'assassinio dell'amatissima Ministro Anna Lindh, tenace paladina dell'euro.

Così, accanto ai problemi economici legati alla difficoltà del mercato internazionale e all'ingravescente ondata di terrorismo, il "fattore-euro" influisce non poco sulla ripresa del mercato e dell'economia in Italia. D'altra parte, mai come in questa circostanza, la "vox populi" pare assonante con la "vox Dei".

Solo Prodi si dichiara in disaccordo su questo, quel Romano Prodi dal quale lo shock per il petardo inviatogli da qualche disobbediente, naturalmente sedicente "democratico, pacifista e non violento", ha fatto affiorare una fin qui ben celata faziosità, concretizzatasi in due topiche clamorose: una rappresentata appunto dalle esternazioni minimaliste sull'effetto svalutativo dell'euro e l'altra dalla ridicola tesi secondo cui l'Italia sarebbe stata "assente" in Europa e nel mondo per colpa del semestre a guida italiana appena conclusosi, proprio mentre tutto il mondo (onesto) ammette che (piaccia o non piaccia Berlusconi) mai l'Italia ha contato nel mondo e in Europa come nell'anno appena trascorso.

Magari con qualche moto di stizza di Francia e Germania, abituate in passato ad un'Italia prona davanti a loro a novanta gradi. Con Berlusconi, occorre ammetterlo, l'Italia ha cominciato a colloquiare nel mondo e col mondo stando in piedi.

Allora la speranza è, ovviamente, che con i prossimi appuntamenti elettorali a rappresentare l'Italia in Europa non ritornino politici che, come in passato, rimetterebbero di nuovo l'Italia in ginocchio (o, se preferite, a 90°) davanti a tutti, e stavolta senza nemmeno il crocifisso tra le mani, per compiacere i musulmani.



Ma questo dipende anche dalla capacità dell'attuale Governo di soddisfare molte legittime richieste delle diverse categorie sociali. Tra queste c'è, ad esempio in campo medico, quella della promulgazione senza ulteriori indugi di una legge che ridisciplini il rapporto di lavoro del personale medico del S.S.N., magari accettando un unico tipo di rapporto di lavoro, ma prevedendo al suo interno una distinta tipologia tra rapporto con carattere esclusivo rispetto a quello non esclusivo. Dovrebbe essere prevista, cioè, una reversibilità di passaggio (a domanda) dall'una all'altra tipologia anzidetta e una più percorribile modalità di accesso alla direzione delle strutture semplici e complesse, assegnando infine alla contrattazione collettiva nazionale la responsabilità della definizione delle modalità di passaggio dal rapporto esclusivo a quello non esclusivo e viceversa.

In tale legge deve essere necessariamente e chiaramente tutelata la libera professione, sia quella intra-moenia sia quella extra-moenia, anche se con alcune precisazioni normative per quella in regime di rapporto esclusivo. Con lo stesso strumento, si dovrebbe inoltre attuare una rivisitazione dei criteri per l'assegnazione degli incarichi di direzione di struttura complessa (per evitare un eccesso di discrezionalità, e quindi gli abusi connessi) ed una integrazione del Collegio tecnico di verifica dei dirigenti sanitari (per introdurvi garanzie di tipo sindacale), approfittando nel contempo per meglio definire i rapporti fra direttore generale e Collegio di direzione e, in particolar modo, per affrontare lo spinoso problema della copertura assicurativa del rischioso lavoro del medico (specie di quello dipendente). Con correttezza, inoltre, dovrebbe essere sanata definitivamente la persistenza (a domanda) dei vecchi rapporti di lavoro a tempo definito ancora esistenti, senza dimenticare le umiliazioni e i torti che i Governi di Centrosinistra (negli anni 1992-1993) hanno perpetrato proprio ai danni dei nostri Colleghi tempodefinitisti.

Tutto questo, naturalmente, come ineludibile premessa per una successiva ridefinizione contrattuale dello status economico dei medici dipendenti del S.S.N. e di quello giuridico in tema di responsabilità per danni eventuali provocati in corso di esercizio professionale.

Nessuno si illuda, senza i passaggi anzidetti, di poter migliorare la Sanità pubblica italiana. Ma il necessario preludio a tutto questo, lo ripeto ancora, è il varo urgente della legge alla quale ho fatto riferimento e che l'attuale maggioranza potrebbe votare in pochi giorni perché mi risulta che ne condivide la sostanza politica.

Ci dia, dunque, il Parlamento questa legge, con urgenza. Trovarla nell'uovo di Pasqua ci farebbe senz'altro piacere. Ma potrebbe essere forse già troppo tardi ...

*Enrico Hillweck
Sindaco di Vcenza*

L'Europa "per la salute e contro

L'Europa della Sanità si è data appuntamento a Venezia, lunedì 15 dicembre u.s., per due importanti eventi: l'inaugurazione della sede dello "Ufficio europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per gli Investimenti per la Salute e lo Sviluppo" e la Conferenza europea dei Ministri Regionali e degli Assessori alla Sanità.

Alla presenza del nostro Ministro della Salute, Girolamo Sirchia, e del direttore per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.), Marc Danzon, si è data così una prima risposta alle esigenze emerse dal Rapporto 2002 "Investire nella salute per lo sviluppo economico", commissionato dall'O.M.S.

In sinergia con le Agenzie ONU, il Consiglio d'Europa, la Banca Mondiale, la Commissione europea e altre Organizzazioni, il neonato ente dovrà supportare le autorità sanitarie attive nei 52 Stati membri dell'Ufficio regionale O.M.S. per l'Europa affinché, promuovendo la salute, combattano la povertà.

Compito dell'Ufficio sarà quello di dedicarsi alla valutazione del rapporto tra salute e sviluppo in Europa, supportando gli Stati membri nella difficile opera di posizionare la salute nel giusto rilievo all'interno delle strategie per ridurre la povertà.

Quanto sia rilevante questa azione, lo dicono alcuni dati diffusi oggi: alla fine degli anni '90, nell'Unione Europea circa 60 milioni di persone, pari al 18% del totale, erano a rischio di povertà e di esclusione sociale; e nei 18 Paesi dell'Europa centrale e orientale, e nei nuovi Stati indipendenti dell'ex Unione Sovietica, più di 165 milioni di persone vivevano con meno di 4 dollari al giorno.

Già nel giugno del 1990 a Roma era stato firmato un accordo tra il Governo italiano e l'O.M.S. per l'istituzione di una Unità del Centro europeo per l'ambiente e la salute al fine di rafforzare la collaborazione sugli aspetti sanitari della protezione ambientale, con particolare riguardo ai sistemi di informazione, ai meccanismi per lo scambio di esperien-

Dove va l'Europa della salute?

Il programma d'azione comunitaria in materia di Sanità pubblica ha come obiettivo quello di contribuire alla realizzazione di un alto livello di protezione della salute, agendo sul miglioramento della Sanità pubblica e sulla prevenzione delle malattie, così come è stato sancito dal Parlamento europeo nel settembre 2002, all'approvazione del programma comunitario in materia di salute pubblica per il periodo 2003-2008. Nel documento sono previste diverse azioni, quali:

- migliorare la comunicazione e l'informazione per promuovere la salute pubblica ed i sistemi sanitari, attraverso la creazione di un sistema globale di raccolta, analisi e valutazione delle conoscenze per informare, consigliare e distribuire l'informazione a tutti i livelli della società, al grande pubblico, alle autorità ed ai professionisti sanitari;
- rafforzare la capacità di reazione rapida e coordinata alle minacce per la salute, ad esempio le minacce transfrontaliere (HIVe simili), attraverso lo sviluppo, il rafforzamento delle capacità di gestione e di interconnessione dei meccanismi di sorveglianza, di allarme precoce e di reazione rapida;
- agire sui fattori sanitari determinanti della salute (biologici, ambientali, gli stili di vita e i servizi sanitari) e attivare quindi molteplici azioni di promozione della salute, accompagnate da misure e da strumenti specifici di riduzione e di eliminazione dei rischi. Alcune delle priorità individuate sono la riduzione del numero elevato dei decessi prematuri e delle affezioni provocate da malattie come quelle cardiovascolari ed i tumori. Il programma comprende l'elaborazione di un documento di lavoro annuale, composto da obiettivi e azioni precise e dalla elaborazione di specifici indicatori sanitari e sono previste attività congiunte con altri programmi comunitari.

la povertà”

Amalia Sartori *

ze e di studi coordinati. Il Centro ha incluso tre Unità: Roma, Bilthoven (Olanda) e Copenaghen.

Nella Conferenza europea dei Ministri Regionali e degli Assessori alla Sanità delle Regioni europee sono stati quindi affrontati i temi fondamentali per il futuro sanitario dell'Europa comunitaria, come la mobilità dei pazienti e la non facile prospettiva di avviarsi verso la definizione di "Livelli Essenziali di Assistenza Europei". Già in luglio, a Bruxelles, durante la settimana della Salute pubblica e della Ricerca biomedica, è emersa l'opportunità di creare un coordinamento degli Assessori alla Sanità delle Regioni europee, che affrontasse assieme il tema scottante della mobilità dei pazienti nei Paesi membri, soprattutto alla luce del futuro ingresso nell'UE di nuovi Paesi dell'Est.

L'obiettivo primario delle iniziative promosse a questo scopo è quello di integrare saldamente i sistemi locali regionali nel contesto dell'Unione Europea e delle Organizzazioni internazionali, consentendo la partecipazione alle azioni promosse da tali enti, contribuendo al processo di formazione delle decisioni, segnalando il punto di vista della dimensione regionali e favorendo altresì il trasferimento delle rispettive "buone pratiche".

A questo riguardo, il semestre della Presidenza italiana dell'UE ha costituito un'importante occasione per sviluppare azioni di informazione e discussione a livello internazionale e nazionale, cui il sistema regionale italiano ha dato un importante contributo sia sotto il profilo quantitativo sia sotto quello qualitativo.

Né va trascurata, in questa prospettiva, la discussione avviata anche sull'introduzione dei livelli essenziali di assistenza europei in linea con l'art. 35 della Carta dei diritti dei cittadini europei, firmata a Nizza nel dicembre 2000. In quest'ottica, è stato avviato in sede europea un confronto stabile fra i differenti modelli sanitari in uso nelle Regioni, sottolineando l'importanza di valorizzare sempre più il ruolo che le comunità locali

possono svolgere in Europa per migliorare lo stato di salute dei cittadini. Già oggi 11 su 15 Stati membri dell'attuale Europa, e 5 dei 10 che entreranno a farvi parte nel 2004, hanno sistemi sanitari decentrati alle Regioni; e il livello regionale, che è poi quello dove si attuano le politiche sui territori, ha il diritto-dovere di farsi sentire e di offrire ai rispettivi Governi degli Stati membri tutto l'appoggio e il contributo di idee di cui c'è bisogno.

L'impegno delle Regioni europee verte soprattutto sui temi del decentramento della Sanità e della cooperazione transfrontaliera, e su una importante serie di questioni già poste dalle Regioni alle Istituzioni europee e all'O.M.S. durante il 2003, come la libera circolazione dei pazienti, la libera circolazione degli operatori sanitari, il confronto tra i diversi sistemi mutualistici e di protezione della salute.

La Conferenza, al termine dei suoi lavori, ha anche approvato un documento, chiamato "Dichiarazione di Venezia", che indica il Programma di Lavori per gli anni 2004-2005, che verteranno su vari progetti: mappatura degli indicatori per la salute regionale; scambio di politiche e progetti di sviluppo; prevenzione dei problemi correlati all'uso di alcool e droga; strategia di salute pubblica contro le malattie infettive; turismo internazionale e problemi di salute connessi; investimenti per la salute; registrazione dei traumi; qualità dei servizi sanitari.

Questo è stato un appuntamento importante per evidenziare alcune questioni che l'Europa dovrà affrontare nel 2004. Un altro impegno fondamentale sarà la gestione del budget per l'attuazione del programma europeo quinquennale (2003-2008) della Sanità, che è stato aumentato di 41,770 milioni di euro (passando da 312 milioni di euro a 353,770 milioni di euro) per l'Europa allargata a 25 Stati.

*Europarlamentare

Maurizio Dal Maso *

Considerando il principio di sussidiarietà e le restrizioni della UE in materia di salute, saranno indispensabili, per il raggiungimento di questi obiettivi, la collaborazione attiva e l'impegno totale di tutti gli Stati membri.

