

una vittoria annunciata... segue da pag. 6

e Cariddi e sono approdati lindi e candidi nell'Italia "continentale". Ma non hanno nulla da offrire alla loro Isola, perché nulla li lega alle loro origini, emigranti anch'essi, ma "della politica".

Si tratta spesso di politici con una buona fetta di "Potere centrale", ma che guardano con sdegno il Governo della loro terra, "Regione canaglia" intrisa di mafia. Ne ricusano l'appartenenza, bacchettano, sculacciano e si compiacciono di affondare il popolo di Sicilia, in odio all'avversario politico e, giù, tagli agli stanziamenti per le infrastrutture, piani di rientro economici insostenibili, tagli e tasse, mai una politica di rilancio, di sgravio fiscale, ecc, per attirare gli investimenti. Poi, al momento delle elezioni, naturalmente tornano "per redimerci".

Cosa si aspettano: di essere riconosciuti come portatori "del Verbo"? Ed il popolo li ha giustamente cacciati, forse addirittura al di là dei loro demeriti!

Se qualcuno vuole tornare in Sicilia e parlare al popolo, si sporchi le mani, stringendole ai contadini, promettendogli l'acqua per i loro i campi e non rinfacciandogli che non sanno costituirsi in COOP. Si lordi le guance del sudore che cola dalle rughe degli anziani pescatori, consentendogli di uscire con i pescherecci pagando il gasolio un po meno, paradossalmente proprio in una terra devastata dalle raffinerie.

Ma occorre prima rilavarsi i panni nello stretto di Messina, sporcandoli di nafta maleodorante e dei liquami non smaltiti dai depuratori mai costruiti e poi tornare a capire il dolore di questo popolo.

Popolo che non ha altra scelta che quella della speranza. Per questo, a mio giudizio, ha votato per il "Partito del Popolo della Libertà", che ancora parla di speranza, progettualità, sviluppo.

Giuseppe Riccardo Spampinato

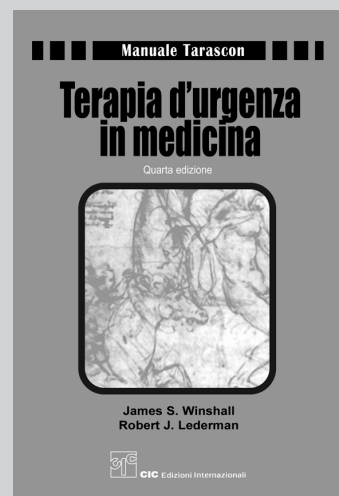


J.S. Esherick

TERAPIA DI BASE

Seconda edizione
Volume di 240 pagine

€ 20,00



J.S. Winshall, R.J. Lederman

TERAPIA DI URGENZA IN MEDICINA

Quarta edizione
Volume di 240 pagine

€ 20,00

 CIC Edizioni Internazionali

FAME E CRISI ENERGETICA: FUTURO INQUIETANTE

Enrico Hüllweck

Eventi che a volte ci sembrano insignificanti, possono determinare situazioni imprevedibili che cambiano la nostra vita. Pensiamo, per esempio, alla variazione del regime alimentare di popoli come quello cinese e quello indiano, dove il miglioramento dell'economia ha introdotto una dieta di stile occidentale con gran consumo di carne.

Ebbene, per ogni kg di carne di bue mangiato come bistecca, vengono consumati 8 kg di cereali per nutrire l'animale. Questo ci dà l'idea di quale massa di cereali verrà destinata in futuro per il solo nutrimento del bestiame.

Ma, come la mettiamo allora con il progetto emergente di usare i cereali come fonte di biocarburanti? Tutti abbiamo detto anni fa che il rimedio contro l'inquina-

mento e il riscaldamento del Pianeta poteva essere costituito dall'uso di sostanze alternative alla benzina, vale a dire biocarburanti derivati dal mais, dalla canna da zucchero, dalla soia, etc.

Oggi, però, l'OCSE ci raggela dimostrandoci tutta una serie di nuove problematiche. Fra i biocarburanti utilizzati come propellenti, a farla da padrone è stato fino ad oggi l'etanolo, prodotto in grande quantità in America, specie in Brasile e soprattutto negli Stati Uniti che, per sovvenzionare gli agricoltori che destinano granoturco al mercato energetico, spendono diversi miliardi di dollari all'anno (si ipotizzano 100 miliardi nel 2010).

Con questi incentivi economici, un terzo del granoturco americano viene ormai destinato alla produzione di



etanolo quale propellente, ma se questo può apparire un fatto positivo (perché ci sottrae alla dipendenza energetica del petrolio), in realtà cominciano a crearsi diversi rovesci di medaglia.

Innanzitutto gli agricoltori, per guadagnare di più con nuove piantagioni di granoturco, abbattano milioni di alberi, con effetti negativi sull'anidride carbonica che aumenta nell'atmosfera, mentre il suolo si deteriora e si avvelena, inquinando diverse falde acquifere per colpa dei fertilizzanti chimici usati senza ritegno, visto che il prodotto non è più destinato all'alimentazione umana ma ad essere bruciato come propellente.

Inoltre, per sostenere questa linea industriale, si sottraggono al mercato alimentare 140 milioni di tonnellate di mais.

Gli studiosi, riflettendoci sopra, hanno concluso che "per produrre dal mais un gallone di etanolo è necessaria una quantità di energia pari a più del 50 % di quella che il gallone stesso assicura" (Paul Krugman) e, contemporaneamente si è dimostrato che la quantità di mais necessaria per fare un pieno di etanolo a un Suv basterebbe a sfamare una persona per un anno.

Conclusioni: da più parti si chiede una brusca frenata sui biocarburanti, ma è difficile che l'interesse industriale sia sensibile a questo tipo di ragionamento, motivo per cui è da prevedere un aumento della crisi alimentare nel mondo anche perché, in altra sede, continua a crescere il prezzo del petrolio, a sua volta necessario per far funzionare tutti i mercati, compreso quello agroalimentare.

Se a queste considerazioni aggiungiamo le catastrofi climatiche (che in Australia hanno distrutto il 60% del grano e in Asia il 10% del riso), la continua crescita demografica (specie nei Paesi poveri), le speculazioni economiche e la crisi della finanza mondiale, possiamo spiegarci perché la FAO sia costretta a dire che, se oggi sono 854 milioni le persone che nel mondo non trovano da mangiare, fra 15 anni queste saranno 1 miliardo e 200 milioni.

Non sono numeri campati per aria, ma sono dati purtroppo corrispondenti al fatto che un miliardo di persone vive oggi con meno di 1 dollaro al giorno e che, come spiega il giornale "Le Monde", per ogni aumento di un solo punto percentuale dei prezzi dei prodotti alimentari di base, il numero degli affamati nel mondo cresce di 16 milioni di unità.

Questo scenario ha spinto l'ONU a chiedere aiuti sproporzionati ai Paesi "ricchi", ma difficilmente (come sem-

pre) l'ONU riuscirà ad essere efficace, anche perché la crisi congiunturale sta facendo soffrire gli stessi Paesi "ricchi", ragion per cui, nei Paesi poveri sta crescendo l'analfabetismo perché i bambini devono andare a lavorare per vivere e, dappertutto, crescono rivolte, proteste e tumulti con "rivolte del pane" in aree geografiche fino ad oggi considerate esenti da questo problema.

Il direttore della FAO Jacques Diouf invoca la correzione delle politiche di sviluppo fin qui tenute ma, intanto, Lorenza Viotto, dalle pagine de "Il 2000", cita efficacemente il monito di James Wolfensohn che, quando era presidente della Banca Mondiale, aveva sostenuto che "quando la metà del mondo guarda in tv l'altra metà che muore di fame, la civiltà è giunta alla fine".

Occuparsi di questi argomenti ci crea qualche imbarazzo nel ritornare alle "cose di casa nostra" di natura medico-sindacale. Tuttavia, nel momento in cui ci sono ospedalieri che scappano dai reparti sotto l'incubo dell'ormai insostenibile responsabilità medico-legale andata alle stelle di pericolosità, mentre i salari degli ospedalieri italiani sono i più bassi del mondo, dobbiamo avere il coraggio di proporre soluzioni nuove per lo status economico professionale di chi lavora in corsia. Dobbiamo farlo anche a costo di individuare articolazioni, diversità e peculiarità che, esaminate ciascuna in modo differenziato, potrebbero portare a forme di contratti più elastici e più aderenti alla realtà e ai bisogni dei medici.

L'ottimo Ministro Maurizio Sacconi, del quale salutiamo con gioia il nuovo incarico, anche perché è forse il più preparato tra quelli che i Governi italiani del dopoguerra hanno messo a capo della Sanità italiana, sembrerebbe aperto a questo tipo di visione.

Cerchiamo allora noi di non bruciare tutto per la fretta di portare a casa qualcosa (anche se il carovita ci ustiona le terga) e cerchiamo vere soluzioni coraggiose per il nostro futuro.

Solo così avrà ancora un senso proporre ad un giovane di andare a fare il medico ospedaliero.

*Enrico Hüllweck
già Sindaco di Vicenza*

MA LASSÙ QUALCUNO CI AMA?

Ivo Spagnoli



Dal 15 al 17 maggio scorso, si è svolta a Praga la sessione primaverile dell'Assemblea Generale della FEMS (Federazione Europea dei Medici Ospedalieri), di cui la CIMO è membro fondatore. I 40 delegati presenti, rappresentanti 22 sindacati medici di 12 Paesi, hanno dibattuto sui più importanti problemi della categoria e, più in generale, della Sanità in Europa.

Vediamo nel particolare i principali temi trattati di interesse comune.

Network europeo dei legali dei sindacati medici ospedalieri

Un'iniziativa originale dell'Ufficio Esteri della CIMO ha riscosso l'unanimità dei consensi tra le diverse delegazioni con l'approvazione del progetto per la realizzazione di una rete europea tra i legali dei vari sindacati aderenti alla FEMS. In particolare ciò si è concretizzato il 30 maggio con l'incontro a Lubiana tra l'Avv. Vania Cirese, legale della CIMO, e il collega Bojan Popovic (medico e avvocato), segretario generale della FEMS.

La costituzione del network consentirebbe:

1. una visibilità esterna sul versante giuridico, politico, sociale e sindacale in rappresentanza della classe medica;
 2. una presenza ufficiale e attiva presso le Istituzioni dell'Unione Europea per sollecitare interventi su problematiche di rilievo;
 3. attingere a coperture finanziarie per iniziative di ampio respiro (seminari, ricerche, gruppi di lavoro);
 4. disporre di scambi di informazione, giurisprudenza, dottrina su temi nevralgici (si pensi soprattutto alla responsabilità civile, penale, disciplinare in ambito sanitario, risk-management, promozione e monitoraggio degli eventi avversi e dei rischi, disciplina del consenso informato, tenuta delle cartelle cliniche, previsioni contrattuali e pensionistiche, precariato medico, tirocinio degli specializzandi e formazione continua).
- Il reseau internazionale dei giuristi esperti in ambito sanitario, consentirebbe la graduale formazione di una Banca dati (archivio informatico giuridico) in tema di "malpractice", rischio clinico ed altro, favorendo la circolazione di orientamenti più equilibrati e garantisti e l'avvio di un'omogeneità di trattamenti e di tutele negli Stati della UE, incoraggiando



altresì la libera circolazione dei medici e dei pazienti e la sicurezza nella pratica medica, nell'interesse delle varie componenti (pazienti, operatori sanitari, responsabili delle strutture).

I temi portanti su cui la rete dei giuristi della FEMS potrebbe subito concentrare l'attenzione sono:

- la responsabilità professionale medica in ambito penale, civile, disciplinare, per conseguire un'analisi comparata delle attuali tendenze giurisprudenziali e formulare proposte operative per la riduzione del contenzioso medico-paziente;
- risk management in sanità per conseguire un'analisi comparata e proposte di armonizzazione / unificazione (standardizzazione) dei modelli di unità di rischio clinico adottabili;
- disciplina delle carriere / contratti collettivi nazionali (analisi comparata, favorendo omogenei indirizzi di maggior tutela);
- responsabilità degli enti / strutture e dei datori di lavoro; analisi delle fonti di responsabilità distinte dall'errore del singolo operatore sanitario (o sua figura apicale) es. infezioni nosocomiali, carenza di strumenti, dotazioni nei reparti, nelle sale operatorie), per la promozione di una disciplina autonoma

- ma in caso di eventi infausti ricollegabili alla apparecchiature / strutture e per favorire la sicurezza nella pratica medica;
- polizze assicurative: analisi comparata dei principali problemi relativi alle coperture assicurative, disdetta delle polizze, insufficienza di copertura, rivalsa, ecc. per favorire condizioni contrattuali omogenee, di reale tutela dei medici (e dei pazienti);
- Organizzazione del lavoro / carichi di lavoro / rischio nel lavoro;
- Lavori usuranti;
- Problematiche inerenti la professione medica esercitata dalla donna.

E-health: miracolo o miraggio?

Il tema delle conseguenze e dei limiti della implementazione di piattaforme informatiche negli ospedali europei (Informatica medica= e-Health) è stato l'oggetto di un interessante studio presentato dal Collega Yves Boudart, rappresentante del sindacato degli psichiatri ospedalieri francesi. Data la complessità della materia vi espongo in modo analitico i punti nodali.

