



L'ALBERO DELLA VITA

Valeria Addante

I mezzi di comunicazione ci hanno informato che sono state individuate tutte le lettere che compongono il "libro della vita" dell'uomo: la mappatura del genoma umano è stata completata, e sicuramente con qualche anno di anticipo sulle previsioni.

L'annuncio ufficiale è stato dato poco tempo fa dal Wellcome Trust Sanger Institute, l'unica istituzione britannica che sta partecipando allo studio internazionale del "libro della vita". Il direttore dell'Istituto, Prof. Allan Bradley, ha affermato che il completamento del genoma umano "è un passo vitale su una strada ancora lunga", ma che nel tempo i benefici che il progetto porterà all'uomo "potrebbero essere fenomenali".

La nostra immediata considerazione è che l'impresa è riuscita giusto in tempo per l'anniversario dell'altra grande scoperta, quella del DNA, che nell'aprile scorso ha celebrato il mezzo secolo.

Anche il Consorzio pubblico internazionale, capeggiato da Francis Collins, ha annunciato di avere completata la mappatura del codice genetico degli esseri umani. Poco meno di tre anni fa, nel giugno del 2000, venne resa pubblica la "bozza" relativa al 97% del genoma umano.

Ora, grazie alla collaborazione di scienziati americani, britannici, francesi, tedeschi, giapponesi e cinesi, sono stati riempiti i "vuoti", per cui si può dire che la mappatura sia praticamente arrivata al 100%. Risultato che, grazie all'impegno da "globalizzazione scientifica", alla robotica e ai supercomputer, è giunto con un paio d'anni di anticipo rispetto alle previsioni.

Eppure, allorché fu varato il "Progetto genoma umano", moltissimi erano convinti che ci sarebbero voluti forse più di venti anni per concludere i lavori.

La sequenza completa aiuterà gli scienziati ad identificare circa 40.000 geni che, secondo l'ipotesi del "Progetto genoma umano" (il Consorzio pubblico), costituiscono il nostro patrimonio ereditario.

In realtà resta ancora qualche spazio in bianco nella mappatura: alcuni tratti sono risultati molto difficili da decifrare, perché duplicati molte volte, con la conseguenza che è difficilissimo collocarli al loro posto in un labirinto costituito da tre miliardi di lettere. Per qualche causa ancora sconosciuta, i sofisticatissimi strumenti di cui dispone attualmente la biologia molecolare non riescono a penetrare in questi punti.

Il completamento della mappa certamente darà un impulso ancora maggiore alla ricerca genomica in campo farmaceutico e a quella biologica. "La bozza di lavoro effettuata nel 2000 ha permesso l'avvio di una quantità di progetti biomedicali" spiega la Dott.ssa Jane Rogers, responsabile del sequenziamento al Sanger Institute, unico centro britannico che ha partecipato al progetto. "Ora hanno a disposizione un prodotto ben rifinito, che agevolerà di molto il lavoro".

Con il completamento della mappa del genoma umano, i ricercatori hanno potuto conoscere tutte le parole contenute nel "libro della vita". Il problema vero adesso è di metterle in ordine e organizzarle. Nell'era del post genoma tutte le sequenze di informazione genetica dovranno essere riordinate e trovare un senso compiuto; solamente questo permetterà di conoscere completamente quale funzione svolge ciascun gene.

Quello che si prepara, dunque, è una profonda rivoluzione nella medicina, con la possibilità concreta di preparare cure e farmaci su misura per ogni paziente.

Fino ai giorni nostri individuare un gene significava scoprire a quale malattia fosse collegato; un domani sapere che cosa fa un gene potrebbe aprire la strada a nuove cure, così come alla possibilità di mettere a punto farmaci intelligenti e personalizzati.

Ottenere risultati concreti potrebbe anche richiedere un periodo lungo molti anni, secondo alcuni scienziati "almeno una decina", ma va anche ammesso che fin'ora la tecnologia ha permesso di accelerare notevolmente le tappe della ricerca.

Racchiuso nel nucleo di ogni cellula, il genoma contiene le istruzioni indispensabili a costruire un organismo completo; esso è contenuto nella molecola a doppia elica DNA (acido desossiribonucleico), ripiegata nei cromosomi. Se poi si potesse distendere, la catena di DNA di un mammifero sarebbe lunga oltre 16 metri e larga meno di un miliardesimo di millimetro. Ogni catena di DNA è composta da unità chiamate nucleotidi, composti da uno zucchero, un fosfato e una base.