Il programma, che prevede una dotazione finanziaria di circa 300 milioni di euro per l'intero periodo, dovrà vedere incoraggiata anche la collaborazione con i Paesi terzi e le Organizzazioni internazionali competenti in materia di Sanità pubblica, come l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

È previsto che annualmente il programma sia presentato attraverso una duplice valutazione basata sugli indicatori e sui risultati ottenuti e venga predisposta una valutazione, realizzata da esperti esterni ed autonomi a metà percorso del programma, cioè il terzo e ultimo anno del programma, e successivamente al suo completamento.

In relazione a tutto ciò sorgono evidenti alcune domande, ma una in particolare richiede una immediata riflessione: come verrà regolamentata (contingentata?) la mobilità sanitaria nella UE? Questo è infatti il problema principale per i suoi immediati riflessi politici, etici ed economico-finanziari. Infatti, già nei prossimi mesi i cittadini dei 10 nuovi Paesi comunitari potranno accedere ai servizi sanitari di chi è già membro della UE.

Inoltre, in virtù della Tessera Sanitaria Europea di prossima consegna (estate 2004), i cittadini UE saranno ancora di più invogliati ed autorizzati ad esercitare i loro diritti di libera scelta, di luogo e tipo di cura, di accesso.

Come rispondere, da un punto di vista unitario a questo fenomeno, che secondo alcuni economisti potrebbe addirittura "far saltare" alcuni Servizi sanitari nazionali? Una prima risposta potrebbe essere quella di

definire cosa i sistemi sanitari dovranno dare, e dunque esportare in ambito comunitario il principio dei LEA intesi come livelli essenziali di assistenza, e dichiarare le prestazioni che tutti i Paesi membri accetteranno di garantire secondo tempi e modi appropriati e corretti ai bisogni dei propri cittadini.

È evidente la ricaduta che ciò comporterebbe su due aspetti importanti, quali i tempi di attesa per accedere alle prestazioni (ad esempio: i trapianti o altre terapie innovative e costose) e le modalità e le tariffe per i rimborsi trans-nazionali.

Certamente, sviluppare in Europa un'analisi dei bisogni e della domanda unitaria, rapportarla alla effettiva offerta e alle diverse logiche organizzative e contributive, è un'impresa davvero epica, dato che a livello nazionale non abbiamo ancora raggiunto tale risultato, e non solo in Italia.

È evidente che questo non è solo un problema da affrontare e risolvere con trattati ed accordi politici, perché ancora una volta il ruolo tecnico-professionale dovrà essere rappresentato e dovrà dimostrarsi all'altezza della situazione perché dai "tavoli tecnici" escano delle proposte e delle soluzioni suggerite e condivise dalla classe medica, e sanitaria in generale.

I medici italiani nel loro complesso sono pronti a questo nuovo impegno e a questa nuova sfida e, soprattutto, sapranno recitare un ruolo-guida in Europa? Staremo a vedere e Vi racconteremo i futuri sviluppi.

* Vice Presidente F.E.M.S.

LA RIFORMA DELLE PENSIONI ANCORA IN MEZZO AL GUADO

Alberto Karuman

...“decretone” (D.L. n. 269/2003,...



Sul tema delle pensioni, il consuntivo a tutto il 2003 ha visto l'approvazione del “decretone” (D.L. n. 269/2003, convertito nella legge n. 326/2003) e della legge finanziaria 2004 (legge 24 dicembre 2003, n. 350), con poche modifiche e, peraltro, di rilievo limitato (la detrazione sulle pensioni di importo elevato; talune semplificazioni per i fondi integrativi; i benefici per i lavoratori dell'amianto; l'elevazione dei contributi per i co.co.co.).

Il progetto di delega previdenziale Maroni è invece ancora in discussione in Parlamento, nonostante il recente maxiemendamento proposto dal Governo, dopo il rilancio delle consultazioni con le parti sociali, dunque con scontato allungamento dei tempi di approvazione e di attuazione nel corso del 2004.

Nell'attesa, appare opportuno aggiornare i lettori sullo stato attuale dei vari punti di discussione, anche se per taluni potrà aversi qualche ritocco più equitativo, ove abbiano esito positivo i contatti in corso, specie tra Governo e le confederazioni sindacali CGIL, CISL e UIL.

1. DIRITTO E MISURA DELLA PRESTAZIONE

a) Per le pensioni di anzianità, viene previsto il completamento della legge n. 449/1997 nei prossimi 4 anni.

In concreto, dal 2004 e fino a tutto il 2007 si andrebbe a riposo con 57 anni di età e 35 anni di servizio ovvero, in alternativa, con 38 anni di servizio (in salita a 39 dal 2006). Ma, a partire dal 2008, sarà possibile andare a riposo solo al completamento dei 40 anni di servizio (riscatti compresi). Ciò non solo per l'INPDAP, ma anche per le altre gestioni e gli enti privatizzati (ENPAM, ecc.).

In proposito, è ancora sperabile che sia recepita una certa gradualità a detto passaggio nel periodo dal 2008 al 2015, fermo rimanendo però l'intangibilità della normativa vigente fino al 2007 compreso.

In ogni caso, è una misura pesante, che elimina per molti l'approdo ad una pensione anticipata e prelude ad una successiva e totale eliminazione di un esodo prima del limite di età, che potrà aversi prevedibilmente a partire dal 2016.

b) Quanto alla pensione di vecchiaia, essa rimane conseguibile sempre ai 65 anni per gli uomini ed ai 60 per le donne, con effetto liberatorio dal limite massimo di servizio (bastano, infatti, 20 anni) e dai divieti di cumulo.

c) Una limitazione ancora più pesante viene postulata per le pensioni interamente contributive, ora riservate ai giovani con accrediti solo dal 1996 in poi. Per esse il requisito minimo anagrafico viene elevato dai 57 anni attuali ai 65 anni per gli uomini ed ai 60 anni per le donne, fermo rimanendo i 40 anni di servizio per una pensione anticipata

rispetto alla predetta età.

È allora prevedibile, in via successiva, che la salita del limite minimo anagrafico di cui si è detto faccia scalare, per il calcolo, la forbice del coefficiente di trasformazione dai 60 ai 67 anni (in luogo degli attuali 57-65), con risultati devastanti in ipotesi di cessazione ai 60 anni (anche meno del 50% dell'ultima retribuzione). Tutto ciò, con buona pace dell'intento dichiarato di voler limitare il trattamento degli anziani, per favorire i giovani.

2. DEROGHE PARTICOLARI

a) In via di temperamento alle nuove regole, viene tuttavia previsto che coloro che conseguono il diritto a pensione entro il 2007 con le norme vigenti all'entrata in vigore della nuova riforma (per il sistema retributivo: 57 anni di età e 35 di servizio), potranno ottenere la prestazione interamente retributiva in qualunque altra epoca posteriore (quindi anche dopo il 2007) pur in caso di modifiche della normativa previdenziale. Resta confermata la possibilità di ottenere certificazione del diritto maturato da parte dell'INPDAP.

b) Sarà possibile ottenere pensione con la stessa anzianità del 2004 (57 anni di età e 35 di servizio), anche se maturabile nel periodo dal 2008 e fino al 2015, a condizione però che si accetti in tal caso che il trattamento stesso sia corrisposto in forma interamente contributiva. Il che comporterà una notevole perdita (tra il 10 ed il 38%) rispetto al trattamento garantito dal sistema retributivo.

c) Viene infine prevista l'emanazione di decreti legislativi, entro 18 mesi dal vigore della legge-delega, per le seguenti ipotesi:

- verificare l'esistenza di peculiarità ed esigenze di vari settori di attività, per confermare o meno l'attuale disallineamento dall'Assicurazione generale obbligatoria (A.G.O.);
- consacrare una omogeneizzazione delle regole INPS a tutte le altre gestioni, per una eguale misura dei trattamenti, a parità di anzianità e retribuzione;
- prevedere una diversa gradualità nel passaggio ai 40 anni utili, a partire dal 2008 (come già detto in precedenza), pur conseguendo analoghi risparmi previdenziali;
- prorogare l'accesso anticipato al pensionamento per i cosiddetti "lavoratori precoci" (ora in scadenza al 2005);
- rilanciare una tutela specifica per i lavori usuranti;
- prevedere il potenziamento dei benefici per le lavoratrici-madri;

■ sancire provvidenze per l'assistenza ai disabili (in particolare, contributi figurativi per i lavoratori che assistono un disabile in famiglia e che passano al part-time).

d) In definitiva, il panorama ora delineato sul piano generale dalla riforma per il diritto a pensione è il seguente:

- dal 2004 al 2007, rimane l'attuale normativa;
- dal 2008 al 2015, occorreranno i 40 anni di servizio per le pensioni anticipate;
- dal 2016 in poi, si va a riposo solo al limite di età (65 anni per gli uomini o 60 per le donne), con abolizione definitiva delle pensioni anticipate.

3. ULTERIORE PERMANENZA IN SERVIZIO

Si tratta di una "incentivazione", che – per un periodo di almeno due anni a diritto maturato – consentirà a chi chiede di rimanere in servizio (comunque nel periodo 2004-2007) di mantenere lo stipendio già conseguito (senza ulteriori incrementi contrattuali), con l'aggiunta dell'intero importo dei contributi previdenziali (32%), anche esentasse.

La pensione maturata al momento della richiesta verrebbe congelata e riacquistata al termine definitivo del servizio, nella misura già requisita, anche in caso di cambiamento normativo successivo alle regole sulla pensione.

Particolare importante è che sarà consentita ai lavoratori privati già dal 2004 e sostanzialmente negata ai pubblici. Ciò perché la concessione per questi ultimi è prevista solo previa verifica dell'efficacia di detta misura nel biennio 2004-2005. Considerati gli adempimenti preliminari il prevedibile risultato della verifica ed il limite al 2007, non è giustificata alcuna attesa in proposito. Consola solo il fatto che, nella gran parte dei casi, continuare il versamento contributivo (che potenzia la pensione, che è una rendita vitalizia) è da preferire, rispetto all'acquisizione di una maggiore retribuzione, ma solo per un breve periodo.

4. BUONUSCITA (o trattamento di fine servizio)

La modifica si pone per il trattamento di fine servizio, relativamente alle mensilità dei lavoratori pubblici ed agli accantonamenti dei privati, spettanti per il servizio dal momento del vigore della riforma.

In concreto, il Governo ha proposto che le contribuzioni dovute da ora in poi siano devolute ai fondi complementari, per tutti i dipendenti in servizio, in regime di obbligo. Dette quote future consentirebbero il ricavo vitalizio, dai fondi stessi, di una striscia di trattamento integrativo, ma del tutto irrilevante.

Ciò determinerebbe però la perdita del più grosso beneficio attuale (che verrà prevedibilmente accelerata in prosieguo), con un danno immediato sia in termini di nuove mensilità non più requisibili ai fini delle vecchie liquidazioni e sia di rivalutazione del maturato sulla base della retribuzione finale.

La modifica in esame viene al momento vivacemente contestata, chiedendosi che il passaggio al fondo avvenga non in regime d'obbligo, ma in base ad opzione individuale, come è pure codificato dalla legge n. 335/1995.

Per completamento, si precisa che resterebbe fermo il regime della stessa legge n. 335 per il maturato di prestazione già requisito fino alla nuova legge, trattandosi di un diritto già perfezionato. In altri termini, è pacifico che per il periodo dal 2004 indietro, il passaggio della prestazione già requisita al fondo avvenga soltanto a richiesta dell'interessato.

5. ALTRE MISURE

a) Verrà precisato, per la prima volta, un tetto assoluto alle pensioni, anche di tipo retributivo e misto, in misura pari a euro 15.480,00 lordi al mese (circa 30 milioni di vecchie lire).

È un limite abbastanza simbolico, per il numero dei casi interessati, ma importante per il principio introdotto di non retribuire per intero, anche se con criteri riduttivi, la base contributiva imponibile.

Resta fermo il massimale per le pensioni del sistema contributivo, che sarà pari a circa 82.000,00 euro per il 2004. Si ricorda che la retribuzione eccedente il predetto limite non viene presa a riferimento per il calcolo del montante contributivo annuo (legge n. 449/1997 e connessa tabella A).

b) Quanto alle penalizzazioni per i già pensionati, è stato stabilito (nella finanziaria 2004) un contributo di solidarietà per le pensioni superiori a 80.000,00 euro annui lordi. Il taglio sarà in misura del 3% per la durata di 3 anni (dal 2004 al 2006) e si porrà per il supero della predetta cifra di trattamento. È un intervento chiaramente incostituzionale, intervenendo su un diritto soggettivo perfezionato.

c) È attesa altresì una revisione delle pensioni di invalidità; tuttavia, più per un migliore e veritiero accertamento dei presupposti, che per l'entità del trattamento concesso. Si ricorda che ora il trattamento è maggiorato rispetto a quanto effettivamente maturato solo per le privilegiate e per l'art. 2 della legge 335/1995 e, peraltro, ridotto fino alla metà per superamento dei limiti di reddito.

d) Resta confermata (nella delega ora in Senato) la decontribuzione previdenziale. Si tratta: della riduzione del contributo pensionistico a carico del datore di lavoro fino a 5 punti percentuali; dell'eliminazione del contributo al finanziamento del fondo di garanzia per il TFR (0,50%); della contrazione di almeno un punto dell'onere per i contratti di secondo livello.

