

UGUALI AI MASCHI?

Valeria Addante

Se vedessimo fotografie scattate 50 anni fa, l'obiettivo del fotografo avrebbe ripreso soprattutto donne racchiuse da mura, non solo case e quindi salotti, cucine o magari "bassi napoletani", ma anche scuole, ospedali e monasteri. Infatti le donne stavano soprattutto al chiuso, protette, ma al tempo stesso anche padrone di quegli spazi, e quindi protettrici per chi vi accedeva.

Erano custodite da mura e custodi della vita che si svolgeva all'interno di quelle mura. La maestra, l'infermiera o la badessa, come la mamma o la moglie, non avevano spazi da conquistare, ma solo da "difendere" e da far vivere, erano per questo accoglienti con gli affini, ma sempre pronte a rapide serrate con gli estranei.

Oggi dover fare dei ritratti di donna porta inevitabilmente a fare un maggior numero di fotografie "in esterno"; le allieve che si allenano nel cortile dell'Accademia navale o la team-manager sul circuito automobilistico, ma anche la ballerina sul terrazzo del teatro Costanzo a Roma o l'imprenditrice vinicola tra i filari dei suoi vitigni in Umbria, sono in fondo la rappresentazione di una femminilità che è uscita allo scoperto, che ha accettato tutte le sfide della vita pubblica, abbandonando in parte gli spazi in cui esercitare accoglienza e protezione.

Ho l'impressione che quello che vediamo oggi sia l'apice del processo di trasformazione che si è sviluppato soprattutto in questi ultimi decenni, sia cioè il punto più alto del percorso avviato con la fase delle rivendicazioni degli anni '70 e che oggi può ritenersi concluso.

Questa lunga serie di istantanee ritrae la situazione attuale della donna in Italia, fotografa cioè quello che la donna è diventata, ma non ci dà il senso, e sarebbe forse sbagliato aspettarsi il contrario, di come le donne stanno diventando. Da questo punto di vista dobbiamo aspettarci, nel prossimo futuro, un'ulteriore svolta, perché l'uscita da casa è ormai completa; le ragazze di 16 anni che più di ogni altra cosa desiderano diventare una delle "veline di Canale 5", ci dicono che niente potrà ormai trattenere la donna nel privato, perché la donna è, e si sente, svincolata dalla dimensione domestica.

Si può discutere all'infinito, e si discute, sui pro e sui contro, sui limiti e le incongruenze di questa situazione, ma certo questo ciclo si è concluso, anche se, come spesso avviene per ciò che riguarda i mutamenti sociali, forse non si è compiuto del tutto e in modo definitivo. Il gusto della ricerca deve allora spingerci a porre domande sul futuro della donna, più che sul presente: adesso che le donne sono uscite definitivamente ed in modo irreversibile da casa, cosa succede? Cosa sta già succedendo e cosa succederà?

Vedo tante donne, tra i 40 e i 50 anni, con situazioni professionali di tutto rispetto, mollare la presa sulla carriera, non mollare del tutto, ma allentare un po', farsi da parte proprio nel momento in cui, magari con un ulteriore colpo di reni o un ultimo compromesso, avrebbero potuto raggiungere un traguardo in più, forse proprio quella posizione di vertice da cui l'universo femminile si sente da sempre escluso. Donne che finiscono per lasciar perdere quando la competizione si fa troppo accanita e logorante; la prima impressione è che la donna matura non abbia più la grinta della ventenne, ma questa è un'interpretazione evidentemente riduttiva.

Certamente c'è un po' di frustrazione e di stanchezza in questo

atteggiamento, forse le donne mancano di quel pizzico di cattiveria che è sempre necessaria per vincere la battaglia finale; ma credo che ci sia anche dell'altro, una riflessione o, meglio, una ponderazione, una valutazione sui costi-benefici assolutamente estranea all'uomo, che invece trova nella "lotta" il suo appagamento.

Sembra che le donne si domandino fino a che punto "ne valga la pena" e sappiano poi darsi una risposta, quindi "mollano" di quel tanto che basta a mantenere decorosamente la posizione raggiunta, ma non forzano quando il prezzo da pagare sembra troppo alto. Ma a quel punto il prezzo da pagare non riguarda più la famiglia ... Sembra più che altro che il prezzo da pagare riguardi proprio la loro femminilità, come a dire: "se per arrivare devo omologarmi così tanto ad una mentalità maschile, allora preferisco lasciar perdere".

E così le donne "lasciano perdere", non del tutto, quel tanto che basta per ritagliarsi nuovi spazi, si creano cioè "un altrove", rispetto al lavoro e alla famiglia, che noi ancora non conosciamo, un altrove ancora tutto da capire e da raccontare. Se fossi stata uno dei fotografi sarei andata a cercare questo altrove, un altrove che non è la casa di trenta anni fa, perché certamente non si tratta di una "retromarcia", ma più probabilmente si tratta di un altrove solo mentale, un bisogno di creatività che non può essere sacrificato alla cattiveria carrieristica.

