

SPOCK E IL DIRITTO DI ESSERE BAMBINO

Valeria Addante

I libri del dottor Benjamin Spock – del quale ricorrono i cento anni dalla nascita – sono stati popolari due volte. Inizialmente ciò è avvenuto nell’ambito dei cambiamenti legati al ’68, quando proposero una base scientifica per l’anti-autoritarismo di una generazione che mandava all’aria regole tramandate per secoli sui ruoli familiari e sui rapporti fra genitori e figli.

Successivamente, all’interno del revisionismo dei primi anni ’80, quello che segnò una correzione di rotta di fronte ai guasti provocati da un anti-autoritarismo fine a se stesso e da quello che stava diventando un vero e proprio rifiuto delle proprie responsabilità da parte degli adulti nei confronti dei bambini.

“Ho sbagliato”, disse allora Spock, riflettendo sul modo in cui il suo discorso era stato amplificato e frainteso da una comunicazione sempre più semplificata ed estremista, “i bambini vanno educati e un certo numero di ‘no’ può fare perfino bene, se li aiuta a muoversi meglio nel mondo che li aspetta fuori dalla famiglia”.

Segnata da un pentimento aperto, la parabola degli insegnamenti proposti da un pediatra intelligente, colto e sensibile come il dottor Spock, non dovrebbe essere considerata, tuttavia, come contraddittoria e sostanzialmente inutile. Essa ha dei meriti importanti, infatti, che nascono dal metodo cui Spock si ispirò.

Un metodo, cui si erano ispirati prima di lui Freud, Piaget e tanti dei loro allievi, capaci di mettere in primo piano il bambino e i suoi bisogni evolutivi: un metodo basato sull’osservazione dei fatti, invece che sulla imposizione di ricette comportamentali, e che ha portato tutti quelli che lo avevano seguito, nel corso di quasi un secolo, ad enfatizzare prima la necessità di lasciare il più possibile libero il bambino e poi quella, solo apparentemente contraria, di porre dei limiti intelligenti alla sua libertà.

La cosa più importante da fare, oggi, è quella di ricordare il clima culturale in cui queste riflessioni presero forma.

Centrata su criteri di ordine morale, l’educazione contro cui Spock si ribellava all’inizio, nell’America puritana del secondo dopoguerra, era una educazione in cui il bambino veniva visto e sentito come un materiale da plasmare secondo le idee dell’adulto. Insegnargli cos’è bene e cos’è male voleva dire metterlo di fronte a distinzioni nette e precostituite. Bene educato era il bambino che seguiva le regole dettate dall’adulto e che più degli altri, e più precocemente degli altri, all’adulto cercava di somigliare. Vestiti e abitudini di vita, precetti morali e letture servivano essenzialmente a liberarlo, nel più breve tempo possibile, dalle sue esigenze e dai suoi modi più infantili, cioè a farne un “ometto” o una “donna”.

È contro questo tipo di atteggiamento che si ribellarono Freud, Piaget e Spock, proponendo la necessità di considerare l’autonomia e la ricchezza di un mondo, quello del bambino, che va



rispettato in quanto tale, nella ricchezza delle sue manifestazioni e delle sue potenzialità.

Per cui non valgono e non debbono valere sempre i modi del pensiero adulto, i bisogni ossessivi di ordine, di produttività, di catalogazione cui si ispira (malinconicamente, utilmente, inevitabilmente) il pensiero dei grandi.

Nasce da qui l’idea che il capriccio, la disobbedienza o l’autonomia creativa del bambino che si organizza a modo suo, non vadano repressi ma compresi. Nasce da qui quel tipo di affascinatione per il mondo dell’infanzia e della preadolescenza, di cui tutti sappiamo qualcosa guardando un cartone, come quello dedicato da Disney a Peter Pan e all’isola che non c’è, che ha segnato e segna il tempo di oggi.

È nel clima determinato da questo grande mutamento che va collocato, ugualmente, il discorso del “secondo Spock”. L’adulto che aveva tentato di mettersi dalla parte del bambino, interrogandone esigenze e aspettative, si era trasformato, infatti, in adulto che si tirava indietro dal rapporto con lui, immaginando di poter esaurire il suo compito educativo con una alternanza di ore in cui si metteva al suo livello giocando con lui e di ore in cui lo lasciava giocare per suo conto, e dimenticando invece che il bambino ha bisogno di qualcuno cui chiedere indicazioni su quello che è giusto, e su quello che non lo è.