Le basi sono i mattoni del codice genetico e sono indicate dalle lettere A (adenosina), C (citosina), T (timida) e G (guanina). Le due catene di DNA che si intrecciano nella doppia elica sono tenute insieme da legami che mettono in corrispondenza le basi di ogni catena, formando paia di basi. Le ricerche hanno permesso di scoprirne tre miliardi nel genoma umano. Ogni insieme di basi organizzate in sequenza forma un gene, l'unità di informazione che controlla la produzione delle proteine.

Il percorso futuro sarà quello di scoprire le sequenze che compongono ogni gene. In verità questo appare un compito abbastanza difficile, se si pensa che i geni corrispondono solo al 3% dei tre miliardi di basi. In effetti quello che si conosce ora è una lista di parole, di cui il 95% senza definizione e mescolate a caso. Dunque, ora bisogna ordinarle e trovare le esatte definizioni. Ciò è stato fatto per alcuni geni, ma la maggior parte di essi è ancora un mistero al punto che non se ne conosce esattamente nemmeno il numero: si ritiene con buona sicurezza che vadano da un minimo di 38.000 a 100.000.

Ma quello di cui comunque siamo certi è che il sequenziamento del DNA umano potrà favorire grandi passi avanti nella comprensione degli immensi segreti della vita.

RECENSIONI



Entambi i lavori dell'avv. Nicola Gasparro, Direttore del servizio Affari Generali e Legali, nonché docente presso l'Università degli studi di Bari, affrontano con profonda competenza e conoscenza il rapporto di lavoro alle dipendenze della sanità pubblica e la sua cessazione.

Il primo volume "Sanità e rapporto di lavoro" è un testo rivolto a tutti gli operatori appartenenti al mondo della sanità: medici, dirigenti, personale infermieristico e amministrativo.

Le materie in esso trattate evidenziano in modo competente e puntuale gli aspetti salienti delle riforme sanitarie e della pubblica amministrazione.

Scritto con linguaggio concreto e scorrevole il testo citato diventa una vera e propria guida per districarsi nel complesso mondo del diritto sanitario.

Il secondo lavoro dell'avv. Gasparro "Le cause estintive del rapporto di lavoro nella sanità pubblica" segue per continuità e logica giuridica il precedente testo.

Nel complesso divenire delle norme che regolamentano la cessazione del rapporto di lavoro pubblico l'Autore, con linguaggio tecnico e settoriale ma allo stesso tempo chiaro e lineare, ha magistralmente enucleato la normativa riguardante la giusta causa e il giustificato motivo di licenziamento, le verifiche negative nei confronti dei dirigenti e il recesso dell'azienda sanitaria.

Anche questo libro dunque è diventato un importante punto di riferimento per chi opera nel convulso mondo della sanità.

CdR

La campagna antifumo che si sta facendo sempre più incisiva in molti Paesi del mondo ha in Inghilterra origini antiche e "regali".

Esattamente quattro secoli fa, nel 1604, il fumo veniva infatti condannato severamente in un testo pubblicato da re Giacomo I Stuart.

L'uso del tabacco, introdotto in Inghilterra da pochi anni, si stava diffondendo in modo allarmante nel suo regno come nuova moda e nuovo status symbol. In "Invettiva contro il tabacco", il sovrano spiega le ragioni della sua avversione nei confronti del fumo, usando argomentazioni di carattere medico e morale.

Nella prima parte confuta infatti le teorie di coloro che attribuivano proprietà curative al tabacco e mette in guardia dall'uso di una sostanza che ritiene oltremodo sgradevole e nociva alla salute.

Nella seconda parte Giacomo I denuncia con severità due gravi debolezze di cui ritiene colpevoli i fumatori: il desiderio di imitare gli altri e l'incapacità di resistere



ad una futile moda. Da tutto ciò deriva una dannosa dipendenza dal tabacco che mina il loro fisico, ha un notevole costo economico e incide negativamente sulla loro vita sociale.

Il fumo – conclude il re – non è altro che "un'abitudine disgustosa per gli occhi, odiosa per il naso, dannosa per il cervello e perniciosa per i polmoni". L'interessante pamphlet del sovrano inglese è stato recentemente pubblicato in traduzione italiana (Giacomo I Stuart, "Invettiva contro il tabacco", Tirrenia Stampatori, 2003, € 10), in un volume curato da Mariangela Mosca Bonsignore, docente della Facoltà di Lingue e Letterature Straniere dell'Università di Torino.