Scopi, finalità dichiarate e possibili vantaggi

- Accrescere la qualità dell'iter diagnostico-terapeutico grazie a una migliore conoscenza del paziente da parte di tutti i medici coinvolti
- Migliorare il rapporto costo/qualità
- Facilitare la libera circolazione dei pazienti
- Sviluppare la ricerca basata su dati oggettivi facilmente elaborabili
- Facilitare il consulto a distanza tra il paziente e i Curanti

Problematica e rischi connessi

- L'e-health rappresenta una concezione teorica, tecnocratica e commerciale, ma poco "medica" della gestione dell'informazione clinica
- Ulteriore disumanizzazione della medicina
- Le raccomandazioni della best practice dipendono da motivazioni economiche e commerciali piuttosto che mediche
- Sottostima degli elevati costi di implementazione
- Interpretazione univoca dei dati: nessun sistema fornisce dati esaustivi di un paziente in modo semplice. Ciascun sistema segue una logica organizzativa differente che corrisponde ai bisogni dell'utilizzatore e alle sue priorità
- Rischio di pirateria informatica (compagnie di assicurazioni, Stati, ecc.)

Boudart, alla conclusione del suo studio, ha affermato che

compito dei sindacati medici (e della FEMS) non è disinteressarsi dell'argomento ma conoscerlo e affrontarlo per meglio condurre queste rivendicazioni:

- Preservare l'autonomia professionale
- Rifiuto di snaturare il quadro della pratica medica per soddisfare alle esigenze formali e funzionali dell'e-health: nulla può sostituire il rapporto faccia-a-faccia del paziente con il medico
- Rifiutare l'assioma "universal best practice" in favore del "best possible treatment" di un particolare problema, in un particolare paziente, in una determinata situazione
- Gli informatici devono toccare con mano la realtà ospedaliera (e il suo linguaggio) e non al contrario tentare di costringere i medici a comprendere loro.

Quindi una materia oggetto non certo di un approccio luddista ma consapevolmente critico nel valutare tutti i complessi aspetti e nel non farsi trascinare in scelte avventate in nome, come ha affermato Boudart, del mito totalitario della trasparenza.

Libera circolazione nella UE dei medici e dei pazienti. Demografia medica

Chi scrive ha redatto, su mandato della FEMS, un questionario bilingue su questi argomenti, inviato a tutte le delegazioni. I risultati preliminari confermano quanto più volte espresso su queste pagine in occasione di precedenti note.

L'allargamento ad Est della UE ha prodotto un vero e proprio terremoto nel mercato del lavoro in ambito sanitario, con una cospicua migrazione di Colleghi da Est verso Ovest, particolarmente sensibile in certi Paesi confinanti (Austria, Germania).

Questo fenomeno sta portando a una progressiva "desertificazione sanitaria" in certi Paesi dell'Est, specie quelli più arretrati, dovuta anche all'obsolescenza delle tecnologie e delle apparecchiature ospedaliere.

Logica conseguenza è la fuga dei pazienti, finanziariamente idonei, verso l'Ovest in un'inarrestabile spirale negativa.

La demografia medica parla al femminile in tutta Europa e in alcune realtà le Colleghe sono la netta maggioranza. Questo fenomeno, di per sé positivo, è l'ulteriore spia che manca un adeguato valore sociale della figura del medico (basse remunerazioni, egemonia delle discipline economiche) e quindi la scarsa appetibilità per i giovani maschi europei di intraprendere la professione medica.

I risultati definitivi e completi dell'indagine in ambito FEMS verranno presentati alla prossima assemblea generale di Varsavia in ottobre e saranno anche oggetto di una nota su queste pagine.

Altre notizie "spot"

• I Colleghi sloveni hanno presentato i dati preliminari di un'inchiesta sulla presenza del privato in Sanità. Pur con la doverosa premessa che nella FEMS sono rappresentati una minoranza dei Paesi della UE, la privatizzazione degli ospedali pubblici non appare un trend significativo, con l'eccezione significativa di alcuni Paesi dell'Est (Repubblica Ceca, Ungheria, Bulgaria).

Altra cosa è la presenza dell'ospitalità privata, ubiquitaria in tutti i Paesi rappresentati nella FEMS e in continua espansione di investimenti.

• L'Assemblea Generale (AG) ha approvato una proposta di Dal Maso tendente alla sponsorizzazione del portale FEMS da parte della Takeda e ha parimenti approvato il suo bilancio consuntivo 2007 e preventivo 2008, lodandone l'innovativa trasparenza e chiarezza.

• L'AG ha approvato all'unanimità una mozione di condanna della violazione da parte del Governo italiano, con la legge finanziaria 2008, della direttiva europea sul tempo di lavoro, esonerando i medici ospedalieri dal riposo obbligatorio di undici ore tra un periodo di lavoro e l'altro. È intenzione della FEMS inviare questa mozione alla Commissione Europea.

Conclusioni

Durante i vari incontri informali tra le delegazioni e nei momenti di convivialità organizzati dai colleghi praguesi ospitanti, un concetto è stato ricorrente: fare il medico in Europa è sempre più difficile e conflittuale, sempre più rischioso e sempre meno gratificante da un punto di vista economico e sociale.

I politici non ci amano (siamo troppo divisi tra noi e non siamo capaci di essere un'operativa lobby elettorale), i giornalisti non ci amano (non facciamo notizia se non per gli episodi di malasanità), i magistrati non ci amano (è molto più populista condannare un medico che non un giudice per malagiustizia o un giornalista per mala informazione). Ma, almeno lassù. Qualcuno ci amerà?

Ivo Spagnoli

Responsabile nazionale CIMO-ASMD per gli Esteri



INFORMAZIONE, COMUNICAZIONE E RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE

I recenti fatti della Casa di Cura S. Rita di Milano ci portano a fare delle considerazioni non solo sui controlli, in termini quantitativi e qualitativi, ma sulla criticità del sistema di finanziamento del SSN, sul fatto di avere professionisti pagati “a ore” a cui si richiedono prestazioni, e altre considerazioni generali sulla situazione finanziaria complessiva dei 20 sistemi sanitari regionali oggi funzionanti. La tabella seguente evidenzia la diversa percentuale di spesa privata e il numero di cliniche private.

come mai non sia stato possibile impedire comportamenti opportunistici e cattive pratiche professionali, sempre che di questo si sia trattato, come in seguito la Magistratura potrà confermare o meno.

Io credo che il punto di partenza di tale riflessione sia che la medicina è “lenire le sofferenze altrui” e questo spiega perché l’etica ne sia l’elemento essenziale. Alla compassione da parte del medico per chi soffre, che si traduce nelle forme di cure e del prendersi cura, corrisponde la fiducia da parte

REGIONE	POSTI LETTO	% SPESA PUBBLICA	% SPESA PRIVATA	NUMERO CLINICHE PRIVATE
PIEMONTE	15.335	66	34	43
LOMBARDIA	35.273	56	44	70
VENETO	19.110	62	38	15
E. ROMAGNA	16.820	68	32	46
TOSCANA	13.565	72	28	27
LAZIO	21.344	54	46	87
CAMPANIA	14.758	59	41	71
PUGLIA	13.711	56	44	32
SICILIA	16.788	58	42	61

Non è casuale che Lazio, Campania e Sicilia da sole rappresentino oltre l’80% del disavanzo nazionale, come non è casuale che in queste Regioni vi sia un numero di strutture private maggiore rispetto a quello di altre Regioni. È evidente che in termini di “programmazione competente” qualche cosa che si doveva fare non è stato fatto ed è indubbio che ora bisogna intervenire per correggere una situazione insostenibile, non solo sotto il profilo finanziario.

Il problema emerso è molto complesso e obbliga tutti noi a fare delle opportune riflessioni sull’etica professionale e su

del paziente, che è la base del loro rapporto, e che si traduce nella richiesta morale di affidamento attraverso l’assunzione di responsabilità.

La regola morale del “non fare agli altri quello che non vorresti fosse fatto a te”, nel caso del medico è ancora più vincolante, data l’evidente asimmetria relazionale esistente fra lui e il paziente. Questa criticità si può limitare con forme procedurali quali il consenso informato ma anche, e soprattutto, con un forte incremento della dimensione deontologica della relazione medico-paziente.

L'idea platonica che "il medico, nel senso vero del termine, governa i corpi e non è affatto un uomo di affari" si traduce nel precetto "primum non nocere" che è un atteggiamento di rispetto nei confronti l'uno dell'altro. Questo è come dovrebbe essere, ma è evidente come ciò sia lontano anni luce dai recenti fatti di cronaca che, al di là dell'esito dei dibattimenti nelle sedi giudiziarie, faranno comunque fare un passo indietro a tutta la comunità medica italiana, rendendo allo stesso tempo i pazienti italiani più deboli e insicuri.

È noto a tutti, e da molto tempo, come la medicina negli ultimi 50 anni abbia compiuto più progressi e colto più successi per la sopravvivenza degli uomini che in tutti i secoli precedenti messi insieme e, tuttavia, non abbia mai riscosso tanta sfiducia e tanti sospetti nella pubblica opinione, come oggi.

Alla base vi è la criticità che si è sviluppata nel rapporto medico-paziente e le problematiche connesse alle caratteristiche essenziali di tale rapporto, quali la capacità di ascolto senza pregiudizi e la capacità di comunicare nel senso compiuto della bidirezionalità comunicativa. I risultati di uno studio recente realizzato in Canada hanno dimostrato che nel 54% dei casi il medico non prendeva in considerazione le proteste dei propri pazienti e nel 45% dei casi non ascoltava con attenzione le loro preoccupazioni.

Inoltre, il 50% dei problemi psico-sociali e psichiatrici non sarebbe stato trattato correttamente proprio per un difetto di comunicazione medico-paziente, finendo per incidere negativamente sulla qualità della pratica clinica. La relazione umana che si instaura tra medico e paziente rappresenta un elemento insostituibile dell'atto diagnostico e terapeutico basato sul fondamento di un sapere che non può essere soltanto tecnico, professionale e razionale, ma personale e soggettivo.

Nel 2005 è stata presentata la Carta di Firenze per ribadire alcune regole che devono governare un nuovo e diverso rapporto tra medici e pazienti.

- 1) La relazione fra l'operatore sanitario e il paziente deve essere tale da garantire l'autonomia delle scelte della persona.
- 2) Il rapporto è paritetico; non deve, perciò, essere influenzato dalla disparità di conoscenze (comanda chi detiene il sapere medico, obbedisce chi ne è sprovvisto), ma improntato alla condivisione delle responsabilità e alla libertà di critica.
- 3) L'alleanza diagnostico/terapeutica si fonda sul riconoscimento delle rispettive competenze e si basa sulla lealtà reciproca, su un'informazione onesta e sul rispetto dei valori della persona.
- 4) La corretta informazione contribuisce a garantire la rela-

zione, ad assicurarne la continuità ed è elemento indispensabile per l'autonomia delle scelte del paziente.

5) Il tempo dedicato all'informazione, alla comunicazione e alla relazione è a tutti gli effetti tempo di cura.

6) Una corretta informazione esige un linguaggio chiaro e condiviso. Deve, inoltre, essere accessibile, comprensibile, attendibile, accurata, completa, basata sulle prove di efficacia, credibile ed utile (orientata alla decisione). Non deve essere discriminata in base all'età, al sesso, al gruppo etnico, alla religione, nel rispetto delle preferenze del paziente.

7) La chiara comprensione dei benefici e dei rischi (effetti negativi) è essenziale per le scelte del paziente, sia per la prescrizione di farmaci o di altre terapie nella pratica clinica, sia per il suo ingresso in una sperimentazione.

8) La dichiarazione su eventuali conflitti di interesse commerciali o organizzativi deve far parte dell'informazione.

9) L'informazione sulle alternative terapeutiche, sulla disuguaglianza dell'offerta dei servizi e sulle migliori opportunità diagnostiche e terapeutiche è fondamentale e favorisce, nei limiti del possibile, l'esercizio della libera scelta del paziente.

10) Il medico con umanità comunica la diagnosi e la prognosi in maniera completa, nel rispetto delle volontà, dei valori e delle preferenze del paziente.

11) Ogni scelta diagnostica o terapeutica deve essere basata sul consenso consapevole. Solo per la persona incapace la scelta viene espressa anche da chi se ne prende cura.

12) Il medico si impegna a rispettare la libera scelta dell'individuo anche quando questa sia in contrasto con la propria e anche quando ne derivi un obiettivo pregiudizio per la salute, o perfino per la vita del paziente. La continuità della relazione viene garantita anche in questa circostanza.

13) Le direttive anticipate che l'individuo esprime sui trattamenti ai quali potrebbe essere sottoposto qualora non fosse più capace di scelte consapevoli, sono vincolanti per il medico.

14) La comunicazione multi-disciplinare tra tutti i professionisti della Sanità è efficace quando fornisce un'informazione coerente ed univoca. I dati clinici e l'informazione relativa alla diagnosi, alla prognosi e alla fase della malattia del paziente devono circolare tra i curanti. Gli stessi criteri si applicano alla sperimentazione clinica.

15) La formazione alla comunicazione e all'informazione deve essere inserita nell'educazione di base e permanente dei professionisti della Sanità.