Dopo la rivendicazione dell'uguaglianza, subentra la rivendicazione della diversità e la società di oggi premia la diversità molto più che l'omologazione. Le donne quindi tendono a diversificarsi, a prendere le distanze da certi modelli professionali e dove possono li reinventano. Oggi molte imprese agricole innovative sono gestite da donne, così come molti agriturismo di qualità. Certamente siamo ancora in settori ancestralmente dominati dalle donne, come il cibo e la casa, ma reinventati con creatività. E chi ci dice che questo non sia solo un punto di partenza? Che cioè la donna del futuro non sia in grado di rielaborare femminilmente quello che ha già conquistato masculinizzandosi?

Uscire dal gioco quando il gioco si fa troppo duro può quindi non essere una resa, ma forse, dal punto di vista dell'evoluzione sociale, un cambio di strategia, che potrebbe avere come punto di forza la riscoperta di una dimensione di accoglienza, più sostenibile rispetto ad un'aggressività troppo costosa in termini di interiorità personale.

Forse, per esplorare questo mutamento, bisognerebbe osservare quelle donne che hanno ereditato la professione o l'azienda di famiglia, le imprenditrici o le professioniste, le dentiste piuttosto che le notaie; donne che probabilmente, lasciate a loro stesse, avrebbero fatto tutt'altro, ma che per un motivo o per l'altro si sono ritrovate coinvolte nell'azienda o nello studio di famiglia. Sono loro che nei prossimi tempi ci daranno il segnale di come saranno le donne del futuro: non sono state logorate dal percorso di carriera, non hanno un problema di riconoscimento sociale e mantengono intatta la loro creatività.

Se, con queste premesse, saranno in grado di innovare femminilmente, magari rinunciando ad un po' di tradizione, l'azienda che hanno ricevuto, allora potranno rappresentare una nuova svolta, meno rivendicativa della precedente, ma forse altrettanto incisiva.





Anche quest'anno, e per la terza volta, la CIMO-ASMD della Regione Sicilia, in collaborazione con la S.P.E.M.E., Società scientifica ad essa collegata, organizza Corsi di formazione ECM per aggiornare i Colleghi e far acquisire loro i crediti ECM.

Il Corso, organizzato il 17 e 18 dicembre presso il Centro Fieristico "Le Ciminiere" - Viale Africa - Catania, avrà come tema "Approccio multidisciplinare al paziente disabile" ed uno svolgimento di 22 ore di formazione, con 23 relazioni teorico-pratiche di tutte le discipline interessate nell'approccio medico-specialistico al paziente disabile.

Il Corso è gratuito e riservato a 400 medici già iscritti alla CIMO-ASMD, o che vi aderiscano entro il 30/11/2004. Si possono iscrivere alla CIMO-ASMD tutti i medici dipendenti pubblici e privati, convenzionati, universitari, liberi professionisti, specializzandi, ecc.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria CIMO-ASMD (tel. 095-430812). Saranno naturalmente rilasciati i crediti formativi ECM, come attribuiti all'evento dal Ministero della Salute.

Il Responsabile del Corso dott. Aldo Cirnigliaro

CORSO DI FORMAZIONE E.C.M. - APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE AL PAZIENTE DISABILE

Venerdì 17 Dicembre 2004 - Ore 08:00/21:00 - Sabato 18 Dicembre 2004 - Ore 08:00/21:00
Centro Fieristico "Le Ciminiere" - viale Africa - CATANIA

VENERDÌ 17 DICEMBRE 2004

Ore 08.00 **Registrazione dei Partecipanti**

Ore 08.20

Presentazione: Dott. Aldo Cirnigliaro

Responsabile del corso - Vice Presidente Nazionale CIMO-ASMD

Ore 08.25 **Saluto delle Autorità**

I SESSIONE

Coordinatore: Dott. Giuseppe Riccardo Spampinato,
Responsabile U.O. di Odontoiatria Speciale nel Disabile A.O. Vittorio Emanuele Catania

Ore 08.30 / 09.30

Riflessione bioetica nel trattamento sanitario del paziente disabile

Prof. Antonino Leocata - Primario Emerito di Pediatria-Esperto Bioetica Fnomceo Roma

Ore 09.30 / 10.30

L'appropriatezza della cura del paziente disabile tra ospedale e territorio

Dott. Salvatore Paolo Cantaro - Direttore Sanitario A.O. Vittorio Emanuele Catania

Ore 10.30 / 11.30

Odontostomatologia in paziente non collaborante

Prof. Marco Terranova - Dirigente U.O. di Odontoiatria Speciale A.O. Vittorio Emanuele Catania

Ore 11.30 / 12.30

Trattamento malformazioni e deformità del distretto maxillo-facciale

Prof. Alessandro Nisii - Direttore U.O.C. Chirurgia Maxillo-facciale A.O. San Filippo Neri - Roma