È tuttavia possibile (stante il sensibile contrasto sindacale) che detta misura lasci il posto a soluzioni alternative, come ad esempio la defiscalizzazione degli oneri impropri della previdenza (assegni familiari, ecc.).

e) Restano da ricordare gli argomenti (anch'essi previsti nel d.d.l. di delega previdenziale) riguardanti gli incentivi per coloro che rimangono in servizio dopo il raggiungimento del limite di età (65 anni); la (residua) abolizione progressiva del divieto di cumulo; la totalizzazione dei vari periodi assicurativi: tutti con dubbi sempre più crescenti sulla loro effettiva approvazione.

6. PRECISAZIONI FINALI

Non c'è stato il decreto-legge d'urgenza per il blocco degli esodi nel 2003. È caduta anche la proposta di bloccare (o di ridurne il numero) le "finestre" di uscita per l'intero 2004 per le pensioni di anzianità, che comunque avrebbe lasciato in salvo le pensioni di vecchiaia, gli iscritti con almeno 40 anni di servizio e le pensioni di invalidità.

Rimane accantonato anche il passaggio da subito al sistema contributivo, sia pure nella forma del pro-rata, ma obbligatoriamente per tutti. Per tale misura, i dipendenti con più di 18 anni di servizio al 1995 (e quindi, ora, con diritto per intero alla pensione retributiva) sarebbero stati derubricati a pensionati misti, con una quota finale (meno gratificante) valutata sui contributi per il servizio dal 2004 alla cessazione.

Per coloro che cessano dal servizio dal gennaio 2004, restano pienamente operanti – fino all'avvento della riforma – le norme previdenti sulla maturazione del diritto e quelle sul calcolo del trattamento (sempre interamente retributivo, ove si disponga dei 18 anni di servizio al 31/12/1995).

PICCOLA STORIA DELLA PREVIDENZA DEI MEDICI DIPENDENTI

Carlo Sizia

La previdenza per i medici dipendenti ha origini dal 1876, con la creazione degli Istituti di previdenza, inizialmente amministrati dalla Cassa Depositi e Prestiti.

Tuttavia, la Cassa Pensione Sanitari (CPS), come Cassa autonoma, fu istituita con legge 14 luglio 1898, n. 335, consolidandosi poi nell'ordinamento approvato con RDL 19 aprile 1923, n. 1000.

Essa ha costituito una delle primissime forme previdenziali sorte in Italia. A tal motivo ha avuto titolo all'esclusione dall'assicurazione generale obbligatoria.

Quanto alla natura giuridica, assunse configurazione di Ente morale, con proprio bilancio e

patrimonio, distinti da quelli dello Stato e delle altre Casse pensioni.

Inizialmente, fu caratterizzata da fini, oltre che previdenziali, anche mutualistici a favore dei medici dei Comuni e delle Province, di quelli in servizio presso le I.P.A.B. (Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza) ed anche dei medici in servizio presso lo Stato sprovvisti di trattamento.

Successivamente, divennero soggetti obbligati all'iscrizione alla CPS, sempre con autonoma personalità giuridica, le seguenti categorie:

- i medici chirurghi, dipendenti dagli enti ospedalieri (con tramutazione progressiva nelle USL e

quindi nelle attuali ASL ed aziende ospedaliere);

- i veterinari, dipendenti dalle stesse ASL e dagli Istituti Zooprofilattici Sperimentali;

- gli odontoiatri, di cui alla legge n. 409/1985, ove alle dipendenze dei predetti enti;

- gli altri dipendenti da enti di diritto pubblico via via obbligati, come quelli provenienti dagli ex enti mutualistici soppressi (a seguito della legge n. 833/1978, istitutiva del S.S.N.), dalle ex Case di cura dell'INPS, dai CTO dell'INAIL e dall'Eastmann (legge 303/1974), ecc.

La CPS è confluita, nel 1994, nell'INPDAP, nonostante il



nostro contrario parere, espresso in ogni forma possibile ed in ogni sede. Oggi l'INPDAP gestisce pensioni e buonuscite di dipendenti degli enti locali, della Sanità e dello Stato. Anche dopo essere confluita nell'INPDAP, la CPS ha tuttavia conservato, fino al 1999, la propria autonomia contabile. Da quella data sono stati soppressi anche i servizi amministrativi autonomi, unificati per tutte le categorie iscritte all'INPDAP.

Il numero dei medici iscritti alla CPS è stato, da ultimo, di circa centomila unità, con oltre 25 mila pensionati a carico.

Il rapporto attuariale tra iscritti e pensionati (che nel decennio precedente la soppressione, cioè negli anni '80, era del tutto ottimale: circa 4 iscritti per pensionato), ora

- con gli iscritti saliti a 110 mila, ma con 35 mila pensionati – è di circa 3 iscritti per pensionato, restando comunque apprezzabilmente elevato rispetto allo stesso rapporto per gli altri iscritti INPDAP ed INPS (circa 1 iscritto e mezzo contro 1 pensionato).

I contributi previdenziali alla CPS hanno rappresentato, nel tempo, mediamente il 90% delle entrate e le prestazioni previdenziali il 95% delle spese. Da segnalare che il contributo personale degli iscritti, prima differenziato, è ora pari a quello dell'ex CPDEL (Cassa Pensione Dipendenti Enti Locali).

Le spese generali di amministrazione sono state contenute, nelle ultime risultanze della gestione (all'epoca ad unica struttura centrale), nello 0,67% delle entrate e nello 0,93% delle spese per i trattamenti di quiescenza. Ora, invece, si sono sensibilmente dilatate.

Le pensioni di invalidità incidono per meno del 5% del totale dei pensionati, contro una percentuale di oltre il 30% dei pensionati INPS.

Il complessivo patrimonio, destinato integralmente a garanzia degli impegni dell'ex CPS verso iscritti e pensionati, è stato pari a circa 2 annualità di pensione.

Tutte le Casse pensioni degli Istituti di previdenza (ma in misura maggiore la CPS) sono state largamente in attivo fino a tutto il 1988. Da tale data le risultanze di bilancio (eccezion fatta per la CPS) si sono avvicinate fino a raggiungere e superare il segno negativo, determinato anche dalla periferizzazione della gestione (con aumento dei costi) e da una contrazione del patrimonio immobiliare.

Fino al 1992, la normativa della CPS ha garantito agli iscritti una pensione pari, con 40 anni di servizio o periodi utili, all'ultima retribuzione pensionabile (il famoso 100% della tabella A della legge n. 965/1965).

Addirittura, nella prima metà del secolo scorso (fino al 1950 circa) la pensione con più di 40 anni saliva fino al 108% dell'ultima retribuzione.

Ciò in quanto la CPS è stata interessata inizialmente da una gestione a capitalizzazione piena, per cui la pensione dava frutto soddisfacente quanto più era alto il verificarsi del rischio (cioè il momento della corresponsione del trattamento).

Successivamente, si è passati al sistema del premio medio generale (moderata capitalizzazione), spostando, tuttavia, la meno vantaggiosa normativa della CPDEL.

Ora, in clima di riforma generale delle pensioni, si naviga in una fase transitoria (con sistema a ripartizione integrata), in cui, con 40 anni contributivi, la pensione è calcolata su un'aliquota di rendimento che sta scendendo dal 90 verso l'85% della retribuzione, in aggiunta al calcolo altrettanto riduttivo per media e tetto.

E le prospettive, anche a breve, non sono certamente più incoraggianti: siamo infatti alla vigilia della quarta riforma strutturale delle pensioni (in 10 anni), dopo le riforme Amato (1992/93), Dini (1995), Prodi (1997) e ad una grandinata di piccoli interventi (in larga misura peggiorativi, veicolati attraverso le leggi finanziarie) che hanno interessato tutti gli aspetti delle nostre pensioni e liquidazioni.



COME USCIRE DALLA CRISI DELLA CONTRATTUALITÀ MEDICA E DEL SINDACALISMO MEDICO

Carlo Sizia

Non c'è dubbio che i Governi Amato 1, Berlusconi 1, Dini, Prodi, D'Alema, Amato 2 e Berlusconi 2, abbiamo ridotto il sindacalismo medico a organismo cagionevole di salute, anemico, vagamente asfittico. Come trasformare, oggi, l'organismo malato (il sindacato di categoria, quello medico in particolare) in un organismo in buona salute, reattivo, dotato di strumenti idonei per rappresentare adeguatamente la categoria?

Attraverso una profonda modifica del quadro ordinamentale: a tale fine bisogna abbandonare l'obiettivo politico di indebolire, o uccidere, il sindacalismo libero e rappresentativo e attuare finalmente (dopo 60 anni) l'art. 39 della nostra Costituzione.

Nell'art. 39 è ampiamente tutelato il pluralismo sindacale; è previsto che i sindacati che si siano dati un ordinamento interno a base democratica vengano registrati e che i sindacati registrati abbiano personalità giuridica (cioè possano rappresentare in ogni sede i propri iscritti).

È anche detto che la pluralità delle espressioni sindacali deve poi trovare una rappresentanza unitaria (ma proporzionale ai rispettivi iscritti) ai fini della stipula dei contratti collettivi di lavoro con validità *erga omnes*.

Se tutto questo si fosse fatto, non credo che ci sarebbe l'attuale pleora di sindacati medici. A tal proposito, io personalmente non credo nel futuro del sindacalismo di specialità, né nel cosiddetto "sindacalismo

di livello", proprio per la mancanza di prospettiva di un tale tipo di sindacalismo. Sarebbe un po' come riprodurre la condizione di colui che, per via dell'albero, non riusciva a vedere il bosco.

Ed allora ritengo sia indispensabile prevedere: "quorum" di rappresentatività ragionevoli per i vari livelli della contrattazione della nostra area professionale (anche più elevati dell'attuale 5% con riferimento all'intera categoria); tre tavoli negoziali per i medici dipendenti, perché tre sono i livelli gestionali della Sanità: centrale, regionale, locale; che per riconoscere validità ai contratti occorra la sottoscrizione da parte di almeno il 60% della categoria sindacalmente rappresentata, ecc.

Finché vivrò, mi batterò contro le RSU e perché il dato associativo dell'iscrizione al sindacato sia riconosciuto quale vero criterio di rappresentatività e legittimazione sindacale, a qualsiasi livello.

Spero che sia cancellata dall'ordinamento la previsione barbara di una legittimazione periferica del sindacato in ragione della sottoscrizione del Contratto collettivo nazionale di lavoro della categoria, anziché della documentata sua rappresentatività.

Sogno un sindacato medico che possa negoziare con una Controparte politica credibile (tale non è l'ARAN) tutti gli istituti economici e normativi del rapporto di lavoro, ivi compresa l'organizzazione del lavoro e i progetti e i processi di



formazione e aggiornamento permanente. Basta con le invasioni di campo delle leggi finanziarie, basta con le fotocopie del contratto del Comparto sanitario per disciplinare le ferie, la mobilità, lo straordinario, la pronta disponibilità, la produttività, la mensa, ecc. della nostra area dirigenziale!

Sogno contratti di categoria rinnovati alla loro scadenza. Sogno una vera possibilità di esercizio libero-professionale intra ed extra-moenia. Sogno una vera area negoziale medica fatta dalla somma dei medici dipendenti del S.S.N. e dei medici convenzionati con lo stesso S.S.N. Non ha importanza che metà di questa area medica complessiva continui a sottoscrivere contratti e l'altra metà a stipulare convenzioni, l'essenziale è che entrambi i settori negozino contratti e convenzioni con la stessa Controparte fisica. Solo così i contratti e le convenzioni potranno armonizzarsi, integrarsi, completarsi.