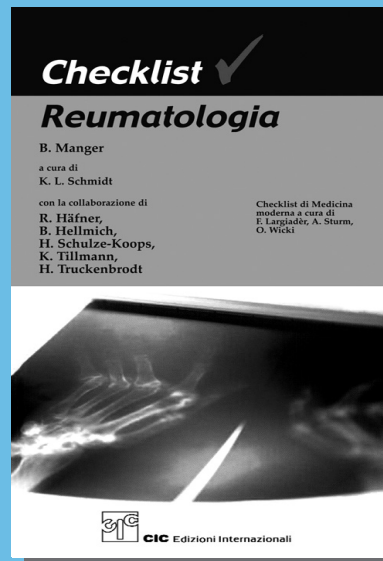
Il rapporto medico-paziente ha subito una ulteriore trasformazione con l'introduzione del consenso informato. Si tratta di un percorso comune e dinamico ma sia il medico sia il paziente non sembrano ancora pronti alla completa operati-

vità di questo modello: l'atteggiamento del medico spesso male si concilia con il principio ispiratore del consenso informato che è l'autonomia del paziente che a sua volta si sente caricato di ansia decisionale molte volte non richiesta e non voluta. Il consenso è il risultato finale del processo di comunicazione, l'atto informativo che si dovrebbe inserire in una più vasta dimensione comunicativa. Pertanto l'informazione, la comunicazione e la relazione che sono contenute l'una nell'altra, sono tutte componenti presenti nel dialogo tra paziente e medico che dovrà riconoscere, nell'ambito della relazione creatasi, la volontà del paziente di essere opportunamente informato.

La deontologia, infine, rappresenta la somma dei doveri professionali verso il paziente, verso la categoria medica, verso la società e le sue regole. Essa considera gli obblighi normativi incombenti sui medici, per lo più tradotti nei precetti professionali, sanitari e giuridici e in essa sono trasfusi i modelli di comportamenti ritenuti essenziali per le varie categorie sanitarie che riguardano la salvaguardia del decoro, del prestigio, della buona efficienza tecnica e la garanzia dei comportamenti corretti nei confronti dei colleghi e degli utenti.

Il Codice di deontologia medica è un corpus di regole di autodisciplina predeterminate dalla professione, vincolanti per gli iscritti all'Ordine che a quelle norme devono adeguare la loro condotta professionale. È su questi tre aspetti che la nuova relazione medico-paziente dovrebbe svilupparsi poiché etica professionale, consenso informato e deontologia sono elementi essenziali della autonomia professionale che tutti sappiamo essere indissolubilmente legata alla responsabilità che ogni professionista medico riconosce e che sempre rivendica volendo purtroppo il rispetto della autonomia e dimenticandosi, spesso ma fortunatamente non sempre, degli obblighi connessi alla responsabilità intesa come l'impegno a realizzare una condotta professionale corretta nell'interesse di salute o in risposta ad un bisogno della persona.

*Maurizio Dal Maso
Tesoriere FEMS*



B. Manger **CHECKLIST REUMATOLOGIA**

A cura di K.L. Schmidt
Con la collaborazione di
R. Häfner, B. Helmich,
H. Schulze-Koops,
K. Tillmann, H. Truckenbrodt

Terza edizione
completamente riveduta
Volume di 586 pagine

€ 70,00

 **CIC Edizioni Internazionali**

LA FEMMINILIZZAZIONE DELLA PROFESSIONE MEDICA: PROBLEMA OD OPPORTUNITÀ?

**CIMO-ASMD affronta la questione
in un Corso di aggiornamento a Montesilvano**

Itala Corti

Le “torte” statistiche dimostrano che la differenziazione dei compiti maschili e femminili hanno decretato il successo della specie umana: per miliardi di anni i trogloditi sono andati a caccia e le troglodite hanno partorito ed accudito i figli. Un po’ alla volta le condizioni di vita sono cambiate, il cibo è stato prodotto vicino alla porta di casa e non rincorso nelle savane, la mortalità infantile si è ridotta, l’età media si è allungata.

È tanto esigua e vicina a noi la “fettina” di tempo che vede le donne in grado di uscire dalle caverne, e dare il proprio contributo al mondo in termini di intelligenza, volontà e sentimento, che la natura non ha avuto ancora il tempo di rivoluzionare il modello che ha portato avanti per millenni.

Studi di neurobiologia hanno dimostrato che differenze fra cervello maschile e femminile esistono, se non altro per l’influenza di ormoni diversi, anche se la civiltà e il cambiamento sociale rendono sempre più sottile la separazione fra le due tipologie.

Il punto di partenza “pratico” che un sindacato moderno deve considerare è che, se esistono diversi comportamenti lavorativi fra maschi e femmine, vanno utilizzati per ottimizzare l’organizzazione del lavoro e raggiungere mete sempre più ambiziose, gestendo al meglio la rivoluzione indotta dalla possibilità delle donne di superare ostacoli finora affrontati solo da uomini.

Il Corso di Montesilvano ha messo alla prova un gruppo di medici composto per metà da donne e per metà da uomini. Tutti erano disponibili al confronto e rappresentavano diverse fasce d’età, compresa quella dei trentenni.

Lo straordinario risultato di questo primo studio è stato che gli uomini e le donne sanno perfettamente cosa pensa l’altro sesso e quali sono i comportamenti virtuosi o indisponenti che creano disaccordo o armonia nel gruppo di lavoro.

È stata evidenziata una notevole differenza di approccio al tema nei più giovani: per loro la competizione professionale maschio/femmina è paritaria e il modello familiare che hanno seguito i cinquantenni e, seppur con qualche cambiamento, i quarantenni, è ormai tramontato. Studi recenti hanno dimostrato una grande differenza fra lo stile delle donne e quello degli uomini nell’affrontare il lavoro e, probabilmente, la quotidianità. Lo schema riportato è eloquente: è chiaro che si otterrà la soddisfazione di tutti se si riuscirà a portare avanti contemporaneamente i diversi modelli.

Prescindendo dalla gravidanza, assenza fisiologica dal lavoro che una professionista non può prolungare troppo (in condizioni normali), a rischio di perdere aggiornamento e pratica, che sarà compensata solo con un adeguato sistema di sostituzione del personale femminile, e dalla necessità di facilitazione sui luoghi di lavoro (asili nido con orari adeguati a quelli di servizio), altri problemi appaiono all’orizzonte: la scelta molto orientata verso alcune specializzazioni con esclusione di altre, in cui il numero dei maschi è oggi dominante, metterà in crisi alcuni settori, se la tendenza non sarà invertita. (Tab 1)

Il momento è delicato e solo la collaborazione fra uomini e donne e un po’ di lungimiranza, come sempre, fornirà le giuste risposte.

Per ora cerchiamo di far condividere un sistema lavorativo ai due sessi: se le minoranze di oggi diventeranno maggioranze di domani la collaborazione e un approccio intelligente ai problemi garantiranno l’equilibrio.

Al sindacato il difficile compito di guidare il cambiamento.

Itala Corti

Segretario Regionale CIMO ASMD Abruzzo

professione ed economia

Tabella 1 - Selezione di dati sulla componente femminile di alcune specialità

Specializzazione	Totale	Donne	% donne
Anatomia patologica	1249	446	35.7
Anestesia e rianimazione	10043	2880	28.7
Biochimica clinica	368	167	45.4
Cardiologia	13931	2292	16.5
Cardiologia	13931	2292	16.5
Chirurgia generale	13277	1246	9.4
Dermatologia e venereologia	4659	1604	34.4
Ematologia	4141	1416	34.2
Endocrinologia e malattie del ricambio	6175	2201	35.6
Farmacologia	616	169	27.4
Gastroenterologia	6200	1300	21.0
Genetica medica	193	94	48.7
Geriatrics	4255	1278	30.0
Ginecologia e ostetricia	12758	4585	35.9
Malattie infettive	2699	788	29.2
Medicina del Lavoro	6430	1371	21.3
Medicina dello sport	4149	518	12.5
Medicina interna	8890	2015	22.7
Medicina legale	624	113	18.1
Medicina nucleare	1026	243	23.7
Medicina tropicale	343	63	18.4
Microbiologia e virologia	650	239	36.8
Nefrologia	2869	895	31.2
Neurochirurgia	770	57	7.4
Neurologia	6498	2149	33.1
Neuropsichiatria infantile	2368	1387	58.6
Odontostomatologia	20841	3596	17.3
Oftalmologia	6025	1659	27.5
Oftalmologia	6025	1659	27.5
Oncologia	3755	1090	29.0
Ortopedia e traumatologia	7219	369	5.1
Otorinolaringoiatria	5925	955	16.1
Patologia clinica	2419	864	35.7
Pediatria	18846	9044	48.0
Psichiatria	7408	2663	35.9
Radiodiagnostica	7175	1284	17.9
Reumatologia	1835	131	7.1
Scienza dell'alimentazione	1678	483	28.8
Tossicologia medica	851	207	24.3
Urologia	3809	159	4.2
TOTALE	235900		

APPROPRIATEZZA DELLA PRESCRIZIONE E LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Luigi Dal Sasso e Chiara Marangon

Ci sono molti argomenti in fase di discussione, elaborazione, cambiamento, nel panorama federale della salute delle venti Regioni italiane. Sembrano argomenti “a compartimenti stagni”, se considerati individualmente. Sono invece strettamente legati fra loro, quasi un “continuum” del discorso, se si riesce a vederli come un insieme di particolari all’interno di uno stesso disegno.

Torniamo indietro solo di qualche anno. Nel 2001 è stata approvata la legge costituzionale che ha modificato il titolo V della Costituzione, che ha prodotto come effetto uno spirito federalista e il rilancio di un forte potere di iniziativa da parte delle singole Regioni. Contemporaneamente si è reso necessario un accordo fra Stato e Regioni (accordo dell’8 agosto 2001) per definire alcune linee di lavoro comuni e condivise, per garantire comunque a tutti i cittadini italiani le fondamentali sicurezze in materia di tutela della salute.

È questo il periodo in cui vengono ridefiniti i Livelli Essenziali di Assistenza (i LEA di cui al DPCM 29 novembre 2001), LEA già formulati peraltro nel Piano Sanitario Nazionale 1994-’96 e concettualizzati nello stesso D.Lgs. 502/92.

Assicurare tutte le prestazioni ed i servizi indicati nei LEA attraverso il SSN non è stata – ne lo è tuttora – una cosa semplice. È emersa subito la necessità di equilibrare i costi effettivamente sostenuti dal SSN, con adeguato finanziamento, e coniugare i vincoli della spesa pubblica con la soddisfazione dei bisogni della popolazione. Queste considerazioni fanno emergere una grande verità: può essere “livello essenziale” solo ciò che è appropriato (su questo concetto ritorneremo tra poco).

Corollario della definizione dei LEA appare l’affermazione che il territorio deve diventare il baricentro dell’assistenza, e l’Ospedale uno dei nodi della rete dell’assistenza; in questo contesto ci limitiamo a questa affermazione di principio, lasciando perdere ogni considerazione sindacale – contrattuale (il territorio è già preparato ora?; i medici di medicina generale sanno presidiare il territorio e garantire una assistenza decorosa sulle 24 ore, anche nei giorni festivi?; come si fa con contratti e rapporti di lavoro diversi?; ecc).

A completamento del quadro finora abbozzato, vale la pena ricordare che la legge n. 328/2000, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, all’articolo 22, c. 4, dà indicazioni alle Regioni per assicurare un minimo livello di servizi sociali (LEA sociali).

I LEA sociali non sono tuttavia ancora definiti nel dettaglio, come è stato fatto per i LEA sanitari nel novembre 2001. Avere chiari concetti di LEA sociali e la garanzia che questi diritti vengano effettivamente assicurati, è essenziale anche per il buon funzionamento di tutta la rete dei servizi territoriali, perché è esperienza comune, per chi lavora sul territorio, che il bisogno sanitario è spesso collegato ad un bisogno sociale e se non si dà una risposta ad entrambi si sprecano risorse inutilmente.

Si capisce facilmente quanto sia importante che il territorio funzioni, che gli operatori siano motivati e qualificati e che la rete dei servizi sia il più possibile completa, perché se così non fosse (e spesso ancora adesso non è così) ogni problema assistenziale, lieve o importante, confluirebbe in ospedale, unico luogo in cui le cure, complesse o lievi, vengono assicurate per tutto l’arco delle 24 ore.

È allora indispensabile richiamare la puntuale realizzazione dei servizi del territorio per sgravare l’ospedale di ciò che non gli compete. Tutto ciò tuttavia non basta. Torniamo al principio di appropriatezza sopra richiamato. Abbiamo accennato a quanto sia indispensabile la sua puntuale applicazione, pena il rischio di rendere difficile per il “sistema” assicurare la risposta ad ogni domanda espressa, nel rispetto dei vincoli di spesa.

Recentemente la Conferenza Stato-Regioni ha ritenuto opportuno aggiornare il documento relativo ai LEA, per adeguarlo alle modifiche organizzative e normative nel frattempo intercorse, provvedimento che attende ancora la veste ufficiale e la pubblicazione in Gazzetta.

Pensiamo solamente alla necessità di sostituire il vecchio nomenclatore tariffario e di recepire tutta la normativa che ha modificato i criteri che definiscono l’assistenza specialistica ambulatoriale, trasferendo in questo contenitore molte attività di day hospital prima considerate come attività ospedaliera. Nel contempo viene definito in

maniera più precisa come debba essere esigita la tipologia di servizi territoriali (dimissioni protette, assistenza domiciliare, assegnazione di farmaci e presidi, ecc).

