



IL MEDICO OSPEDALIERO E DEL TERRITORIO



Contratto di area medica 2002-2005:
tra handicap e contraddizioni

Previdenza integrativa

La difficile acquisizione del
“consenso informato” specialistico

Il legislatore propone e il giudice dispone

Sped. in abb. post. 45% comma 20/b art. 2, Legge 662/96 - Roma +IP
In caso di mancato recapito rinviare al C.P.R. Roma. Romanina. Stampo per restituzione al mittente, previo pagamento resi.



CIC Edizioni Internazionali



CIMO ASMD ASSOCIAZIONE SINDACALE
MEDICI DIRIGENTI

SERVIZI OFFERTI DALLA CIMO AGLI ISCRITTI

A. L'INFORMAZIONE

1. IL MEDICO OSPEDALIERO E DEL TERRITORIO:

È l'organo ufficiale di CIMO-ASMD, inviato a tutti gli iscritti bimestralmente.

Indirizzi errati, cambi d'indirizzo, ecc., vanno segnalati alla Segreteria Nazionale. Via Nazionale 172. 00184 ROMA

2. CIMONEWS:

bollettino d'informazione sull'attualità politica e sindacale inviato a tutti gli iscritti nei mesi nei quali non esce "Il Medico Ospedaliero e del Territorio".

3. IL GRANDANGOLO:

quaderni di cultura sanitaria. È la rivista trimestrale del Centro studi "Ercole Bruno", inviata ai Dirigenti CIMO-ASMD ed agli iscritti che ne fanno richiesta alla Segreteria Nazionale.

4. www.cimoasmd.it:

il sito internet sul quale si possono trovare tutte le informazioni relative alle novità sindacali, all'attività ed all'organizzazione di CIMO-ASMD; dal sito si possono, inoltre, scaricare tutti i documenti ufficiali (i decreti ministeriali, il contratto di lavoro, atti d'indirizzo, ecc.) ed i relativi commenti. L'accesso è libero, senza necessità d'una password. Alcune Regioni hanno attivato propri siti dedicati alle problematiche ed all'attività locale, ai quali si può accedere anche dal sito nazionale.

5. www.ilnuovogiornale.it:

è il nuovo settimanale di informazione sanitaria su internet, curato da CIMO-ASMD. Contiene le ultime notizie politico-sindacale e scientifiche ed i commenti del Presidente Nazionale.

6. Lettera informativa:

il Presidente Nazionale, periodicamente, illustra ed approfondisce ai dirigenti del sindacato le "novità" politico-sindacali e legislative. È consultabile e scaricabile dal sito internet.

7. Editoria:

CIMO-ASMD cura in collaborazione con CIC, la pubblicazione di numerosi volumi di interesse sanitario.

B. I SERVIZI

1. SERVIZIO QUESTIONI:

il dott. Carlo Sizia fornisce risposte alle richieste di pareri su problemi sindacali, inviate, complete di tutte le informazioni necessarie, alla Segreteria Nazionale CIMO-ASMD, Via Nazionale 172 - 00184 Roma (Fax 06/6780101; E-mail: sede.nazionale@cimoasmd.it), indicando il proprio recapito; per una risposta più immediata occorre indicare il numero di fax personale o la propria e-mail.

2. SERVIZIO DI ASSISTENZA LEGALE AMMINISTRATIVA:

il servizio di tutela legale per le controversie amministrative, in relazione all'attività dipendente, degli iscritti è affidato alle singole Federazioni Regionali CIMO-ASMD; l'iscritto deve quindi rivolgersi alla propria Segreteria Regionale per l'autorizzazione ad accedervi.

3. VERIFICA BUSTA PAGA E CALCOLO PENSIONE TEORICA:

per richiedere tale servizio occorre inviare, a CIMO-ASMD, Via Btg. Val Leogra, 38/R. 36100 Vicenza (tel. 0444/966131; fax 0444/964265), la seguente documentazione: a) fotocopia busta paga attuale; b) stato di servizio, o dichiarazione con precisa indicazione di tutti i periodi e qualifiche ricoperti; c) scheda relativa ad inquadramento economico in atto (stipendio, IIS, ISM, RIA, salario di posizione e risultato); d) in caso di passaggio di qualifica presso ente o enti diversi: produrre anche la scheda d'inquadramento economico nella qualifica di provenienza, con indicazione delle anzianità; e) in caso di verifica stipendio con riferimento a tutti i servizi resi: produrre tutte le schede di inquadramento disposte in applicazione dei vari accordi di lavoro. La risposta richiede almeno 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

4. SERVIZI DI PATRONATO E ASSISTENZA FISCALE:

Convenzione con il Patronato S.I.A.S. Servizio di assistenza e di consulenza tecnica medico-legale, gratuito agli iscritti CIMO-ASMD ed ai loro familiari, per il conseguimento delle prestazioni di qualsiasi genere, previste dalla normativa regolante la previdenza, la quiescenza e la malattia professionale, fornite dai vari Enti (INPDAP, INAIL, INPS, ecc.), nonché l'assunzione del patrocinio nelle opportune sedi giurisdizionali. L'iscritto, e/o il suo familiare, può recarsi direttamente, presentando la tessera CIMO-ASMD, presso la sede del patronato della sua città, i cui indirizzi sono reperibili presso le segreterie regionali e/o provinciali CIMO-ASMD oppure sul sito internet www.mcl.it/SIAS/SediSIAS.htm.