Ecco quindi che l’adulto, sbagliando, ha lasciato solo il bambino con le sue angosce esistenziali e con i suoi dubbi su quello che è giusto fare o non fare. Qualcuno doveva pur dire che questo modo era sbagliato e questo qualcuno è stato ancora il dottor Spock. Che non ha avuto paura di sembrare contraddittorio e che ha, anzi, sottolineato pubblicamente il suo “cambiamento di rotta”.

Quello su cui mi viene di insistere ancora una volta, riflettendo su tutto quello che è accaduto nel corso di questi anni, è che Freud, Piaget e il dottor Spock avevano ragione soprattutto dal punto di vista del metodo. Il compito educativo è difficile soprattutto per questo, perché non può essere scritto e codificato una volta per tutte.

MOBBING OR NOT MOBBING

Pierantonio Muzzetto

Da qualche tempo si sta riparlando, con sempre maggiore insistenza, di taluni aspetti comportamentali nell'ambito lavorativo, nell'industria come nei pubblici servizi.

A detta degli esperti, l'esperto verticismo aziendale, che qualche nobile cavaliere del Senato della nostra Repubblica sta forse pensando di modificare con gli strumenti di legge, porta spesso a valutare l'operato dei subalterni, in modo rigido ed esclusivo, sulla base degli obiettivi assegnati e dei risultati raggiunti, trascurando invece altri parametri quali l'anzianità di servizio, le esperienze maturate, le capacità acquisite, ecc.

Ci vorrebbero tutti "zitti e senz'anima", insomma. E così, "l'orientalizzazione" del lavoro si affaccia nel nostro Paese. La produttività è il sostantivo di moda, il valore assoluto. Produrre e poi produrre, costi quel che costi, quasi una massima cartesiana. Ma, con quali effetti?

Il primo, e da studiosi del settore medico verrebbe la conferma, è che sembra che sia in atto una sorta di metamorfosi darwiniana nei cromosomi, il cui primo effetto è rappresentato dalla modifica del "taglio" degli occhi.

Questa, che parrebbe una cosa strana, in realtà altro non è che una evoluzione della specie. Ma vi chiederete in cosa consista la modifica degli occhi: niente di più del fatto che stanno diventando "a mandorla". Ed il "costume" non potrà che cambiare di conseguenza.

Per essere à la page, anche i cognomi dei lavoratori dovranno adeguarsi, e così il signor Verdi diventerà Verdisan, il signor Rossi Rossisan.

Ma questo fenomeno, in qual modo influenzerà il lavoro? Produrrà soltanto una "rimodulazione degli assetti lavorativi". Il che vuol dire che, tra non molto, anche in conseguenza del precario quadro economico del Paese, le ferie saranno ridotte, come i Grandisan a Roma-Tokio vogliono e dispongono, ad una settimana (7 giorni lavorativi). Proprio così, ad una settimana.

"Che il lavoro sia da farsi in modo continuo, acciocché non ci si abitui al riposo, questo, sì, usurante", echeggia negli androni di Palazzo Madamasan e di Montecitoriosan. Notizie indiscrete parlano di festeggiamenti al Palazzo degli Affari sanitari e salutari, ornato con fiori di loto, nella sperata, nuova e palingenetica, manovra di risparmio.

Il medico dipendente, un vero soldatino della salute con la sua tutina bianca, salterà dunque il pasto di mezzogiorno e alla sera, se non avrà finito il lavoro, si tratterà fino a tardi

e senza stipendio aggiuntivo.

E magari i grandi direttorisan, ed i loro dirigentisan di più alto livello, dormiranno in mono-loculi-albergo, proprio come si usa nel Sol Levante, tutti dotati di videoregistratori in moto perpetuo con nastri di Kamikaze, vestiti come Kildare, da sacrificare alla giusta causa del risparmio.

Invece gli altri dirigenti, i poveri soldatini medisan, dovranno lavorare come un sol uomo perché per loro è previsto il lavoro continuo, senza interruzioni. Perché il lavoro nobilita, abilita e tonifica e, in più, non fa pensare alle banalità della società dei consumi.

E chi non lavora, non solo non fa l'amore, come cantava quel noto cantautore, ma verrà sottoposto a severe pene corporali, dopo aver subito un salutare lavaggio del cervello.

Ma, allora, non è molto meglio il "sano" mobbing di oggi? Che, se non altro, punisce solo lo spirito ed annienta subito le persone: almeno non si prendono punizioni corporali e qualche volta si può anche dormire di notte.

Che si stia raccontando una fantasiosa storia ambientata nel Medio Evo, è probabile, ma i "fatti nostri" nel terzo millennio non sono molto lontani da una certa realtà di disagio, certamente meno colorita rispetto a quella prima immaginata.