In apertura accennavamo alla necessità di cogliere un legame fra tutti gli argomenti oggi in discussione, anche se apparentemente indifferenti l'un l'altro. L'accento ai LEA e alla urgenza di ricercare maggior appropriatezza nelle nostre richieste di prestazione si inserisce ora a confermare il fatto che prestiamo come categoria poca attenzione a questo aspetto (appropriatezza della prescrizione). Da quando nella ricetta del SSN (ricetta rossa) viene chiesto di indicare la fascia di priorità (U = urgente; B = attesa breve; D = prescrizione differita; P = prescrizione programmabile fino a 180 giorni), molti di noi trovano molto conveniente "esagerare" nella indicazione di una lettera B (attesa di giorni 10), ottenendo così l'effetto di non scontentare troppo il paziente e di non abusare di un servizio come il Pronto Soccorso, per richieste propriamente non di urgenza. Tutto ciò ha indotto nelle aziende sanitarie la necessità di riorganizzare i Servizi dilatando le possibilità di offerta, con acquisto di prestazioni sotto forma di libera professione a favore dell'azienda o attraverso altri istituti contrattuali possibili.

Possiamo affermare per conoscenza diretta che nelle nostre ASL la domanda di prestazioni negli ultimi due anni è aumentata, talora addirittura raddoppiata, però – a detta dello specialista erogatore della prestazione – la quantità di non appropriatezza rasenta in taluni casi anche l'80% delle richieste. Solo durante l'esecuzione dell'esame lo specialista, interrogando il paziente, viene a conoscenza che non sono accusati dall'interessato i disturbi o i sintomi indicati nei percorsi diagnostici condivisi e adottati; le specifiche cliniche non sono prese in seria considerazione e la richiesta viene spesso fatta anche in difetto di motivazione per quel grado di celerità, ma solo in forza dell'assioma che "il cliente ha sempre ragione".

Varrebbe la pena riflettere però sul fatto che la sanità è un mercato anomalo e tutto ciò che viene erogato inutilmente ad un cittadino, finisce per essere tolto, o erogato in ritardo, ad un altro cittadino "più paziente" del primo, se deve essere vero un principio correlato alla natura dei LEA, secondo cui le prestazioni devono conciliarsi con l'assegnazione dei finanziamenti pubblici.

Quali sono le prestazioni per le quali la richiesta è esagerata e non in linea con il principio di appropriatezza? Nella nostra esperienza e realtà si tratta spesso di richieste di esami ecografici, delle indagini cardiologiche (visite, ECG ed ecocardiografie, con o senza doppler), degli esami endoscopici in gastroenterologia, delle visite fisia-

triche (non tanto per la natura della richiesta, bensì per il grado di urgenza espresso relativamente al problema lamentato: per es. le cure per l'artrosi della colonna in una persona di età geriatrica, ecc).

Gli esami radiologici complessi (tomografie computerizzate e risonanze magnetiche) vengono richiesti peccando sia di eccesso di sollecitudine che di effettivo bisogno clinico, se riferito ai sintomi denunciati. In quest'ultimo caso a maggior ragione l'uso di uno strumento così costoso e di un professionista di alto livello in maniera non appropriata nega il diritto all'accesso relativo alla stessa prestazione a favore di qualcun altro più bisognoso.

Noi pensiamo che sia urgente, da parte di tutti, acquisire un maggior senso di responsabilità nell'uso delle risorse a nostra disposizione e di rispetto delle indicazioni suggerite dai percorsi diagnostico-terapeutici adottati nelle nostre ASL, percorsi che hanno richiesto tempo di lavoro per la loro definizione e condivisione tra i vari professionisti.

E proprio questa condivisione deve essere la chiave di volta del sistema che, supportata da uno scambio di informazioni, porterà ad una uniforme linea di condotta che darebbe sicuramente più forza a noi professionisti nel rapporto con il paziente e ci renderebbe meno vulnerabili di fronte alle pressanti richieste improprie. È vero che comunicare comporta fatica, ma dobbiamo considerarlo non in un'ottica di imposizione ma come un'occasione da cogliere per svolgere meglio la nostra professione.

Quanto segnalato in queste righe è oggi un grande problema in tutte le ASL d'Italia e una forte occasione di richiamo da parte del Ministero della salute (oggi in realtà solo settore importante all'interno del Ministero del Welfare) ogniquale volta si accende il dibattito sul controllo dei tempi di attesa. Gran parte di questo sentito problema sarebbe ridimensionato se venisse richiesto solo ciò che davvero serve.

È proprio così difficile crederci, anche da parte nostra, un po' di più?

*Luigi Dal Sasso, CIMO-ASMD Legnago
Chiara Marangon, CIMO-ASMD Vicenza*

LAVORI USURANTI

Umberto Celotto

Il precedente Governo aveva predisposto un decreto legislativo, delegato dal collegato sul welfare, relativo alla deroga ai requisiti richiesti per il collocamento anticipato a fini di pensione dei lavoratori dipendenti, per i lavori usuranti, con conferma della tutela quesita accordata a chi ha maturato i 57 anni di età ed i 35 anni di servizio entro il 2007. Il provvedimento in argomento non ha avuto seguito dal momento che il nuovo Esecutivo, in data 30 maggio 2008, ha rinnovato i termini della delega in questione. Comunque, si riassumono qui di seguito i punti essenziali del problema:

1) I soggetti destinatari del beneficio del pensionamento anticipato con requisiti inferiori a quelli previsti per la generalità dei lavoratori dipendenti sono:

-gli addetti alle lavorazioni di cui all'art. 2 del D.M. Lavoro 19/05/1999 (lavori in gallerie, cave, miniere, casoni, svolti da palombari, ad alte temperature, in spazi ristretti, del vetro cavo, asportazione dell'amianto);

-lavoratori notturni (D.Lgs. 66/2003);

-gli addetti alla linea-catena;

-conducenti di veicoli addetti al trasporto pubblico collettivo con capienza complessiva non inferiore a 9 posti;

2) quanto all'entità del beneficio, a regime ossia dal 2013, l'accesso al trattamento pensionistico in esame dovrebbe essere consentito con un'età anagrafica inferiore di 3 anni ed una "quota" - data dalla somma di età anagrafica ed anzianità contributiva - inferiore di un valore pari a tre rispetto alla generalità dei lavoratori dipendenti. In concreto, a tale data, la pensione sarebbe conseguibile al raggiungimento di una quota 94 (invece di 97) e ad un'età di 58 anni (invece di 61). In via transitoria (dal 2008 al 2012) l'anticipo varierebbe, invece, tra i due ed i tre anni, in riferimento all'età, e tra il valore di uno e due, in relazione alla "quota". In primissima attuazione, i lavoratori che maturino i requisiti ridotti entro il 31/12/2008, potrebbero accedere al pensionamento anticipato a decorrere dal 1/07/2009

3) in riguardo ai lavoratori notturni, il beneficio pieno dei tre anni di anticipo verrebbe accordato solo a coloro che abbiano svolto almeno 78 notti di lavoro all'anno;

4) il beneficio verrebbe attribuito, altresì, a condizione che lo specifico lavoro usurante sia durato, nel periodo dal 2008 al 2017, per almeno 7 anni nell'arco degli ultimi 10 anni di lavoro. Per il periodo successivo, la durata del lavoro usurante dovrà essere pari, almeno, alla metà dell'intera vita lavorativa;

5) quanto alle modalità di richiesta del beneficio, si farebbe obbligo agli interessati di produrre la relativa domanda entro il 1° marzo dell'anno di maturazione dei requisiti agevolati, a pena di differimento della decorrenza fino a tre mesi. Solo per l'anno in corso (2008), il termine di presentazione sarebbe fissato al 30 settembre. La domanda stessa andrebbe corredata a cura del richiedente di ogni utile documentazione atta a comprovare il diritto al beneficio (libro matricola, libretto di lavoro, contratti collettivi, ordini di servizio, schemi di turnazione del personale, registri delle presenze, documentazione medico-sanitaria, documento di valutazione del rischio, ecc.), con obbligo del datore di lavoro a garantire l'accessibilità da parte del dipendente alla predetta documentazione;

6) in caso di dichiarazioni mendaci, sarebbero previsti interventi sanzionatori a carico del datore di lavoro in misura pari al doppio dell'importo ingiustamente erogato, salvo il recupero dell'indebito a carico del dipendente;

7) ogni ulteriore disposizione di dettaglio per l'attuazione del decreto legislativo verrebbe riservata ad apposito decreto del Ministero del Lavoro. Dovrebbe essere prevista, tra l'altro la nomina di apposito Commissione, presso il medesimo Dicastero, con compiti di disciplina, indirizzo e monitoraggio sulle procedure di accertamento in esame;

8) resta fermo che, in caso di provvedimenti concessivi del beneficio che determinino oneri superiori al limite di spesa fissata all'uopo dalla legge n. 247/2007 (da 83 milioni di euro per l'anno 2009 a 383 milioni di euro, a regime, dal 2013), si provvederebbe al necessario differimento della decorrenza del beneficio per le domande presentate ed accolte.

Come anzi detto, l'attuale Governo provvederà, entro nuovo termine, al varo del provvedimento di attuazione, nel quale si spera possano essere recepiti altri più favorevoli requisiti di accesso al beneficio, con particolare riguardo al lavoro notturno, che interessa particolarmente la categoria medico-dipendente.

Dovrebbe essere rafforzata anche la disponibilità finanziaria riservata al problema di cui sopra, data l'insufficienza dello stanziamento in atto, che garantirebbe, al momento, l'attribuzione del beneficio a meno di 8.000 dipendenti, scaglionando in tempi successivi gli altri aventi diritto al riconoscimento.

PENSIONI CON PIÙ DI 40 ANNI UTILI

Umberto Celotto

Con nota operativa n. 26 del 13/06/2008, l'INPDAP consente una nuova determinazione del trattamento, concorrente con quella già prevista, relativamente alle pensioni che vantino più di 40 anni di anzianità contributiva alla cessazione, garantendo il miglior importo ricavabile. Si tratta di una diversa collocazione dell'anzianità contributiva tra quota A e quota B del sistema retributivo, fino alla concorrenza, sempre, dei 40 anni. È un'ipotesi già operativa per l'INPS fin dalla riforma del 1992, sia pure sulla base di aliquote di rendimento e modalità diverse.

In concreto, nell'attuale sistema di calcolo, viene privilegiata la quota A inerente l'imponibile delle retribuzioni fondamentali con valutazione della quota B, relativa alla retribuzione accessoria, fino alla concorrenza dei 40 anni. Nel nuovo calcolo, si consente, invece, di valutare l'intera quota B (dal 1993 alla cessazione), aggiungendo il residuo rendimento di quota A, anche qui non oltre il livello massimo di contribuzione.

Il doppio calcolo verrà operato d'ufficio dall'INPDAP, per le cessazioni da ora in poi, mentre i dipendenti già cessati dal servizio dovranno farne apposita richiesta all'INPDAP. Ne hanno facoltà i cessati dal vigore del nuovo sistema

retributivo (per cessazione dal 2/01/1993, come per l'INPS) sia pure con limitazione delle eventuali maggiori spettanze nel limite quinquennale di prescrizione. Il risultato delle operazioni suindicate sarà determinabile solo soggettivamente sulla base della specifica situazione contributiva. Un ricavo positivo rimane molto eventuale per la categoria per la quale l'aliquota di rendimento è al di sopra del 2% per la quota A e che vede valutate, nella sede della stessa quota A, la quasi totalità delle retribuzioni godute in attività di servizio.

In sostanza, riscontro positivo potrà aversi prevedibilmente per coloro che hanno goduto di una cospicua entità di retribuzione accessoria ovvero di contratto integrativo aziendale, come per l'indennità di risultato o altro.

La determinazione soggettiva è confermata dal fatto che lo stesso INPDAP si riserva di predisporre a breve apposito programma, che potrà essere a disposizione delle Sedi, nei prossimi mesi. Comunque, in caso di dubbio, ciascun pensionato interessato, ove lo ritenga, potrà proporre istanza di revisione all'INPDAP, senza alcun intervento dell'azienda di appartenenza, data la garanzia di non revocabilità del miglior trattamento attualmente in godimento.

Corso di Formazione sulla leadership situazionale Valeggio sul Mincio (Verona) - 6 – 8 novembre 2008

Il Corso è organizzato a cura della Commissione Comunicazione CIMO-ASMD ed è indirizzato a coloro che hanno già partecipato ai Corsi di comunicazione ed ai Corsi di formazione sindacale sinora svolti.

La partecipazione è limitata ad un numero massimo di 15 persone è stata inoltrata richiesta di accreditamento ECM.

La Sede del Corso sarà l'Albergo Eden, di Valeggio sul Mincio (VR), a pochi chilometri dal casello autostradale di Peschiera del Garda e dall'aeroporto Valerio Catullo di Verona.

Lo svolgimento del Corso vedrà impegnati i partecipanti dal mattino del 6 novembre fino all'ora di pranzo dell'8 novembre.

I Corsisti saranno attesi inderogabilmente a Valeggio la sera del 5 novembre, entro le ore 18.00.

[Seguirà programma definitivo del Corso](#)

Commissione Comunicazione CIMO - ASMD
Dott. Francesco Chiavilli

NUOVO CALCOLO PER LE PENSIONI CON PIÙ DI 40 ANNI DI CONTRIBUTI

Claudio Testuzza

L'INPDAP propone un doppio sistema di calcolo per i trattamenti pensionistici di coloro che sono andati, o andranno, in pensione con più di 40 anni di contribuzione.

Il ricalcolo potrebbe favorire, in alcuni e rari casi, un miglioramento dell'importo della pensione.