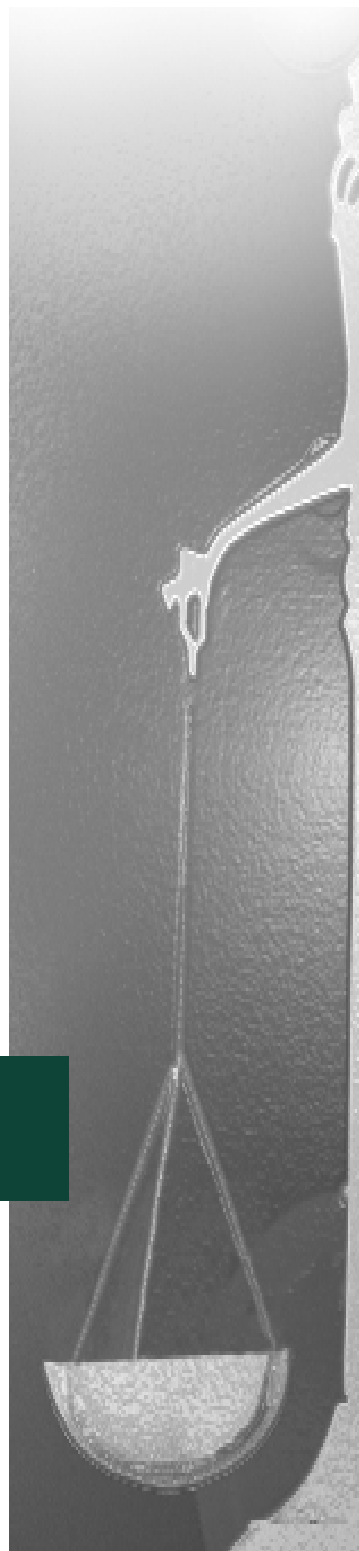
Sarà inevitabile riconoscere finalmente il ruolo del medico del S.S.N., per evitare invasioni di campo professionale provenienti dal basso (cosiddette "lauree brevi") o di fianco (personale laureato del ruolo sanitario) o addirittura, domani, dall'alto (dirigenza infermieristica, con tanto di laurea in scienze infermieristiche).

Spero che la Sanità pubblica per il futuro sia governata e spero di potermi imbattere, pur da posizioni correttamente differenziate, in una classe politica seria, preparata, responsabile, dotata di un progetto, con tensione morale ed idealità, attaccata al bene comune, e non in politicanti in campagna elettorale permanente, bugiardi, sfacciati, tesi solo alla delegittimazione dell'avversario politico con ogni mezzo, meglio se illegittimo.

Spero, infine, in una legislazione più equilibrata in materia di esercizio del diritto di sciopero, così da aversi un contemperamento effettivo tra due

diritti ugualmente tutelati dalla Costituzione: quello alla salute e quello di sciopero, senza quindi visioni strabiche.

Il futuro non ci porterà, tuttavia, nulla di buono: se persisterà l'attuale frenesia nel privilegiare l'apparire rispetto all'essere; se si continuerà ad illudere la gente dicendo che per cambiare e migliorare (specie in Sanità) non occorre investire e spendere di più (non solo spendere meglio); se, infine, la nostra categoria non avrà ancora capito che deve rinunciare alle pantofole e a qualche week-end perché la professione medica ha bisogno di essere tutelata e difesa, ora.



PRINCIPI E VALORI ALLA BASE DELL'AZIONE CIMO-ASMD

Carlo Sizia

Dovessi, in sintesi, riassumere quale è il “nocciolo duro” della filosofia politico-sindacale della nostra Associazione, direi che siamo un sindacato medico che crede nella categoria che rappresenta (intesa come insieme di professionisti liberi e qualificati) e nella necessità di migliorare i servizi sanitari pubblici (sotto il profilo della qualità ed efficienza).

Per consentire a una categoria come la nostra di dare il massimo apporto al Servizio di cui è parte centrale (assieme alle persone che lo utilizzano), bisogna evitare di dare ai medici dipendenti “etichette sbagliate” (noi non siamo, infatti, né impiegati né dirigenti, anche se svolgiamo alcune funzioni dirigenziali, ma “professionisti della salute”), ovvero di attribuire alle unità sanitarie locali un assetto improprio: la gestione della salute non può essere lasciata alla discrezionalità di un Organo monocratico come il direttore generale, privo di controlli e svincolato dagli obblighi di imparzialità e trasparenza, che sono garanzie fondamentali nell'amministrazione della cosa pubblica.

Noi “odiamo” i favoritismi perché non sopportiamo le discriminazioni.

Ma non siamo un sindacato che si interessa solo dei “massimi sistemi”, come potrebbe ingenuamente pensare chi avesse letto le nostre “Proposte per un nuovo Servizio sanitario”; siamo, infatti, un sindacato di categoria estremamente concreto, che si interessa attivamente di tutti gli aspetti economici e normativi del rapporto di lavoro dei medici dipendenti.

La CIMO, ad esempio, è molto attenta all'orario contrattuale di lavoro della categoria, sia per evitare uno sfruttamento eccessivo dei Colleghi (che andrebbe a discapito anche della qualità del lavoro), sia per lasciare spazio all'esercizio della libera professione, una volta assolto l'impegno contrattuale.

Siamo invece più elastici nei confronti delle attività “extra-orario” e del lavoro straordinario, sia per la forte componente libero-professionale e la volontarietà insite nelle prestazioni extra orarie, sia per le effettive esigenze di servizio che motivano il frequente ricorso al lavoro straordinario nel nostro settore, avendo, tuttavia, come obiettivo e bandiera il tempo unico, cioè unico orario di lavoro dipendente di 35-36 ore settimanali complessive, assolto il quale poter liberamente svolgere attività libero-professionale, sia intra che extra-moenia.

Mai la CIMO avrebbe potuto concepire, ad esempio, le seguenti scorrettezze compiute dall'ANAAO ai danni della categoria rappresentata, e cioè:

- “regalare” alle Controparti due ore di lavoro settimanali in più (come è avvenuto nel 1990, con il D.P.R. 384, per la responsabilità della ANAAO di Aristide Paci e della CISL-Medici di Gigi Bonfanti);
- “abbozzare” nel 2000, nei confronti dell'ARAN, di fronte alla previsione di un orario di lavoro “minimo” di 38 ore settimanali. Per fortuna, questa volta, il pronto intervento della CIMO è riuscito a sventare il pericolo per la categoria di avere un orario minimo, anziché un orario tout-court.

Se poi ci confrontiamo con gli altri sindacati medici, è agevole constatare come nessuno, al pari della CIMO, abbia avuto un atteggiamento costante e coerente: contro le limitazioni all'esercizio della libera professione dei medici dipendenti; contro le imposizioni legislative in materia di rapporto esclusivo e sua irreversibilità; contro le discriminazioni economiche e normative introdotte da disposizioni di legge e pattizie ai danni degli esercenti la libera professione extra-muraria.

Non Vi stupisca, cari amici e Colleghi, se su tanti fronti della battaglia contrattuale abbiamo dovuto registrare risultati modesti: bisogna, infatti, considerare che siamo stati l'unico sindacato medico che non ha mai derogato dal suo ruolo di "sindacato di categoria".

Anche sul piano politico-legislativo, provate a pensare quale altro sindacato medico si sia impegnato al nostro fianco:

- fin dagli anni '60, quando il rapporto medici/cittadini era dell'1,5‰, per l'introduzione del numero chiuso all'accesso agli studi in Medicina e chirurgia. Oggi tale rapporto è del 6‰ (contro una media UE del 3,4‰);
- per una corretta stima delle necessità ed adeguati finanziamenti per i Servizi sanitari pubblici, compreso per i rinnovi contrattuali del personale sanitario;
- per ottenere il riconoscimento del "ruolo medico", chiave di volta per garantire le tre autonomie che ci stanno così a cuore: quella professionale, quella contrattuale, quella previdenziale;
- per coinvolgere i medici dipendenti nei processi di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari pubblici (non solo attraverso quell'autentico "ufo" che è il Collegio di direzione!);
- per rendere più sicuro il nostro lavoro, anche attraverso modifiche legislative sul rischio professionale;
- per recuperare, dopo la catastrofe del contratto unico ed in assenza del ruolo medico, almeno uno straccio di area negoziale autonoma per la professionalità medica (D.P.R. 68/86);
- per dare sbocchi occupazionali ai giovani medici, ed un giusto riconoscimento, sul piano previdenziale, alla tipologia usurante del nostro lavoro;
- per riformare legge istitutiva e meccanismi elettorali degli Ordini professionali e della FNOMCeO, visto che con le attuali regole tale Istituzione è diventata impropriamente una "dependance" di due soli sindacati medici (FIMMG e ANAAO);
- per realizzare una unica area negoziale medica, articolata per settori (dipendente, convenzionale, contratti ati-

pici, contratti libero-professionali), ma con normative pattizie omogenee e integrate perché definite con identiche Controparti nei tre momenti e livelli del confronto: centrale, regionale, aziendale, ecc.

Credetemi, io c'ero, e quindi posso testimoniare: attorno a noi ho visto il deserto!

E chi altro ha levato la sua voce, accanto a noi:

- contro l'accordo sul costo del lavoro del luglio '93 (sottoscritto da Governo, Confindustria, sindacati confederali), che ha introdotto due principi inaccettabili: i benefici contrattuali parametrati sull'inflazione programmata, anziché su quella reale, e la previsione nei luoghi di lavoro di una unica rappresentanza sindacale unitaria (RSU), anziché di una pluralità di rappresentanze sindacali aziendali (RSA), legittimate in proporzione ai rispettivi iscritti sulla base di inoppugnabili principi costituzionali (art. 39);
- contro l'invasione delle leggi finanziarie nei campi riservati alla libera contrattazione tra le Parti;
- contro la grave limitazione dell'esercizio del diritto di sciopero operata con le leggi 146/90 e 83/2000, che hanno portato nei servizi pubblici essenziali, come il nostro, alla pratica impossibilità non solo di attuarlo (lo sciopero), ma addirittura di proclamarlo;
- contro gli effetti dei cosiddetti "referendum sindacali" del giugno 1995 che, mettendo in crisi il principio della "maggior rappresentatività" quale elemento di legittimazione sindacale per sostituirlo con il criterio della "sottoscrizione del contratto nazionale", hanno indebolito enormemente il potere dei sindacati nella contrattazione nazionale, "costretti" come sono a sottoscrivere comunque l'accordo nazionale per non essere "tagliati fuori" dalla successiva contrattazione decentrata;
- contro la derubricazione del ruolo dei sindacati (specie di quelli medici di categoria) a "guardoni impotenti" dei voleri altrui;
- contro le arroganze della Bindi (irreversibilità del rapporto esclusivo; morte del tempo definito);
- contro le mode socio-sanitarie insensate ("tutto a tutti"; medico unico; medici = dirigenti; ASL = aziende; salario "variabile indipendente", ecc.);
- contro ogni collusione e complicità con le Controparti?

La risposta, semplice ma sincera è: nessuno ha levato la voce insieme alla nostra per raggiungere l'intensità del grido.

Come vedete, le differenze di filosofia, impostazione politico-sindacale, strategie e tattiche, specie tra CIMO e

ANAAO, sono abissali.

Siamo oggi alla vigilia di profondi cambiamenti sanitari, quelli che noi chiamiamo "riforma-quater", per contenere-razionalizzare la spesa sanitaria pubblica, ma nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza programmati; per ripulire la normativa sanitaria dalle scorie dell'ideologia catto-comunista; per coinvolgere i cittadini (tranne quelli esenti per reddito o per patologie cronico-invalidanti) nella partecipazione parziale ai costi delle prestazioni sanitarie godute; per formare meglio ed aggiornare continuamente tutto il personale sanitario; per ridare libertà e dignità ai medici, specie quelli più penalizzati (i medici dipendenti); per togliere la sanità pubblica dall'attuale deriva del qualunquismo demagogico, della disorganizzazione, della inefficienza, del dissesto economico.

Occorre riorganizzare gli ospedali (ridotti di numero e di letti, ma adeguati in strutture ed attrezzature); dare un nuovo assetto istituzionale alle vecchie ASL ed agli ospedali, trasformandoli in SpA; riequilibrare ed integrare competenze e prestazioni sanitarie proprie degli ospedali con quelle erogabili più opportunamente a livello territoriale; ridare dignità e ruolo alla figura professionale del medico, che non potrà mai essere un "arido agente esclusivo" in nome e per conto degli interessi economici del sistema sanitario, ma dovrà essere sempre attento interprete della persona che chiede aiuto; ridare infine certezza e criteri meritocratici alla selezione del personale medico, aprendo la nostra carriera e il relativo ventaglio retributivo, ecc.

Ed allora, come è stato ieri, come è oggi, e come sarà domani, non esiste investimento migliore per il medico dipendente che iscriversi alla CIMO-ASMD.

Infatti, non è solo importante che un sindacato offra ai propri iscritti un'abbondante serie di servizi, tra cui: periodici di informazione e ricche documentazioni editoriali; Corsi di formazione e aggiornamento professionale, di formazione manageriale e sindacale; iniziative di tutela legale; attività di consulenza e assistenza; convenzioni e agevolazioni di vario tipo (assicurative, bancarie, ecc.), tutti servizi in cui la CIMO-ASMD eccelle, è essenziale soprattutto che un sindacato di categoria sappia, nel momento decisivo della negoziazione, rappresentare correttamente le istanze dei propri iscritti.