Non dobbiamo allora turbarci di fronte ad un "sano mobbing", ufficiosamente praticato in molti settori, vera fotografia dell'ultima insana riforma sanitaria, così tanto bidentalmente voluta? Ed allora: "Mobbing or not mobbing? This is the question".

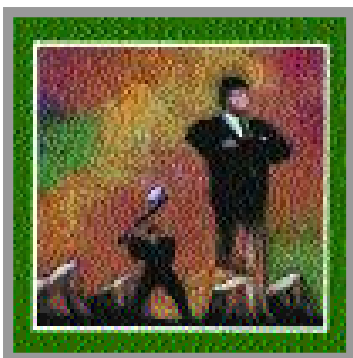
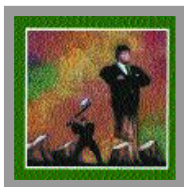
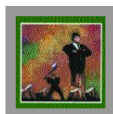
Saranno d'accordo nel diffuso utilizzo di metodi non propriamente trasparenti e democratici (come discriminazione, vessazione, coercizione, abuso, ecc.) coloro che sono preposti alla tutela del diritto? Ma non ci sarebbe da stupirsi, se lo fossero. E che spazio hanno i medici per una seria ed effettiva tutela dei loro diritti del lavoro e sul lavoro? Sono, queste, domande pressanti che devono far pensare.

Finora, v'è da dire, non ci sono state risposte esaustive, ma si assiste al silenzio più protervo della popolazione parlamentare, e di chi dovrebbe tutelarci, se è vero che siamo una Repubblica fondata sul lavoro. Che le cose stiano davvero cambiando? Ciò che, nel frattempo, è già opportuno fare è controllarci proprio gli occhi allo specchio: potremmo magari trovarvi la risposta che cerchiamo.



RECENSIONE

a cura di Giovanni B. Cassano



È con grande piacere che propongo questo lavoro, indirizzato in particolare ai medici di medicina generale, che si trovano professionalmente in prima linea a decidere sul destino di quella larga fascia di popolazione coinvolta nel "male oscuro" della depressione, in prima persona o per tramite di familiari. Il volumetto è fruibile per lo stile chiaro e la lucidità di trattazione anche dagli interessati al problema di medie conoscenze, che possono trovarvi riferimenti culturali, indicazioni concrete e spunti di approfondimento.

Faccio rilevare la grande attualità e il taglio innovativo con cui, sulla base delle recenti acquisizioni delle neuroscienze e delle attinenti riflessioni teoriche, viene concettualizzata la depressione come malattia cerebrale dei sentimenti. Questi ultimi sono "espressione del benessere o della sofferenza umani, così come essi hanno luogo nella mente e nel corpo", secondo una recente definizione di Damasio.

Nella depressione, come nell'abuso di sostanze (alcol, stupefacenti), i sentimenti normali, destinati ad offrirci puntualmente un'immagine olistica, un'illuminazione sullo stato interno del nostro organismo, sono alterati a causa di mappe cerebrali distorte dei processi vitali, e conseguenti errori del cervello nell'interpretazione dello stato reale del corpo. Questo malfunzionamento dei circuiti neurali preposti può trovare ragioni in molte cause, anche interagenti e concomitanti: da anomali segnali chimici su base genetica, fino ad eventi nel contesto sociale e culturale.

Anche i sentimenti tradizionalmente (ad es., K. Schneider) definiti psichici, privati (soggettivi) come la gioia e la tristezza, o sociali (di valutazione di sé e degli altri) come la vergogna, il disprezzo, la simpatia, la compassione, l'orgoglio e l'ammirazione, trovano quindi, come quelli più propriamente somatici, tra cui le varie forme di dolore, la loro comune origine nelle aree cerebrali deputate alla decifrazione delle informazioni, talvolta in conflitto tra loro, provenienti dalle varie parti dell'organismo. Il livello sottostante è rappresentato dalla complessa interazione di sistemi neurotrasmettitoriali che rilasciano mediatori chimici, registi in grado di governare l'umore e la vita affettiva.

La grande novità del nostro tempo è la disponibilità di nuove classi di farmaci antidepressivi, molto più maneggevoli rispetto alle precedenti e in grado di incidere sensibilmente sui meccanismi biochimici che regolano la vita affettiva. I nuovi farmaci hanno reso possibile una vera e propria rivoluzione terapeutica, rendendo più abbordabile la gestione del paziente depresso in virtù della loro efficacia e degli scarsi effetti collaterali. Così, la disponibilità di questi farmaci ha consentito il trattamento ad ampio raggio della depressione sul territorio da parte dei medici di medicina generale, destinati a farsi carico della stragrande maggioranza dei pazienti depressi, in particolare quelli affetti da forme con preponderanza di sintomi fisici caratterizzati da amplificazione della percezione del dolore.