Ricordiamo che la pensione dei pubblici dipendenti, quale è il caso dei dipendenti delle ASL, viene determinata sommando l'aliquota inerente gli anni maturati dall'iscritto alla data del 31 dicembre 1992 (la cosiddetta "quota A della pensione) con quella relativa al valore differenziale tra quella maturata alla cessazione e quella riferita alla medesima data del dicembre 1992 ("quota B" della pensione), nei limiti dell'aliquota massima raggiungibile in corrispondenza dei 40 anni di anzianità contributiva.

Gli anni eventualmente eccedenti i 40 non incidono nella percentuale di rendimento della quota di pensione. Questo metodo di calcolo, precisa l'Istituto previdenziale con la Nota operativa n. 26 del 13 giugno, potrebbe essere sfavorevole per coloro che vanno in pensione con un numero di anni di contribuzione superiore ai 40.

Tale condizione non è infrequente in quanto, specie in ambito medico, molti anni di contribuzione vengono realizzati anche mediante il riscatto dei periodi di studio, sia relativi al conseguimento della laurea sia delle specializzazioni.

La differenza del metodo di calcolo si basa sul presupposto che la retribuzione, che è alla base del calcolo pensionistico, incide anche per quanto attiene l'aliquota di rendimento, che in generale (almeno dal 1995) è del 2% per ogni anno di contribuzione, ma scende in relazione alle variazioni in crescita della retribuzione stessa, riducendosi progressivamente fino ad un 1% per la quota A della pensione per retribuzioni oltre i 67.669,90 euro ed allo 0,90% per la quota B del trattamento pensionistico, per stipendi oltre i 77.453,50 euro/anno (per le cessazioni con decorrenza 2008).

In pratica l'Istituto produrrà un calcolo,

come ha fatto sino ad ora, derivando l'importo di pensione spettante all'interessato in considerazione della quota A per l'intera anzianità maturata sino al 31 dicembre 1992 e per la quota B l'anzianità contributiva maturata dal 1° gennaio 1993, limitandone il valore al raggiungimento dei 40 anni di contribuzione.

Il nuovo metodo, invece, considererà nella quota B di pensione l'intera anzianità contributiva maturata a partire dal 1° gennaio 1993 e nella quota A solo gli anni necessari al raggiungimento di un'anzianità contributiva complessiva pari a 40 anni. Va, comunque, ricordato che mentre per gli anni di contribuzione successivi al 1° gennaio 1993 (quota B) il calcolo pensionistico prende a propria base la media degli importi stipendiali conseguiti negli ultimi dieci anni di attività, la quota A della pensione assume, quale sua base di riferimento, l'ultimo stipendio in godimento al momento del pensionamento.

Tuttavia, giustamente, l'INPDAP ha invitato le proprie Sedi a definire le pensioni in via di liquidazione secondo entrambi i metodi. Per quanto attiene invece le pensioni già liquidate in passato, l'Istituto produrrà il nuovo metodo di calcolo solo previa richiesta degli interessati. Le eventuali differenze di importo pensionistico derivate dal nuovo metodo di calcolo, ove fossero a favore del pensionato, verranno liquidate dall'Istituto previdenziale nei limiti della prescrizione quinquennale.

LE ALIQUOTE DI RENDIMENTO (PENSIONI CON DECORRENZA 2008)

Retribuzione	Aliquota annua	
	Quota A	Quota B
Sino a 40.765,00 euro	2%	2%
da 40.765,00 a 54.217,45 euro	1,50%	1,60%
da 54.217,45 a 67.669,90 euro	1,25%	1,35%
da 67.669,90 a 77.453,50 euro	1%	1,10%
Oltre a 77.453,50 euro	1%	0,90%

PER QUANTO ANCORA...

Giancarlo Faletti

I tragici fatti che hanno recentemente interessato la casa di cura Santa Rita di Milano, i suoi amministratori ed alcuni medici che prestavano la propria attività in quella struttura hanno giustamente scatenato una generale ondata di indignazione che, come spesso accade quando si fa di ogni erba un fascio, hanno coinvolto tutta la sanità nazionale e, di riflesso, i suoi principali attori identificati, nel comune sentire e nella pratica quotidiana, con i gestori della medesima e con i diretti operatori, medici in particolare.

Non è certo per sottrarmi alla doverosa riflessione che fatti di quel genere inducono in chi rivendica la titolarità di un cervello pensante e la capacità di critica e di autocritica che vorrei introdurre l'argomento ponendo alcuni necessari distinguo, ma tendo a sottrarmi alla logica che, individuata la mela marcia, reputa inevitabile gettare l'intero cesto: perché se fatti così gravi accadono nella Regione più importante d'Italia, giustamente vanitosa della propria impostazione gestoria della sanità pubblica, in un Paese civilissimo, parte di un'Europa culla di civiltà, coinvolgendo soggetti che, per studi e cultura, dovrebbero essere alieni dalla propria compromissione in squallidi mercimoni, il senso di sconforto e di crisi latente dei valori fondanti il vivere civile coglie tutti impreparati, al punto da domandarsi retoricamente se davvero non sia necessaria una meritoria opera di ri-fondazione del nostro essere umani.

In sintesi, da quanto si è appreso dai mezzi di informazione, in quella casa di cura privata, convenzionata con la Regione e che fruiva di un rimborso a tariffa predetermi

nata per le prestazioni rese in favore dell'utenza, era invalsa, in alcuni settori, una pratica tendente alla

moltiplicazione dell'attività terapeutica, specie per quella più remunerativa, anche ove essa non fosse necessaria per il bene del paziente e, di più, anche laddove essa fosse in concreto nociva per il medesimo, se è vero – come si è detto – che alcuni interventi chirurgici rispondevano alla sola logica del profitto e non a quella, doverosa, del recupero della salute dell'interessato. Il risultato di questa impresa consisteva nel sottoporre alla Regione richieste di rimborso per attività non svolta, o non necessaria, o ripetuta inutilmente, con il solo obiettivo di implementare il fatturato e, con esso, il guadagno di chi partecipava scientemente a tale scempio delinquenziale (in senso, purtroppo, tecnico).

Erano della partita, oltre gli amministratori della clinica, i medici operanti ed i controllori regionali delle richieste di rimborso che, evidentemente, reggevano il sacco a chi, con tanta disinvoltura, lucrava sulla pelle dei pazienti. Ciascuno con il proprio (affatto modesto) tornaconto.

Cosa c'entri la sanità, in particolare la sanità pubblica, in tutto questo, non è dato sapere: piuttosto va considerato il fatto che il sistema dell'accreditamento (ai fini della stipula di convenzioni con il SSN) non sem-



bra capace di individuare i soggetti meritevoli di tale apprezzamento se esso si limita a valutare le realtà da accreditare soltanto sulla carta, sulla base delle certificazioni prodotte, senza essere in grado di scendere nel dettaglio comparativo, senza manifestare una propria autonomia di giudizio che, oltre i luccichii delle paillettes, sia capace di delineare le effettive capacità imprenditoriali e professionali dei soggetti prescelti.

Va, poi, considerato il fatto che il sistema dei controlli regionali è fallito perché essi si sono rivelati incapaci di discernere la bontà ed il fondamento delle pretese di rimborso avanzate, limitandosi a verificare se la tariffa applicata fosse corrispondente a quella convenuta, senza comprendere se la prestazione fosse stata effettivamente eseguita nell'interesse del paziente e non, invece, nel solo interesse di chi avanzava la richiesta.

Va, da ultimo, sottolineato come sia andato in crisi un sistema che si fondava sulla sostanziale equiparazione dei "luoghi" di erogazione del servizio sanitario, demandando all'utente la scelta tra la struttura privata e quella pubblica, ma ponendo i relativi costi sempre e solo a carico del pubblico. Naturalmente, con ciò disinvestendo nei fatti sulla sanità pubblica che, nonostante le sue peculiarità, viene fatta rientrare nel generale calderone dell'ex pubblico impiego, con divieti di assunzioni, blocco del turn over, assunzioni avventizie, precariato diffuso, "fannulloni" e via discorrendo. Scelta quanto mai ipocrita e scellerata, poiché è noto agli operatori del settore che le strutture private (con espresso fine di lucro) pullulano di rapporti di lavoro privi di ogni parvenza di stabilità, si reggono, il più delle volte, su situazioni di dubbia legittimità dal punto di vista occupazionale sia riguardo a competenze che a turni di lavoro, conoscono un unico obiettivo (economico) definibile quantitativamente (il numero delle prestazioni rese) e non già il loro livello di qualità.

Nella generale crisi di sistema, l'apporto umano è, purtroppo, quello che è. Uno storico della medicina come Giorgio Cosmacini ha recentemente ricordato che, fin dal '700, un geniale medico del lavoro, Bernardino Ramazzini, descriveva "il buon umore quando tornano a casa ben carichi di denaro" degli appartenenti alla propria categoria professionale sottolineando come "i medici non stanno mai tanto male quando nessuno sta male". L'esperienza della Santa Rita ha dimostrato che si possa anche andare oltre "inventando" la malattia e, quindi, l'apporto terapeutico

quando di esso non vi è alcuna esigenza. E tutto, per gratificare il proprio "buon umore" e quello dei propri sodali.

Dunque, il microcosmo della Santa Rita ha concentrato in sé carenze di impostazione della politica sanitaria, scelte rivelatesi poco lungimiranti sul piano della qualità prestazionale, controlli preventivi di mero contenuto burocratico e successivi di squisita componente economica, assenza di verifiche sul campo, rapporti di lavoro precari e instabili, legati alla quantità di prestazioni e non alla loro qualità, miserie umane ed uno spiccato senso del raggio, tanto a danno dell'utenza, quanto a danno della pubblica finanza.

Ma, al cospetto di un tale riassunto di cecità ad ogni livello, con una sincronia che non può dipendere solo dal caso, si è sviluppata nel Paese una campagna di astio nei confronti del pubblico dipendente in genere tale da far balzare all'apice del gradimento la recente iniziativa del Ministro Brunetta sulla "ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico". Anche in questo caso, non intendo essere frainteso: personalmente, non accredito di alcuna simpatia quei soggetti, pubblici o privati dipendenti, che reputano loro primario dovere ingegnarsi per far passare il tempo, trovare il modo di rendere produttivo, a vantaggio personale, il tempo che dovrebbe essere dedicato alla occupazione lavorativa. Laddove, poi, non si scivoli direttamente nell'illecito facendo apparire presente sul lavoro un soggetto che, invece, si trova altrove, in altre faccende affaccendato. Il malcostume sul lavoro fa parte di un più vasto difetto dell'italianità che consiste nel ritenersi più furbi, più capaci, più smaliziati, campioni in tutto fuorché compiere la propria quotidiana fatica.

Ma di qui a gettare la croce su tutti i dipendenti pubblici e pensare di estirpare questo gravissimo andazzo, che fa coincidere l'interesse pubblico con la coltivazione del proprio personale orticello, con l'uso del macete, con tagli e punizioni indiscriminate, con un giro di vite generalizzato costituisce, se possibile, un difetto anche peggiore del male. Perché la tecnica della scorciatoia può, in alcuni casi, essere vincente ma, il più delle volte, rischia di generare un inestricabile groviglio.

Certo che è – tutto sommato – facile attribuire al lassismo comportamentale ogni responsabilità sul cattivo andamento del servizio pubblico in generale ed è gratificante suscitare l'applauso della pubblica opinione minacciando le dimissioni se il piano di intervento

proposto non dovesse superare il vaglio della compagine governativa ovvero lo scoglio del confronto sindacale. Ma quante volte, invece, si è pensato che, con maggior raziocinio, la ricerca del meglio e del bene deve prioritariamente passare attraverso una eccellente organizzazione che consiste, prima di tutto, nell'individuare le risorse necessarie per cogliere l'obiettivo che ci si è posto? Ed il riferimento alle risorse non è solo limitato a quelle umane e professionali perché per fare della buona sanità, oltretutto medici preparati e consapevoli, occorrono spazi adeguati e razionali, una programmazione delle presenze sul territorio che sappia cogliere le esigenze epidemiologiche che si manifestano (e non seguire le rivendicazioni di campanile), una dotazione di impianti all'altezza della situazione, un investimento di risorse economiche che sappia garantire – in tempi certi – la spesa necessaria per gli interventi programmati e, se la mera coscienza professionale non è arbitro sufficiente per calibrare il proprio impegno ed il proprio operato, severi controlli e severe verifiche, con interventi espulsivi per chi non è partecipe in buona fede di questa progettualità. Insomma, una buona politica a salvaguardia del bene comune e del diritto alla salute, fino a quando questo potrà godere della protezione costituzionale!

Ho l'impressione che, così facendo, la selezione dei "capaci e meritevoli" potrebbe addirittura avvenire nei fatti perché chi non è in grado di reggere questa impostazione si emargina da solo. L'organizzazione non è il messaggio salvifico ma credo che nessuno si scandalizzerebbe se, al cospetto dell'anarchia imperante, si fosse in grado di ribadire alcuni, elementari principi condivisi tra cui quello fondamentale che – fissato un obiettivo condiviso – è obbligo di tutti lavorare per raggiungerlo.

Tutto ciò non può, però, avvenire pretendendo l'impossibile, a poco prezzo: cala la tensione, svanisce la buona volontà, si smarrisce la direzione, si perde di vista l'interesse comune, si sfilacciano i rapporti, si torna a brancolare nel buio e, in queste condizioni, tutto diventa tollerabile e – come tale – non sanzionabile.