Convenzione con i CAF MCL:

Presso tutte le sedi periferiche dei Centri di Assistenza Fiscale MCL, gli iscritti CIMO-ASMD possono ottenere gratuitamente il visto di conformità al modello 730 già compilato oppure l'assistenza alla compilazione ed all'elaborazione del modello stesso, pagando la tariffa convenzionata. Il CAF è in grado di dare assistenza anche nella compilazione del modello Unico e nella denuncia ICI.

Il recapito del CAF della propria città può essere richiesto alla propria segreteria provinciale e/o regionale, oppure sul sito www.mcl.it/.

5. FORMICS S.R.L.

è il braccio operativo di CIMO-ASMD. La Formics S.r.l. (già CIMO Service): a) gestisce gli aspetti economico-organizzativi dei Convegni e degli eventi formativi; b) cura gli aspetti pubblicitari de "Il Medico Ospedaliero e del Territorio" e delle altre pubblicazioni CIMO-ASMD; c) cura gli aspetti finanziari delle convenzioni CIMO-ASMD; d) gestisce la tutela legale per quelle Regioni che lo hanno richiesto.

6. S.P.E.M.E.

è una Società scientifica, alla quale aderiscono tutti gli iscritti CIMO-ASMD, che possono quindi partecipare, gratuitamente o con forti riduzioni, agli eventi formativi, accreditati E.C.M. da questa organizzato. Il calendario è disponibile sul sito www.speme.com

C. LE CONVENZIONI

1. CONVENZIONE CON PREVIMED:

per la copertura assicurativa R.C. professionale. Per informazioni rivolgersi alla sede della propria Regione o consultare il sito internet.

2. FONDO DI PREVIDENZA CIMO-ASMD VENETO:

è un fondo di previdenza per i rischi morte, invalidità temporanea o permanente attivato da CIMO-ASMD Veneto dal giugno 1995, cui possono aderire volontariamente (al costo di 185,92 euro/anno, versato tramite bonifico bancario) anche gli iscritti CIMO-ASMD di altre Regioni. Per informazioni rivolgersi al dott. Marco Frezzato: tel. 347.2301870.

3. CONVENZIONE CON FINEMIRO BANCA (Gruppo IMI SAN PAOLO)

Tutti gli iscritti CIMO-ASMD possono ricevere, per sé ed i propri familiari, una carta di credito MasterCard-CIMO-ASMD con un massimale fino a 1.500,00 Euro, gratuitamente, o per affidamenti superiori fino a 5.000,00 Euro, con una spesa annuale inferiore a quella delle altre carte bancarie. La carta ha, tra gli altri, il vantaggio poter essere utilizzata per l'acquisto di carburante e per il pagamento dei pedaggi autostradali senza costi aggiuntivi. Ai nuovi iscritti il modulo di adesione viene inviato al domicilio, mentre i vecchi lo trovano sul "Medico Ospedaliero e del Territorio" o possono richiederla attraverso le proprie Segreterie regionali. Per ogni chiarimento o problema occorre rivolgersi a **Finemiro Banca Punto Informativo di Firenze**. Via Pratese 201. 50145 FIRENZE Tel. 055.302331 - Fax 055.300109 e-mail: finemiro_firenze@softcre.it.

Finemiro Banca offre inoltre agli iscritti CIMO-ASMD altri servizi finanziari a condizioni particolari, tra i quali il *mini-mutuo sulla busta paga*, *leasing* e *NoloPass* (noleggio a lungo termine con servizio di assistenza globale) di autovetture. Ulteriori informazioni possono essere reperite sul sito www.softcre.it.

4. CONVENZIONI CON ALBERGHI:

Bettoja Hotels

Centro Prenotazioni
Tel. 06.4814798 Fax 06.4824976
E-mail: hb@bettojahotels.it
www.bettojahotels.it

Hotel Mediterraneo ##### superiore

Via Cavour 15. 00184 Roma
Tel. 06.4884051

Hotel Massimo D'Azeglio

Via Cavour 18. 00184 Roma
Tel. 06.4870270

Hotel Atlantico

Via Cavour 23. 00184 Roma
Tel. 06.485951

Hotel San Giorgio

Via G. Amendola 61. 00185 Roma
Tel. 06.4827341

Hotel Nord

Via G. Amendola 3. 00185 Roma
Tel. 06.4885441

Hotel Relais Certosa

Via Colle Ramole, 2. 50124 Firenze
Tel. 055.2047171
Sconto del 25% sulla tariffa ufficiale

Hotel Bonifacio

Via B. Lupi 21. 50129 Firenze.
Tel 055.4627133/4 Fax 055.4627132
E-mail hbfflorence@hotelbonifacio.it
Internet <http://www.hotelbonifacio.it>.
Sconto 10%

5. CONVENZIONE CON UVET VIAGGI:

CIMO ha stipulato un accordo con UVET, una delle principali compagnie di viaggi con sedi in tutta Italia, per offrire programmi di turismo a condizioni di particolare favore.

A seguito della Convenzione, UVET, infatti, offre agli iscritti CIMO-ASMD a condizioni preferenziali i programmi di turismo individuale dei principali tour operator e di UVET tour operator.

