

## IL RE TRAVICELLO

*Al Re Travicello  
piovuto ai ranocchi (1),  
mi levo il cappello  
e piego i ginocchi;  
lo predico anch'io  
cascato da Dio:  
oh comodo, oh bello,  
un Re Travicello.*

*Calò nel suo regno (2)  
con molto fracasso (3);  
le teste di legno  
fan sempre del chiasso (4);  
ma subito tacque (5),  
e al sommo dell'acque  
rimase un corbello (6)  
il Re Travicello.*

G. Giusti



*Da tutto il pantano (7)  
veduto quel coso,  
"È questo il Sovrano  
così rumoroso?"  
(s'udì gracidare)  
"Per farsi fischiare  
fa tanto bordello (8)  
un Re Travicello?".*

*Un tronco piallato (9)  
avrà la corona?  
O Giove ha sbagliato  
oppur ci minchiona;  
sia dato lo sfratto (10)  
al Re mentecatto,  
si mandi in appello (11)  
il Re Travicello.*

### Analisi libera e commento adattato del testo:

- (1) I medici dipendenti del S.S.N., senza offesa, ma come esempio di "popolazione-campione".
- (2) Il "Regno" in questione potrebbe essere anche il Ministero della Salute.
- (3) Ripetute promesse di interventi legislativi urgenti ed efficaci, esternazioni quotidiane su ogni questione attinente, direttamente o indirettamente, al Ministero.
- (4) Prese di posizioni stonate, minacciose, prive di consenso, deboli, contraddittorie, inopportune per modi, tempi, merito.
- (5) Dopo l'effluvio di parole, non hanno parlato "i fatti", con il loro linguaggio inequivoco.
- (6) Piccolo cesto di vimini, privo di pregio e vuoto, nel caso di specie.
- (7) L'orizzonte politico-sociale.
- (8) Denunce di malasanità, di malaprescrizione, provvedimenti abbozzati e poi ritirati, disordine, confusione.
- (9) Soggetto senza personalità e peso politico, senza passioni, volontà, capacità progettuale.
- (10) Si mandi via dall'incarico mal svolto!
- (11) Occorre una preparazione aggiuntiva al Re Travicello per capire e risolvere i problemi del suo "Regno".

I medici dipendenti dovrebbero imparare almeno questi quattro versetti della graffiante poesia del Giusti, per dedicarla ai Ministri di ieri, di oggi e ... temo anche di domani!

Il Poeta dedicò al Granduca di Toscana questo sonetto ma, per chi volesse approfondire ulteriormente il testo, vedrebbe che nelle restanti strofe criticò con asprezza il popolo toscano, reo di non essersi ribellato al Sovrano per convenienze politiche ed economiche, vivendo nell'indifferenza circa i mutamenti risorgimentali, sordi al richiamo di libertà che veniva dall'Italia di quegli anni.

Non si possono, infatti, barattare, per un illusorio benessere transitorio, la dignità e le libertà, cucite sull'anima dei popoli civili e sancite anche dalla nostra Carta costituzionale.

I "toscani" di ieri assomigliano molto a tanti nostri Colleghi di oggi: disattenti ai problemi socio-sanitari e politici emergenti; disimpegnati sul piano sindacale, iscritti a sindacati compromessi o, peggio, non iscritti ad alcun sindacato medico; senza passione e spirito di categoria; apatici anche nei periodici appuntamenti elettorali; attenti solo ai loro piccoli interessi di bottega. Chi vuol intendere, intenda!

*Citazione e commento a cura di G.R. Spampinato*



## L'UOMO OPTIONAL

Valeria Addante



Fay Weldon a buon diritto si è guadagnata il titolo di “enfant terrible” della narrativa inglese. Perché è davvero una scrittrice da prendere con le molle, uno di quegli Autori che sembra calcare apposta la scena letteraria per eccitare, affascinare, provocare, gettare scompiglio.

Femminista e anti-femminista, progressista e conservatrice, una immagine di riferimento per molti e una spina nel fianco per tanti altri, la Weldon quando può non perde occasione per gettarsi nel fuoco della polemica con un perverso gusto del martirio.