È oggi quindi affrontabile con successo, scegliendo tra i numerosi farmaci disponibili, il problema del trattamento di subsindromi specifiche, compresa la possibilità di intervenire congiuntamente tanto sulla sintomatologia più classicamente depressiva, quanto su quella dolorosa.



È finalmente giunta a fine maggio 2004 (in sede di conversione del D.L. 81/2004 con la Legge 138/2004, di cui sono riportate le parti più significative nella Sezione "Documenti") la tanto auspicata norma che consente la possibilità di recedere dal rapporto di lavoro esclusivo e getta un'ancora di salvezza ai medici rimasti a tempo definito. Brava CIMO-ASMD, quindi, che questi provvedimenti ha sostenuto e voluto, con tenacia e lungimiranza. Tuttavia, il provvedimento è scritto veramente male e lascia troppe cose indeterminate, rinviandole alla potestà delle Regioni o alla disciplina del prossimo contratto. Questi rinvii, oltre al fatto che il provvedimento giunge in oggettivo ritardo (dopo 5 anni dall'istituzione del rapporto esclusivo irreversibile) finiranno per rendere, purtroppo, il provvedimento stesso di scarso rilievo pratico per la categoria da noi rappresentata.



Il 3 giugno 2004 il Consiglio dei Ministri ha approvato la nuova versione dello schema di disegno di legge sulla "governance clinica" delle aziende sanitarie e ospedaliere (vedere testo nella Sezione "Documenti" di questo Giornale). Non meriterebbe di parlarne, se non per segnalare che tale disegno di legge (che credo non giungerà in porto nell'arco di questa legislatura) rappresenta l'ennesima sconfitta del Ministro Sirchia (questa volta ad opera dei Governatori delle Regioni e dei managers delle aziende sanitarie). Lo schema di disegno di legge si iscrive tra i provvedimenti parziali di riforma della "riforma Bindi", ma senza avere né la capacità né l'ambizione di scardinare l'invasione della politica nella gestione sanitaria, né l'assetto burocratico, autoritario, economicistico, illibe-

rale e antiprofessionale che caratterizzano il D.Lgs 502/92, e successive modificazioni. Patetica, infine, l'insistenza nel voler elevare i limiti dell'età pensionabile ai 70 anni per i direttori di struttura complessa.



Prime crepe all'interno del composito mondo delle OO.SS. mediche, che da dicembre 2003 stanno tentando una difficile "strada comune": il 3 giugno scorso, infatti, non hanno scioperato CIMO-ASMD, CISL-Medici, ANPO, Federazione Medici-UIL, SINAFO, AUPI e CONFEDIR, mentre hanno scioperato tutte le altre Sigle della dipendenza; il 4 giugno u.s. hanno scioperato, in modo compatto, le Sigle dei medici convenzionati, ma mi risulta con scarsa partecipazione della loro "base". La posizione diversa di fronte allo sciopero ha le seguenti ragioni: chi non ha scioperato, si è accontentato della promessa della riscrittura dell'atto di indirizzo del Comitato di Settore all'ARAN e non ha voluto che lo sciopero stesso assumesse una valenza quasi esclusivamente politica (alla vigilia delle elezioni del 12/13 giugno); chi ha scioperato ha fortemente voluto che l'astensione dal lavoro assumesse un chiaro significato politico, più che categoriale.



Le elezioni del 12 e 13 giugno (rinnovo del Parlamento europeo; amministrative parziali) hanno visto una sola, vera, sconfitta, quella del Cav. Dott. Silvio Berlusconi, ancor più che quella di Forza Italia e dello stesso Governo. E per fortuna, ai fini della durata della legislatura, a fronte della sconfitta anzidetta, che "non ha vinto" neppure

la lista "Uniti nell'Ulivo", e che l'aggregazione delle forze politiche del Centro-sinistra sia, tuttora, paragonabile a quella di una armata Brancaleone, dovendo far convivere, ad esempio, Agnoletto con Paolo Cirino Pomicino e Mastella o Lamberto Dini con Fausto Bertinotti. Sul prosieguo positivo dell'attuale legislatura pesa ora un'incognita: avrà capito l'ex "unto del Signore" che gli elettori di Forza Italia ce l'hanno proprio con Lui? E avrà l'umiltà di prendere atto, l'attuale Presidente del Consiglio, che non si può vendere all'infinito agli Italiani il fumo delle illusioni, senza dare al popolo di tanto in tanto la concretezza dell'arrosto? Se avrà capito, bene, se non avrà capito, peggio per Lui.