In particolare, gli iscritti CIMO-ASMD possono prenotare per l'anno corrente i programmi di vacanze dei maggiori operatori beneficiando di sconti (riferiti ai prezzi da catalogo) tra il 5% e il 18%. Inoltre UVET promuove regolarmente le offerte speciali (oltre alle programmazioni) degli operatori e le offre alle migliori condizioni di mercato.

Per informazioni e prenotazioni

UVET Viaggi Turismo S.p.a.
Call Center
Tel. 02.67506311-312
Fax 02.67506322

Oppure

utilizzando il servizio di prenotazione della UVET VIAGGI TURISMO sul nuovo portale www.clubviaggi.it, dove gli iscritti CIMO-ASMD potranno iscriversi per usufruire di tutte le agevolazioni loro riservate.

Per potersi registrare si dovrà prima accedere al portale inserendo i seguenti parametri:

- a) nome club: cimo
- b) utente: (non compilare)
- c) password: tenere (password generale dell'azienda) e cliccare su "Login". Una volta arrivato alla home page del sito si dovrà cliccare su "Registrai" e compilare per intero i campi richiesti dal modulo di registrazione.

Terminate le operazioni di registrazione lo staff di Club Viaggi invierà una comunicazione di benvenuto che confermerà il buon successo dell'operazione.

6. CONVENZIONE CON TIM TELECOM ITALIA MOBILE:

CIMO-ASMD ha definito un'intesa commerciale con TIM, che prevede tariffe scontate a tutti gli iscritti per il traffico di telefonia mobile in abbonamento, sviluppato da voce, servizi a valore aggiunto e trasmissione dati, offrendo sconti progressivi al raggiungimento di volumi di traffico da parte di tutti gli utenti collegati nel gruppo CIMO.

Per ulteriori informazioni occorrerà rivolgersi alla sede nazionale di CIMO-ASMD che provvederà ad inviare i moduli di adesione e le condizioni dell'accordo.

IL MEDICO OSPEDALIERO E DEL TERRITORIO



ANNO II (NUOVA SERIE) - N. 2 - MARZO/APRILE 2004

Direttore

Carlo Sizia

Direttore responsabile

Raffaele Salvati

Collaboratori e consulenti

Rubriche speciali

Carlo Cabula, Maurizio Dal Maso, Gian Carlo Faletti,
Alberto Karumann, Marzio Resti, Antonio Rosa,
Elsa Santi

Comitato di redazione

Carlo Sizia, Mario Colucci, Daniele Amoruso,
Stefano Biasioli, Giancarlo Cannella, Rosario
Cannizzo, Alberto Catalano, Giulio Cecchini, Luigi
Cucugliato, Mario Ferrera, Enrico Hüllweck, Mario
Manca, Luciano Mulas, Pierantonio Muzzetto,
Antonio Paddeu, Michele Poerio, Ermanno
Scognamiglio, Ivo Spagnoli, Renzo Tarchini

Produzione editoriale Lorenza M. Saini

Progetto grafico Grazia Mannoni

Impaginazione Osvaldo Saverino

Area pubblicità

Roma: Patrizia Arcangioli, responsabile
arcangioli@gruppic.it

Carla Sgarbi sgarbi@gruppic.it

Area marketing e sviluppo

Roma: Marta Castellani castellani@gruppic.it

Milano: Antonietta Garzonio, responsabile
garzonio@gruppic.it

CIC Edizioni Internazionali s.r.l.

Direzione, redazione e amministrazione:

Corso Trieste, 42 - 00198 Roma

Tel. 06 8412673 - Fax 06 8412688

e-mail: info@gruppic.it - www.gruppic.it

Uffici di Milano: Viale Caldara 35/a - 20122 Milano

Tel. 02 55187057 - Fax 02 55187061

Aut. Trib. di Roma n. 709/02 del 30/12/2002

Fotolito: Tipocrom srl, Roma

Stampa: CSC Grafica srl, Guidonia (Roma)

Finito di stampare il 7/04/2004

Copia omaggio. Il giornale viene inviato da CIMO
ASMD ai propri iscritti.

In relazione a quanto disposto dall'art. 10 della L. n. 675/1996, assicuriamo che i dati (nome, cognome, titolo di studio, attività svolta e indirizzo), presenti nel nostro archivio informatico, verranno utilizzati esclusivamente da noi per l'invio di lettere commerciali e avvisi promozionali inerenti al rapporto tra editore e lettore. Ai sensi dell'art. 13 della L. n. 675/1996, il lettore ha il diritto di chiedere in qualsiasi momento, con comunicazione scritta alla Società Editrice, la cancellazione, la modifica o l'aggiornamento dei suoi dati personali.

Il contenuto degli articoli rispecchia esclusivamente l'esperienza degli autori. La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della direzione del giornale ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'editore.

© Copyright 2004



Editoriale

Contratto di area medica 2002-2005: tra handicap e contraddizioni **4**

Attualità

Uno sciopero "per amore" **6**

Non facciamo dell'età pensionabile un tabù **6**

Professione

L'etica professionale oggi **8**

Europa sanitaria

Tessera europea di assicurazione malattia **11**

Previdenza integrativa

Polizza sanitaria integrativa ENPAM-Generali **13**

INPDAP e CUD 2004 **14**

Quali prospettive per i Fondi sanitari **15**

L'angolo della specialità

La devolution in oncologia **17**

Risk management

Il rischio professionale e l'errore medico **19**

Fattori di rischio clinico in oncologia medica **21**

Problemi deontologici

L'eutanasia e il medico - Parte seconda **22**

La difficile acquisizione del "consenso informato" specialistico **25**

Ospedale e territorio

Per una comunicazione efficace tra gli operatori **27**

e con i fruitori del S.S.N.