Cosa c'entra tutto ciò con la sanità pubblica? Ho in mente due esempi che paiono illuminanti: il primo attiene al fatto che i medici sono in attesa di rinnovare il contratto collettivo di lavoro scaduto il 31/12/2005. Il secondo si riferisce al fatto che le trattative in corso prima delle recenti elezioni politiche si sono arenate di fronte alle modalità applicative della

regolamentazione dei riposi quotidiani introdotta dal D.Lgs. 66/2003.

Sulla prima questione, non è alle viste una sollecita ripresa della trattativa, cosicché le retribuzioni in corso non godono, da oltre due anni e mezzo, neppure del recupero della inflazione programmata: i medici, oggi, lavorano in perdita!

Sulla seconda questione, il Governo ha appena varato un decreto legge che dichiara non applicabile alla dirigenza sanitaria la regola generale sui riposi giornalieri, salvo rinviare alla contrattazione collettiva l'individuazione di una modalità che faccia salvo il relativo diritto. Ma se la contrattazione non riparte, il diritto non è salvo!

Ecco perché ritengo che gli interventi legislativi generalizzati, per categorie non omogenee, non sono apprezzabili: perché tendono a trattare in modo uniforme situazioni che sono, tra loro, profondamente diversificate. Ecco perché ritengo che nessun plausibile progetto di ri-fondazione della sanità pubblica potrà mai trovare il sostegno dei principali protagonisti se a costoro non sarà restituito un ruolo di dignità ed una retribuzione proporzionale all'impegno, alla dedizione ed alla professionalità richiesti. Sono regole elementari ma proprio perché tali, sembra, di difficile comprensione e, tantomeno, attuabili.

Scrivono Cosmacini che "il medico ippocratico delle origini – in Grecia era detto iatros – è nato con una propria *téchne* peculiare, comprendente il buon metodo (il metodo clinico) e la giusta morale (l'etica del "giuramento di Ippocrate"). Se il metodo è buono e l'etica non è un'etichetta adesa in modo posticcio alla professione per tacitarne la cattiva coscienza, il *medicus*, il "curante" di ogni tempo e di ogni luogo, non ha da temere critiche di sorta. Da curante competente e disponibile, egli resta il punto di forza e di resistenza che regge tutto quanto il sistema".

Per quanto ancora potrà durare?

Giancarlo Faletti

NUOVE SFIDE E NUOVE TUTELE PER LA PROFESSIONE MEDICA

Vania Cirese

Responsabilità del medico e responsabilità della struttura

Attualmente, l'orientamento della Corte di Cassazione è di riconoscere la responsabilità del gestore del servizio pubblico, solo nel caso in cui sia stata riconosciuta come illecita la condotta del medico, suo preposto, esecutore dell'attività, precisando altresì la natura contrattuale di dette responsabilità.

Nel riconfermare la sua posizione, la Suprema Corte puntualizza: "Il rapporto fra danneggiato (paziente) e responsabili (sanitari dipendenti dell'Ente ed Ente), è disciplinato dalle norme che regolano la responsabilità in tema di prestazione professionale, senza che possa trovare applicazione nei confronti del medico, che risulti essere anche un "pubblico dipendente", la speciale normativa degli artt. 22 e 23 del DPR n. 3/1957 con riguardo alla responsabilità degli impiegati civili dello Stato per gli atti compiuti in violazione dei diritti dei cittadini." Equal tipo di responsabilità deve essere riconosciuta inoltre ai medici della sanità privata, settore espressamente regolato dall'art. 2049 del codice civile, in tema di "Responsabilità dei padroni e dei committenti". Operando un diretto richiamo agli articoli del

codice civile appena citati, non vi è dubbio che, sia nell'ambito della sanità pubblica che di quella privata, ai fini della corretta determinazione della responsabilità dei prestatori d'opera (interventivi nel rapporto), trova pertanto piena applicazione il principio dell'immedesimazione organica in base al quale: "Nel servizio sanitario l'attività svolta dall'ente gestore a mezzo dei suoi dipendenti è di tipo professionale medico, similare all'attività svolta, nell'esecuzione dell'obbligazione privatistica di prestazione, dal medico che abbia concluso con il paziente un contratto d'opera professionale". La Suprema Corte sottolinea in particolare che "La

responsabilità dell'ente gestore del servizio è diretta, essendo riferibile all'ente, per il principio dell'immedesimazione organica, l'operato del medico dipendente inserito nell'organizzazione del servizio, che con le sue condotte, nell'esecuzione non diligente della prestazione sanitaria, ha causato danni al privato che ha richiesto ed usufruito del servizio."

Preme rilevare comunque che il principio della responsabilità solidale fra il gestore del servizio sanitario ed il medico, suo preposto, in ambito penale trova applicazione esclusivamente con la citazione del responsabile civile ad opera della parte civile o della pubblica accusa.



Per una grave anomalia processuale è negata, infatti, al singolo medico, che sia stato imputato, la possibilità di citare nel giudizio penale l'ente, perché risponde di quelle azioni od omissioni che, al verificarsi dell'evento infausto, hanno determinato l'instaurarsi del processo, con ciò negandogli una prova a discarico fondata su elementi di riscontro della responsabilità altrui, in questo caso dell'ente ospedaliero. Nel silenzio legislativo, il medico si è trovato (e si trova), suo malgrado, a prestare comunque la sua opera nonostante palesi carenze di strutture e servizi, per non incorrere in reati dolosi (omissione di atto d'ufficio, interruzione di pubblico servizio), rivestendo, a seconda dei casi, la qualifica di pubblico ufficiale o d'incaricato di pubblico servizio. Tuttavia, accettando di prestare la propria opera in un contesto carente, si espone egualmente a responsabilità, potendo rispondere quanto meno per colpa (imprudenza), per aver accettato l'eventualità del verificarsi di un danno.

Per quanto esposto, appare di indubbia rilevanza prevedere che nell'ambito della colpa professionale, accanto alla responsabilità personale del sanitario e quella solidale, tra struttura e medico dipendente, vi sia quella propria della struttura, nel caso in cui l'evento occorso al paziente sia ascrivibile a negligenza, imprudenza e imperizia del datore di lavoro, o preposto, relativamente a carenze strutturali e/o gestionali.

Preme precisare, infatti, che la struttura, acconsentendo al ricovero del paziente, ha stipulato con lo stesso un contratto d'opera professionale che ha l'obbligo di eseguire con diligenza, per non incorrere in alcuna responsabilità.

Per altro, diversamente configurabile, ma del pari autonoma, sarebbe altresì la responsabilità dell'ente nei confronti del paziente per violazione degli obblighi di sicurezza nei luoghi di lavoro, nei casi di lesioni e/o omicidio colposo, derivati dalla mancata od inadeguata organizzazione tecnico-sanitaria ed amministrativa, relativamente all'impiego e alla destinazione del personale medico, infermieristico, tecnico ed amministrativo e dal mancato controllo delle regolarità delle funzioni da questi esercitate (ad esempio, la regolare tenuta delle cartelle cliniche): dalla mancata o insufficiente predisposizione di attrezzature ed arredi rispondenti a norma ed efficienti, di provviste di medicinali o prodotti terapeutici (ad es. sangue); oppure, dall'inadeguata ed insufficiente tutela degli aspetti igienico-sanitari, del funzionamento degli impianti; dalla mancata

ed inadeguata dotazione della strumentistica nei reparti, così come previsto dalle leggi speciali.

In Italia la normativa antinfortunistica attualmente in vigore, racchiusa nel decreto legislativo del 19/9/1994, di attuazione alla direttiva comunitaria riguardante il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro, indica quali soggetti che hanno l'obbligo giuridico di garantire la sicurezza e l'igiene nell'ambiente di lavoro, in primis, il datore di lavoro/imprenditore, rappresentato sia per le Aziende Sanitarie che per quelle Ospedaliere dal Direttore generale; e successivamente, ciascuno per quanto di sua competenza, il Medico Competente, il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione, il Rappresentante per la Sicurezza e lo Specialista delle Problematiche Antinfortunistiche, tutte figure organicamente previste presso le strutture ospedaliere pubbliche e private, in base al decreto legislativo 626/94.

La disciplina in vigore, tuttavia, attiene esclusivamente all'integrità psico-fisica dei dipendenti, personale medico e/o amministrativo avente con la struttura ospedaliera un rapporto d'apprendistato o di tirocinio, di lavoro a tempo parziale, un contratto di formazione e lavoro.

Doveroso sarebbe, invece, prevedere anche una responsabilità esclusiva per danno cagionato al paziente da condotte negligenti, imprudenti ed imperite, o per violazioni di leggi, regolamenti, ordini e discipline, del datore di lavoro e preposti, della struttura ospedaliera, sulla scorta (e la ratio) della responsabilità individuata dalla vigente normativa antinfortunistica.

L'art. 3, c. 1, lett. a) del D. Lgs. 626/94, colloca la valutazione dei rischi tra le "misure generali di tutela" per la "protezione della salute e per la sicurezza dei lavoratori". Tale obbligo viene, poi, definito nei suoi contenuti e ne viene ribadita la rilevanza all'interno dello stesso D.Lgs., in relazione alle diverse tipologie di "rischio normato".

La valutazione dei rischi da "misura generale" si trasforma in obbligo del datore di lavoro, il cui inadempimento comporta l'applicazione di sanzioni penali (art. 89). Altro aspetto importante, oltre l'adeguatezza, è quello della "inderogabilità", da parte del datore di lavoro, dell'obbligo di valutazione dei rischi, pur potendo ricorrere all'ausilio di servizi esterni ed alla collaborazione del medico dipendente, che non lo liberano dalla propria responsabilità in materia. Infatti, permane l'obbligo del datore di lavoro di informarsi

preventivamente sui rischi, sulla loro valutazione, e verificare successivamente se sono state adeguatamente approntate misure di prevenzione e protezione contro gli infortuni sul lavoro e malattie professionali, tenuto conto delle informazioni acquisite. Il datore di lavoro che non “vigili” in tal senso è sanzionato penalmente (art. 92).

Il datore di lavoro è altresì destinatario dell’osservanza dei precetti prevenzionali, potendosi distinguere il piano delle responsabilità prevenzionali derivante da norme di puro pericolo, da quello delle responsabilità per reati colposi di evento, quando cioè si sono verificati infortuni sul lavoro.

Il datore di lavoro che ometta l’adozione di una doverosa misura prevenzionale (condotta di per sé sanzionabile), potrà anche rispondere dell’evento dannoso derivato, conseguenza della mancata protezione.

Il decreto legislativo n. 626 ha introdotto il carattere sistematico degli adempimenti di prevenzione, rendendo necessario non solo il rispetto dei precetti tecnici, ma anche l’adozione di procedure che non possono essere omesse e la cui violazione è penalmente sanzionata. Le procedure includono, nel nostro ordinamento, un modello circolare ed omogeneo di prevenzione, in cui ogni obbligo ed ogni comportamento si legano con quelli di altri soggetti. La prevenzione diventa, così, una funzione complessa in cui ciascuno interviene a diverso titolo per mantenere in efficienza il sistema di sicurezza aziendale. Il datore di lavoro e la struttura devono ottemperare a una serie di obblighi e dar vita a una serie di relazioni; l’“interpretazione” che il giudice deve dare all’infortunio, e cioè la sua valutazione degli elementi probatori sarà fortemente influenzata dall’impronta “sistematica” che l’ordinamento di prevenzione ha ricevuto.

Ritorna ancora una volta, in tutta la sua evidenza, a fronte dell’impostazione del D.Lgs. n. 626/94, l’assoluta necessità di un ulteriore intervento normativo per il processo di valutazione e prevenzione del rischio clinico, la cui incidenza sulle difficoltà e sugli oneri non è di poco conto e di cui si deve far carico il datore di lavoro.

I tempi sono maturi ed è evidente l’improcrastinabilità di norme prevenzionali come sistema, che rendano obbligatoria la sorveglianza sanitaria sui rischi e sugli eventi avversi, per la sicurezza del medico e del paziente, norme che configurino obblighi specifici cui sono collegate sanzioni penali e compiti rilevanti sul

piano della responsabilità professionale che chiamino in causa il datore di lavoro, tenuto ad ottemperare, predisponendo un adeguato sistema di monitoraggio, prevenzione e risoluzione del rischio clinico.

Forse la disciplina e il conseguente accertamento giudiziale in caso di responsabilità, che miglioreranno la qualità e la sicurezza dell’erogazione delle prestazioni sanitarie, ancora una volta deriveranno dal pungolo comunitario e la Commissione europea muove i primi ma significativi passi in tale direzione.

Se pensiamo alla “giustizia”, nello spazio sanitario europeo, pensiamo alla doverosità di accordare, negli Stati membri, pari tutela ai diritti (inviolabili) della persona, nell’accesso alle cure e nel diritto alla salute. Se pensiamo alla “libertà”, nello spazio sanitario europeo, pensiamo al diritto di libera circolazione, nel territorio dell’Unione, da parte dei pazienti, per poter accedere alle cure presso le strutture specializzate più attrezzate e disponibili, e da parte degli operatori sanitari, che potrebbero esercitare nei Paesi in cui è maggiore la domanda in un certo ambito specialistico, con la tutela del posto di lavoro, del trattamento pensionistico, contributivo e assicurativo.