Il testo è accompagnato dal saggio "Quel fumo infernale: tabacco e fumatori nell'Inghilterra del primo Seicento" e dalla riproduzione in fac-simile della prima edizione del 1604, raro esemplare in possesso della Bodleian Library di Oxford.

>>> segue da pag. 32

interno ai servizi erogatori, destinato alle funzioni di gestione agende, ma consente di delegare questo compito a personale formato e specificatamente utilizzato, in grado quindi di sfruttare appieno le potenzialità offerte dal sistema software. In questo modo si raggiunge l'obiettivo di ottimizzare il numero complessivo di risorse umane necessarie allo svolgimento di queste funzioni, liberando risorse interne alle Aziende per lo svolgimento di funzioni più specifiche e pertinenti al ruolo ricoperto. Allo stesso tempo, questo modello lascia inalterata l'autonomia e la libertà di definire l'organizzazione dell'offerta in congruità con le esigenze organizzative e cliniche di una Unità operativa o di un Servizio: il personale dedicato alla gestione delle agende agisce infatti solo su esplicite richieste dei responsabili delle diverse unità operative. È possibile, quindi, fare alcune considerazioni in merito al valore aggiunto che il nuovo modello di Centro Servizi CUP è in grado di apportare all'organizzazione dell'offerta sanitaria. In particolare permette di:

- aumentare la trasparenza e la visibilità dell'offerta sanitaria globale (tutto quello che è immesso in rete dalle strutture pubbliche, dalle strutture private accreditate, in regime SSN o libero-professionale è perfettamente visibile da chiunque, presso qualsiasi sportello o punto CUP, tradizionale, telefonico o "virtuale");
- razionalizzare il sistema degli accessi alle prestazioni sanitarie (tutto viene reso disponibile attraverso strumenti e regole omogenee, riducendo la frammentazione e la discrezionalità);
- centralizzare le informazioni necessarie per gestire in via informatica tutto il percorso clinico-assistenziale dell'utente;
- standardizzare ed uniformare le prestazioni sanitarie erogabili sul territorio, permettendo anche di paragonare le modalità, i tempi e i costi dell'erogazione;
- ampliare la possibilità di scelta favorendo, quindi, la circolarità della prenotazione per gli utenti e la concorrenzialità tra le strutture eroganti (tutti possono paragonare la propria offerta

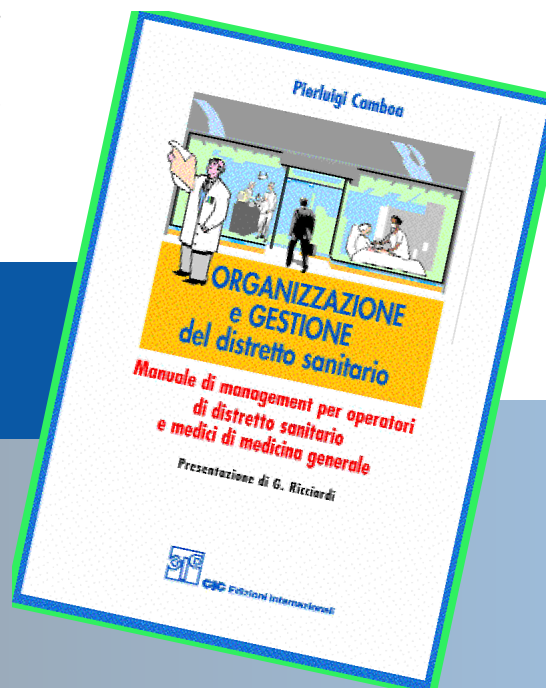
con quella altrui instaurando un meccanismo di benchmarking, di miglioramento continuo dei servizi offerti e di riprogettazione degli stessi);

- diminuire le barriere di accesso all'utenza (riduce le distanze fisiche e permette di prenotare al telefono o via web quello che prima poteva essere prenotato soltanto di persona o soltanto allo sportello di ogni singola Azienda);

- aprire nuove possibilità di elaborazione dei dati amministrativi e statistici per il reporting e il controllo dei flussi da parte delle Aziende sanitarie e delle amministrazioni locali, permettendo la realizzazione di un vero centro di Controllo di gestione che è lo strumento essenziale di governo;

- aumentare la saturazione dell'offerta sanitaria disponibile grazie ad un migliore raccordo fra domanda/offerta, sia in termini di prestazioni e strutture ora facilmente accessibili, sia in termini di maggiore conoscenza di quanto il mercato sanitario offre.