La parola agli avvocati

Il legislatore propone e il giudice dispone **29**

Verso il futuro

L'evoluzione strategica dei centri unificati di prenotazione **31**

Cultura

L'albero della vita **33**

Recensioni

34

Notizie e commenti brevi

36

Il direttore risponde

38

Documenti 2/2004 Evoluzione dei sistemi di accesso alle prestazioni sanitarie: il CUPmetropolitano di Firenze

CONTRATTO DI AREA MEDICA 2002-2005: TRA HANDICAP E CONTRADDIZIONI

Carlo Sizia

IL vecchio contratto di area medica (quadriennio 1998-2001) è scaduto il 31 dicembre 2001. A febbraio 2004 non sono ancora state avviate le trattative per la definizione del nuovo contratto, quello relativo al quadriennio 2002-2005, nonostante che sia ormai trascorso l'intero primo biennio economico (2002-2003) del contratto stesso.

L'esperienza ci dice che per rinnovare un contratto come il nostro occorre non meno di un anno di trattative, a cui vanno aggiunti almeno sei mesi per i vari passaggi autorizzativi prima della stipula definitiva.

Basterebbe ricordare i tempi di quella "piccola cosa" che sono le "code contrattuali" relative al CCNL '98-2001 (siglate una prima volta a luglio 2002, una seconda volta a maggio 2003, per essere infine stipulate il 10/02/2004!), per comprendere come

siano realistiche le mie previsioni.

Ciò significa che se le trattative inizieranno solo nell'imminenza delle elezioni (amministrative ed europee) di primavera 2004, prima di giungere ad una siglatura, e poi alla sottoscrizione, ed infine alla stipula, occorreranno dai 12 ai 18 mesi (quindi, a metà-fine 2005 avremo il nuovo contratto!).

Questa tempistica è il termometro più sensibile per rilevare quanto sia malato l'attuale sistema della contrattualità dell'ex pubblico impiego, e quanto siano castranti gli accordi generali sul costo del lavoro del 1992-1993 al fine di garantire almeno l'invarianza del potere d'acquisto dei nostri salari.

Infatti quegli accordi (confermati, purtroppo, fino ad oggi) prevedono che i parametri cui

devono adeguarsi i benefici economici dei rinnovi contrattuali siano rappresentati: dall'inflazione programmata relativa agli anni della vigenza contrattuale (dal 2002 al 2005, in questo caso) più lo scostamento tra inflazione programmata e reale registrato nei due bienni che precedono i due nuovi contratti economici (2002-2003 e 2004-2005) di cui si compone il quadriennio normativo-contrattuale 2002-2005.

Capita tuttavia che i Governi facciano, abitualmente e strumentalmente, questa "politica", cioè di: tenere basse le stime previsionali dell'inflazione programmata; sottostimare, poi, l'inflazione reale attraverso indici di misurazione bugiardi; rinnovare i contratti con 3-4 anni di ritardo; non riconoscere interessi e rivalutazione sulle somme corrisposte in ritardo rispetto alle previsioni contrattuali, ecc.

Se Voi applicate gli atteggiamenti anzidetti, ad esempio alle "code contrattuali" di fresca stipula, vi accorgete che lo 0,92% di incremento economico, riferito al 2001, riconosciutoci dalle "code" stesse, perde il suo significato di ristoro stipendiale, visto che verrà corrisposto in busta-paga ai medici dipendenti (e senza 1 euro per interessi e rivalutazione) non prima di Pasqua 2004, vale a dire dopo che i

Colleghi, come tutti gli altri cittadini italiani, hanno vissuto e patito una svalutazione reale del 2,5% nel 2002 e del 2,7% nel 2003 (con una perdita totale di potere di acquisto del loro salario del 5,2%, valore ufficiale ISTAT, ma bugiardo per sottostima).

Ma c'è di più e di peggio. A febbraio 2002, il Vice Presidente del Consiglio, on. Gianfranco Fini, ha stipulato a nome del Governo un



accordo con CGIL, CISLe UIL per il rinnovo dei contratti del pubblico impiego relativi al 1° biennio economico 2002-2003, con la previsione di un incremento a regime nella misura del + 5,66%.

Nonostante che dal febbraio 2002 ad oggi siano state approvate due ulteriori leggi finanziarie (quella per il 2003 e per il 2004), se si vanno a computare le risorse assegnate dalle leggi finanziarie (quelle per il 2002, il 2003 ed il 2004) per il rinnovo del contratto del 1° biennio economico 2002 e 2003, si vede che la carenza di risorse è sconcertante e scandalosa. Infatti per dare effettivamente a tutto il personale del Comparto sanitario (il cui numero non arriva a rappresentare neppure il 20% di tutti i pubblici dipendenti) il beneficio economico del + 5,66%, come dovutoci e come pattuito tra sindacati confederali e l'on. Fini, occorrerebbe impegnare il 43% delle risorse contrattuali messe a bilancio per i rinnovi 2002-2003 dei contratti di tutti i 3.500.000 dipendenti pubblici.