È chiaro, tuttavia, che i medici possono anche continuare a "farsi del male", ad esempio delegando (o continuando a delegare) a rappresentarli sindacati che hanno dimostrato di non meritare la loro fiducia. In tal caso, però, sarebbe come "suicidarsi due volte" (cosa risaputamente non facile, tecnicamente parlando).

VISITE SPECIALISTICHE DOMICILIARI

Luigi Dal Sasso * e Chiara Marangon **

PRINCIPI GENERALI

Appare evidente a tutti che il baricentro del sistema sanitario si è andato spostando dall'ospedale al territorio. E ciò non perché, come in una partita a scacchi, una parte sia prevalsa sull'altra, bensì perché la logica dell'intero percorso di assistenza è cambiata.

Non più, quindi, ospedale e territorio come realtà estranee l'una all'altra, se non addirittura in competizione, ma ambiti di vita quotidiana i cui sforzi raggiungono l'obiettivo solamente con logiche organizzative sinergiche. Nel territorio si sono sviluppate iniziative assistenziali anche molto complesse. Molte definizioni non sono più una novità: Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Ospedalizzazione Domiciliare, Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), Nuclei Alta Protezione Alzheimer, ... Perché il progetto assistenziale abbia successo è necessario che la medicina generale e la medicina specialistica possano incontrarsi con facilità e collaborare.

È necessario che i medici di medicina generale accedano più frequentemente ai luoghi di cura per acuti, specie se alla dimissione del paziente si prevede la necessità di continuare l'assistenza a livello domiciliare.

È altresì importante che anche il medico specialista, ospedaliero e non, veda nella possibilità della consulenza domiciliare non una "diminutio" professionale, ma un contributo importante per assicurare il successo del progetto di assistenza.

Il distretto sanitario diventa il luogo geografico in cui i vari momenti assistenziali, ben organizzati e distribuiti nel tempo, vedono l'incontro e l'integrazione dei professionisti e il successo della presa in carico.

MODELLI OPERATIVI

Da un punto di vista sindacale, le visite specialistiche domiciliari per i pazienti seguiti in ADI, nelle Case di Riposo, nei nuclei di assistenza varia, rappresentano una opportunità professionale da non sottovalutare e snobbare, perché in futuro si svilupperanno maggiormente, e già ora rappresentano una interessante opportunità. Tutto il problema va perfezionato con l'esperienza, meglio organizzato e normato, affinché anche il corrispettivo economico sia adeguato.

Rappresento ora come in alcune ULSS del Veneto il problema delle visite specialistiche domiciliari sia stato affrontato e con quali risorse venga mantenuto.

Potrà essere di aiuto a chi ancora

deve incominciare per un dibattito proprio da portare come confronto e arricchimento attraverso la rivista.



MODALITÀ OPERATIVA PER L'ATTIVAZIONE DELLE CONSULENZE SPECIALISTICHE A DOMICILIO

Viene compilata una lista di specialisti ospedalieri disponibili ad effettuare a domicilio consulenze specialistiche per i pazienti in ADI o in Casa di Riposo. Questa graduatoria è a disposizione dei distretti e può essere aggiornata periodicamente.

1. Le richieste di consulenza specialistica a domicilio vengono redatte su ricettario regionale dal medico di medicina generale e inviate al responsabile di Distretto di competenza.

2. Questi autorizza la prestazione, identifica lo specialista dall'apposito elenco di disponibilità e concorda l'intervento a domicilio nei tempi e nei modi.

3. Lo specialista effettua la prestazione al di fuori del normale orario di servizio, in forma libero professionale, aggiorna il diario clinico domiciliare, ed invia al responsabile del distretto la comunicazione dell'avvenuta prestazione.

4. Lo specialista può concordare con il distretto l'appuntamento per poter contare sull'aiuto del personale di assistenza. Ciò vale soprattutto per le specialità chirurgiche dove si configura la necessità di piccoli interventi o medicazioni.

5. Il compenso stabilito per il medico specialista è di € 61,97 (lire 120.000) onnicomprensive

per singola visita medica, con l'aggiunta del rimborso dell'indennità chilometrica secondo le tariffe ULSS (1/5 del prezzo di un litro di benzina per chilometro percorso).

6. Il responsabile di distretto invia la rendicontazione mensile all'ufficio aziendale incaricato per la liquidazione nel mese successivo.

7. Il costo delle prestazioni viene imputato al capitolo ADI.

8. Gli specialisti in visita domiciliare sono coperti da polizza casco come tutti gli altri operatori del territorio.

Con la presenza dello specialista a domicilio le varie tipologie di assistenza domiciliare raggiungono un importante livello di qualità. I programmi di Nutrizione Artificiale Domiciliare già prevedono interventi di specialisti, sia per compiti di consulenza che operativi.

Così pure i nuclei di cure palliative, particolarmente attenti ai problemi di terminalità, già da anni operano a domicilio, con soddisfazione di tutti.

Oggi si aggiungono le case di riposo, che negli ultimi anni hanno visto notevolmente aggravarsi lo stato di salute degli ospiti, perché gli ospedali si devono concentrare sull'acuzie della patologia e rispettare determinati tempi della durata di degenza.

Questi Istituti contano già ora sulla presenza del medico di medicina generale per l'assistenza medica quotidiana; potranno qualificare ulteriormente il livello di assistenza ospitando visite programmate dello specialista.

Una prospettiva interessante realizzabile già da subito è di erogare visite specialistiche nell'ambulatorio del medico di medicina generale che opera in medicina di gruppo. La medicina di gruppo è una forma di associazionismo della medicina generale, normata nell'articolo 40 della Convenzione. I medici di medicina generale che operano con queste modalità condividono la sede in cui sono ricavati gli ambulatori, il personale di studio, gli infermieri e segreteria. Una medicina di gruppo, con 3-4 medici massimalisti, presta assistenza ad una popolazione di 5 ■ 6000 abitanti. In questi studi possono essere organizzate sedute di visite con specialisti.

I medici di medicina generale possono mettere a disposizione dello specialista il locale ed eventuali supporti tecnici (es. elettrocardiografo, accesso alla cartella clinica informatizzata del paziente) nonché personale infermieristico. Prendono l'appuntamento per i propri assistiti a seconda degli accordi con gli specialisti.

Vantaggi per il MMG:

- risposta in tempi brevi a quesiti clinici;
- possibilità di relazionarsi direttamente con lo specialista per una eventuale discussione del caso.

Vantaggi per lo specialista:

- accesso alla cartella clinica informatizzata con i dati anamnestici, indagini già eseguite con relativi referto, eventuale terapia in atto;
- possibilità di consulto con MMG per i casi più problematici;
- supporto tecnologico ed infermieristico.

Vantaggi per il paziente:

- riduzione dei tempi di attesa per visita specialistica;
- sede di esecuzione della prestazione più vicina a casa;
- immagine di integrazione e di collaborazione tra mmg e specialista.

Quanto sopra non deve essere pensato come cosa del futuro. I nuovi modelli di "primary care groups" ipotizzano formule assistenziali di tipo ampiamente collaborativo fra i vari professionisti. Già per le nuove Convenzioni in via di embrionale discussione si parla di UTAP (Unità Territoriale di Assistenza Primaria) che vogliono realizzare proprio formule di ampia collaborazione.

* Direttore Dipartimento Distretti - ULSS 21 Legnago

** Dirigente Medico Servizio di Medicina Territoriale ULSS 6 Vicenza

LE “OMISSIONI PARTICOLARI” DEL MEDICO. EUTANASIA PASSIVA E RIFIUTO DELLE CURE

Vania Cirese *

Il termine “eutanasia”, che nel greco antico significa “buona morte”, attualmente definisce l'intervento medico finalizzato a porre fine alle sofferenze ed all'agonia di un malato terminale.

Il termine comprende “l'eutanasia passiva”, quando il medico si astiene dal praticare le cure che tengono ancora in vita il malato; “l'eutanasia attiva”, quando il medico causa direttamente la morte del malato; il “suicidio assistito” quando è il malato a porre fine alla propria vita in presenza o con mezzi forniti dal medico.

Nei tempi antichi, specialmente nell'antica Grecia, il suicidio era considerato un atto eroico o comunque una manifestazione di libertà

individuale, a volte approvata e comunque non censurata, considerazione sovvertita dalla diffusione del Cristianesimo.

Negli anni '30 e nel dopo-guerra in Inghilterra sorsero le prime associazioni che, accanto al diritto di vivere, propugnavano il diritto di morire. Oggi tali associazioni sono riunite nella *World Federation of Right to die societies*. Il principale scopo di queste associazioni è di giungere al riconoscimento del diritto di ogni individuo di disporre liberamente della propria esistenza, dapprima con la sensibilizzazione dell'opinione pubblica, di Governi e Parlamenti sulla legalizzazione e liceità dell'eutanasia e, successivamente, spostando la battaglia al

riconoscimento legale della sottoscrizione di “direttive anticipate” o “testamenti biologici” nell'evenienza che ci si trovi nell'impossibilità (futura) di decidere personalmente sulle cure.

Se volgiamo uno sguardo a cosa succede all'estero, notiamo che in alcuni Paesi queste “direttive anticipate” hanno valore legale, come in Austria, Canada, Cina, Danimarca, USA. In altri Stati il suicidio assistito non è reato, purché il malato sia cosciente delle proprie azioni, come in Germania e Svizzera; in altri Paesi ancora l'eutanasia è depenalizzata, come in Svezia e Belgio. Non mancano posizioni assolutamente contrarie, mentre per ora resta unica l'esperienza di disci-





plina legislativa (L. 137/2001) dell'eutanasia in Olanda.

Invero, in Olanda, il terreno era già stato "arato" perché già una legge del '93 tutelava il medico dall'essere perseguito in caso di eutanasia se il paziente versava in un male insopportabile, aveva ripetutamente domandato di morire, almeno 2 dottori acconsentivano alla procedura e i parenti erano stati consultati (Codice Penale olandese, artt. 293-294). Inoltre, nei Paesi bassi, in cui l'azione penale non è obbligatoria, di fatto l'Organo della pubblica accusa non procede penalmente nei confronti del medico che dimostri di aver agito su richiesta del paziente, in ossequio ad una prassi che rispecchia un sentimento sociale e un'opinione largamente condivisa dalla collettività.

In Italia le proposte di legge in materia sono state diverse nel tempo. Alla prima del 1984, a firma del parlamentare estensore della legge sul divorzio; alla 5673 del 1999 "disposizioni in materia di consenso informato e dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari"; alla 4694 del 2000 sulla promozione delle terapie antalgiche, cui ha fatto seguito nel 2001 la promulgazione della legge; a quella dell'agosto 2001 sulla legalizzazione dell'eutanasia. Dal raffronto dei testi è agevole notare che il contenuto delle proposte e dei disegni di legge in Italia si basa sui medesimi presupposti:

1. il principio di autodeterminazione del paziente nel campo delle cure mediche;
2. il diritto d'essere protagonista delle scelte riguardanti la salute nel senso di accettare o rifiutare l'atto medico;
3. il principio che qualsiasi intervento medico effettuato senza il consenso della persona deve ritenersi illecito (Convenzione sui diritti umani e biomedicina, Consiglio d'Europa).

Quasi tutte le bozze dei progetti di legge in materia di interruzione volontaria della propria sopravvivenza in condizioni fisiche terminali si prefiggono dunque lo scopo della tutela della persona malata di fronte a inutili sofferenze e l'esclusione della responsabilità di chi l'aiuti a morire.

Le proposte tendono ad affermare il diritto di disporre della propria persona in caso di patologia grave, dolorosa e irreversibile; tendono a riconoscere il diritto della persona gravemente malata di scegliere la fine della propria esistenza.

Secondo questi orientamenti, principio cardine è quello dell'autodeterminazione, per cui ogni persona (giuridicamente capace) può vincolare al proprio consenso informato i servizi e le strutture sanitarie rispetto agli atti diagnostici. Ne discende la validità legale della dichiarazione di volontà "testamento biologico" sulle procedure diagnostiche e terapeutiche, sulle prospettive alternative per esprimere il proprio consenso o rifiuto. Tale dichiarazione di volontà, resa con atto pubblico, dovrebbe essere rilasciata da persona che, al momento della propria autodeterminazione, risulti capace d'intendere e di volere ancorché non lo sia più in un momento successivo. Si tratterebbe di una dichiarazione revocabile, espressa da persona giuridicamente capace, allegata in cartella in caso di ricovero ospedaliero. Il tema dell'eutanasia periodicamente attira l'attenzione dell'opinione pubblica ogni volta che vengono portati alla ribalta alcuni casi limite, come per esempio in Italia quello di un coniuge a Monza, inizialmente condannato a sei anni e mezzo di reclusione per aver staccato la spina del respiratore alla moglie, poi assolto nell'aprile scorso in appello perché ad avviso della corte la donna era già morta o, ancora, il caso del medico francese nell'ottobre del

2003 imputato per aver "staccato la spina" che teneva in vita un giovane tetraplegico muto e cieco, dopo che la madre lo aveva portato in coma profondo con una massiccia dose di barbiturici.