Se pensiamo alla “sicurezza”, nello spazio sanitario europeo, pensiamo ad un omogeneo sistema di monitoraggio e prevenzione dei rischi e degli eventi avversi nelle strutture erogatrici dei servizi sanitari degli Stati membri; un omogeneo sistema di risarcimento, a titolo di solidarietà sociale, per le vittime da “alea terapeutica”, in caso di danni molto gravi non imputabili a condotte colpose del sanitario o degli amministratori della struttura, ma derivanti dalle patologie, o dalle metodiche, quali complicanze non riconducibili ad errore umano censurabile.

Del resto, tra le raccomandazioni del Consiglio si trova l’armonizzazione dei sistemi di controllo sulle lesioni, le statistiche della mortalità, i registri sulle dimissioni ospedaliere e i sistemi di sorveglianza sugli incidenti e le emergenze, i sistemi di codificazione delle cause esterne degli incidenti, al fine di mettere a disposizione una base esauriente per le statistiche comunitarie sulle lesioni e per gli indicatori sanitari comunitari.

L’attività delle Istituzioni comunitarie appare intensa e ben orientata, se si pensa alla comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo e al Comitato economico e sociale europeo, nel “Piano d’azione europeo per l’ambiente e la salute 2004-2010” ; alla raccomandazione del Consiglio, del maggio 2007,

sulla prevenzione degli incidenti e la promozione della sicurezza ; alla prevenzione delle lesioni, quale intervento prioritario nell'ambito dei programmi nazionali di promozione della salute. Il "Libro bianco" della Commissione, "Un impegno comune per la salute", delinea l'approccio strategico dell'UE in ambito sanitario europeo.

Ad integrazione della prevenzione delle lesioni, la Commissione favorisce programmi di formazione professionale per i responsabili dei servizi sanitari a livello locale, docenti, tutors, addetti alla progettazione, stimola alla messa a punto di un sistema di sorveglianza sanitaria sostenibile, dotato di meccanismi per la raccolta di dati e informazioni compatibili e di indicatori appropriati, la messa a punto di diversi indicatori comparabili, con la definizione di una prima serie di indicatori sanitari della Comunità europea, progettazione a livello di UE di sistemi d'informazione sanitaria, della valutazione del flusso dei dati fra Stati membri e della capacità di monitoraggio sanitario dell'UE a livello centrale, attività destinate all'elaborazione di un elenco selezionato di dati e allo sviluppo di reti necessarie per la gestione del sistema d'informazione nel settore sanitario a livello europeo. L'obiettivo è di sostenere le autorità nazionali nella realizzazione dell'indagine sanitaria europea, e di un'indagine pilota europea sullo

stato di salute in alcuni Stati membri, al fine di valutare i moduli utilizzati per l'indagine e messi a punto nell'ambito di progetti precedenti, per contribuire al completamento del controllo sanitario.

La Commissione europea sta pubblicando relazioni in ambito sanitario, che trattano questioni specifiche rilevanti a livello di sanità pubblica e che forniscono la base per una futura evoluzione strategica, con l'obiettivo di riunire gli esperti scientifici ed i funzionari responsabili della sanità pubblica e delle statistiche, provenienti da tutti i Paesi dell'UE, per una collaborazione in vista della creazione di un sistema europeo d'informazione e di conoscenze in materia sanitaria. Il Portale europeo della sanità pubblica dovrebbe essere lo strumento privilegiato di divulgazione per il sistema d'informazione europeo.

Altro obiettivo prioritario è quello di sviluppare il concetto e la base di una piattaforma web protetta, destinata a un contenuto e ad una comunicazione multimediale, in grado di elaborare ed inviare informazioni sanitarie pertinenti provenienti da fonti distribuite e ad esse destinate (per favorire lo spostamento dei pazienti, nonché l'istruzione e la formazione dei professionisti del settore).

Ma ci auguriamo che ben presto ci sia una direttiva per gli Stati membri sul rischio clinico in Europa.

1- Cassazione Civile, sentenza del 1/3/1988, n. 2144; Cass. Civile, sentenza del 27/5/1993, n. 5939 e Cass. Civile, sentenza del 11/4/1995, n. 4152.

2- Si ricordano tra gli altri i seguenti articoli: art. 1176 "Diligenza nell'adempimento"; art. 1228 c.c. "Responsabilità per fatto degli ausiliari" e art. 2236 c.c. "Responsabilità del prestatore d'opera".

3- Cassazione, Sez. III civile, 22/1/1999, S. n. 589.

4- Art. 83 c.p.p. "Citazione del responsabile civile".

5- Art. 328 c.p. "Rifiuto d'atti d'ufficio. Omissione", art. 357 "Nozione di pubblico ufficiale" e art. 358 "Nozione di incaricato di pubblico servizio".

6- Il decreto legislativo in oggetto è stato successivamente integrato e modificato da: D.Lgs. 19/3/1996, n. 242; D.Lgs. 4/8/1999, n. 359; D.Lgs. 25/2/2000, n. 66; dalla legge 29/12/2000, n. 422, la c.d. "legge comunitaria"; dalla legge n. 39/2002.

7- Le direttive sono le seguenti: direttiva quadro 89/391 e direttive particolari nn. 654, 655 e 656 del 1989 e nn. 629, 270, 394 e 679

del 1990. Individuano nel quadro degli obblighi generali del Datore di lavoro, tra i "principi generali di prevenzione", quello di "evitare i rischi" e quello di "valutare i rischi che non possono essere evitati".

8- In ogni ambiente di lavoro, ma in particolare in quello ospedaliero, la normativa attuale, contenuta nel decreto legislativo del 19/9/1994, n. 626, e successive modificazioni ed integrazioni, obbliga il datore di lavoro ad assicurare ai lavoratori condizioni di lavoro idonee sia sotto l'aspetto della sicurezza, mediante le norme che concernono la prevenzione degli infortuni, sia sotto l'aspetto igienico, con norme che riguardano più direttamente l'igiene del lavoro. Si desidera osservare, però, che una netta separazione tra i due gruppi di norme non ha, tuttavia, molto senso, dovendosi in entrambi i casi attuare una coretta politica aziendale di prevenzione di malattie ed infortuni.

9- Il datore di lavoro deve verificare i c.d. "rischi normati", ossia presi in considerazione dal legislatore e tutte le altre situazioni comunque meritevoli di adeguate misure di tutela e prevenzione, anche elaborando un documento di valutazione del rischio.

10- COM giugno 2004.

11- GU C 164, 2007.

EX SPECIALIZZANDI: TRA CONFUSIONE E SPECULAZIONE

Fabrizio Scagliotti

Ricevo sempre più da alcuni medici richieste di spiegazioni circa l'accoglimento di alcune cause in tema di diritto al risarcimento del danno per mancata attuazione delle direttive comunitarie in materia di ex specializzandi. Queste persone sono per lo più contattate da Associazioni, una in particolare (Consulcesi), che si propongono per l'avvio di contenziosi facendo leva su tali sentenze.

Preciso che in tali cause non è stata sollevata, o è stata sollevata tardivamente od irritualmente, l'eccezione di prescrizione, come risulta anche dall'allegata comunicazione dell'Ordine dei Medici di Cagliari reperibile sul WEB.

L'eccezione di prescrizione deve essere sollevata dalla parte e non può invece essere rilevata d'ufficio dal giudice: quindi se, per fortuna di quei medici ricorrenti, l'Avvocatura dello Stato sbaglia o non si costituisce in giudizio, come è accaduto in alcuni contenziosi, l'accoglimento delle domande è praticamente garantito, il che conferma la bontà delle nostre tesi.

Quando però l'eccezione di prescrizione sia sollevata, l'orientamento predominante è di rigetto delle domande, posto che, sino ad oggi, i giudici la fanno decorrere dalla fine della specialità.

Sono comunque convinto della bontà delle nostre tesi e sono altresì convinto che se la questione del contrasto della normativa interna sulla prescrizione con le direttive comunitarie fosse rimessa, come noi chiediamo, alla Corte di Giustizia, questa ci darebbe ragione: non bisogna disperare e percorrere la strada fino in fondo. È infatti opinione comune che l'attuazione delle direttive comunitarie debba essere piena ed incondizionata: far leva sulla norma interna sulla prescrizione, dopo che lo Stato è stato inadempiente contrasta con tale principio.

V'è poi da dire che la piena attuazione della normativa da parte dello Stato italiano si è avuta solo con la l. 368/1999 e quindi, a mio avviso, la prescrizione potrebbe decorrere solo da tale data; pertanto chi avesse proposto il ricorso entro l'anno 2004 (se la pre-

scrizione da applicare è quinquennale) o lo farà entro il 2009 (qualora la prescrizione, come io ritengo, sia quella decennale), potrebbe essere ancora nei termini. Non mi pare però corretto prospettare l'avvio di una causa senza specificare dettagliatamente quanto io ho appena descritto in tema di prescrizione; né pare corretto sbandierare la vittoria in cause che sono state accolte solo per dimenticanze o mancanza di diligenza da parte dell'Avvocatura dello Stato. Per me questo è un obbligo morale, prima ancora che deontologico. Allego a tal fine, come accennato, una nota dell'Ordine dei Medici di Cagliari, reperita sul WEB, contenente un commento di un Collega che condivido in pieno.

SENTENZA DEL TRIBUNALE DI ROMA SU SPECIALIZZAZIONE NEL PERIODO 1983/1991

Inviato da Ordine Medici Cagliari

sabato 24 marzo 2007

Oggetto: Alcune riflessioni sulla sentenza del Tribunale di Roma sui medici specialisti che hanno frequentato le scuole di specializzazione nel periodo 1983/1991.

In esito alla richiesta di informazioni in ordine ad una sentenza del Tribunale di Roma che ha condannato lo Stato italiano al pagamento in favore di un consistente gruppo di medici della c.d. adeguata remunerazione dovuta in virtù della direttiva comunitaria n. 82/76, corre obbligo fare alcune precisazioni.

Diverse sono le azioni promosse nel corso degli anni nei confronti dello Stato Italiano per ottenere il risarcimento per il tardivo recepimento delle direttive comunitarie in materia.

Tuttavia l'orientamento prevalente nei maggiori Tribunali d'Italia, è quello di ritenere inesistente il diritto dei medici per intervenuta prescrizione del diritto, in forza della relativa eccezione proposta in giudizio dall'Avvocatura dello Stato.

È infatti noto che l'eccezione di prescrizione, secondo cui l'azione andava promossa, al più tardi, entro cinque anni dalla entrata in vigore del D.Lgs. 257/1991, deve essere necessariamente eccepita dalla parte e non può essere rilevata d'ufficio. L'avvocatura dello Stato ha quindi eccepito l'intervenuta prescrizione nella quasi totalità delle controversie. Ed infatti da una ricerca eseguita presso diversi Tribunali, si evince un orientamento consolidato di rigetto delle domande per intervenuta prescrizione.

Senonché, in taluni casi, l'Avvocatura dello Stato, non essendosi costituita, ovvero non avendo tempestivamente eccepito la prescrizione, non ha consentito che la relativa eccezione venisse esaminata dal Tribunale adito (che ribadiamo può esaminare la relativa eccezione soltanto in presenza di apposita deduzione ad opera di una delle parti).

È questo il caso della recente sentenza del Tribunale di Roma (precisamente la n. 24828 depositata il 01 dicembre 2006) emessa in esito ad un procedimento in cui le Amministrazioni convenute in giudizio (Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministeri dell'Università, della Salute, dell'Economia) sono rimaste contumaci.

Paradossale è quanto poi avvenuto in taluni casi in cui la domanda è stata parimenti accolta soltanto nei confronti di talune delle parti del giudizio. Ci riferiamo alle sentenze n. 11539/2004 del Tribunale di Roma, n. 789/2005 del Tribunale di Catania e n. 1918/2006 del Tribunale di Messina.

In questi casi infatti, sebbene l'Avvocatura si sia costi-

tuita in giudizio, ha sollevato l'eccezione di prescrizione nel primo atto di costituzione e quindi nei confronti degli attori principali; intervenute nel medesimo giudizio altre parti, non veniva rinnovata nei confronti di queste ultime la relativa eccezione. Il risultato derivatone è quello di un rigetto delle domande degli attori principali, per intervenuta prescrizione, e l'accoglimento delle stesse domande proposte solo in fase di giudizio da parte degli intervenienti.

La circostanza dell'accoglimento delle domande, allora ha come unica spiegazione che l'Avvocatura dello Stato o non si è difesa in giudizio, rimanendo contumace, oppure non ha formulato correttamente l'eccezione di prescrizione. Deve allora rilevarsi come siffatte sentenze non possono in alcun modo rappresentare l'orientamento dominante maturato nella giurisprudenza, e naturalmente da noi da sempre avversato perché del tutto infondato giuridicamente. È evidente che focalizzare l'attenzione unicamente su pronunce di questo tipo, ignorando l'orientamento dominante, purtroppo negativo, significa non dare una informazione corretta ed esauriente, ed in sostanza spingere i medici ad intraprendere nuove cause sulla base di un evento meramente accidentale ed assolutamente imprevedibile quale la mancata difesa dell'avvocatura in giudizio. Un ultimo avvertimento si rende necessario: proprio perché espressione di orientamento assolutamente minoritario, e nei limiti in cui sia consentito dalla regole di procedura, tali pronunce possono essere riformate in grado di Appello, con conseguente condanna alla restituzione da parte dei medici di quanto eventualmente ricevuto, con condanna altresì al pagamento delle spese sia del primo che del secondo grado di giudizio.