La conseguenza è fin troppo prevedibile: avremo meno del 5,66% di beneficio economico per il biennio 2002-2003, con l'aggravante che i "benefici" ci saranno corrisposti (all'incirca) tra fine 2005 e inizio 2006, sempre senza interessi e senza rivalutazione monetaria, quando cioè avremo patito un'ulteriore 4-5% di svalutazione reale negli anni 2004 e 2005. Dico questo perché non riconosco né al Presidente Berlusconi, né all'on. Fini, né al Ministro Tremonti, alcuna capacità di fare miracoli, anzi non riconosco loro neppure l'abilità di fare previsioni almeno ragionevoli.

Ma non è ancora finita. Di fronte a questo quadro economico desolante, cosa hanno pensato di fare le Regioni, a cui è da addebitare pienamente la responsabilità della bozza di atto di indirizzo (giugno 2003) del Comitato di settore all'ARAN per il CCNL di area medica 2002-2005?

Hanno pensato che, a fronte di un contratto senza benefici economici, anzi in sicura perdita economica sul piano del potere reale d'acquisto delle retribuzioni, fosse ancora possibile chiedere alla nostra categoria:

✓ di accettare un orario di lavoro contrattuale senza limiti massimi, con la sola indicazione dell'orario di lavoro minimo (almeno 38 ore settimanali);

✓ di abolire il lavoro straordinario ed il relativo compenso (basterebbe, a tal fine, il premio di produttività!);

✓ di rinegoziare la indennità di esclusività di rapporto, che non sarebbe più motivata dalla rinuncia permanente all'esercizio libero-professionale extramurario, ma che andrebbe "riguadagnata" attraverso un "adeguato riscontro in obiettivi di qualitativi aggiuntivi da assegnare alla dirigenza";

✓ di rinunciare alla "riserva settimanale" di ore di attività non assistenziali, proprio ora che c'è l'obbligo generalizzato

di conseguire i crediti ECM;

✓ di abolire ogni argine ai recessi ingiustificati da parte delle aziende, cominciando con l'eliminare il Comitato dei garanti;

✓ di accettare il solito "bla, bla..." sulla necessità di trasferire risorse dall'ospedale al territorio, ecc., ecc.

No, anche alle provocazioni c'è un limite, e lo sciopero della categoria testimonia che la misura è colma: continuando così si distruggono ancor prima il Servizio sanitario nazionale e gli ospedali pubblici, che la nostra categoria, che ha ormai acquisito anticorpi e "calli", laddove servono.

Chi fa la malapolitica che ho fin qui criticato, non può tuttavia illudersi:

✓ che la Sanità pubblica possa essere lasciata senza governo, come è stata da due anni e mezzo a questa parte, ed in una anarchia assoluta circa ruoli e competenze dei tre livelli gestionali del bene-salute: centrale, regionale, locale;

✓ che gli ospedali possano essere lasciati andare alla deriva, senza finanziamenti, senza adeguamenti organizzativi, strutturali e mentali, senza atti di indirizzo e coordinamento di valenza generale su personale e dotazioni, ecc.;

✓ che si possa prescindere da una normativa contrattuale tempestiva e intelligente per migliorare organizzazione, qualità e resa del lavoro professionale;

✓ che si possa continuare a rinnovare i contratti quando sono ormai praticamente già scaduti, guardando cioè, paradossalmente, più al passato che al futuro;

✓ che la nostra categoria sia areattiva, solo desiderosa di "tirare a campare".

Se la classe politica che ci governa non crede agli "allarmi" che abbiamo lanciato, e che qui rinnoviamo, potrà fare una piccola verifica dopo le prossime elezioni (che cadranno dopo i prossimi scioperi, inevitabili e doverosi, di tutti i medici dipendenti). Allora, vedremo chi ha fatto diagnosi e prognosi corrette.

UNO SCIOPERO "PER AMORE"

Giancarlo Faletti

La sensazione collettiva di un'estensione a dismisura della fascia della povertà o dell'allargamento dimensionale e quantitativo dei nuovi poveri, tradotto efficacemente nello slogan "stipendi in lire e spesa in euro", si sperimenta sul campo dei bisogni primari, quelli, per intenderci, per cui - Costituzione alla mano - si era coniata la categoria dei diritti sociali, individuali e collettivi, tra i quali primeggia a tutto tondo il diritto alla salute.

Non è un caso che la stampa quotidiana segnali - con interventi spesso punteggiati da interviste sul campo - il progressivo deteriorarsi del welfare proprio in quegli ambiti per i quali il senso della comune appartenenza ad un unico consesso statale aveva ben marcato l'esigenza di un "farsi carico" collettivo del disagio individuale. E la divaricazione, l'allargamento della forbice, la (voluta o causale) contrapposizione di interessi esalta, esacerbando, il conflitto sociale fino a mettere in crisi i modelli di rappresentatività sociale fino ad oggi istituzionali e storicamente praticati. Stato contro Regioni, organizzazioni spontanee contro sindacati,

l'autodeterminazione contro le regole, garantiti contro precari, stabilizzati contro instabili, i "consumatori" contro le concentrazioni di capitale, chi se lo può permettere contro chi no.