Ore 12.30 / 13.30

Radiologia diagnostica e interventistica nel paziente disabile

Dott.ssa Maria Teresa Patti - Direttore U.O.C. Radiologia P.O. Ferrarotto Catania

II SESSIONE

Coordinatore: Dott. Salvatore Arcerito - Direttore U.O.C. Chirurgia Generale P.O. Ascoli - Tomaselli Catania

Ore 15.00 / 16.00

La chirurgia pediatrica nel paziente disabile

Prof. Aurelio Di Benedetto - Direttore Cattedra Chirurgia Pediatrica Università di Catania

Ore 16.00 / 17.00

Malformazioni e anomalie della cavità toraco-addominale nel paziente disabile

Prof. Diego Piazza - Direttore I^a Divisione di Chirurgia A.O. Vittorio Emanuele Catania

Ore 17.00 / 18.00

Evoluzione nelle medicazioni delle piaghe

Prof. Giorgio Stracuzzi - Direttore U.O.C. Centro Grandi Ustionati A.O. Cannizzaro Catania

Ore 18.00 / 19.00

Trauma vertebrale: grave invalidità

Prof. Fausto Ventura - Direttore U.O.C. Neurochirurgia A.O. Cannizzaro Catania

Ore 19.00 / 20.00

Complicanze e patologie urologiche nel paziente disabile

Dott. Giuseppe Salvia - Direttore U.O.C. Urologia P.O. Bronte ASL 3 Catania

Ore 20.00 / 21.00

Le cardiopatie congenite nel paziente con trisomia 21

Dott. Carmelo Mignosa - Direttore U.O.C. Cardiocirurgia Pediatrica P.O. Taormina ASL 5 Messina

SABATO 18 DICEMBRE 2004

III SESSIONE

Coordinatore: Dott. Giuseppe Pappalardo - Direttore U.O.C. Anestesia e Rianimazione P.O. Ascoli - Tomaselli (CT)

Ore 8.00 / 9.00

Il ritardo mentale

Prof. Lorenzo Pavone – Direttore Cattedra di Pediatria Università di Catania

Ore 9.00 / 10.00

Problematiche anestesiolgiche e di terapia antalgica

Dott. Biagio Panascia – Direttore Dipartimento Terapia intensiva A.O. Vittorio Emanuele Catania

Ore 10.00 / 11.00

La cardiopatia ischemica nel paziente con patologia altamente disabilitante

Dott. Daniele Lombardo – Direttore U.O.C. Cardiologia A.O. Cannizzaro Catania

Ore 11.00 / 12.00

Il disabile in area di emergenza

Dott. Vito Giustolisi - Direttore Medicina d'Urgenza A.O. Vittorio Emanuele Catania

Ore 12.00 / 13.00

Il rischio biologico nel paziente disabile

Dott. Filippo Fatuzzo - Direttore U.O.C. Malattie infettive A.O. Vittorio Emanuele Catania

Ore 13.00 / 13.30

Diagnosi prenatale nella prevenzione dell'handicap

Prof. Francesco Di Stefano – Direttore II Divisione Ginecologia P.O. Santo Bambino Catania

Ore 13.30 / 14.00

Trattamento del paziente emiplegico adulto

Dott. Pietro Calvagna – Direttore U.O.C. Recupero e Rianimazione funzionale A.O. Umberto I di Enna

IV SESSIONE

Coordinatore: Dott. Giuseppe Palermo Vice Direttore Sanitario Opera Diocesiana Assistenza

Ore 15.30 / 16.30

La disabilità neuropsichiatrica in età evolutiva

Dott. Sebastiano Russo – Direttore U.O.C. Neuropsichiatria Infantile ASL 3 Catania

Ore 16.30 / 17.30

Moderni orientamenti del trattamento dell'handicap dell'apparato locomotore

Prof. Quintino Mollica – Direttore F.R. di Ortopedia Università di Catania
Dott. Luciano Costarella – Dirigente U.O.C. Ortopedia A.O. Vittorio Emanuele Catania

Ore 17.30 / 18.30

Ruolo della terapia fisica e riabilitativa nel recupero dell'handicap dell'apparato locomotore

Prof. Giuseppe Sessa – Direttore Clinica Ortopedica e Scuola di specializzazione di Medicina Fisica e Riabilitazione

Università di Catania

Dott. Angelo Pulvirenti - Dirigente U.O.C. Ortopedia A.O. Vittorio Emanuele Catania

Ore 18.30 / 19.30

Problematiche ematologiche nel paziente disabile

Prof. Rosario Giustolisi - Direttore Cattedra di Ematologia Università di Catania

Ore 19.30 / 20.30

Prevenzione inserimento sociale e riabilitazione.