Dunque ai molti sostenitori nel passato dell'eutanasia (Moore, Bacom, Nietzsche, Nobel, Shaw) se ne sono aggiunti altri che hanno riconosciuto un "diritto alla morte con dignità". I "nuovi" sostenitori si ricollegano al "manifesto del 74" ed alla decriminalizzazione dell'eutanasia richiesta nella rivista "The Humanist", basati sulla considerazione che la sofferenza è inutile ed è immorale accettarla, nonché nel "manifesto" dei medici francesi del 1984 nel quale si affermava che al rispetto della persona umana e della vita va aggiunto quello per le condizioni della morte e della miglior qualità della vita terminale.

Accanto alle posizioni favorevoli all'eutanasia si contrappongono quelle contrarie, espresse da numerose associazioni e chiese, tra cui quella ortodossa e cattolica, che la censurano come attentato contro la vita, sostenendo che nessuno può autorizzare l'uccisione di un essere umano innocente, feto, embrione, bambino, adulto, vecchio, ammalato incurabile o agonizzante; nessuno può richiedere un gesto omicida per se stesso o per un altro affidato alla sua responsabilità, né può acconsentirvi esplicitamente o implicitamente; nessuna autorità può legittimamente imporlo né permetterlo.

Il dilemma, di difficile soluzione, attualmente in Italia sembra essere affrontato sotto il profilo medico e sotto quello giuridico in base a criteri assai ravvicinati.

Sotto il profilo squisitamente medico, rilevano gli artt. 36 e seguenti del Codice deontologico ultimo dove si afferma che in nessun caso, anche se richiesto dal paziente, il medico può

porre in essere trattamenti diretti a menomare l'integrità psichica e fisica del paziente, tantomeno azioni capaci di abbreviare la vita del malato; in caso di malattie e prognosi sicuramente infausta e pervenute alla fase terminale, nel rispetto della volontà del paziente, il medico può limitare la sua opera all'assistenza morale e alla terapia per risparmiare inutile sofferenza, facendo trattamenti appropriati e conservando nel possibile la qualità della vita che si spegne.

Sempre secondo il Codice deontologico, se il malato difetta di coscienza, il medico deve agire secondo scienza e coscienza, proseguendo nella terapia finché ragionevolmente utile; se l'ammalato è in coma, il sostegno vitale va mantenuto sino all'accertamento della morte (nei modi e tempi stabiliti dalla legge).

Dunque, secondo i principi stabiliti dalla medicina, l'eutanasia attiva non fa parte dell'attività del medico; è il malato che decide dando o negando il consenso informato nel proseguimento di una terapia senza speranze; se il malato non è in condizioni di decidere è il medico (non i familiari) a decidere se è ancora utile proseguire nella terapia, evitando gli accanimenti terapeutici; accertata la morte clinica non vi sono motivi di protrarre una sopravvivenza artificiale.

I citati orientamenti appaiono in linea con la dichiarazione di Ginevra 1948, siglata dall'Associazione medica mondiale, e la Guida Europea d'etica e di comportamento professionale dei medici (1982).

Sotto il profilo giuridico, in tema di eutanasia rilevano sicuramente due problemi principali: il fatto che, secondo il nostro ordinamento la vita è considerata un bene indisponibile (e sono vietati gli atti di disposizione del proprio corpo se cagionino una diminuzione dell'integrità fisica); la questione del consenso dell'avente diritto, che non è valido non solo se il

diritto è indisponibile, ma anche se risulti viziato o frutto di costrizione.

Nel caso del malato in preda a grandi sofferenze è quanto mai dubbio che il suo consenso possa ritenersi libero. Inoltre, la situazione di piena consapevolezza sembra rarissima. Nello stato agonico o pre-agonico la coscienza è obnubilata e difficilmente il malato è "pienamente cosciente". Il malato in coma, poi, non è in grado neppure di manifestare la sua determinazione.

Per l'ordinamento italiano, inoltre, il consenso, oltre che da persona capace, deve essere "attuale". Quindi anche ad ammettere la disponibilità del diritto alla vita è quantomai dubbia la validità di una manifestazione di volontà lontana nel tempo, non confermata al momento della scelta suprema.

L'eutanasia attiva nel nostro ordinamento è da ritenersi decisamente vietata in quanto la persona umana è intangibile ed inviolabile.

Se per ipotesi la si ritenesse legittima, si arriverebbe a trasformare il diritto a una morte dignitosa nel diritto all'omicidio. Si arriverebbe per assurdo alla depenalizzazione dell'uccisione dei malati incurabili non terminali, dei malati di mente, di deformi, vecchi.

Non sembra possibile in tal senso l'approvazione di una legge palesemente in contrasto con i principi dell'etica medica italiana e internazionale, né con i principi e le norme dell'ordinamento giuridico italiano; va rammentato che anche secondo la Convenzione Europea dei diritti dell'uomo (ratificata dall'Italia e giuridicamente vincolante) "il diritto alla vita di ogni persona è protetto dalla legge. Nessuno può essere intenzionalmente privato della vita salvo per l'esecuzione di una sentenza capitale pronunciata da un tribunale" (occorrendo la previsione della legge). Considerando gli altri casi elencati

dall'art. 2 della citata convenzione, appare evidente che l'eutanasia non sia consentita, considerato che: non v'è dubbio che il malato rivesta la qualità di "persona"; non sia ammesso "dare intenzionalmente la morte; l'uccisione del malato non sia "legittima difesa", né siano in gioco "l'eversione o la partecipazione a sommossa o insurrezione".

I reati configurabili in Italia, in tema di interventi di eutanasia, sono essenzialmente due: a) omicidio del consenziente (art. 579 C.P., punito da 6 a 15 anni di reclusione), che si realizza quando si cagiona la morte di un soggetto che abbia espresso un valido consenso, cioè che sia maggiorenne e capace di intendere e di volere (in caso contrario, il reato configurabile è quello d'omicidio volontario ex art. 575 C.P.); b) aiuto o istigazione al suicidio (art. 580 C.P., punito con la con la reclusione da 5 a 12 anni).

Problemi diversi sono quelli commessi alla cd. "eutanasia passiva", che si concreta nell'omissione o interruzione di cure ai malati terminali là dove l'inizio della morte è stato rinviato solo dagli sforzi dei medici e il persistere delle terapie sarebbe un vero "accanimento terapeutico".

In questi casi quali sono i diritti del paziente e quali gli obblighi del medico? Il problema va risolto in base alle regole proprie dell'omissione, di cui all'art. 40, comma 2 C.P. (non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo). L'omissione penalmente rilevante è solo quella in caso di contrasto con i propri doveri, occorre cioè verificare se il medico nel caso di specie è (o era) obbligato a mantenere in vita il paziente senza ricorrere nell'accanimento terapeutico, per tale intendendosi le cure inutili, futili, sproporzionate rispetto ai prevedibili risultati e, pertanto, da interrompersi perché incompatibili



con i principi costituzionali etici e morali del rispetto della dignità della persona umana e di solidarietà sociale. La valutazione deve derivare non da determinazione unilaterale del medico, ma dall'applicazione di parametri di ragionevolezza, dei principi costituzionali (diritti della persona, tutela della salute) applicabili alla medicina.

Certamente, l'interruzione e/o il rifiuto di cure è un punto molto delicato nei rapporti medico-paziente. La situazione è diversa a seconda che l'assistito sia capace di intendere e di volere e maggiorenne, oppure minore di età o incapace.

A norma del citato art. 40 il medico, il cui compito è l'assistenza dei pazienti e la tutela della loro salute, ha una funzione di "garanzia" nei loro confronti e in ragione di tale posizione è sempre e comunque obbligato a intervenire, prescindendo dal consenso e anche in caso di dissenso, se ricorre uno stato di necessità quale il pericolo di vita di una persona (e la sua prestazione è legittima ex art. 54 C.P.). Ciò si verifica in tutte quelle situazioni in cui l'intervento medico sia utile, vantaggioso, indispensabile per la salvezza del paziente e il rifiuto di cure (necessarie alla salvezza della vita e la salute) abbia conseguenze lesive. Qui il dissenso del paziente, comportando un (impossibile) atto dispositivo della vita stessa, non può e non deve essere vincolante per il medico, perché, come detto, il nostro ordinamento giuridico non riconosce al soggetto il diritto di disporre di un bene sociale, collettivo, non solo individuale, quale quello della propria vita.

L'obbligo di cura del medico non deve però essere inteso come obbligo di prolungamento della vita fisica ad ogni costo; tale obbligo invero cessa tutte le volte cui ogni possibilità di

realizzazione della personalità umana del paziente è venuta meno, per perdita irreversibile della capacità di autodeterminazione.

Questo comporta il venir meno dell'obbligo di cura da parte del medico, il venir meno dalla sua posizione di garanzia e di tutela nei confronti del paziente, assegnatagli dall'ordinamento giuridico, la liceità dell'omissione di cure, in quanto esse non hanno più la capacità di migliorare la salute del malato e quindi sono inutili, non appropriate rispetto ai fini e ai confini della medicina anche in base ai principi costituzionali di tutela della persona, dei suoi diritti, dei suoi diritti fondamentali e della sua salute. Il vero problema dunque non è tanto quello della distinzione tra eutanasia attiva e passiva, ma piuttosto quello di stabilire fino a che punto il medico deve continuare le cure. La scelta di dare la morte o l'accettazione della morte non sono affatto la stessa cosa. La professione del medico è una continua lotta per mantenere la vita, ciò costituisce la nobiltà della professione medica e quando la prosecuzione della lotta contro la morte non ha più alcuna prospettiva di successo, la lotta deve cedere il passo all'accettazione e tutti gli sforzi vanno rivolti ad assicurare al malato condizioni di tranquillità, conforto, sostegno, assistenza morale e, per chi crede, religiosa.

Il problema non è di "uccidere" ma eliminare, ridurre o rendere sopportabile la sofferenza. Spesso le "invocazioni" di morte del malato sono in realtà proteste contro la solitudine, l'abbandono, la mancanza di attenzioni di medici e familiari. In un mondo dominato dall'edonismo, che non sopporta le sofferenze e la morte, preliminarmente è giusto chiedersi, da parte del sanitario, se la morte del malato possa essere piuttosto la libe-

razione dei vicini anziché quella del malato stesso.

Nella cultura contemporanea sembra non esistere più il bene assoluto, oggettivo che domanda di essere accolto con responsabilità; il rispetto della vita non è più condiviso come valore fondamentale, ma è vissuto come valore subordinato ad altri parametri. Una vita sana e felice merita di essere vissuta, ma una vita segnata dalla sofferenza e distrutta dalla malattia ha perso il suo valore ed è meglio per la persona non vivere. La medicina e la legge sono ancora rispettose dell'etica. Per quanto riguarda il diritto, non si può pretendere che esso codifichi nel particolare tutte le esperienze etiche, ma neanche si può accettare che esso prescindano totalmente dall'etica.

Etica e diritto sono in relazione ed impegnati insieme nel riconoscere e realizzare l'autentico bene (comune) dell'uomo. Il diritto non può che essere sempre impegnato nella difesa della persona in tutti i suoi aspetti: dignità, libertà, nome, nascita, vita, morte. Non sembra dunque accettabile una "cultura di morte".

Il diritto alla vita coinvolge e coinvolgerà sempre il concetto di libertà, il diritto alle cure, i doveri della professione medica, il significato della sofferenza e dell'assistenza, la terapia contro il dolore.