Non è dunque sbagliato affermare che un moderno sistema di distribuzione telematico dei servizi sanitari costituisce un fattore non secondario nell'ambito di una riforma dei sistemi di "welfare community", perché permette di limitare la dipendenza della domanda di servizi dall'offerta. Quanto di tutto questo sia attualmente conosciuto e governato dai medici è difficile a dirsi, ma certamente tutti questi processi non potranno realizzarsi senza un diretto e continuo coinvolgimento della parte professionale che dovrà cooperare, e vigilare, con quella tecnica-organizzativa all'interno delle Aziende sanitarie.



Pierluigi Camboa

Organizzazione e gestione del distretto sanitario

Manuale di management per operatori di distretto sanitario e medici di medicina generale

360 pagine - € 30,00

 **CIC Edizioni Internazionali**



I medici dipendenti sono in sciopero (9 febbraio; 8, 9 e 22 marzo 2004). Tra le tante "gaffes" del Ministro Sirchia in questo limitato periodo ne cito due: "i medici hanno delle buone ragioni per protestare" e "i medici non dovrebbero fare politica". Ma è possibile che il nostro illustre Collega (mi riferisco alla Sua formazione e professione medica) non abbia ancora capito che la ragione prima per cui i medici dipendenti oggi scioperano è proprio per sottolineare la fallimentare gestione del Ministero da Lui diretto in quasi tre anni di Governo? E se è "cosa buona e giusta" che i medici non facciano politica, perché Lui si ostina a farla, e malamente?



Il Vice Presidente Fini, a nome del Governo, ha sottoscritto nel febbraio 2002 un impegno con i rappresentanti di tutti i lavoratori del pubblico impiego per garantire un beneficio del 5,66% per il rinnovo dei contratti del 1° biennio economico (2002-2003) del quadriennio 2002-2005. Nonostante che, da allora, siano state approvate due ulteriori leggi finanziarie (quella per il 2003 e quella per il 2004), le risorse messe a bilancio per il contratto 2002-2003 dei dipendenti pubblici consentono, al più, di garantire la metà di quanto pubblicamente e ufficialmente pattuito nel 2002. È questa la coerenza del Governo? È questo il rispetto nei confronti degli impegni sottoscritti e dei diritti dei lavoratori? E come può essere sicuro, il Presidente Berlusconi, di uscire vittorioso dai prossimi appuntamenti (scontri) elettorali (giugno 2004)?



Le code contrattuali relative al CCNL '98/2001 di area medica sono state definitivamente stipulate il 10/02/2004. Ci sono voluti 18 mesi abbondanti per pas-

sare dalla sigla della preintesa (luglio 2002) alla stipula definitiva anzidetta. E tutto ciò per avere in busta paga 43.000 vecchie lire lorde mensili in più di retribuzione tabellare (+ 0,6% del monte salari 1999). Il residuo + 0,32% (per complessivo + 0,92%) del monte salari annuo al 31/12/1999 andrà ad incrementare (dal 1/01/2001) il fondo di cui all'art. 9 del CCNL 2000/2001 (per la retribuzione di posizione). Io credo che le Parti pubbliche abbiano perso in questa circostanza ogni pudore e credibilità, con danno non solo per la nostra categoria, ma per l'intero sistema-Paese.



Notizie confortanti dal "Report 2003" del Centro nazionale trapianti. I trapianti nel 2003 sono complessivamente cresciuti (+ 2% circa), rispettando le vecchie scale di frequenza: rene (quasi 1.500), fegato (poco meno di 900), cuore (circa 320), pancreas e polmoni (quasi 150 nel loro insieme). Gli aspetti critici, tra di loro collegati, rimangono: le lunghe liste di attesa (che vanno da quasi 1,5 anni per ottenere il trapianto di fegato agli oltre 3 anni per il trapianto di rene) e la esiguità dei donatori (attorno a 18 donatori per milione di persone, con l'Emilia Romagna in testa e Trento in coda).