Dott. Bruno Mauceri - Direttore U.O.C. Patologia Clinica P.O. Ferrarotto Catania

Ore 20.30 / 20.55 - **Test di apprendimento**

Ore 20.55 / 21.00

Chiusura: Dott. Giuseppe Riccardo Spampinato - Segretario Regionale CIMO-ASMD

Modulo d'iscrizione

da spedire anche via fax: 095-430812

oppure e-mail: cimoct@tin.it

alla Segreteria Organizzativa Via Quieta,65 – 95128 Catania

entro il 30 Novembre 2004

Meeting di Medicina e Chirurgia

"Approccio multidisciplinare al Paziente Disabile"

17 e 18 Dicembre 2004

Centro Fieristico "Le Ciminiere" - CATANIA

SCRIVERE IN STAMPATELLO

IL SOTTOSCRITTO Dr.

CODICE FISCALE

QUALIFICA DIVISIONE

A.O. / A.U.S.L.

DI

INDIRIZZO AB. via.....

C.A.P. Città TEL.

GIÀ ISCRITTO CIMO-ASMD

NEO ISCRITTO CIMO-ASMD DAL

NON ISCRITTO CIMO-ASMD

CHIEDE L'ISCRIZIONE AL MEETING DI MEDICINA E CHIRURGIA "APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE AL PAZIENTE DISABILE" CON L'IMPEGNO DI ASSIDUA FREQUENZA NEI GIORNI 17 E 18 DICEMBRE 2004 DA ACCERTARE MEDIANTE FIRMA AUTOGRAFA ALL'INIZIO E ALLA FINE DI OGNI GIORNATA.

Consenso

Con la firma sottostante il sottoscritto autorizza la S.P.E.M.E. ad utilizzare le informazioni contenute nella presente scheda nel rispetto del D.lgs. 196/2003 "Testo Unico sulla Privacy" per dare esecuzione alla richiesta di partecipazione al convegno su indicato e per le successive comunicazioni al Ministero della Salute

DATA..... FIRMA.....

IL CORSO DI FORMAZIONE È RISERVATO A N. 400 MEDICI GIÀ ISCRITTI CIMO -ASMD O CHE ADERISCONO ALLA CIMO-ASMD ENTRO IL 30/11/2004

NB: si possono iscrivere alla CIMO-ASMD tutti i medici dipendenti pubblici e privati, convenzionati, universitari, liberi professionisti, ecc.
Per informazioni rivolgersi alla Segreteria CIMO-ASMD Tel. 095/430812

SARANNO RILASCIATI I CREDITI FORMATIVI E.C.M., COME ATTRIBUITI DAL MINISTERO DELLA SALUTE



Tutto il mese di luglio 2004 ha visto i "contorcimenti" della maggioranza di Governo, impegnata nella cosiddetta "verifica", iniziata un anno fa e apparentemente conclusasi con la sostituzione, al Ministero dell'Economia, del prof. Giulio Tremonti con il dott. Domenico Siniscalco, già direttore generale all'Economia. Il Presidente Berlusconi, "more solito", manifesta sfacciato ottimismo ("la verifica è felicemente conclusa", "dormo sonni tranquilli", ecc.). Io credo invece che la maggioranza di Governo sia ancora molto inquieta e che la "defenestrazione" del divo Giulio sia solo una tappa della verifica, che in realtà è divenuta permanente, e che logorerà il Governo Berlusconi da qui alle elezioni politiche (anticipate, o a termine di legislatura, che siano).

Allarmante e impietosa relazione della Corte dei Conti sulla finanza locale 2003. In particolare ("Il Sole-24 Ore-Sanità", n. 28/2004), la Corte ha evidenziato come la spesa sanitaria 2003 pesi sul fabbisogno complessivo delle Regioni per l'80% ed ha denunciato il fallimento degli obiettivi di stabilità perseguiti nel patto Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 (recepito legislativamente con il decreto legge 347/2001, convertito poi nella legge 405/2001). Nel capitolo relativo alla Sanità, la Corte evidenzia disavanzi di 4,9 miliardi di euro per il 2001, di 4,0 miliardi per il 2002 e di 2,2 miliardi di euro per il 2003. L'apparente miglioramento dei conti per il 2003 è bugiardo, infatti manca la spesa per il rinnovo del contratto 2002-2003 del Comparto sanitario (che peserà sul 2004 per 2,5 miliardi, il che porterà ad un deficit 2004 complessivo attorno ai 5 miliardi di euro). In tutto, mancano quindi all'appello 16,1 miliardi di euro per il quadriennio 2001-2004, anche senza contare i disavanzi di IRCCS, policlinici universitari, aziende miste, ecc.

(almeno altri 2 miliardi di euro). Sarà stata questa relazione della Corte dei Conti a dare il colpo di grazia alla poltrona del Ministro Tremonti?