Il Consiglio di Stato (allineandosi alla Sentenza della Cassazione 28.306 dell'1/07/2003) ha recentemente reso al Ministero della Salute richiedente il parere che, allo stato della legislazione, l'iscrizione all'Albo non è obbligatoria "per i sanitari dipendenti da amministrazioni pubbliche", fatta eccezione per quelli autorizzati alla libera professione. La premessa da cui parte il Consiglio di Stato è la seguente: "Per la quasi generalità delle professioni l'iscrizione all'Albo è vietata agli impiegati pubblici". Non condivido la serenità del Presidente FNOMCeO, Dott. Giuseppe Del Barone, di fronte al "parere" reso dal Consiglio con prevalente riferimento agli Ordini e Collegi del personale infermieristico ("Il Sole-24 Ore" del 19 giugno 2004, pag. 27) infatti, anche se per i medici l'iscrizione all'Albo dell'Ordine dei medici chirurghi rimane requisito specifico di ammissione ai concorsi per l'entrata nel ruolo dei sanitari dirigenti (D.P.R.

383/97), non c'è dubbio che il parere richiamato rischia di destabilizzare e mortificare (per contiguità) il ruolo dell'Ordine professionale dei medici, oltre che limitare significato e competenze dell'ENPAM.



La Corte di Cassazione (Sentenza 28 maggio 2004, n. 10.361) ha complicato la vita di quei lavoratori che abbiano subito dei danni (e chiedano il relativo risarcimento) a seguito della riduzione delle loro mansioni professionali, operata dal datore di lavoro in modo illegittimo. D'ora innanzi, il lavoratore dovrà "fornire la prova dell'esistenza di tale danno e del nesso di causalità con l'inaidempimento" del datore di lavoro. A me tutto ciò pare una astruseria, che ci allontana dalla lettera e dallo spirito dell'art. 2.103 del c.c., che dispone che il lavoratore "deve essere adibito alle mansioni per le quali è stato assunto o a quelle corrispondenti alla categoria superiore che abbia successivamente acquisito ovvero a mansioni equivalenti alle ultime effettivamente svolte, senza alcuna diminuzione della retribuzione".



Il 17 giugno 2004 il Comitato di settore (con la benedizione della Conferenza unificata Stato - Regioni - Province autonome) ha approvato il nuovo "atto di indirizzo" (vedere nella Sezione "Documenti") che, dopo l'approvazione del Consiglio dei Ministri, sarà inviato all'ARAN per l'avvio delle trattative per il rinnovo del contratto 2002-2005 dell'area della dirigenza medica e veterinaria. Dopo più di un anno dalla stesura del precedente "atto di indirizzo" (rigettato con sdegno da tutte le OO.SS. mediche), la "montagna" non poteva partorire "topolino" più striminzito. Questo esito non dipende certo dalla CIMO-ASMD, che si è battuta come nessun altro sindacato per la riscrittura del documento, ma che non poteva certo prevedere che gli estensori del nuovo testo (Assessore Romano Colozzi in testa) avrebbero affrontato la loro fatica con l'illogico obiettivo "di riscriverlo per non cambiar-

ne né lo spirito, né i significati". Anche nella nuova versione, le nostre Controparti fanno chiaramente capire di non voler investire nella professionalità medica, né riconoscere la nostra dignità e libertà. Se le OO.SS. non riusciranno, in sede di trattativa, a ribaltare gli indirizzi indicati ed evitarne le trappole, il prossimo sarà un "contratticcio", per giunta in ritardo di almeno tre anni sulle scadenze "fisiologiche".



E così l'Europa (tra il 18 e il 19 giugno 2004) si è data la sua Costituzione. Applausi, brindisi, prosit? Un momento, please! Dopo 40 anni e più dalla sua nascita, l'UE si è data degli strumenti di lavoro veramente deludenti: doppia maggioranza (55% degli Stati; 65% delle popolazioni) per le decisioni nel Consiglio dei Ministri UE, mentre resta il diritto di veto nelle decisioni sulla fiscalità; grande confusione di ruoli tra Consiglio europeo (composto da Capi di Stato e di Governo dei Paesi membri), Consiglio dei Ministri (composto da un rappresentante di ogni Stato membro a livello ministeriale), Commissione (un Commissario per Stato membro) e con il Parlamento europeo ridotto sostanzialmente a "ratificatore" di decisioni altrui. Ma dov'è la democrazia, il volere del popolo sovrano? Credo che non solo noi personalmente, ma addirittura i nostri figli, stenteranno a vedere i benefici di questo tipo di Europa che, oltre a non ricordare il proprio passato, pare non voler neppure prefigurare un proprio futuro credibile. Mi pare calzante il giudizio dei radicali italiani sulla "Costituzione europea": "pasticcio burocratico".