Da laburista, ha tirato botte da orbi a Tony Blair (“Politici come lui passano il tempo a sedurre gli elettori, come una ragazza che si agghinda per rimorchiare un coetaneo”).

Da femminista, non ha risparmiato critiche al movimento delle donne (“Il femminismo è nato come una rivoluzione e si è trasformato in una ortodossia”).

E – fatto scandaloso – lei che dovrebbe vivere tutt’al

più di diritti d’autore, non si è fatta scrupolo di intascare soldi da un famoso gioielliere per averne citato innumerevoli volte il nome in un suo romanzo. “Certo – dice – gente come me può apparire contraddittoria. Ma io trovo che non ci sia vera virtù nella coerenza”.

Insomma lei, Fay Weldon, è il carattere che è: irriverente, corrosiva, anticonformista. Come i romanzi che scrive, del resto.

Con una prosa concisa e tagliente, attraversata da un feroce umorismo, da più di trent’anni la scrittrice inglese mette sotto la lente di ingrandimento i rapporti di coppia, scruta l’eterna guerra dei sessi. E finisce regolarmente per tracciare un referto impietoso dei nostri piccoli paradisi domestici, di cui mostra però il lato infernale, soprattutto per le donne.

Sotto questo aspetto, non fa eccezione nemmeno “Le peggiori paure”, l’ultimo libro uscito in Italia firmato dalla Weldon. Anche qui c’è una bella donna, felice e

famosa, che con successo fa l'attrice teatrale e ama il marito, un vero "marito modello".

Ma quando all'improvviso lui muore, e sembra la fine di tutto, in realtà ci troviamo soltanto all'inizio. Perché la protagonista scopre che il marito tanto perfetto non era: andava a letto con tutte le sue amiche e aveva addirittura deciso di vendere, all'insaputa di lei, la casa in cui abitavano.

Verrebbe da dire che in ogni vita si nasconde un intricato mistero e che al peggio non c'è mai fine. Ma per la Weldon le donne non sono soltanto vittime dei brutti colpi che l'esistenza assesta loro, ne sono in qualche modo anche responsabili. "Già, dice la scrittrice inglese, tutte noi, mogli e madri, siamo incapaci di staccarci dalle piccole sicurezze che le abitudini ci offrono. Siamo magari pronte a tradire la fiducia delle amiche e ad accettare per virtù le pretese di un uomo dominatore".

D'altra parte, la Weldon non si stanca di mettere sotto accusa il femminismo, che avrebbe finito per produrre uno sgretolamento della stessa identità maschile. "Da quando le donne hanno preso il controllo della loro fertilità e del loro denaro, gli uomini vengono ormai considerati degli optional. Soprattutto tra le ragazze dell'ultima generazione c'è un tasso molto alto di aggressività e di spregiudicatezza. Nemmeno si rendono conto di trattare i loro coetanei maschi come un tempo gli uomini trattavano ed umiliavano le donne".

Con alle spalle oltre 20 romanzi pubblicati (da "Giù tra le donne" a "Le amiche del cuore a Polaris"), la Weldon ha fatto mille mestieri prima di impugnare la penna per scrivere di tutto: romanzi, sceneggiature, radiodrammi, testi teatrali ed anche saggi d'impronta sociologica.

"Lo so, sono un autore prolifico, forse troppo – quasi si giustifica -. Ma il fatto è che c'è tanto da dire e così poco tempo per dirlo. Il lettore è a caccia di libri che possano spiegare la sua vita: e i romanzieri stanno lì per questo, per dare senso e significato a ciò che prima non ne aveva". Ed a chi le ha chiesto di esprimere le sue valutazioni se c'è





## DI TUTTO UN PO'

Enrico Fusaro

In questo numero de "Il Medico ospedaliero e del territorio", la rubrica da me curata "Di tutto un po'", che come potete immaginare nasce da una selezione e commento di articoli raccolti da una rassegna-stampa, si riferirà ad un solo articolo, quello di Mario Pirani, pubblicato su "La Repubblica" del 13 giugno u.s., dal titolo "Così muore la sanità pubblica".