Ed i conflitti nel mondo del lavoro (sanitario nella specie) sono, per molti aspetti, emblematici di questa nuova realtà: le competenze sanitarie trasferite alle Regioni senza che sia chiaro come possano esercitarle; il Fondo Sanitario che rimane centralizzato a fini perequativi a fronte di bisogni diversificati e variamente diffusi; l'emergere di nuove forme di rappresentanza della dipendenza, affatto codificati ma di palese evidenza; l'attacco alla stabilità del rapporto di lavoro sia con il moltiplicarsi delle forme di precariato (altro non sono, infatti, le svariato forme di "collaborazione" a tempo determinato con cui si tendono a coprire le vacanze di organico ormai endemiche), sia con la chiusura dei reparti, sia con la terziarizzazione di attività facenti parte del core business sanitario; ed alla fine, il mantenimento della vacanza contrattuale sine die (e senza indennità compensativa), cosicché dal con-

tratto scaduto nel 2001 non si parla seriamente neppure nell'anno in corso.

Tutti gli interlocutori istituzionali hanno ottime ragioni per defilarsi: lo Stato, perché la crisi economica rende evidente che le casse sono vuote e la materia sanitaria è ormai di competenza esclusiva regionale; le Regioni, perché i deficit maturati (e ripianati in ritardo, quando ripianati) non consentono programmazioni di sorta e meno che mai investimenti e, in ogni caso, perché le competenze sono state trasferite solo sulla carta; l'ARAN che attende l'atto di indirizzo e quest'ultimo che non può essere emanato perché non si è in condizioni di scriverlo; il Parlamento che blocca le assunzioni e le ASL che non le possono attivare; il Ministro che fa quello che può (e non può molto).

Ed allora, hanno ragione i medici ospedalieri pubblici a scioperare?

Personalmente, credo che la proverbiale pazienza di Giobbe ed i non disinteressati appelli al senso di responsabilità abbiano, da tempo, superato i limiti dell'umana e professionale sopportazione. Voglio dire, cioè, che qualsiasi argomento che inviti alla serena e

NON FACCIAMO DELL'ETÀ PENSIONABILE UN TABÙ

Quando appare in cielo la luce di stelle vissute miliardi di anni fa e già morte, dovremmo riflettere su come gli eventi del passato sappiano ancor oggi produrre effetti nella nostra realtà quotidiana.

Intorno al 1930, ad esempio, si verificarono due situazioni importanti: a) la creazione di presidi pediatrici in ogni paese d'Italia (reparti ospedalieri, consultori ONMI o semplici presenze di puericultrici), che abbatté drasticamente la fino ad allora elevata mortalità infantile italiana; b) la creazione "politica" di famiglie numerose, perché il fascismo premiava chi faceva molti figli.

Negli anni successivi, l'ondata demografica di questi bambini (improvvisamente più numerosi che nelle generazioni precedenti, perché nati di più e sopravvissuti di più), ebbe la sorte di passare indenne attraverso la seconda guerra mondiale (fortuna mai riservata alle generazioni precedenti), perché fra il 1939 ed il 1945 questi ragazzi avevano dai nove ai sedici anni.

Nel dopoguerra, questa ondata, diventata ormai di adulti, si rinforzò con l'arrivo degli antibiotici (meno morti da infezioni) e andò beneficiando del progresso medico-scientifico, capace da qualche anno di allungare sempre di più la vita media dell'uomo.

Nati di più, sopravvissuti di più, sfuggiti alla guerra, resi longevi dalla medicina, i componenti di questa "onda anomala" vanno verso i 75 anni di età e da almeno dieci anni stanno mettendo in crisi le istituzioni assistenziali pubbliche: a livello locale perché tutte le strutture e i servizi per gli anziani sono diventati all'improvviso insufficienti sul piano numerico; a livello statale perché il meccanismo pensionistico è andato in crisi senza ritorno.

Da 10 anni circa gli economisti hanno capito che il sistema previdenziale pensionistico è morto annegato all'arrivo di questa "ondata di anziani" e avvertono i politici che il progressivo allungamento della vita media rende sempre più grave la situazione.

L'aliquota contributiva (vale a dire la percentuale sottratta al lavoratore per finanziare il meccanismo pensionistico) è oggi del 32,7% e, considerando che l'italiano medio stabilizza il suo lavoro verso i 25-30 anni, lavorando per una trentina d'anni, possiamo ritenere che, finanziando un anno pensionistico con la trattenuta di 3 anni di lavoro, riesca ad autofinanziarsi per 10-12 anni circa di pensione. Come dire che, per ogni anno di vita ulteriore, dovrà "bruciare" i contributi versati da un lavoratore in servizio, il quale però, pur versando i contributi previdenziali, non finanzia il proprio futuro pensionistico. La cosa sarebbe ancora sostenibile se, per ogni pensionato, ci fossero almeno 3 lavoratori "attivi" nel versare contributi ma, al contrario, oggi il rapporto vede crescere i pensionati e calare i lavoratori attivi per tante cause, sia perché si inizia a lavorare più tardi, sia perché dilaga il cosiddetto "lavoro atipico".

In pratica, siamo alla bancarotta, da diversi anni il meccanismo pensionistico è una specie di grande Parmalat autopetruantesi per mancanza di coraggio: mancanza di coraggio da parte di quei Governi che, in passato, non hanno attuato una coraggiosa e doverosa riforma previdenziale.