L'ufficio legale

Metodologia della Ricerca Clinica e Norme di Buona Pratica Clinica

XI corso di base per CRA

Varenna, 13-17 ottobre 2008

PROGRAMMA

Lunedì 13

Incontro serale

Presentazione del corso *Paolo E. Lucchelli e corpo docente*

Martedì 14

Introduzione alla giornata *Paolo E. Lucchelli*

I farmaci: scoperta e innovazione *Paolo E. Lucchelli*

Sperimentazione preclinica *Roberto Ceserani*

Le fasi della Sperimentazione *Elisabetta Riva*

Clinica Norme di Buona Pratica Clinica (GCP)

Anna Piccolboni

Controllo dell'apprendimento e discussione

L'architettura dello studio clinico -1 con esercitazione
SOP – Audit -Ispezioni Controllo dell'apprendimento e
discussione

Paolo E. Lucchelli, Anna Piccolboni

Incontro serale

Sperimentazione clinica e marketing

Guido Guidi

Mercoledì 15

Introduzione alla giornata *Paolo E. Lucchelli*

L'architettura dello studio clinico 2 con esercitazione

Paolo E. Lucchelli

La gestione del farmaco sperimentale *Anna Piccolboni*

Controllo dell'apprendimento e discussione

Monitoraggio 1 e 2 con esercitazioni

Giuseppina Corvasce e Paola Granata

Incontro con lo sperimentatore *Giuseppe Villa*

Giovedì 16

Introduzione alla giornata *Paolo E. Lucchelli*

L'architettura dello studio clinico 3 con esercitazione

Paolo E. Lucchelli

L'architettura dello studio clinico 4 con esercitazione

Paolo E. Lucchelli

Controllo dell'apprendimento e discussione

Il protocollo di studio con esercitazione *Achille Beretta*

La scheda raccolta dati - CRF con esercitazione

Alessandro Madè

Comitati Etici e consenso informato

Luciano M. Fuccella

Controllo dell'apprendimento e discussione

Venerdì 17

Introduzione alla giornata *Paolo E. Lucchelli*

Aspetti regolatori dello sviluppo di un farmaco

Luciano M. Fuccella

Controllo dell'apprendimento e discussione

Paolo E. Lucchelli

La percezione del rischio farmacologico

Farmacovigilanza *Stefano Bonato*

Esercitazione sulla farmacovigilanza

Discussione generale e chiusura del corso

* *Inizio delle lezioni alle 8.45. Intervallo di 20 minuti al mattino e al pomeriggio. Colazione dalle 13 alle 14*

Sede del corso: Hotel Royal Victoria

Piazza San Giorgio, 5 - tel 0341.815111 fax 0341.830722, - e-mail info@royalvictoria.com

In data 30 aprile 2008, sul Suppl. ord. 108/L alla G.U. 101, è stato pubblicato il D.Lgs. 81/2008, recante "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro". Del provvedimento ci interessa soprattutto la Sezione V sulla sorveglianza sanitaria, in particolare gli artt. dal 38 al 42, che attengono: a titoli, requisiti e compiti del medico competente ed ai suoi rapporti col S.S.N., nonché ai "provvedimenti in caso di inidoneità alla mansione specifica", ecc.



Ai primi di maggio 2008 sono state pubblicate in G.U. le nuove linee-guida della Turco in materia di procreazione assistita. Ciò è frutto di un decreto, firmato dall'ex Ministro della Salute l'11 aprile 2008, che sconfessa apertamente l'art. 13 della famosa legge 40. Si è così aperta la strada alle diagnosi preimpianto per scoprire la presenza di eventuali malattie genetiche o cromosomiche (dalla sindrome di Down alla fibrosi cistica). Il provvedimento ammette anche il ricorso alle tecniche di procreazione assistita per i portatori di malattie infettive, come l'HIV e l'epatite. Mi ricordo come la Turco, con la solita aria di "brava, buona, fonte di salvezza", avesse sempre "tuonato", nel corso del Suo mandato, contro le impostazioni ideologiche in ambito sanitario, ma evidentemente si riferiva solo a quelle "altrui". Della coerenza!



Su "Il Sole-24 Ore" del 5/05 è stata pubblicata una importante sentenza

della Cassazione (la n. 10352/08), secondo cui il datore di lavoro non è obbligato ad avvertire "d'ufficio" il lavoratore assente per malattia che il suo periodo di comporto, cioè il periodo massimo di assenza per malattia con garanzia di conservazione del posto, sta per scadere (vedete, in proposito, l'allegato 5 al CCNL 5/12/1996). È ancora possibile, tuttavia, quando il lavoratore sia stato lungamente assente per malattia e sia ancora impossibilitato a riprendere il servizio, presentare al proprio datore di lavoro la richiesta di fruizione delle ferie maturate, così da evitare la perdita del posto a seguito dell'esaurimento del periodo di comporto stesso.



L'8 maggio è nato il quarto Esecutivo Berlusconi, composto da 21 Ministri, 12 con portafoglio. Alcuni sono vecchie conoscenze: Giulio Tremonti all'Economia, Franco Frattini agli Esteri, Roberto Maroni all'Interno, Maurizio Sacconi al Welfare, Ignazio La Russa alla Difesa, Stefania Prestigiacomo all'Ambiente, Claudio Scajola allo Sviluppo economico, Altero Matteoli a Infrastrutture e Trasporti. Altri rappresentano novità: Angelino Alfano alla Giustizia, Luca Zaia all'Agricoltura, Maria Stella Gelmini all'Istruzione ed Università, Sandro Bondi ai Beni culturali. Faranno certamente parlare di sé, anche se privi di "portafoglio", i Ministri Umberto Bossi alle Riforme federaliste, Renato Brunetta alla Funzione pubblica, Roberto Calderoni alla Semplificazione, Andrea Ronchi alle Politiche comunitarie, Elio Vito ai Rapporti con il Parlamento, Raffaele

Fitto agli Affari regionali, Mara Carfagna alle Pari opportunità, Gianfranco Rotondi all'Attuazione del programma. In veste di Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio dirigerà il tutto, da vero Vice Presidente "vicario", Gianni Letta, a cui non mancano certo l'acume, la diplomazia, il garbo istituzionale, oltre che un "rapporto di ferro" con Berlusconi. La fiducia al nuovo Governo è stata votata il 13 e il 14 maggio, senza sorprese, nei due rami del Parlamento.



Con Circolare n. 7 del 13/05 l'INPDAP ha dato disposizioni utili per meglio chiarire i termini relativi ai pensionamenti, dopo l'entrata in vigore della legge 247/2007. Riassumo le principali norme di interesse per i medici dipendenti: a) requisiti per le pensioni di anzianità (età + anni contributivi): periodo 1/01/2008 - 30/06/2009: 58+35; periodo 1/07/2009-31/12/2010: quota 95 (data da 60+35 o 59+36); periodo 1/01/2011-31/12/2012: quota 96 (data da 61+35 o 60+36); periodo dal 1/01/2013 in poi: quota 97 (data da 62+35 o 61+36); b) pensioni di vecchiaia: 60 anni per le donne-medico e 65 anni per i Colleghi. Almeno 40 anni di contribuzione equivalgono alla pensione di vecchiaia; c) finestre: per le pensioni di anzianità, le finestre saranno solo due (1° gennaio e 1° luglio), con pausa di 6 mesi tra semestre di maturazione dei requisiti richiesti e possibilità di pensionamento; per le pensioni di vecchiaia, o con 40 anni contributivi, le finestre saranno 4 (gennaio, aprile, luglio e ottobre), con pausa di un trimestre tra il trimestre di maturazione

del diritto e la possibilità di pensionamento. Ci sono tuttavia due importanti eccezioni rispetto alle finestre anzidette: 1) chi ha maturato il diritto al pensionamento di anzianità entro il 31/12/2007 (57+35), può andare in pensione di anzianità senza attendere le nuove finestre; 2) non è soggetto alle nuove finestre neppure la Collega od il Collega che abbia maturato il diritto alla pensione di anzianità entro il 31/12/2007, ma poi vada in pensione di vecchiaia in data successiva al 1° gennaio 2008.

Entro la metà di maggio, dopo la fiducia, è stata completata la squadra di Governo, con la nomina dei Sottosegretari. Nell'ambito del Ministero del Welfare (che accorpa le competenze su Sanità, Lavoro e Previdenza) sono state attribuite le seguenti deleghe: al dott. prof. Ferruccio Fazio, medico nucleare al S.Raffaele di Milano, competeranno gli indirizzi propriamente tecnico-sanitari (livelli di assistenza, obiettivi, priorità, ecc.); la dott.sa Francesca Martini, ex Assessore alle politiche sanitarie del Veneto, dovrà occuparsi di ripartizione del Fondo sanitario nazionale e dei rapporti con la Conferenza Stato-Regioni; l'esponente del Pdl, dott.sa Eugenia Maria Roccella, madrina del "Family-day", avrà infine la delega sulle questioni "eticamente sensibili". Alcuni esponenti di questo Governo ritengono che entro l'inverno il Ministero del Welfare potrebbe essere "spacchettato", ricreando così il Ministero della Salute, dotato di propria autonomia. Infine, sono stati confermati (rispetto al precedente Governo Berlusconi): alla Presidenza della Commissione Affari sociali della Camera, l'on. Giuseppe Palumbo, ed alla Presidenza della Commissione Igiene e Sanità del Senato, il sen. Antonio Tomassini. Sono entrambi esponenti di spicco del Pdl, da noi ben conosciuti: speriamo di avere con tali cariche buoni e costruttivi rapporti, cioè non solo formali.

Il 21 maggio c'è stato il 1° consiglio dei Ministri del 4° Governo Berlusconi. Tra i provvedimenti più significativi ci sono stati i seguenti: 1) è stata azzerata l'ICI sulla prima casa, già dalla rata di giugno (l'esenzione si applica anche sulle pertinenze della prima casa, quali garage, cantina, soffitta). L'abolizione dell'ICI non riguarda castelli, ville, abitazioni signorili; 2) i mutui a tasso variabile stipulati prima del 1/01/2007, potranno essere rinegoziati e diventare a rata fissa con importo equivalente a quello medio 2006; 3) sugli straordinari ci sarà, nel semestre 1° luglio-31 dicembre 2008, un periodo sperimentale di detassazione (cedolare del 10% con plafond di 3.000 €). La norma non riguarda i pubblici dipendenti ed i percettori di reddito oltre i 30 mila euro/anno; 4) in ciascuna delle 5 Province campane ci sarà una discarica; pene più severe per chi crea disordini ed ostacola la Regione, con discariche qualificate come "zone militari". Guido Bertolaso è stato nominato Sottosegretario con delega all'emergenza-rifiuti; 5) sarà introdotto, con ddl, il reato di immigrazione clandestina; con provvedimenti d'urgenza sono state previste espulsioni più facili e confisca degli appartamenti affittati agli irregolari; estesa fino a 18 mesi la permanenza nei Centri di permanenza temporanea (Cpt); 6) sempre in materia di sicurezza, sono stati estesi i giudizi per direttissima; sarà più difficile la sospensione dell'esecuzione della pena; niente patteggiamenti per i reati di mafia; nuovi poteri ai Sindaci in materia di sicurezza; distruzione delle merci contraffatte, ecc. La "ricetta" pare appropriata. Vedremo se la terapia sarà efficace. In pari data Emma Marcegaglia è stata eletta Presidente dall'Assemblea di Confindustria. Il neo-Presidente ha affermato "Il Paese è pronto per grandi riforme". Se lo dice Lei!

Il 28 maggio il ministro Sacconi ha anticipato che il Governo prorogherà a fine

anno la delega (che sarebbe scaduta il 31 maggio) prevista dalla legge 247/2007 in materia di lavori usuranti e relativi benefici previdenziali. Evidente l'intento dell'attuale Governo di restringere la platea dei potenziali beneficiari, rispetto alla bozza di D. Lgs. predisposto dall'ex Ministro Damiano.

A fine maggio il Ministro Brunetta ha anticipato ai sindacati confederali ed alla stampa il suo "piano industriale" per la pubblica amministrazione. Questi i cardini: trasformazione del dirigente pubblico in manager, con più ampie responsabilità in materia di organizzazione di risorse, uffici e servizi, e retribuzioni legate a merito e risultati; razionalizzazione della Pa (chiusura delle sedi minori; concentrazione delle funzioni; razionalizzazione-concentrazione anche nell'acquisto di beni e servizi, ecc.); digitalizzazione di tutti gli Uffici, con interoperabilità tra le banche dati delle varie amministrazioni e dotazione ad ogni cittadino di un unico strumento di accesso ai servizi sanitari e fiscali; gli enti e le istituzioni a vocazione economica saranno trasformati in Spa o Agenzie (per tagliare i costi e semplificare la gestione); lotta ai fannulloni con le sanzioni (fino al licenziamento) e grande trasparenza (pubblicazione sui siti on-line di tutte le informazioni relative al personale ed alla dirigenza), il tutto condito con "mobilità di funzioni", "customer satisfaction", esternalizzazioni, sponsorizzazioni, project financing. Il piano anzidetto sarà varato in parte col decreto fiscale dell'estate e poi con due disegni di legge, che dovrebbero essere approvati entro l'anno. Il "piano Brunetta" dovrebbe produrre risparmi di 8 mld di euro in 3 anni, e addirittura di 40 mld in 10 anni. Lascio a Voi quanti punti esclamativi od interrogativi mettere. Vi ricordo, tuttavia, che il Ministro Brunetta è "professore universitario", quindi: attenti!