Importante sentenza della Sezione Lavoro della Cassazione (n. 11637 del 22 giugno 2004), secondo cui un'azienda sanitaria non può estendere a piacimento l'orario di lavoro dei medici dipendenti (anestesisti, in questo caso) oltre le otto ore al giorno e le 48 ore settimanali, senza concedere neppure il riposo settimanale di 24 ore consecutive. Né vale, a giustificazione dell'azienda, fare riferimento alle "esigenze eccezionali" (che vanno subito comunicate all'Ispettorato del lavoro, devono essere di breve durata, vanno provate dall'azienda, o alla qualifica nominale di dirigente attribuita ai medici, infatti secondo la Suprema Corte, che cita l'ex Regio decreto n. 1955/1923, il personale direttivo è quello "preposto alla direzione tecnica o amministrativa dell'azienda, o di un reparto di essa, con diretta responsabilità dell'andamento dei servizi". La CIMO-ASMD ringrazia la Suprema Corte per il buon senso e l'equilibrio espressi nella sentenza citata.

Primo incontro "di facciata" all'ARAN (21/07/2004) per l'avvio delle trattative per il rinnovo del CCNL di area medica (quadriennio normativo 2002-2005 e 1° biennio economico 2002-2003). Le trattative partono "in salita", e non solo per il cattivo atto di indirizzo inoltrato dal Comitato di settore all'ARAN, ma anche perché si nota già il tentativo di alcuni dirigenti ARAN di riproporre atteggiamenti di scarsa chiarezza e trasparenza (utilizzo di dati superati e ufficiosi sulla rappresentatività sindacale, precostituzione di una maggioranza sindacale di comodo, nei con-

fronti della quale usare attenzioni e favori, ecc.). Per fortuna tutte le OO.SS. mediche (ANAAO esclusa) vogliono veder chiaro sulla rappresentatività sindacale e si dicono contrarie ai "giochi di corridoio". Anche il Presidente ARAN, avv. G. Fantoni, pare aver capito le nostre esigenze di garanzia circa la correttezza del confronto, cioè quello che deve svolgersi collegialmente al tavolo contrattuale istituzionale, con tutti i dati a disposizione delle parti interessate e legittimate. Se noteremo irregolarità, le denunceremo direttamente alla Magistratura (le esperienze dei contratti 5/12/96 e 8/6/2000 ci hanno vaccinato).

Anche in Francia i conti della Sanità pubblica sono in profondo rosso: i debiti cumulati per il passato sono pari a 35 miliardi di euro, a cui si sommeranno ancora 15 miliardi di euro per il biennio 2005-2006. Nel solo 2004 il deficit sarà di 12,9 miliardi. Tuttavia i nostri "cugini" pare abbiano intenzione di fare sul serio: dal 1° gennaio 2005 saranno apportate modifiche al loro sistema sull'assicurazione malattie attraverso: a) l'aumento della contribuzione (+ 0,4% sui salari); b) maggiori controlli sulle spese di settore (responsabilizzazione di tutte le parti sociali; eliminazione degli abusi; introduzione di un ticket-dissuasore di 1 euro per ogni visita, ecc.); c) introduzione di un pilastro sanitario privato accanto a quello pubblico. Non sono soluzioni nuove, infatti la CIMO-ASMD le caldeggia, con alcune specificità per la nostra realtà italiana, ormai da 20 anni. Auguri, e buona salute! L'inconveniente di intervenire tardivamente è quello evidenziato in Francia: prima che il sistema possa tornare in equilibrio (forse nel 2007), si saranno accumulati 50 miliardi di euro di deficit. In Francia tali debiti saranno presi in carico da una Cassa speciale per il debito pubblico, scelta che è messa

sotto accusa dalla opposizione, che grida allo scandalo perché il peso dei debiti verrebbe così scaricato sulle generazioni future.



Il 28 luglio 2004 la Camera ha definitivamente approvato il testo della legge-delega di riforma previdenziale, recante "Norme in materia pensionistica e deleghe al Governo nel settore della previdenza pubblica, per il sostegno alla previdenza complementare e all'occupazione stabile e per il riordino degli enti di previdenza e assistenza obbligatoria". La legge-delega, testé approvata, avrà ora bisogno di tutta una serie di decreti legislativi attuativi per divenire operante, decreti da emanare entro il termine ultimo di 18 mesi dalla data di entrata in vigore della delega stessa. La legge di delega non è troppo severa e lascia invariate (almeno fino al 31/12/2007) le vecchie regole per le pensioni di anzianità, tuttavia i requisiti (dal 1° gennaio 2008) per le pensioni anticipate saranno di 35 anni contributivi e 60 anni anagrafici (vedere anche gli approfondimenti in materia del dott. A. Karumann sui numeri 4 e 5 di questo Giornale). Anche gli obiettivi del provvedimento sono condivisibili (liberalizzazione dell'età pensionabile, con possibilità di bonus per chi rinvia la pensione; eliminazione progressiva del divieto di cumulo tra pensioni e redditi da lavoro; sostegno per lo sviluppo della previdenza complementare; revisione della disciplina della totalizzazione, ecc.), tuttavia l'esperienza ci insegna (vedasi la legge-delega in materia sanitaria, la n. 419/98, tradotta nel pessimo D.Lgs. 229/99) che il pericolo è l'abuso di delega da parte del Governo, ovvero il trasferimento nelle leggi finanziarie di interventi di natura previdenziale, motivati dall'urgente bisogno di "fare cassa". Quindi, estote parati!