Dopo un periodo quasi semestrale di "verifica" e di "messa a punto" della "macchina governativa", si dice ufficialmente che la verifica è ormai chiusa, che essa è stata utile ed ha dato risultati positivi, che il Governo Berlusconi 2 conferma il vecchio programma elettorale e vuole accelerare le riforme istituzionali e che, d'ora in poi, ci sarà più "collegialità" nella squadra del Centrodestra per realizzare il "programma". In realtà non è così: infatti è

fin troppo evidente che i Partiti della Casa delle Libertà stanno solo aspettando (preoccupati) l'appuntamento elettorale del giugno 2004 (amministrative parziali ed europee) per regolare i conti in modo definitivo tra di loro, sperando almeno di avere un buon risultato "per sé" (ecco la ragione della mancata lista unitaria del Centrodestra per le europee). Ho l'impressione che la leadership di Berlusconi non resisterà ad una chiara sconfitta elettorale di F.I. e del Centrodestra, vista anche la delusione che si respira diffusa dopo tre anni di Governo tutti all'insegna del vecchio armamentario da "prima Repubblica".



Il disegno di legge Casellati (A.S. 397) ha superato lo scoglio della Commissione Igiene e Sanità del Senato ed è pronto ad approdare in Aula. Esso prevede che i medici dipendenti possano recedere, previa domanda da presentare entro il mese di novembre di ciascun anno, dal rapporto di lavoro esclusivo, con effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo, e differisce la soppressione dei rapporti di lavoro a tempo definito "alla data della prima stipulazione, successiva alla data di entrata in vigore della presente legge, del relativo contratto collettivo nazionale di lavoro concernente la parte normativa". Non ci facciamo illusioni sull'approvazione del disegno di legge anzidetto perché, come insegnano i tentativi maldestri - tutti falliti - del Ministro Sirchia sulla modifica dello stato giuridico dei medici dipendenti, per realizzare obiettivi di sostanza bisogna volerli con convinzione e tenacia. Ame pare, invece, che questa maggioranza di Governo sia più interessata ad apparire (anche mediante lifting) che "ad essere". Come vorrei sbagliarmi!



Carlo Sizia

L'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Assr) ha reso nota la mappa dei consumi farmaceutici (in euro pro-capite) delle 197 ASL italiane nei primi 9 mesi del 2003. Sono emerse le solite difformità a livello nazionale: c'è chi spende la metà (ASL di Bressanone: 99 euro) e chi più del doppio (ASL Roma/A: 213 euro). La spesa media italiana risulta di 142 euro pro-capite; tra le Regioni più "risparmiose" ci sono il Piemonte ed il Veneto. Tutte le Regioni hanno però realizzato dei risparmi nel settore, se si raffrontano le spese farmaceutiche del 2003 con quelle del 2002. Ciò è dipeso dal fatto che tutte le Regioni hanno operato politiche di contenimento della spesa farmaceutica, anche attraverso l'introduzione di tickets farmaceutici (la maggioranza delle Regioni). Vi ricordo, tuttavia, come solo la CIMO-ASMD si fosse dichiarata contraria (sono passati solo tre anni) alla soppressione del ticket nazionale sulla farmaceutica operata dal Ministro Veronesi, con una mossa tanto irresponsabile quanto demagogica. I fatti ci hanno dato ragione!



Persistono cattivi rapporti tra Stato e Regioni nella specifica Conferenza che dovrebbe regolare la buona convivenza tra le istituzioni centrali e decentrate del Paese. Sono soprattutto le questioni finanziarie che stanno esasperando le Regioni. Se qualche schiarita pare aprirsi su proroga del Fondo di garanzia, dei

trasferimenti della "legge Bassanini" sul federalismo amministrativo e dell'aliquota di partecipazione all'IVA per il 2004, rimane da sciogliere la partita del blocco degli investimenti regionali (operata dalla legge finanziaria 2004) e la questione delle risorse per l'assistenza sanitaria a favore degli immigrati. Ma è soprattutto il sottofinanziamento del S.S.N. (con quel che pesa tale Servizio nei bilanci regionali!) la vera "patata bollente": perdurando l'attuale malcostume si creano infatti, ogni anno, deficit di gestione nella Sanità che vanno dai 4 ai 5 miliardi di euro (8-10.000 miliardi di vecchie lire). C'è poi il deficit pregresso (2001, 2002, 2003), che non è inferiore ai 12-13 miliardi di euro. Si ha un bel da bisticciare, da limare, da correggere, nella ripartizione del F.S.N. tra le Regioni, ma il cancro sta nel manico: la sottostima delle risorse per garantire almeno i LEA.