* *Avvocato*

L'EUTANASIA E IL MEDICO

(PARTE PRIMA)

Carlo Sizia

I PRINCIPI DEL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

Io credo che non si possa affrontare l'eutanasia, in assenza di una legislazione in materia, se non partendo dalle prescrizioni del vigente Codice di deontologia medica, approvato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri 5 anni fa, nel 1998. I riferimenti del Codice anzidetto che hanno attinenza al tema sono:

- art. 36 (eutanasia): "Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti diretti a provocarne la morte";
 - art. 14 (accanimento diagnostico-terapeutico): "Il medico deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti, da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita";
 - art. 32 (acquisizione del consenso): "Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso informato del paziente".
- Come evidenziato dal Comitato Nazionale per la Bioetica, dal disposto degli artt. 13 e 32 della Costituzione, "discende che al centro dell'attività medico-chirurgica si colloca il principio del consenso, il quale esprime una scelta di valore nel modo di concepire il rapporto tra medico e paziente, nel senso che detto rapporto appare fondato prima sui diritti del paziente che sui doveri del medico. Sicché sono da ritenersi illegittimi i trattamenti sanitari extraconsensuali, non sussistendo un *dovere di curarsi* se non nei definiti limiti di cui all'art. 32 della Costituzione, capoverso 2° che recita, "Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge";
- art. 34 (autonomia del cittadino): "Il medico deve attenersi, nel rispetto della dignità, della libertà e dell'indipendenza professionale, alla volontà di curarsi, liberamente espressa dalla persona. Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tener conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso". Naturalmente, in caso di paziente di minore età o di adulto interdetto o inabilitato, le

potestà in materia di consenso e di autonomia circa gli accertamenti e le cure sanitarie sono trasferite in capo al legale rappresentante;

- art. 19 (rifiuto d'opera professionale): "Il medico al quale vengono richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona assistita";
 - art. 37 (assistenza al malato terminale): "In caso di malattia a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve limitare la sua opera all'assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato i trattamenti adeguati a tutela, per quanto possibile, della qualità della vita. In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenga ragionevolmente utile";
 - art. 38 (prelievi di parte di cadavere): "Il sostegno vitale deve essere mantenuto sino a quando non sia accertata la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo";
 - art. 51 (rifiuto di nutrirsi): "Quando una persona, sana di mente, rifiuta volontariamente e consapevolmente di nutrirsi, il medico ha il dovere di informarla sulle conseguenze che tale decisione può comportare sulle sue condizioni di salute. Se la persona è consapevole delle possibili conseguenze della propria decisione, il medico non deve assumere iniziative costrittive né collaborare a manovre coattive di nutrizione artificiale, ma deve continuare ad assisterla".
- Ho posto volutamente tra loro vicine, ed in apparente contrapposizione, le disposizioni in materia di eutanasia e di accanimento terapeutico, di libertà del cittadino e di autonomia e responsabilità professionale del medico, con i relativi limiti, in modo da evidenziare (senza debordare né per eccesso, né per difetto) quella che è la via maestra del corretto esercizio professionale anche in materia di

eutanasia, accanimento terapeutico, cura ai malati terminali, espunti di organi dal cadavere, ecc., tutti aspetti estremamente attuali, delicati, problematici, talvolta angoscianti, del nostro vivere professionale.

**DIFFICOLTÀ TERMINOLOGICHE
E DI APPROCCIO AD UN TEMA
CHE È ANCHE
FILOSOFICO-RELIGIOSO**

Quando si dibatte su un tema come l'eutanasia, cioè della possibilità di uccidere se stessi od altri innocenti, si può dire che possono emergere 9 posizioni a seconda che, a proposito della giustificabilità dell'uno o dell'altro tipo di uccisione, si incrocino tra loro tesi "espansive" (E), "restrittive" (R), o "proibitive" (P), cioè tesi che consentano margini di manovra più ampi, limitati, o nulli circa l'uno o l'altro tipo di uccisione, secondo lo schema sotto riportato (da "Eutanasia e suicidio assistito", Sissela Bok, pag. 111).

	Uccidere altre persone		
	E	R	P
E			
R		A	B
P			C

Le tesi che si confrontano quando si parla di eutanasia sono generalmente ricomprese nei riquadri A, B, C dello schema precedente. I sostenitori di A ritengono che spezzare una vita innocente (propria o altrui) è giustificabile allorché quelli che dovrebbero venire uccisi abbiano scelto essi stessi di morire; e anche in questo caso a precise condizioni, ad esempio in presenza di

grave e inevitabile sofferenza.

I fautori di B sostengono che in alcune limitate circostanze può essere giusto e moralmente lecito scegliere la morte per se stessi; ma tali circostanze non giustificano l'uccisione di altri.

I sostenitori di C affermano che non vi è alcuna circostanza in cui sia giusto scegliere la morte per sé o togliere la vita ad altri innocenti.

Di solito si definisce "suicidio medicalmente assistito" quando il medico fornisce la conoscenza e/o gli strumenti tramite i quali il paziente possa togliersi la vita; si parla invece più propriamente di "eutanasia" quando il medico compie direttamente l'ultimo passo nella catena causale che conduce alla morte del paziente.

La distinzione anzidetta, come quella che distingue una eutanasia passiva da una eutanasia attiva, è piuttosto fuorviante perché in ogni caso si tratta di un "agire insieme" medico-paziente finalizzato a determinare la morte del paziente a seguito della richiesta di assistenza per morire avanzata da un individuo autonomo, competente, informato.

Certo l'approccio alle problematiche eutanasiche è fortemente condizionato dalle proprie credenze filosofiche e religiose. Alcuni pensatori dell'antichità (tra i quali Zenone, Cleante, Catone e Seneca), sostennero quello che oggi chiameremmo "il diritto di morire", anzi essi misero in pratica tale principio, suicidandosi.

Per gli stoici in genere, e per Seneca in particolare, tale pratica rappresenta non solo una legittima uscita di sicurezza in momenti di sofferenza insopportabile, ma anche una libertà fondamentale che è centrale all'esistenza umana. Anche se lo stesso Seneca metteva in guardia contro la "libido moriendi", sostenendo che "l'uomo coraggioso e saggio non deve fuggire dalla vita; deve invece uscirne con decoro".

Per il Cristianesimo, invece, il suicidio è un peccato mortale. Secondo Lattanzio "è un assassinio quanto l'uccisione di altri"; per S. Agostino "è il più deplorabile di tutti i peccati, perché esso solo non può essere oggetto di pentimento nel corso della vita del peccatore"; per Tommaso d'Aquino è un peccato mortale perché "per natura ogni essere ama se stesso..." e quindi il suicidio "è contro l'inclinazione naturale, e contro la carità con la quale ognuno deve amare se stesso". Insomma, per il cristianesimo il suicidio è contro la legge di natura, contro la volontà divina e contro la cosiddetta "sacralità della vita".

Naturalmente per chi considera il suicidio sbagliato e moralmente riprovevole, il suicidio medicalmente assistito verrà considerato alla stessa stregua.

Pur essendo cattolico e cristiano, cercherò di affrontare il prosieguo dell'approfondimento sul tema non seguendo logiche confessionali, ma esclusivamente professionali o professional-sindacali.

LE DIVERSE TIPOLOGIE DI EUTANASIA ED IL LORO PROFILO DEONTOLOGICO

L'origine colta, elegante ed eufemistica del termine (euthanatos = buona morte. Ma può esistere una morte che sia in sé "buona"?) in realtà nulla dice su chi dà, e su chi riceve, la "buona morte", in particolare su quale ruolo specifico abbiano: il consenso della vittima; la sua stessa capacità di manifestarlo in modo cosciente e attuale; il suo eventuale stato psicologico ed il grado di depressione; la gravità della patologia da cui è affetta la vittima e la severità della relativa prognosi; l'intenzione dell'agente ed il suo ruolo accanto al malato (solitamente medico, ma talvolta infermiere, parente, amico, ecc.).

Ed allora bisogna analizzare, come ha fatto approfonditamente nel 1995 il Comitato Nazionale per la Bioetica, le varie ipotesi, per così dire, "eutanasiche", anche per distinguere tra quelle che potremmo ritenere "eutanasiche improprie", da quella sola che pare logico definire eutanasia propria, cioè l'eutanasia attiva su soggetto consenziente, o eutanasia volontaria.

Questa forma di eutanasia è l'unica che sembra possa essere validamente difesa come compatibile con la logica di un diritto illuminato e secolarizzato, quale è quello degli ordinamenti giuridici contemporanei, e quindi di possibile regolamentazione legislativa.

A. LE IPOTESI EUTANASICHE IMPROPRIE

Prima ipotesi: è quella che consegue al rifiuto libero, attuale e consapevole del paziente di sottoporsi alle terapie necessarie alla sopravvivenza. In questo caso la "eutanasia passiva" si manifesta non solo come conforme al diritto (*voluntas aegroti suprema lex*), ma anche come conforme al "dovere deontologico" del medico, in quanto al venire meno del presupposto dell'obbligo di cura corrisponde il sorgere dell'obbligo di omettere le cure.

Seconda ipotesi: è la forma della "eutanasia passiva" propriamente detta, cioè quella in cui si lascia morire il malato sospendendogli intenzionalmente le cure ordinarie necessarie alla sopravvivenza. Poiché è noto il principio penale secondo cui "non impedire un evento che si potrebbe evitare equivale a commetterlo", è evidente che tale forma di eutanasia non può essere sostenuta né sul piano della congruità deontologica, né su quello della legittimità giuridica.

Naturalmente, il dovere di mantenere comunque in vita il paziente, finché è possibile, non sussiste più laddove sia obiettivamente accertata la sua morte, secondo i parametri della morte cerebrale.

Terza ipotesi: è ancora una forma di eutanasia passiva, comunemente descritta come "sospensione dell'accanimento terapeutico". È un problema che sfugge alle competenze del giurista, per il quale però non

dovrebbero esistere soverchie difficoltà a riconoscere, in linea teorica, l'assoluta liceità di questa forma di trattamento del malato terminale.

Si rischiano atteggiamenti di accanimento terapeutico (cioè trattamenti di documentata inefficacia in relazione all'obiettivo, con rischio elevato, gravosità e sofferenza aggiunti per il paziente, con impiego di mezzi sproporzionati rispetto agli obiettivi della condizione specifica) nelle fasi finali delle malattie inguaribili e, in genere, nella fase agonica che caratterizza il termine della vita, cioè quella parte del processo del morire dove sussiste la resistenza della realtà complessa della persona alla sua dissoluzione.

Quando siamo in presenza di coma profondo e persistente, ovvero del cosiddetto "stato vegetativo persistente" (PVS), è lecito sospendere la terapia di sostegno vitale, certamente la RCP (rianimazione cardio-polmonare), mentre più problematica risulta la sospensione dell'alimentazione e della idratazione artificiali.

Quarta ipotesi: è la cosiddetta "eutanasia indiretta o lenitiva", causata cioè dall'uso di farmaci somministrati per addolcire i dolori, altrimenti intollerabili, dei malati terminali. La dottrina tedesca distingue efficacemente i casi in cui la terapia fornisce al paziente un aiuto "a morire" dai casi in cui gli fornisce un aiuto "nel morire". L'aiuto farmacologico a morire è certamente illecito (= ad eutanasia attiva), mentre non sembra dubbio che una eutanasia strettamente lenitiva sia lecita, moralmente, se non addirittura doverosa.

Quinta ipotesi: è la cosiddetta "eutanasia eugenetica", quella cioè che ipotizza la morte delle cosiddette "vite prive di valore vitale". Non esistono oggi prese di posizione autorevoli, né a livello filosofico-bioetico, né a livello politico, né tanto meno legislazioni, favorevoli all'eutanasia eugenetica.

Legalizzando l'eutanasia eugenetica, il diritto verrebbe paradossalmente chiamato a tutelare la vita sana e non quella malata: i sani cioè "depurerebbero", grazie alla loro forza prevalente, il mondo dalla presenza psicologicamente conturbante ed economicamente pesante dei malati.

Si distinguerebbe tra individuo umano e persona, riconoscendo solo a quest'ultima la qualifica di essere razionale, di agente morale (una riedizione, insomma, della Euthanasie-Program del 1939, di nazistica memoria).

Ipotesi, questa, deontologicamente inaccettabile. Una fattispecie di eutanasia eugenetica, ugualmente inaccettabile, è la cosiddetta "eutanasia precoce", a carico cioè dei neonati gravemente deformati o con ridottissime speranze di vita. In alcuni casi di neonati affetti da gravi patologie (ad esempio: anencefalia congenita), può tuttavia accadere che essi vengano tenuti in vita con vere e proprie forme di accanimento terapeutico, poste in essere senza il doveroso consenso dei genitori: prassi, queste, a volte a carattere sperimentale e che esulano da qualsiasi doverosità bioetica.

>> segue da pag. 29

Sesta ipotesi: è l'eutanasia attiva su paziente non consenziente.

Giuridicamente, va ritenuto non consenziente non solo colui che nega espressamente il proprio consenso, ma anche colui che non può prestarlo perché impossibilitato fisicamente a farlo (perché, ad esempio, privo di coscienza). Infatti, non è possibile "presumere" un consenso all'eutanasia perché la volontà ordinaria (e quindi presumibile) di un paziente (anche terminale) è quella di essere curato, non soppresso.