Solita indigestione di dati (su "Il Sole-Sanità" n. 23/2004) elaborati dalla Direzione generale della Programmazione del Ministero della Salute, partendo dalle schede di dimissioni ospedaliere 2002 e confrontandole con quelle 2000 e 2001. Complessivamente nel triennio, risultato: aumentati i numeri dei ricoveri e dei

dimessi, ma leggermente ridotte le giornate di degenza (degenza media passata da 6,9 a 6,7 giorni); ridotte del 4% le degenze ordinarie, mentre le giornate in day-hospital sono cresciute dall'11,8% del totale nel 2000 al 15,1% del 2002, con riduzione degli squilibri nord-sud. Leggermente aumentati anche i dati di attività della riabilitazione e lunga degenza. Preoccupa invece il raffronto tra gli anzidetti parametri di funzionalità (medio-buoni) e il finanziamento dei servizi sanitari: nonostante che dal 1997 al 2002 (dati OCSE 2004) la spesa investita in Sanità sia cresciuta più del PIL (nel 2002, in Italia, 8,5% di spesa totale in percentuale del PIL, di cui 6,6% di spesa pubblica), si è contemporaneamente accumulato un deficit nei conti sanitari di circa 14-15 mld di euro (circa 28.000-29.000 miliardi di vecchie lire). Quando si incomincerà a porre rimedio ai due difetti fondamentali del nostro sistema sanitario, cioè il sottofinanziamento, a monte, e la mancanza di strumenti efficaci di calmierazione e razionalizzazione, a valle?



Il 26 e 27 giugno si è votato (con un calo pauroso dell'affluenza) per il ballottaggio di 22 Presidenti di Provincia e 102 Sindaci. Ha strappato il Centro-sinistra; ha straperso il Centro-destra, che ha perso anche la Provincia di Milano, di grande valore simbolico. Questa volta è più difficile, per il Centro-destra, rifugiarsi negli alibi che hanno caratterizzato l'analisi dei deludenti risultati delle elezioni per il Parlamento europeo ("ma la maggioranza ha tenuto"; "I Governi della Francia e della Germania sono stati più penalizzati di noi"; "non si trattava di elezioni di significato politico con riflessi sull'attività di Governo", ecc.). Questa volta ha perso proprio l'alleanza di Centro-destra, ha vinto proprio l'alleanza di Centro-sinistra. Il Presidente Berlusconi dice ("Il Giornale" del 28/06) che "dorme tranquillo". Beato Lui, ma credo che il Suo risveglio sarà amaro. Brutto consigliere, in politica e in democrazia, la presunzione e l'arroganza, madri di nuove sconfitte.

IL DIRETTORE RISPONDE

Carlo Sizia

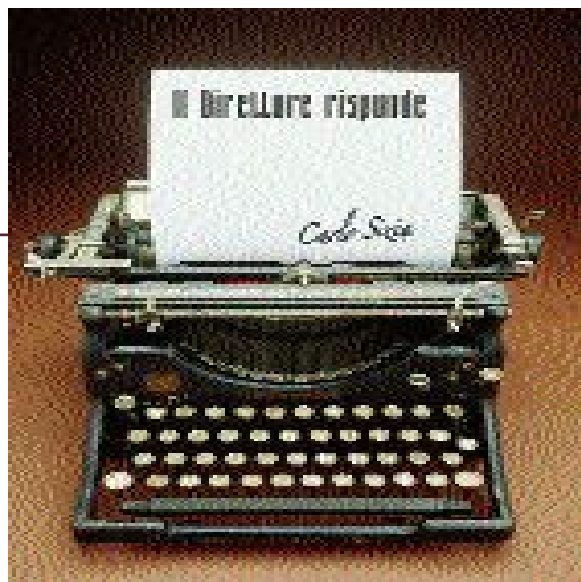
Ferie residue. Libera professione del pensionato

Il dott. G.R. ci scrive:

1. *A fine 2005 maturerò i requisiti minimi per la pensione di anzianità. Ad oggi ho più di 250 giorni di ferie in arretrato. Poiché so che non sono monetizzabili, e non ho voglia di spendere in questioni legali di rivalsa per ottenere il pagamento, desidero godere del congedo di cui sopra. Le chiedo se posso ritenere di chiedere il tutto prima del giorno di pensionamento in unica soluzione, assentandomi quindi dal servizio per più di 250 giorni prima della cessazione dal servizio. A complicare la situazione, però, le dico che nella mia stessa U.O. ci sono altri Colleghi nella mia stessa situazione di raggiungimento dei requisiti per la pensione e con un notevole numero di ferie residue. Come può essere affrontata la questione?*

2. *Sono specialista da parecchi anni e svolgo qualificata attività nella mia branca (visite gastroenterologiche, endoscopie digestive). Le chiedo se esiste una qualche possibilità, una volta pensionato, che mi si permetta di esercitare ancora tali attività in libera professione nella vecchia azienda di appartenenza.*

1. Le ferie devono essere fruite nel corso dell'anno in cui è stato maturato il relativo diritto, ovvero entro il 1° semestre dell'anno successivo. Se la norma anzidetta fosse (stata) rispettata, non sarebbe possibile vantare oggi più di 250 giorni di ferie arretrate. Poiché tuttavia i casi anzidetti non sono infrequenti, e vengono posti alla luce soprattutto al momento della quiescenza perché esiste una norma (art. 21, c. 13, del CCNL5/12/1996) che deroga dal principio della "non monetizzabilità" delle ferie qualora, all'atto della cessazione del rapporto di lavoro, le ferie stesse spettanti a tale data "non siano state fruite per esigenze di servizio o per cause indipendenti dalla volontà del dirigente", la questione è stata posta all'ARAN per una proposita di interpretazione autentica



della norma contrattuale. La norma di interpretazione autentica (autunno 2003) è la seguente: "Le ferie residue all'atto della cessazione del rapporto di lavoro possono essere monetizzate se non godute nei termini previsti solo quando ciò sia stato causato da effettive ed indifferibili esigenze di servizio formalmente comprovate o comunque per cause indipendenti dalla volontà del dirigente (quali ad esempio malattie), circostanze che sono rilevate dall'Azienda ad ogni conseguente effetto". Ciò premesso, poiché ritengo comunque difficile poter dimostrare che le ferie, richieste a suo tempo dal dipendente, siano state "formalmente respinte" dall'Azienda, non rimane che cercare di utilizzare in tempo utile le ferie residue. Tuttavia anche su questa via rimangono almeno i seguenti ostacoli: a) le ferie vanno comunque richieste, autorizzate e programmate "nel rispetto dell'assetto organizzativo dell'azienda", vale a dire nel rispetto delle esigenze di servizio della struttura; b) le ferie non sono fruibili nei tre mesi di preavviso che precedono la cessazione del rapporto di lavoro per dimissioni volontarie; c) c'è una congestione di dirigenti medici della stessa struttura che vantano analoghi diritti (utilizzo ferie pregresse). Credo, in definitiva, che convenga, nel caso di specie, ridurre quanto più possibile il carico delle ferie pregresse chiedendo di utilizzarle tutte e poi, in caso di formale diniego, percorrere la via del "pagamento sostitutivo" di quelle che non si siano potute fruire. Credo, infine, che sarà difficile "vincere" appieno, senza attivare uno specifico contenzioso legale in materia.

2. Se la vecchia azienda vuole (ma non è a ciò obbligata), può instaurare con l'ex dipendente un rapporto libero-professionale (una sorta di rapporto di consulenza, pagato a prestazione), ma potrebbero sorgere in tal caso problemi di conflitto-concorrenza con i Colleghi ancora in servizio attivo nella struttura, ovvero può riassumerlo con contratto di diritto privato a tempo parziale per l'attuazione di progetti finalizzati (ex art. 15-octies D.Lgs. 229/99). Tuttavia in entrambi i casi opererebbe l'abbatti-

mento del 30% circa sulla pensione maturata perché Lei non avrebbe ancora raggiunti (al momento della pensione anticipata) i requisiti per la piena liberalizzazione del cumulo tra pensione e lavoro autonomo o libero-professionale (che, a legislazione vigente, sono di 58 anni anagrafici e 37 anni contributivi).