Il Governo ha cambiato impostazione alla riforma previdenziale (disegno di legge-delega in corso di approvazione al Senato). Fermo rimanendo fino al 2007 l'incentivo del + 32,7% (esentasse) per i lavoratori dipendenti privati che, pur in possesso dei requisiti di anzianità, rinverranno il pensionamento, la nuova strategia governativa prevede dal 2008: tre accessi per la pensione (requisiti di vecchiaia: 65 anni per gli uomini, 60 anni per le donne; requisiti di anzianità: 60 anni anagrafici e 35 anni contributivi,

ovvero 40 anni di contributi a prescindere dall'età anagrafica; dal 2008 al 2015 si potrà ancora andare in pensione di anzianità con i vecchi requisiti, cioè 57 anni di età e 35 anni di contribuzione, ma solo con il sistema di calcolo interamente contributivo); i requisiti di età per le pensioni di anzianità, fermi rimanendo i 35 anni contributivi, saliranno poi (solo per gli uomini) dai 60 ai 61 anni dal 2010 e dai 61 ai 62 anni dal 2013 (previa verifica); per i lavoratori assunti dal 1996, che ricadono quindi interamente nel sistema contributivo, l'età pensionabile sale dai 57 ai 65 anni per gli uomini (60 per le donne). Il Governo ha altresì accettato, su pressione dei sindacati: a) il meccanismo del "silenzio-assenso" per la devoluzione del TFR ai fondi previdenziali complementari; b) lo stralcio dalla legge-delega della questione della decontribuzione per i lavoratori neo-assunti (che inizialmente era prevista nella misura dai 3 ai 5 punti percentuali). Il fatto che il Governo non sia ancora riuscito (dopo 27 mesi) a portare in porto la conversione in legge dello schema di disegno di legge-delega sulla riforma previdenziale (approvato dal Consiglio dei Ministri a Natale 2001) e che ne abbia cambiato sostanzialmente l'impostazione originaria, conferma almeno tre verità: la materia è difficile e delicata; c'è in parecchi degli attuali Ministri una notevole dose di incapacità-improvvisazione; il Governo è diviso al suo interno ed in evidente crisi.



hanno firmato
una convenzione
per svolgere il servizio
di assistenza fiscale
relativo al modello 730

730
a tutti gli iscritti
CIMO-ASMD

Convenzione CIMO-CAF MCL

È stata confermata la convenzione con i CAF per il servizio di assistenza fiscale relativo al modello 730.

La tariffa concordata per il 2004 è di 20 euro.

Si invitano gli iscritti ed i loro familiari a segnalare l'iscrizione alla CIMO onde consentire la verifica dell'effettivo utilizzo del servizio.

Le sedi dei CAF-MCL sono reperibili agli indirizzi internet

www.cimoasmd.it - www.mcl.it

Rivolgersi al proprio Segretario
(aziendale, provinciale, o regionale)
per conoscere la sede CAF più vicina

IL DIRETTORE RISPONDE

Carlo Sizia

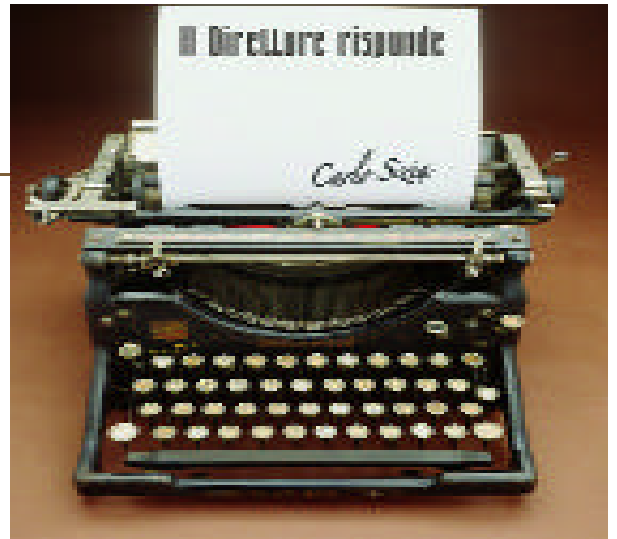
Congedo parentale

Il dott. G. L. ci scrive: Un periodo di malattia che insorge in un bambino per il quale si è richiesto un periodo di congedo parentale interrompe il congedo stesso e va, quindi, considerato "neutro" ai fini del complessivo periodo di congedo parentale spettante, come succede per la malattia del genitore sopraggiunta in corso di ferie? In pratica, ho chiesto ed ottenuto un periodo di congedo parentale per serie esigenze familiari. Nel corso del congedo, mio figlio si è ammalato per una settimana. In un primo tempo non ci ho pensato, poi mi è venuto un dubbio: il congedo parentale è un permesso che posso programmare per particolari esigenze familiari ed assistenziali, la malattia del bambino è invece un evento improvviso ed imprevedibile. È giusto pertanto "consumare" i giorni di congedo parentale, quando forse sarebbe più appropriato utilizzare l'art. 47 del D.Lgs. 151/2001, cioè il congedo per la malattia del figlio?