Tale tipo di atto eutanasi è chiaramente illecito giuridicamente, anche se talvolta a suo carico possano invocarsi diverse ed umanamente comprensibili attenuanti psicologiche, umane, sociali.

È questa la forma di eutanasia in cui più emerge una dimensione obiettiva (anche se schermata da pietà) di violenza, la sopraffazione decisa unilateralmente da parte di chi è più forte su chi è più debole. Deontologicamente riprovevole, è assimilabile all'omicidio vero e proprio ex art. 575 c.p.

TANTO TUONÒ...

Giancarlo Faletti *



Uno sprovveduto frequentatore del multimediale come il sottoscritto ha penato non poco a rintracciare il testo del ddl Sirchia "Principi fondamentali in materia di Servizio Sanitario Nazionale", che il Consiglio dei Ministri ha "varato" (per usare la terminologia ministeriale) il 19/12 scorso. Sembrerà strano, ma il testo del provvedimento non è disponibile né sul sito ministeriale, né su quello governativo quasi che, al di là dei comunicati di circostanza, nessuno si voglia attribuire la paternità di tale iniziativa ancorché la stampa nazionale, non solo quella specialistica, abbia dedicato all'argomento una discreta attenzione. Forse sono più attraenti le iniziative a proposito del fumo o la rinnovata attenzione agli episodi (americani) di mucca pazza che non un progetto di riassetto della Sanità pubblica; forse è stata talmente lunga la gestazione e le reiterate stesure del ddl (tanto proposte quanto subitamente bocciate) da aver perso quel poco o tanto *appeal* che l'argomento, almeno per i diretti interessati, tutto sommato non può non provocare. Sta di fatto che il testo "varato" altro non è che l'ennesimo esercizio di "buone intenzioni" dal momento che il medesimo deve passare sotto le forche caudine della Conferenza Stato/Regioni per tornare, ove licenziato, al Consiglio dei Ministri che, a quel punto, ne dovrebbe "approvare" la stesura per inviarlo al Parlamento che ne inizierà l'esame. Ma, come tutti sanno, è la strada che conduce all'inferno quella lastricata di "buone intenzioni"...

Se, poi, ci si dovesse mettere di traverso un esito infausto (per l'attuale compagine governativa) delle imminenti elezioni europee ed amministrative, è possibile che il testo "varato" non raggiunga la terraferma e, quindi, si iscriva a pieno titolo nelle cose "non fatte" dell'arcinoto Contratto con gli Italiani che caratterizzava televisivamente il programma elettorale del Governo Berlusconi. Tant'è: *hic Rhodus, hic saltus*. Ci tocca di esaminare, a futura memoria, anche questa stesu-

ra per evidenziarne le novità e per criticarne le velleità. Va detto subito che il testo si riduce a due articoli dei quali il primo (i) introduce alcuni principi fondamentali a proposito del rapporto di lavoro della dirigenza medica e sanitaria (parrebbe) da utilizzarsi ai sensi dell'art. 1 c. 4 L. 131/03 ad integrazione dei "principi fondamentali che si traggono dalle leggi vigenti" nelle materie, tra cui la sanità, destinate dalla riforma dell'art. 117 Cost. alla potestà legislativa esclusiva delle Regioni, ed il secondo (ii) detta il limite massimo per il collocamento a riposo dei dirigenti medici.

Chi pensava di ritrovare la riproposizione di alcune parole d'ordine tipiche del Ministro liberista (reversibilità dell'opzione intramuraria, riproposizione del part time o del tempo definito) rimarrà, perciò, deluso e, a quanto pare, lo rimarrà per l'intera durata di questa Legislatura dal momento che lo sforzo di riforma della Riforma Bindi si traduce, sotto questi aspetti, in un clamoroso nulla di fatto.

Invece, per quanto possibile, i principi fondamentali si traducono in un aggravamento della confusione organizzativa che, per non secondari aspetti, già colora l'attuale situazione sanitaria almeno relativamente al "chi fa che cosa". In particolare:

a) La disciplina del rapporto di lavoro della dirigenza medica e sanitaria è demandata alle Regioni pur vincolate anch'esse ai principi fondamentali ricavabili dalle leggi vigenti ed a quelli dettati con il ddl in questione: manca del tutto uno sbilanciamento a favore della disciplina pattizia (contrattuale) del rapporto posto che si riteneva, erroneamente (?), che fosse lasciata alla contrattazione la definizione dei contenuti del rapporto di lavoro. Manca – e la lacuna è ancora più grave attesa l'attribuzione alle Regioni del potere in esame – la previsione di un livello di contrattazione regionale che si presenta decisivo e fondamentale se sono le Regioni i soggetti cui è demandata la "disciplina del rapporto di lavoro della dirigenza medica e sanitaria".

b) È individuata una "funzione permanente dedicata al coordinamento clinico" nell'ambito del Collegio di direzione aziendale. La funzione è svolta da un medico (il Coordinatore clinico aziendale) nominato dal direttore generale su proposta del "consesso" costituito dai dirigenti sanitari responsabili di struttura complessa ed all'interno dei medesimi. Il Coordinatore (i) rende parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza (che si dovrebbero individuare in quelle per le quali si è reputato necessario il coinvolgi-

mento diretto del Collegio di direzione e cioè il governo delle attività cliniche, la programmazione, organizzazione, sviluppo e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria), (ii) può essere tributario delle competenze del direttore sanitario aziendale (che sarebbe così soppresso permanendo in carica fino alla naturale scadenza del proprio contratto di lavoro), (iii) mantiene la titolarità della struttura complessa cui è preposto, salvo che gli si attribuiscono i compiti del direttore sanitario aziendale. La nuova figura non può produrre oneri a carico del bilancio aziendale: cosicché, ove il Coordinatore sostituisca il direttore sanitario, è disponibile quanto meno la retribuzione attribuita a quest'ultimo; in difetto, il Coordinatore dovrà semplicemente gratificarsi del titolo e della carica attribuitagli. D'altra parte, per rendere pareri obbligatori, ma che, in difetto di vincolatività, possono essere disattesi dal direttore generale ... gli onori conseguenti alla carica paiono retribuzione più che congrua. Non mi intendo particolarmente di vita ospedaliera, ma la figura (o la funzione) neocostituita mi sa di doppione nella migliore delle ipotesi, stretta com'è tra il direttore sanitario ed il Collegio di direzione, ovvero di soggetto senza patria e senza bandiera dato che non dispone di nulla, non gestisce nulla, non comanda nulla e, infine, *absit iniuria verbis*, non conta nulla. I fatti, naturalmente, mi smentiranno...

c) Rimangono, invece, i direttori sanitari di presidio ospedaliero o di distretto cui sono affidate le funzioni igienico-organizzative di competenza: possono essere insigniti della funzione i direttori sanitari specializzati in igiene, medicina preventiva e organizzazione sanitaria ovvero, in assenza, i medici (non specializzati) che abbiano una esperienza quinquennale in quei servizi. Ancora una volta, il problema – affatto secondario – della responsabilità igienico-organizzativa delle sedi minori è risolto in via di fatto, come se l'obbligatorietà della specialità per tutti divenisse un *optional* per queste funzioni.

d) Le verifiche (in genere) delle attività professionali sono affidate a Collegi tecnici presieduti dal Coordinatore clinico e composti da esperti nelle relative discipline, designati dal Collegio di direzione ed estranei all'azienda di appartenenza del dirigente da verificare: sembrava un fatto positivo che, nell'ambito del Collegio tecnico, fosse garantita la presenza di un soggetto appartenente alla medesima azienda (oltretutto alla medesima disciplina) del verificando dal momento che la valutazione professionale va fatta in relazione alle modalità concrete (cioè, lì ed in quel momento) di esercizio della

medesima. Il rappresentante aziendale sarà, invece, il Coordinatore clinico che, come accade, potrà evidentemente designare propri delegati. Insomma, traspare neppure troppo velata, la riproposizione di un governo gerarchico delle competenze professionali, quasi che i dirigenti di primo livello non potessero prendere parte ai Collegi per consentire a chi vive la medesima quotidiana esperienza di dire la sua riguardo alla professionalità dei Colleghi.

e) I dirigenti di struttura complessa continuano ad essere scelti all'esito di una selezione non concorsuale, ma la valutazione della Commissione tecnica, anch'essa presieduta dal Coordinatore clinico, sarà distinta per titoli professionali, scientifici e di carriera. La terna dei migliori sarà offerta alla scelta decisiva del direttore generale che potrà comunque discostarsi, con "motivata determinazione", dalle indicazioni ricevute dalla Commissione. Come dire, la discrezionalità pura imbellettata di uno pseudo-tecnicismo. Se si ritiene di valorizzare la professionalità con la distinta valutazione dei titoli, l'esercizio discrezionale poteva ridursi alla scelta nell'ambito della terna. Nel modo indicato dal Ministro, invece, anche la professionalità può essere surclassata dalla ... comunanza di altri interessi o affinità.

f) Al Coordinatore clinico non poteva essere sottratta la presidenza del Collegio di direzione (che, infatti, è chiamato a presiedere). Il Collegio continua ad esprimere il parere obbligatorio sulle materie di sua competenza (che, salvo svarioni, dovrebbero essere le stesse sulle quali è chiamato ad esprimersi anche il Coordinatore clinico in proprio). Cosicché, il Coordinatore clinico si esprime due volte sulle stesse materie. In ogni caso, il direttore generale può sempre fare di testa sua: basta che motivi il dissenso...

g) I dirigenti medici responsabili dei servizi di diagnosi e cura delle strutture sanitarie private accreditate devono essere prescelti attraverso procedure selettive basate sui medesimi criteri in uso presso le analoghe strutture pubbliche, compresi i crediti formativi relativi al triennio precedente la selezione. Può essere che la norma sia finalizzata ad ottenere nelle strutture private un livello di professionalità analogo a quello in atto presso le strutture pubbliche: senonché, sarebbe da osservare che – per quanto sopra rilevato – il soggetto designatore finale è pur sempre... il padrone (o l'amministratore della struttura privata) e, se valgono i medesimi principi in uso nel pubblico, questi potrà, come il direttore generale, scegliere anche al di fuori della terna dei migliori. È singolare, poi, che un Ministro liberista adotti, nel privato, cri-

teri di selezione in uso nel pubblico. Con buona pace della libera imprenditoria...

h) I principi suddetti – una volta che il disegno di legge diverrà legge e fino a quando non saranno approvati i decreti legislativi attuativi della riforma dell'art. 117 Cost. – si applicheranno immediatamente costituendo, ciascuno per il proprio ambito, altrettante modifiche del d.lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni. Come dire che il Ministro è scettico, per quanto lo riguarda, a proposito della tempestività con cui il Governo, delegato dal Parlamento, darà attuazione ad una riforma costituzionale (*latu sensu*, federalista) che ha costituito un cavallo di battaglia di una ben specifica componente partitica dell'odierna maggioranza. Insomma, il Coordinatore clinico è la soluzione che si attendeva per ricondurre a regime la bistrattata Sanità pubblica!

Il secondo articolo del ddl ribadisce che l'età della pensione è fissata, in linea generale, con il compimento del 65° anno di età, salvo il biennio aggiuntivo già contemplato dalla riforma Amato. Peraltro, i soli direttori di struttura complessa, a domanda, di anno in anno e "per particolari esigenze assistenziali", possono essere trattenuti in servizio fino al compimento del 70° anno di età. Gli universitari direttori di struttura complessa, invece, svolgono servizio ordinario fino al 70° anno di età. Dopo quella data, ove l'ordinamento universitario lo consenta (e lo consente), potranno continuare a svolgere attività assistenziali, ma privati dell'indennità di direzione di struttura complessa. La rincorsa all'incarico a vita è, del resto, nella logica del (necessario?) innalzamento dell'età pensionabile! Ma, come sempre, distinguendo figli e figliastri.

Non spetta a me dare valutazioni di ordine politico sindacale sui contenuti del ddl. Mi pare di poter dire, da modesto osservatore esterno, che esso trasuda scarsa conoscenza della realtà quotidiana di frequentazione delle corsie e che, invece di affrontare i nodi cruciali della Sanità pubblica, si limiti ad una spolveratina di superficie, cambiando qualche nome, ribadendo qualche concetto ormai noto, stracchiando a principi fondamentali disposizioni che urtano financo il comune buon senso. Non era necessario attendere due anni e mezzo per leggere tanta pochezza.

D'altra parte, il Principe di Salina, il secolo scorso, aveva già teorizzato l'esigenza di modificare tutto perché, alla fine, nulla risulti cambiato.

* *Avvocato*