Criteria per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali

La dott.ssa M.P. ci scrive: "Sono dirigente medico con più di 20 anni di servizio. Sono venuta a conoscenza che nel mio reparto sono stati assegnati ad alcuni Colleghi, che non hanno alcun titolo di specializzazione nel settore assegnato, incarichi professionali di alta specializzazione, con quote attorno ai 10.000 euro/anno. Vorrei chiedere se l'attribuzione del livello degli incarichi, con le relative quote, è a completa discrezione del dirigente di struttura complessa indipendentemente dai titoli specifici posseduti dal dirigente già di 1° livello. Io possiedo, oltre alla specializzazione nella branca di inquadramento, anche la specializzazione in un servizio ultraspecialistico che è considerato equipollente alla branca anzidetta, e ho frequentato anche un Corso della durata di un anno, con tanto di esame finale, sempre in settore omogeneo a quello di appartenenza. Ciononostante, mi è stato attribuito un incarico professionale ex art. 27, lettera c), con quota di circa 7.300 euro/anno (come a tutti i medici con più di 5 anni di servizio). Ho chiesto spiegazione al mio diretto superiore e questi ha risposto che, personalmente, non era d'accordo sull'attribuzione dei nuovi incarichi, ma che aveva avuto delle imposizioni dall'alto. Se le cose stanno così, ho ben chiaro che professionalmente non posso sperare niente di più per il mio futuro."

La graduazione delle funzioni dirigenziali ed i criteri generali per l'affidamento, il mutamento e la revoca degli incarichi dirigenziali, sono definiti a livello aziendale, previa concertazione con le OO.SS. mediche locali (la concertazione di cui all'art. 6, c. 1, sub B, è purtroppo un tipo di relazione sindacale "debole", nella quale l'ultima parola spetta all'amministrazione).

Ciò premesso, gli incarichi di cui all'art. 28, c. 3, del vigente CCNL '98/2001 di area medica (cioè gli incarichi di cui ai punti b e c dell'art. 27, c. 1, dello stesso contratto), "sono conferiti 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".

È quindi evidente che la discrezionalità, in tale attribuzione, ha un peso ben maggiore rispetto all'oggettività del possesso di un titolo di specializzazione, o di ultraspecializzazione, a meno che nella concertazione aziendale non si siano posti dei "paletti" in modo che ciò non avvenga.

Queste sono, purtroppo, le conseguenze della "medaglia di latta" della dirigenza, quale ci è stata nominalmente riconosciuta, e della falsa aziendalizzazione delle ASL.



Effetti previdenziali delle "mansioni superiori"

Il dott. E.F. ci scrive: "Una quindicina di anni fa sono stato incaricato con atto deliberativo di "mansioni superiori" di primario (o dirigente di 2° livello), con retribuzione dell'XI livello, che l'amministrazione ha assoggettato in toto a tratte per contributi previdenziali e assistenziali. Oggi, però, la stessa amministrazione provvede a fornire all'INPDAP, per il calcolo della pensione, dati di contribuzione previdenziale teorici, riferiti alla posizione giuridica di livello inferiore, e non quelli reali, effettivamente versati, di maggiore entità in quanto riferiti all'XI livello retributivo, e non al X. Qual è il comportamento corretto?"

Faccio presente che la disciplina contrattuale vigente all'epoca (D.P.R. 270/87 e D.P.R. 384/90), in materia di mansioni superiori non prevedeva che le mansioni stesse potessero essere rinnovate per un periodo superiore ai sei mesi, mentre prevedeva un compenso, limitatamente al periodo eccedente i 60 giorni (durante il quale le mansioni erano rese a titolo gratuito), commisurato alla differenza tra lo stipendio base della posizione superiore e quello della posizione di appartenenza (non, quindi, commisurato a tutte le voci retributive della posizione superiore).

Ciò premesso, l'amministrazione deve comunque fornire all'INPDAP, per il calcolo della pensione del dipendente che lascia il rapporto di lavoro, i dati effettivi delle contribuzioni previdenziali versate nel corso dell'intera vita lavorativa del proprio dipendente pensionando.

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

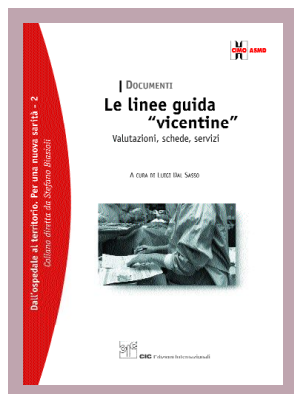
DOCUMENTI

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



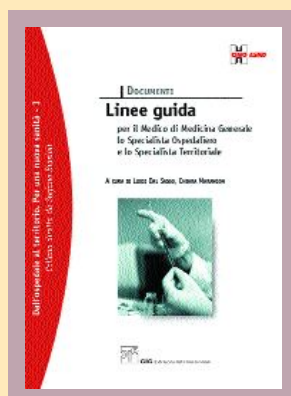
DOCUMENTI

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