Si tratta di un articolo di prima pagina che stimola molte riflessioni.

**1.** L'articolo esordisce con la constatazione (un po' forzata) che nelle aziende sanitarie vige un clima di terrore, in cui i medici, pur testimoni del degrado, hanno tuttavia timore ad esprimersi ed a denunciare i disservizi. Nessun accenno a sindacati, associazioni, gruppi, ma sguardo puntutato sui singoli operatori, che appaiono pavidi ed indifesi. Evidentemente, agli occhi di un giornalista non di settore, l'associazionismo (in particolare quello medico) non appare come interlocutore dotato di forza e visibilità.

**2.** L'analisi delle scelte relative al finanziamento della Sanità esula dagli aspetti di economia sanitaria che ci vengono abitualmente pro-

pinati (quelli, per intenderci, del risparmio su un certo farmaco o sulla appropriatezza di una prestazione; quelli, per intenderci, che ci fanno sentire i primi responsabili dello "spreco" e dello "sfascio"), ma apre altri orizzonti: le due gambe della sicurezza sociale, quella ipertrofica (la previdenziale) e quella iposviluppata (la sanitaria), fanno camminare un sistema in cui non si deve necessariamente e acriticamente tagliare qua e là, ma in cui si possono prevedere percorsi di scambio tra la riduzione della spesa previdenziale e l'aumento della spesa sanitaria (processi auspicati da Pirani).

**3.** Molto interessante l'argomento della falsa rappresentazione contabile della spesa sanitaria (citando il Vitale, "nella Sanità i costi si iscrivono in certi bilanci, mentre i vantaggi ed i risultati si iscrivono, quando si iscrivono, su altri bilanci, in altro tempo e a favore di altri soggetti") e del cosiddetto "terrorismo contabile", secondo il quale l'incremento dei costi, fisiologico in sanità, non possa che portare al collasso del sistema, piuttosto che comportare semplicemente una redistribuzione delle risorse disponibili.

Non valutiamo l'articolo nel detta-

glio, ma utilizziamolo come stimolo per riflettere sul futuro della nostra azione sindacale.

Il sindacato oggi deve rapportarsi con la società: la politica, gli amministratori, le istituzioni, le altre associazioni, ma soprattutto con il cittadino, in particolare se malato. La semplice rivendicazione professionale, seppur sacrosanta, se non sostenuta da questo presupposto, rischia di creare una dicotomia tra categoria medica e società, creando incomprensioni e fratture difficili da sanare.

Oggi i cittadini vedono i medici inermi davanti ad un progressivo disfaccimento della Sanità pubblica: vedono cioè riemergere la categoria per aspetti normativo-contrattuali, ma non la sentono come alleata.

Pirani confronta il peso "contrattuale" dei pensionati rispetto a quello dei malati, che "non sono una categoria, non hanno rappresentanza, non influenzano le elezioni, non vanno alle manifestazioni". Dovremmo essere noi a svolgere quel ruolo, secondo un'elaborazione in chiave attuale del giuramento di Ippocrate.

Quando leggo che la CIMO è stata "l'unica che ...", sono orgoglioso della capacità critica e propositiva del nostro sindacato, ma quando sento dire che "non siamo stati

ascoltati ...”, penso che quello che ci è sempre mancato è “il braccio”, cioè quel rapporto tra cittadini e medici che può dare forza ai primi per tutelare i secondi.

È questa la sfida del futuro, a mio giudizio: un sindacalismo attivo, con una attenta responsabilizzazione e motivazione dei quadri, che si mette in discussione davanti ai cambiamenti della Sanità, critico, come sappiamo fare, verso le istanze pseudo-aziendalistiche delle nostre amministrazioni e le mode economicistiche in atto.

Recuperare il rapporto con la società, nella sua intierezza, ci porterebbe inoltre una nuova forza: il ricupero di quell'autonomia che i nostri iscritti sentono come uno dei più alti valori della CIMO, perché i rapporti più o meno stretti con una parte politica possono anche pagare nel breve, ma costano nel medio-lungo periodo in termini di azione sindacale e di consenso tra gli iscritti.