Il paragone con le malattie del lavoratore che, qualora intervengano in corso di ferie, sospendono le ferie stesse (che sono un diritto irrinunciabile per ogni lavoratore), non ha alcuna affinità logica con le malattie del figlio che possano intervenire in corso di congedo parentale del padre ex art. 32 D.Lgs. 151/2001.

Infatti il congedo parentale è motivato dai bisogni assistenziali del figlio, ed il massimo dei bisogni assistenziali si esprimono proprio in corso di eventuali malattie del figlio, che non interrompono pertanto il congedo parentale in essere.

Lei potrà sempre utilizzare nel prosieguo, qualora se ne realizzassero le condizioni, i congedi per le eventuali nuove malattie del figlio, qualora esse si manifestino nelle fasce di età del minore (fino a tre anni; dai tre agli otto anni) previste dall'art. 47 del D.Lgs. 151/2001.



Medico dipendente: incaricato di pubblico servizio o pubblico ufficiale?

Il dott. G.A. ci scrive: Vorrei chiedere qual è la qualifica giuridica del medico dipendente nell'esercizio delle funzioni di attività ambulatoriali divisionali ai fini della eventuale responsabilità in sede penale per gli atti relativi. Inoltre vorrei sapere se il registro dove vengono registrate le ecografie per esterni è considerato a tutti gli effetti un documento pubblico (cioè redatto da un pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio?). In definitiva, una eventuale imputazione per reato di falso ideologico, quale profilo di gravità presenta?

Rispondo al quesito, che mi pare tuttavia piuttosto criptico, cioè che non chiarisce il comportamento del Collega cui sono stati evidentemente contestati degli addebiti.

Ciò premesso:

- il medico dipendente – dirigente, che presta attività ambulatoriale in una struttura pubblica, mi pare incarni piuttosto, sul piano di una eventuale responsabilità penale, la posizione giuridica dello "incaricato di pubblico servizio", ai sensi dell'art. 358 c.p., che non quella del "pubblico ufficiale", ai sensi dell'art. 357 c.p.;

- il registro delle ecografie è certamente un documento ufficiale, avente valore certificativo (alla stessa guisa della cartella clinica), che riterrei di qualificare come "atto pubblico" perché scritto e sottoscritto "a nome e per conto" di una pubblica amministrazione;

- ai sensi dell'art. 481 c.p. la falsità ideologica in certificati commessa da persone esercenti un servizio di pubblica necessità è reato punibile con la reclusione fino ad un anno o con la multa da euro 51 a euro 516. Tali pene si applicano congiuntamente se il fatto è commesso a scopo di lucro. Qualora, invece, il medico dipendente venisse qualificato, nell'esercizio

delle sue mansioni, come “pubblico ufficiale”, la accertata falsità in atti verrebbe punita più severamente (anche fino a 5-6 anni di reclusione).

Per risposte più esaurienti, bisogna specificare più chiaramente le funzioni svolte dal Collega ed i profili di addebito che gli vengano mossi nell’esercizio delle stesse.

VVV

Assunzioni a tempo determinato

Il dottor S.A. ci scrive: Sono un medico cardiocirurgo, assunto a tempo determinato ininterrottamente da un anno a questa parte. Vorrei sapere se la legge prevede il passaggio a tempo indeterminato dopo un certo periodo e, se sì, dopo quanto tempo e con quali modalità?

Le notizie fornitemi circa la tipologia del contratto a tempo determinato, di cui al quesito, sono insufficienti per consentirmi una risposta adeguata.

Tuttavia ipotizzo che si tratti di un contratto a tempo determinato ex art. 16 del CCNL 5 dicembre 1996 (successivamente integrato e sostituito mediante appendice contrattuale 5 agosto 1997 e, da ultimo, richiamato dall’art. 62, c. 5, del vigente CCNL di area medica). Se così è, il termine del contratto a tempo determinato può essere eccezionalmente prorogato per non più di una volta e per un periodo non superiore a quello della durata iniziale.