Certo, toccare le pensioni spaventa ogni Governo, anche perché (come "la storia" insegna) i Governi che hanno veramente riformato le pensioni sono poi crollati. Forse è per questo che, nell'aprile

ponderata riflessione ed all'esigenza di "fare un passo indietro" nel generale interesse non possa più avere adeguato appeal, produttivo effetto, seguito convinto e costretto. La misura è colma, come lo è stata nel recente quella di altre categorie sociali che, infatti, rotti gli indugi e bypassati gli schieramenti, hanno deciso di "affrontare il mondo" ponendolo di fronte ad una realtà forse non ancora così approfonditamente nota. Se si fermano gli autotrasporti pubblici, le città si paralizzano; se si fermano i medici, però, le persone muoiono o comunque non sono curate o assistite. Bisogna attendere che l'exasperazione si sfoghi con prese di posizione estreme?

Alcuni elementi per riflettere. Il contratto è scaduto nel 2001, le "code contrattuali", cioè le materie oggetto di trattativa in quella tornata e posticipate per consentire la sottoscrizione di un contratto nei limiti (temporali) della (in)decenza, sono state siglate nel febbraio 2004 (ma si riferiscono al contratto scaduto nel 2001); l'indennità di "vacanza contrattuale", ancorché prevista, non è in concreto corrisposta in assenza di un atto governativo che lo consenta (il primo biennio economico è scaduto nel 2003 e quell'inflazione è già stata assorbita dagli aumenti del costo della vita successivo); la trattativa non è neppure abbozzata, posto che le Regioni non emanano altro atto di indennizzo in assenza di chiarezza sulle competenze e, soprattutto, sui finanziamen-

ti; nel 2005 scade il secondo biennio economico e l'intero quadriennio normativo; è in discussione il mantenimento dell'indennità di esclusiva (l'unico, vero aumento "stipendiale" ottenuto a fronte del "castigo" della reclusione ospedaliera) che, comunque, non rileva al fine della quantificazione del monte salari, utile per definire il fabbisogno economico. Sul piano normativo, il ddl Casellati ha visto il via libera della Commissione Igiene e Sanità del Senato nella seduta del 4/2/04, quando il Presidente del Consiglio proclama ai quattro venti di aver da tempo esaurito gli impegni sottoscritti con l'elettoreato nell'altrettanto mitica serata del "Contratto preelettorale con gli Italiani" (e la riforma del D.Lgs. 229/99 era contenuta in quel contratto!).

Eppure il fallimento dell'esclusiva è sotto gli occhi di tutti, la "prigione" sanitaria non ha pagato nulla di quanto l'aveva giustificata. E, nonostante queste premesse, la spesa per medicinali è scesa per il SSN del 6,1% nel 2003 su base 2002 e nello stesso periodo è aumentata del 17,5% per i privati; secondo una ricerca OCSE, ogni italiano spendeva per la salute 202 dollari nel 1990 e ne ha spesi 448 nel 2001; dal 1996 al 2001 i posti letto sono calati di 65 mila unità; le liste di attesa pubbliche sono inalterate o progrediscono in quelle specialità dove maggiore è l'offerta privata.

Si parla, ormai espressamente, di ticket sulla paura, di balzello sull'urgenza, intendendo

così definire il ricorso alla prestazione privata quando le attese nel pubblico non sono compatibili con lo stato di salute del paziente. Ed ecco che il cerchio si chiude, penalizzando in tal modo chi "non si può permettere" di aspettare e deve ricorrere alla sanità a pagamento.

Il paradosso è che tutti coloro che si occupano di questo dramma nazionale sono d'accordo nel riconoscere ai medici ospedalieri pubblici, in genere, una competenza ed una professionalità non riscontrabili nel privato. Ma, evidentemente, è un patrimonio che non interessa, che non si intende valorizzare, né tutelare. E, quindi, assiomaticamente, la mala sanità non è (solo) un problema medico ma (soprattutto) un problema organizzativo, di struttura. È il Sistema Sanità Pubblica che si intende smantellare e, con esso, la conquista del diritto alla salute e l'attuazione del precetto costituzionale.

Ho, quindi, l'impressione che lo sciopero dei medici, finalmente unitario, finalmente proclamato e realizzato, sia la manifestazione del troppo amore che lega questa categoria alla sua professione. Ma di troppo amore si rischia spesso di soffrire, perché incompreso, senza prospettive, incapace di positivi atti concreti. Guai, però, a chi non usa il cuore nel proprio mestiere.

Giancarlo Faletti
Avvocato

1995, il Governo Dini fece, con l'allora Ministro Treu, una riforma-fantasma, realizzabile a distanza di anni, per tirarsi fuori del problema senza pestare i piedi a nessuno, ma lasciando andare tutto allo sbando economico. Fu mossa furba e pilatesca, che io (allora deputato) critici, ma che permise al Centrosinistra, allora, di vincere le elezioni politiche del 1996.

Oggi, con senso di responsabilità mai visto, il Governo Berlusconi prende su di sé la croce delle inadempienze dei precedenti Governi e punta a varare una riforma necessaria se si vuole salvare la previdenza pubblica dalla bancarotta e salvare il futuro pensionistico delle nuove generazioni, senza penalizzare eccessivamente gli attuali pensionandi.

Gli "scontenti di professione", o per partito preso, diranno che qualche disagio, almeno ad alcune fasce di pensionandi, la nuova riforma lo provoca. Si tratta però di disagi sostanzialmente accettabili e moralmente inevitabili se non si vuole far scontare pesantemente alle generazioni future danni irreparabili, provocati dalla difesa ad oltranza di un modello non più giustificabile.

