



IL MEDICO OSPEDALIERO E DEL TERRITORIO



La Sanità nella manovra finanziaria 2004

Le future pensioni dei medici dipendenti

La protezione dagli errori

Se la scienza piange l'umanesimo non ride



CIC Edizioni Internazionali



**ASSOCIAZIONE SINDACALE
MEDICI DIRIGENTI**

SERVIZI OFFERTI DALLA CIMO AGLI ISCRITTI

A. L'INFORMAZIONE

1. IL MEDICO OSPEDALIERO:

bimestrale, è l'organo ufficiale della CIMO-ASMD, inviato ad ogni iscritto. Indirizzi errati, cambi d'indirizzo, ecc., vanno segnalati alla Segreteria Nazionale. Via Nazionale, 172 - 00184 ROMA

2. CIMONEWS:

bollettino d'informazione sull'attualità politica e sindacale inviato a tutti gli iscritti nei mesi nei quali non esce il *Medico Ospedaliero e del territorio*.

3. WWW.CIMOASMD.IT:

il sito internet sul quale si possono trovare tutte le informazioni relative alle novità sindacali, all'attività ed all'organizzazione della CIMO-ASMD; dal sito si possono inoltre scaricare tutti i documenti ufficiali (i decreti ministeriali, il contratto di lavoro, atti d'indirizzo, ecc.) ed i commenti della CIMO-ASMD. L'accesso è libero, senza necessità d'alcuna password. Alcune Regioni hanno attivato propri siti dedicati alle problematiche ed all'attività locale, ai quali si può accedere anche dal sito nazionale.

4. WWW.ILNUOVOMEDICO.IT:

settimanale su Internet di notizie ed approfondimenti sanitari. È in programma l'invio e-mail agli iscritti che ne faranno richiesta.

5. IL GRANDANGOLO:

quaderni di cultura sanitaria. È la rivista trimestrale del Centro studi "Ercolo Bruno", inviata ai Dirigenti CIMO-ASMD ed agli iscritti che ne fanno richiesta alla Segreteria Nazionale.

6. LETTERA INFORMATIVA DEL PRESIDENTE:

newsletter del Presidente Nazionale sulle "novità" politico-sindacali e legislative, inviata ai dirigenti periferici del sindacato. È consultabile e scaricabile dal sito.

7. EDITORIA CIMO-ASMD:

la CIMO-ASMD cura la pubblicazione di numerosi volumi di interesse sanitario. Chi è interessato può richiederli (alcuni a titolo gratuito, altri a pagamento) alla sede nazionale.

B. I SERVIZI

1. SERVIZIO QUESTITI:

il dott. Carlo Sizia fornisce risposte alle richieste di pareri su problemi sindacali. Queste devono essere inviate, complete di tutte le informazioni necessarie, alla Segreteria nazionale CIMO-ASMD, Via Nazionale, 172 - 00184 Roma (Fax 06/6780101; e-mail: sede.nazionale@cimoasmd.it, indicando il proprio recapito; per una risposta più rapida occorre indicare il numero di fax personale o la propria e-mail.

2. SERVIZIO DI ASSISTENZA LEGALE CIMO-ASMD:

il servizio di tutela legale per le controver-

sie di lavoro degli iscritti CIMO-ASMD è affidato alle singole Federazioni Regionali CIMO-ASMD; l'iscritto deve quindi rivolgersi alla propria Segreteria Regionale per accedervi.

3. VERIFICA BUSTA PAGA E CALCOLO PENSIONE TEORICA:

per richiedere tale servizio occorre inviare, alla CIMO-ASMD, Via Ragusa, 3 - 36100 Vicenza tel.0444/505632 fax 0444/500710, la seguente documentazione: a) fotocopia busta paga attuale; b) stato di servizio, o dichiarazione con precisa indicazione di tutti i periodi e qualifiche ricoperti; c) scheda relativa ad inquadramento economico in atto (stipendio, IIS, ISM, RIA, salario di posizione e risultato); d) in caso di passaggio di qualifica presso ente o enti, diversi: produrre anche la scheda d'inquadramento economico nella qualifica di provenienza, con indicazione delle anzianità; e) in caso di verifica stipendio con riferimento a tutti i servizi resi: produrre tutte le schede di inquadramento disposte in applicazione dei vari accordi di lavoro. La risposta richiede almeno 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