L'articolo di Pirani, se questa fosse già la nostra strada, forse sarebbe stato scritto in un altro modo, perché avrebbe dovuto tener conto,

nella relazione tra Regioni e aziende da un lato ed operatori e utenti dall'altro, della presenza di due attori forti e alleati, ugualmente centrali e protagonisti (cosa che oggi non è per il binomio medico-paziente), impegnati a contrastare una volontà politica che non sarà proprio “distruttiva” come dice Pirani, ma che è certamente disattenta e sciatta, in materia di Sanità pubblica. ■

## IL RISCHIO PROFESSIONALE DEL MEDICO

A cura di Riccardo Cassi

Volume brossurato f.to 15x21

156 pagine - e 15,00



 **CIC Edizioni Internazionali**

## IL DIRETTORE RISPONDE

Carlo Sizia

### *A chi compete l'indennità da rischio radiologico?*

*Il dott. P.S. ci scrive: "Sono medico cardiologo in una A.O. Sono stato membro dell'equipe di elettrostimolazione prima, e dell'emodinamica poi. Ho pertanto chiesto, a decorrere dal 1995, il riconoscimento dell'indennità di rischio da radiazioni. La Commissione per la valutazione del rischio radiologico mi ha riconosciuto i benefici relativi solo per gli anni '95 e '96. Chiedo a voi parere su legislazione in merito per la risoluzione degli eventuali torti subiti dal sottoscritto".*

L'istituto della indennità di rischio radiologico è disciplinato da disposizioni di legge (soprattutto legge 460/88 e legge 724/94) e da norme contrattuali (soprattutto dal CCNL '94/97, art. 62, tuttora vigente in materia, e dalle cosiddette "code contrattuali", rispetto alle quali il 25/07/2002 da parte delle OO.SS. mediche ed ARAN è stato sottoscritto un verbale tecnico di intesa, accordo ancora in attesa di definitiva stipula).

Ciò premesso, la più recente disciplina (che ha abrogato, di fatto, l'art. 120 del D.P.R. 384/90, che aveva previsto due fasce di operatori, distinguendo i medici di radiologia medica esposti in modo permanente al rischio radiologico ed operanti in zona controllata rispetto ai restanti medici esposti solo in modo discontinuo, temporaneo o a rotazione alle radiazioni ionizzanti) prevede che abbia diritto alla indennità di rischio da radiazioni solo il personale esposto in modo permanente al rischio medesimo.

È infatti dal 1° gennaio 1995 (legge 724/94, art. 5) che l'indennità di rischio da radiazioni (oggi definita indennità professionale specifica), che comporta per gli aventi diritto L. 200.000 (euro 103,29) mensili (per 12 mensilità) e 15 giorni di congedo ordinario aggiuntivo all'anno, viene corrisposta praticamente solo ai "tecnici sanitari di radiologia medica e ai medici specialisti in radiodiagnostica, radioterapia, medicina nucleare e a quanti svolgono abitualmente la specifica attività professionale in zona controllata".



L'art. 62, c. 4, del CCNL '94/97, entrato in vigore il 6/12/1996 e tuttora vigente, ha confermato l'indennità ai beneficiari di cui all'art. 5 della legge 724/94 prima citata, cioè "nei confronti dei soggetti ivi previsti" (per quanto riguarda i medici, si tratta degli "specialisti in radiodiagnostica, radioterapia, medicina nucleare" e di "quanti svolgono abitualmente la specifica attività professionale in zona controllata").

È quindi scomparsa, tra i beneficiari dell'indennità, la categoria di coloro che sono esposti in modo discontinuo, temporaneo o a rotazione alle radiazioni ionizzanti.

Lo stesso criterio è stato adottato dalle "code contrattuali", che diverranno operative prossimamente.

Compete, infine, alla specifica Commissione aziendale per la valutazione del rischio radiologico individuare il personale medico (non compreso nell'art. 1, c. 2, della legge 460/88, cioè non compreso tra i radiologi) che sia comunque esposto in modo permanente al rischio radiologico.