In altre parole, se Berlusconi non farà oggi questa riforma, il nostro futuro previdenziale andrà molto probabilmente allo sfascio. Allora cerchiamo di essere seri, schierandoci dalla parte di un atteggiamento responsabile verso un Governo che rischia grosso elettoralisticamente e accetta di farlo pur di garantire stabilità economica al futuro dei lavoratori.

Sarebbe miope prendersela con il medico che ci fa una puntura necessaria per salvarci la vita, solo perché quella puntura fa un po'

male. Sarebbe addirittura demenziale, per questa stessa ragione, cambiare medico alla prima occasione. Si potrebbe semmai discutere se diluire a gradini, di anno in anno (anziché tutto ad una data ben precisa) l'avvio della modifica delle età anagrafiche e contributive previste, ma sulla necessità della riforma dovremo convincerci.

C'è da considerare, inoltre, che al di là di ogni ragionamento contabile, noi dovremmo porci anche altri obiettivi. Il primo dovrebbe essere quello di abbassare l'aliquota contributiva dal 32,7% ad almeno il 25%. Ne deriverebbero più risorse per il lavoratore, oppure finanziamenti per attività formative o per costituire un Fondo per la tutela degli anziani non autosufficienti, fascia sociale molto delicata.

Si potrebbe, poi, incentivare in questo modo la possibilità per i giovani lavoratori di incominciare a crearsi pensioni integrative, il cosiddetto "secondo pilastro pensionistico". Per poter continuare a sperare in tutto questo, occorre riformare subito il nostro sistema previdenziale. Occorre rendersi conto che andare in pensione qualche anno più tardi, visto che ormai si vive sempre di più, non deve essere sentito come una cosa illogica, né come sacrilego attacco ai "diritti acquisiti". Anzi, sotto sotto, è l'inevitabile prezzo di un "passo avanti" compiuto dall'uomo nella sua evoluzione storica.

Enrico Hillweck
Sindaco di Vicenza

L'ETICA PROFESSIONALE OGGI

Stefano Biasoli



Tratterò questo tema da “vecchio medico” e secondo un’ottica laica, a prescindere dalla mia formazione cattolica.

UMANIZZAZIONE ED ETICA PROFESSIONALE

Nel mondo della salute e della malattia, c’è l’assoluta esigenza di una umanizzazione, ossia di una particolare attenzione ai rapporti interpersonali. Umanizzazione significa riconoscere l’identità dell’Altro (quella dell’operatore sanitario e quella del paziente coinvolto nell’atto sanitario) e metterle in relazione, in modo concreto e positivo.

Ciascun professionista è portatore di competenze e di esperienze personali. Ciascun paziente-cliente è una persona con dei problemi: è come un libro intonso, pieno di capitoli da leggere e da interpretare. Si tratta di un libro giallo, del quale nessuno dei due attori (l’autore-paziente ed il lettore-medico) conosce la fine, perché il libro è interattivo nel senso che la fine è pesantemente condizionata dal rapporto di fiducia instaurato tra medico e paziente e dalla costanza-accuratezza con cui il paziente seguirà i consigli dei medici.

Se ci pensate, è sempre così, anche nelle patologie senza speranza, che però vengono rallentate in modo linearmente correlato alla effettività della alleanza tra medico e paziente.

È un problema di qualità, di conoscenza e di valori da condividere. La medicina italiana, oggi, favorisce l’umanizzazione, oppure la tecnologia, l’iperspecializzazione ed i carichi di lavoro (X prestazioni/ora) hanno compromesso quel rapporto medico-paziente e quel rapporto medico-famiglia che era la

forza e la sostanza della Sanità di ampia parte del Novecento? Se il rapporto umanizzante è in crisi, se l’etica professionale ne soffre, come possiamo attivare un percorso che conduca ad un modello di Sanità più equo, più solidale e più umanizzante? Attraverso un percorso che: a) approfondisca le esigenze; b) promuova sinergie di soggetti e di competenze; c) comunichi e diffonda i risultati. Umanizzazione e comunicazione sono, quindi, due aspetti inscindibili.

Spesso noi medici, tecnici di una Sanità moderna, ci dimentichiamo che la malattia non è una scienza esatta, che la medicina non è fatta solo di indagini strumentali e dell’analisi fredda di organi ed apparati, che la medicina non è fatta di malattie o di sindromi a se stanti, ma di malati e di pazienti, anzi ... di quel paziente ammalato.

Etica professionale significa: adoperare il camice bianco con lo stesso coinvolgimento con cui il sacerdote veste la stola; “confessare” il paziente, con calma e spirito sereno; condividere i problemi per aiutare ad affrontarli, con o senza farmaci, tecnologie sofisticate, organi artificiali o trapianti.

Oggi il paziente è avido di informazioni, ma ancor più di quel rapporto diretto tra medico e paziente che era tipico delle scuole mediche greca, romana e salernitana e che, purtroppo, è invece sottovalutato dalla tradizione medica anglosassone, che privilegia il tecnicismo e gli aspetti economici.

Occorre fare un passo indietro, per ricostruire quel rapporto di fiducia che una lunga stagione tecnocratica ha, di fatto, affievolito.