Il 27 luglio 2004 il Senato, con atto piratesco, ha definitivamente approvato, in sede di conversione in legge (la n. 186/2004, art. 1-quater) del decreto-legge 28 maggio 2004, n. 136, la disposizione secondo cui "è data facoltà ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche ... di richiedere il trattenimento in servizio fino al compimento del settantesimo anno di età". La legge anzidetta è in vigore dal 29/07/2004. Le amministra-

zioni non sono obbligate ad accogliere le richieste, ma possono farlo se ciò corrisponde alle loro esigenze, in relazione alla particolare esperienza acquisita dal richiedente in specifici ambiti, in funzione dell'efficiente andamento dei servizi e tenuto conto delle disposizioni delle ultime leggi finanziarie relative alla riduzione programmata del personale. Pur interessando, in via teorica, tutto il personale pubblico dipendente, il provvedimento pare fatto apposta per trattenere in servizio i vecchi primari. Noi siamo disposti a perdonare all'ANPO l'ossessione senile della "pensione ai 70 anni", ma cosa diranno i giovani medici oggi disoccupati? E chi dovrebbe difendere: la funzionalità dei servizi; la loro necessaria innovazione; la pienezza dell'impegno psico-fisico del personale dipendente addetto, se non il Legislatore?



Ai primi di agosto 2004, Camera e Senato hanno approvato il Dpef 2005-2008. Si tratta di un documento, già a firma del neo-Ministro dell'Economia, dott. Domenico Siniscalco, che pretende di far quadrare il cerchio: promette infatti, contemporaneamente, di contenere il deficit pubblico, di ridurre le tasse (sia l'IRAP che l'IRE), di contenere prezzi, tariffe e inflazione, di assicurare un adeguato flusso di risorse per le aree sottosviluppate, ecc. Si dice anche che la manovra per il 2005 sarà "senza lacrime e sangue" e che, naturalmente, la Sanità e la spesa sociale saranno preservate. Sono curioso di vedere se al Ministro Siniscalco riusciranno i miracoli. Al suo predecessore non sono riusciti, e ciò è di cattivo prognostico. Basta attendere la finanziaria 2005, che è dietro l'angolo. Lei spazzerà via le illusioni.



Con decisione 34369 dell'11 agosto 2004, la quarta Sezione penale della Cassazione ha ribadito il principio innovativo, già sancito dalle Sezioni unite della Suprema Corte due anni fa (decisione n. 27/2002), secondo cui quando i giudici vengono chiamati a valutare un presunto caso di "pratica scorretta", devono appurare che il medico sia coinvolto "con elevato grado di credibilità razionale o probabilità logica" nella morte del paziente. Insomma, l'esistenza

di un legame diretto tra l'atteggiamento del sanitario e la morte del proprio assistito deve essere "processualmente certa". Nel caso in questione il paziente, da poco operato di tumore sottomandibolare, diabetico, iperteso, con insufficienza respiratoria cronica, si era tolta più volte la prescritta mascherina di ossigeno per ... fumare. Quindi l'autolesionismo imprevedibile del malato salva il medico dalla condanna ("Il Sole-24 Ore" del 17/08/2004, pag. 23). Finalmente, dopo 20 anni di incertezza sul modo corretto di valutare la condotta dei nostri Colleghi, con un preoccupante sbilanciamento nella direzione "giustizialista", la giurisprudenza sembra aver trovato la via interpretativa più giusta.



In attuazione delle direttive 93/104 CE e 2000/34 CE, concernenti alcuni aspetti dell'organizzazione del lavoro, è stato dapprima emanato il D.Lgs. 8 aprile 2003, n. 66 (entrato in vigore il 29 aprile 2003). Ora, un nuovo decreto legislativo (D.Lgs. 213/2004, che entrerà in vigore dal 1° settembre 2004), modifica l'art. 10 del D.Lgs. 66/2003 in materia di ferie (delle quattro settimane minime di ferie, a cui ha diritto il prestatore di lavoro, due devono essere godute continuativamente nell'anno di maturazione e le restanti due, anche frazionatamente, nei 18 mesi successivi al termine dell'anno di maturazione) e sancisce le regole sulle penalità relative alle inadempienze del datore di lavoro circa l'orario di lavoro e i relativi riposi. È controverso se le norme di cui ai decreti legislativi anzidetti siano direttamente applicabili ai lavoratori dipendenti, prescindendo cioè dalla contrattazione nazionale di categoria, e se valgano anche per i dirigenti, tuttavia si tratta di norme più a favore del "lavoro" che del "lavoratore": 40 ore settimanali di orario normale di lavoro; 48 ore settimanali massime, compreso lo straordinario; 250 ore annuali di straordinario; riposo giornaliero di 11 ore continuative ogni 24 ore; un giorno continuativo di 24 ore di riposo ogni 7 giorni di lavoro, ecc. Procedendo di questo passo, ho l'impressione che, tra poco, saremo tutti euro-delusi, anche sul piano normativo, mentre siamo già tutti euro-impoveriti, come testimonia il nostro portafoglio.