Pertanto, se la Commissione anzidetta non riconosce nella attività di cardiologo del dott. P.S. la condizione di "esposizione permanente al rischio radiologico", non c'è nulla da rivendicare, a normativa di legge e contrattuale vigenti (cioè quella operante dal 6/12/1996).

### *Attribuzione responsabilità struttura semplice*

*Il dott. R.d.S. ci scrive: "Sono un iscritto CIMO e chiedo cortesemente un'informazione: da chi dipende, e su proposta di chi, l'assegnazione di un incarico di responsabilità di struttura semplice? Con quali criteri, per legge, deve essere effettuata la scelta? Ringrazio anticipatamente per una sollecita risposta. Se possibile, vorrei i riferimenti di legge".*

Sulla materia vigono disposizioni regolamentari (quindi contrattuali), non legislative. Ciò premesso, ecco le risposte ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali di area medica:

-il numero delle strutture semplici è stato stabilito nell'atto aziendale di ogni singola azienda (art. 28, c. 4, CCNL '98/2001);

-le modalità per la graduazione delle funzioni, nonché i criteri e le procedure per l'affidamento e la revoca degli incarichi dirigenziali, sono definiti a livello aziendale tramite concertazione tra le Parti (azienda e OO.SS. mediche), come stabilito dagli artt. 26 e 28 del CCNL '98/2001;

-infine l'incarico di responsabile di struttura semplice è conferito, secondo i criteri e le modalità come dianzi definiti, "dall'azienda, a seguito di valutazione positiva ai sensi dell'art. 32, su proposta del responsabile della struttura di appartenenza, con atto scritto e motivato" (art. 28, c. 4, CCNL '98/2001);

-gli incarichi di struttura semplice sono conferibili ai dirigenti che abbiano superato il periodo di prova (art. 28, c. 2) e che siano a rapporto di lavoro esclusivo (art. 27, c. 11).

L'art. 32 del contratto vigente, disciplina invece le modalità di valutazione dei dirigenti da parte del Collegio tecnico, valutazione che deve avvenire nel rispetto dei seguenti principi: trasparenza dei criteri e dei risultati; garanzia di informazione, partecipazione e contraddittorio per il valutato; diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del soggetto che, in prima istanza, effettua la proposta di valutazione.

### **Mobilità coatta**

*Il dott. F.F. ci scrive: "Gradirei conoscere il vostro parere riguardo alla liceità della conversione coatta di medici attualmente in servizio presso una divisione di medicina generale verso un nuovo reparto, di prossima istituzione, di medicina d'urgenza. In generale, trattasi di medici con esperienza professionale superiore ai 5 anni, alcuni con specialità in medicina interna, altri con specialità in ematologia. Nessuno di questi Colleghi ha mai svolto attività di pronto soccorso, o comunque attività in regime d'urgenza, se non sporadicamente attività di guardia interdivisionale notturna".*

La mobilità interna d'urgenza (o coatta) avviene di solito nell'ambito della disciplina di appartenenza e nei casi in cui sia necessario soddisfare le esigenze funzionali delle strutture interessate.

Qualora la mobilità interna sia conseguenza di processi di ristrutturazione aziendale, si tiene conto dei principi di cui all'art. 31, c. 1, del CCNL '94/97, vale a dire le aziende esperiscono ogni utile tentativo per la ricollocazione dei dirigenti medici – oltre che nell'ambito delle discipline equipollenti a quella di appartenenza –

anche in discipline diverse di cui gli interessati posseggano i requisiti previsti per l'accesso mediante pubblico concorso, ovvero mediante il conferimento di incarichi dirigenziali per lo svolgimento dei quali non sia richiesto il possesso di un particolare specializzazione. Nei casi evidenziati nel quesito, l'equipollenza non c'è. Occorre quindi attivare un serio e urgente confronto con l'amministrazione sia per tutelare i dirigenti in questione (cioè il loro diritto all'esercizio delle funzioni di competenza), sia per garantire qualità e sicurezza del servizio reso.