Dopo la proroga anzidetta, il medesimo dirigente può essere riassunto con un ulteriore contratto a tempo determinato solo dopo il decorso di 15, ovvero di 30 giorni, dalla data di scadenza del precedente contratto (a seconda che esso avesse durata inferiore, o superiore ai 6 mesi).

In nessun caso, comunque, il contratto a tempo determinato può essere trasformato in un rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

Anche la successiva disciplina di legge (di derivazione europea), e cioè il D.Lgs. 368/2001, non ha innovato sostanzialmente in materia di durata e di proroga dei contratti a tempo determinato.

Quanto anzidetto rappresenta la vigente normativa contrattuale e di legge in materia; a ciò si aggiunge la normativa in materia di assunzioni del personale dipendente con rapporto a tempo indeterminato, di cui alle leggi finanziarie 2003 e 2004, che è ancora più restrittiva. Ciò non toglie che, nel caos amministrativo italiano, alcune ASL facciano poi “quel che a Loro pare e piace”, anche in deroga alle norme richiamate.

Pronta disponibilità su due sedi

Il dott. M. S. ci scrive: Vorrei il Vs. parere su liceità e sicurezza delle pronte disponibilità eseguite su più sedi ospedaliere, come avviene da qualche mese nella nostra realtà di lavoro per alcuni servizi, e con tempi di percorrenza tra le due sedi spesso superiori ai fatidici 30 minuti.

Occorre precisare che la “articolazione dell’orario e dei piani per assicurare le emergenze” devono essere concertati in sede aziendale (art. 6, c.1, sub B, CCNLvigente), per cui bisognerebbe conoscere quanto definito in materia presso la vostra Azienda.

Tuttavia si può dire quanto segue:

- che il vigente contratto non vieta esplicitamente la pronta disponibilità su due presidi ospedalieri, ma è evidente che sarebbe “folle” ipotizzare una tale organizzazione del servizio, qualora la pronta disponibilità in questione fosse quella “sostitutiva della guardia” (meno grave sarebbe se si trattasse di pronta disponibilità integrativa della guardia attiva);

- che è comunque assolutamente opportuno che il nostro sindacato prenda ufficialmente posizione contro servizi di pronta disponibilità (di qualunque tipo essi siano) organizzati su due presidi ospedalieri perché è certo che i primi a rimetterci, in caso di ritardi o di disservizi, sarebbe proprio gli utenti dei servizi per l’emergenza;

- che, pur ottemperando agli Ordini di servizio scritti da parte della direzione sanitaria, è bene che tutti i medici coinvolti nei servizi di pronta disponibilità in questione scrivano e sottoscrivano collegialmente una raccomandata A.R. (indirizzata alla troika gestionale e, per conoscenza, al Primario della struttura di appartenenza) al fine di prendere le distanze, da subito, rispetto ad una organizzazione dei servizi di emergenza (PD) non ritenuta sicura e di qualità soprattutto per i fruitori dei Servizi medesimi.

Se, anche così facendo, l’amministrazione non si muoverà nel senso del rispetto della lettera e dello spirito del nostro contratto nazionale di area medica, non rimarrà che fare un esposto-denuncia all’Ufficio provinciale del Lavoro competente per territorio per evidenziare la realtà dei fatti.

DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO PER UNA NUOVA SANITÀ

COLLANA DIRETTA DA STEFANO BIASIOLI
IN COLLABORAZIONE CON



ASSOCIAZIONE
SINDACALE
MEDICI
DIRIGENTI



OSPEDALE E TERRITORIO teoria e fatti

A cura di
Stefano Biasoli

Volume di
104 pagine
f.to cm. 15 x 21
brossurato

€ 12,00

DOCUMENTI Le linee guida “vicentine” valutazioni, schede, servizi

A cura di
Luigi Dal Sasso

Volume di
246 pagine
f.to cm. 15 x 21
brossurato

€ 15,00



DOCUMENTI Linee guida per il medico di medicina generale lo specialista ospedaliero e lo specialista territoriale

A cura di
Luigi Dal Sasso
e Chiara Marangon

Volume di
152 pagine
f.to cm. 15 x 21
brossurato

€ 13,00

DOCUMENTI La normativa su Ospedale e territorio

A cura di
Stefano Biasoli
e Luciano Mulas

Volume di
392 pagine
f.to cm. 15 x 21
brossurato

€ 20,00