IL DIRETTORE RISPONDE

Carlo Sizia

Attribuzione dell'endoscopia digestiva al dipartimento di medicina o a quello di chirurgia

Il dott. R.G. ci scrive: "Da più di 20 anni lavoro in una divisione di Medicina ospedaliera. Sono specialista gastroenterologo e da una quindicina di anni svolgo attività di endoscopia digestiva nel Centro ospedaliero specifico aggregato alla divisione di Medicina stessa. Pochi mesi prima del pensionamento dell'ex primario della divisione di Medicina mi è stata affidata, nel 2001, la responsabilità della struttura semplice di gastroenterologia ed endoscopia digestiva. Dopo pochi mesi, a seguito dell'avvenuto pensionamento del primario, ed in contemporanea con il relativo incarico di sostituzione attribuitomi, il coordinamento della endoscopia digestiva è stato affidato al Primario chirurgo. Di fatto, però, l'attività della endoscopia digestiva è stata coordinata da un collega giunto da altro Ospedale, per il quale viene ora creata una Unità di struttura semplice a valenza dipartimentale (nell'ambito del dipartimento di chirurgia). Ho tuttavia continuato a percepire il compenso economico corrispondente all'incarico di direzione di struttura semplice. È lecito tutto ciò?"

Certo sarebbe utile sapere preliminarmente: gli esiti della Vostra concertazione aziendale (art. 6, c. 1, sub B, CCNL vigente) in merito alle materie dell' "affidamento, mutamento e revoca degli incarichi dirigenziali" e della "articolazione delle posizioni organizzative, delle funzioni e delle connesse responsabilità ai fini della retribuzione di posizione" (cosiddetta "graduazione delle funzioni") e sapere quale incarico dirigenziale e retribuzione di posizione siano stati attribuiti (e da quando) al Collega gastroenterologo proveniente da altra struttura. Inoltre, ci sono state fino ad ora prese di posizioni o contestazioni scritte (individuali o sindacali) contro gli indirizzi "mirati" della amministrazione in questione per privilegiare eventualmente qualcuno o per danneggiare nel contempo Altri? Ciò premesso, si può comunque dire:



- che l'amministrazione può certamente, nell'attuale logica della direzione aziendale monocratica, attribuire il Servizio di endoscopia digestiva (diversamente dalla struttura, complessa o semplice, di gastroenterologia) indifferentemente al dipartimento di medicina o a quello di chirurgia;
 - che, comunque, come Le è stato attribuito nel 2001 "con atto scritto e motivato" (art. 28, c. 4) l'incarico di direzione di struttura semplice, così lo stesso incarico Le doveva essere eventualmente revocato (art. 28, c. 11) "con atto scritto e motivato a seguito di accertamento della sussistenza di una delle cause previste dall'art. 34" del CCNL vigente (cioè: inosservanza delle direttive, risultati negativi della gestione, ecc.);
 - che, dalle scarse informazioni che mi ha fornito, mi pare comunque di rilevare molte "irritualità", nella Sua realtà di lavoro, circa la gestione degli incarichi dirigenziali del personale medico.
- Ciò nonostante, personalmente non Le consiglieri azioni legali, nel caso di specie, perché:
- nella vigente normativa di legge e contrattuale (da noi subita, non certo voluta), il coltello dalla parte del manico in materia di incarichi dirigenziali ce l'ha, purtroppo, l'amministrazione sanitaria;
 - ho una grande, e credo motivata, sfiducia nella Magistratura circa la volontà-possibilità di risolvere le controversie di lavoro;
 - ho molto più fiducia in una sana, aperta, risoluta azione politico-sindacale, con mobilitazione (è augurabile!) di tutte le OO.SS. mediche aziendali.



Requisiti per accedere all'incarico di direzione di struttura complessa

Il dott. A.P.C. ci scrive: "Sono specialista in neurologia e ho lavorato come neurologo per molti anni nella struttura complessa di neurochirurgia del mio ospedale. Da due

anni afferisco alla struttura complessa di neurologia, nata appunto nel 2002. Poiché ora vorrei partecipare ad un corso presso un altro ente come responsabile neurologo, avrei bisogno che mi fossero riconosciuti almeno tre anni di neurologia, tra quelli effettuati nella struttura complessa di neurochirurgia. Il primario sarebbe disposto a certificarlo. È possibile, è lecito, a quale norma devo fare riferimento?”.