### **Ambiti dell'intramoenia allargata**

*Il dott. P.B. ci scrive: "A proposito dell'attività intramoenia cosiddetta allargata, è vero che non è possibile svolgere tale attività professionale, quindi nei propri studi, al di fuori della Regione dove sussiste il rapporto di dipendenza del medico in questione?".*

La disciplina della libera professione intramuraria cosiddetta "allargata" è stabilita dal DPCM 27/03/2000 (G.U. n. 121 del 26/05/2000), che all'art. 7, c. 4, sub b), nel definire i principi e criteri direttivi cui deve essere informato l'esercizio straordinario della libera professione in studi professionali, stabilisce che "l'attività deve essere svolta in una unica sede nell'ambito del territorio della regione" e che, solo fino al 30 giugno 2001, può essere svolta "anche in altra sede oltre che nella sede ubicata nella USL territorialmente competente".

C'è da dire che, sulla materia di cui al quesito, hanno titolo di normare anche le Regioni, attraverso proprie leggi o Regolamenti, nonché le singole aziende, attraverso lo specifico atto aziendale sulla libera professione. Se nelle sedi decentrate (regionale e locali) non è stato normato in difformità dai principi e criteri direttivi di cui al DPCM 27/03/2000 (cosa che, in linea teorica, non dovrebbe essere avvenuto), valgono naturalmente le disposizioni nazionali prima richiamate. ■

# UN'UNICA OPERA DIDATTICA

## REDATTA DA QUALIFICATI SPECIALISTI DELL'EMERGENZA IN ITALIA

### DIVISA IN TRE DISTINTI MANUALI DI FORMAZIONE

M.G. Balzanelli, F. Coraggio,  
N. Gentiloni, S. Miniello

#### Manuale di Medicina di Emergenza e di Pronto Soccorso

P. Bianco  
M. Bisceglia  
F. Clemente  
E. di Lauro  
F. Graziano  
L. Pacilli



Presentazione di  
Giovanni Gasbarrini



M.G. Balzanelli, F. Coraggio,  
N. Gentiloni, S. Miniello

P. Bianco, M. Bisceglia, F. Clemente,  
E. di Lauro, F. Graziano, L. Pacilli

#### MANUALE DI MEDICINA DI EMERGENZA E DI PRONTO SOCCORSO

Presentazione  
di G. Gasbarrini

Volume di 1088 pagine  
f.to cm. 12 x 19 - brossura  
ISBN 88-7141-532-9  
50,00

M.G. Balzanelli, F. Coraggio,  
N. Gentiloni, S. Miniello

V. Anzelmo, A. Catalano, F. Clemente,  
F. Graziano, L. Pacilli, G. Santacroce

#### MANUALE DI PRIMO SOCCORSO PER IL CITTADINO

Presentazione  
di G. Del Barone

Volume di 400 pagine  
f.to cm. 12 x 19 - brossura  
ISBN 88-7141-530-2  
30,00

M.G. Balzanelli, F. Coraggio,  
N. Gentiloni, S. Miniello

#### Manuale di Primo Soccorso per il cittadino

V. Anzelmo  
A. Catalano  
F. Clemente  
F. Graziano  
L. Pacilli  
G. Santacroce



Presentazione di  
Giuseppe Del Barone



M.G. Balzanelli, F. Coraggio,  
N. Gentiloni, P. Bianco, S. Miniello

#### Manuale di Primo Soccorso nei luoghi di lavoro

M. Bisceglia  
F. Clemente  
C. Dimichele  
F. Graziano  
L. Pacilli



Presentazione di Nicolò Castellino



M.G. Balzanelli,  
F. Coraggio, N. Gentiloni,  
P. Bianco, S. Miniello

M. Bisceglia, F. Clemente, C. Dimichele,  
F. Graziano, L. Pacilli

#### MANUALE DI PRIMO SOCCORSO NEI LUOGHI DI LAVORO

Presentazione  
di N. Castellino

Volume di 464 pagine  
f.to cm. 12 x 19 - brossura  
ISBN 88-7141-531-0 - 30,00

*Per coinvolgere tutti sempre di più nella  
"cultura dell'emergenza"*