La neurochirurgia non è servizio equipollente (e neppure affine) alla neurologia (ai sensi dei decreti ministeriali 30 e 31 gennaio 1998, e successive modificazioni e integrazioni). Non vedo, inoltre, come possa il primario neurochirurgo certificare che il dott. X o Y, suo collaboratore, abbia prestato servizio di neurologia “per almeno tre anni”.

Per accedere alla responsabilità di direzione di struttura complessa in neurologia, il Collega medico dirigente in questione deve avere (come ha) la specializzazione in neurologia e una anzianità complessiva di servizio di sette anni (come in effetti ha), di cui almeno cinque nella disciplina o disciplina equipollente (come non ha), ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. 484/97, tuttora vigente.



Aspettative per cariche pubbliche elettive e per volontariato all'estero

Il dott. M.A. ci scrive: “Il collocamento in aspettativa per cariche pubbliche elettive è sempre ‘a discrezione’ dell’ente datore di lavoro? L’aspettativa può essere concessa anche ai semplici consiglieri di Comuni inferiori ai 10.000 abitanti e di minoranza? Inoltre, in caso di periodo di volon-

tariato all'estero presso un Ospedale del Terzo mondo, l'aspettativa prevista in questi casi comporta o no la corresponsione dei contributi previdenziali? Sarebbe, infine, ipotizzabile la possibilità di utilizzare a questi fini le ore non assistenziali accumulate durante l'anno, eventualmente integrate con giorni di ferie?”.

1. Il collocamento in aspettativa (art. 19 CCNL '98/2001) è sempre a discrezione dell'amministrazione di appartenenza.

2. Nel caso di specie (aspettativa per cariche pubbliche elettive) non conta essere Consigliere comunale di maggioranza o di minoranza, ma semplicemente ricoprire la carica di “Consigliere comunale”.

3. Le aspettative in caso di missioni di volontariato all'estero sono gestite da un apposito Ufficio presso il Ministero degli Esteri: solo le missioni di volontariato ricomprese tra i programmi di aiuto e cooperazione dell'Italia ai Paesi in via di sviluppo comportano la corresponsione dei contributi previdenziali e di altri indennità e rimborsi-spesa (nell'ambito del budget messo a disposizione dallo stesso Ministero per gli obiettivi anzidetti).

4. Le proprie ferie, ciascun dipendente può utilizzarle come meglio crede. Per la riserva di ore non assistenziali (cumulabili anche in ragione di anno), è evidente che dipende dall'amministrazione di appartenenza valutare se tale “riserva di ore” è utilizzata (e, quindi, precedentemente autorizzata) in modo rispondente alle proprie strategie di formazione del personale a disposizione.

Pierluigi Camboa Organizzazione e gestione del distretto sanitario

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

360 pagine - € 30,00



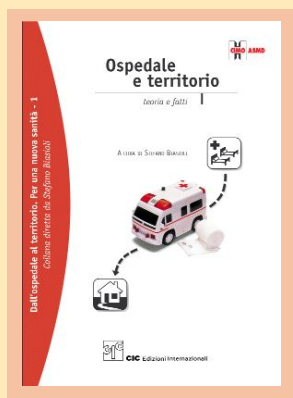
CIC Edizioni Internazionali

DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO PER UNA NUOVA SANITÀ

COLLANA DIRETTA DA STEFANO BIASIOLI
IN COLLABORAZIONE CON



ASSOCIAZIONE
SINDACALE
MEDICI
DIRIGENTI



OSPEDALE E TERRITORIO

teoria e fatti

A cura di
Stefano Biasoli

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

€12,00

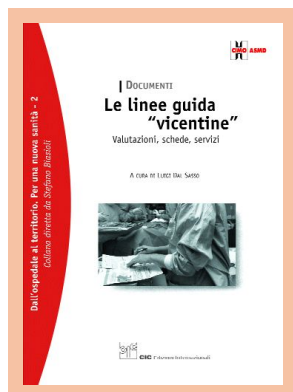
DOCUMENTI

Le linee guida “vicentine” valutazioni, schede, servizi

A cura di
Luigi Dal Sasso

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

€15,00



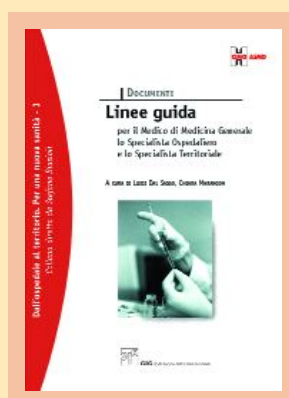
DOCUMENTI

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

A cura di
Luigi Dal Sasso
e Chiara Marangon

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

€13,00



DOCUMENTI

La normativa su “ospedale e territorio”

A cura di
Stefano Biasoli
e Luciano Mulas

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

€20,00