4. SERVIZI DI PATRONATO E ASSISTENZA FISCALE:

Convenzione con il Patronato S.I.A.S. Servizio di assistenza e di consulenza tecnica medico legale, gratuito agli iscritti CIMO-ASMD ed ai loro familiari, per il conseguimento delle prestazioni di qualsiasi genere, previste dalla normativa regolante la previdenza, la quiescenza e la malattia professionale, fornite dai vari Enti (INPDAP, INAIL, INPS, ecc.), nonché l'assunzione del patrocinio nelle opportune sedi giurisdizionali. L'iscritto, e/o il suo familiare, può recarsi direttamente, dichiarando di essere associato CIMO-ASMD, presso la sede del patronato della sua città, i cui indirizzi sono reperibili presso le segreterie regionali e/o provinciali CIMO-ASMD oppure sul sito internet www.md./SIAS/SediSIAS.htm.

Convenzione con i CAF MCL:

Presso tutte le sedi periferiche dei Centri di Assistenza Fiscale MCL, gli iscritti CIMO-ASMD possono ottenere gratuitamente il visto di conformità al modello 730 già compilato oppure l'assistenza alla compilazione ed all'elaborazione del modello stesso, pagando una tariffa convenzionata. Il CAF è in grado di dare assistenza anche nella compilazione del modello Unico e nella denuncia ICI. Il recapito del CAF della propria città può essere richiesto alla propria segreteria provinciale e/o regionale, oppure sul sito www.mcl.it/.

5. FORMAZIONE: CIMO-ASMD:

offre a tutti i propri iscritti l'adesione alla S.P.E.ME, una Società scientifica che consente loro di partecipare, gratuitamente o con forti riduzioni, agli eventi formativi, accreditati E.C.M. da questa organizzato. Il calendario è disponibile sul sito: www.speme.it.

C. LE CONVENZIONI

1. LA COPERTURA ASSICURATIVA R.C. PROFESSIONALE:

è stata attivata una nuova convenzione con Prevedim, che potete trovare sul sito www.prevedim.it. Per avere informazioni sulle condizioni di polizza e le modalità di adesione contattare la propria Segreteria Regionale o la sede nazionale della CIMO.

2. FONDO DI PREVIDENZA CIMO-ASMD-VENETO:

è un fondo di previdenza (per i rischi morte, invalidità temporanea o permanente) attivato dalla CIMO-ASMD Veneto dal giugno 1995, cui possono aderire volontariamente (al costo di euro 185,92 anno, versato tramite bonifico bancario) anche gli iscritti CIMO-ASMD di altre Regioni. Per informazioni rivolgersi al dott. Marco Frezzato: tel. 0347/2301870.

3. CONVENZIONE CON FINEMIRO BANCA:

Tutti gli iscritti CIMO-ASMD possono ricevere una carta di credito MasterCard-CIMO-ASMD con un massimale fino a tre milioni, gratuitamente per sé ed i propri familiari (per affidamenti superiori la spesa annuale è comunque inferiore a quella delle altre carte bancarie). La carta ha, tra gli altri, il vantaggio di poter essere utilizzata per l'acquisto di carburante e per il pagamento dei pedaggi autostradali senza costi aggiuntivi. Per ogni chiarimento o problema occorre rivolgersi a Finemiro Banca, Punto Informativo di Firenze, Via Pratese 201, 50145 - FIRENZE - Tel.055.302331 Fax 055.300109 e-mail:finemirofirenze@sofire.it Finemiro Banca offre agli iscritti CIMO-ASMD altri servizi finanziari a condizioni particolari, tra i quali il mini mutuo sulla busta paga, leasing e NoloPass (noleggio a lungo termine con servizio di assistenza globale) di autovetture. Ulteriori informazioni possono essere reperite sul sito www.sofire.it.

4. CONVENZIONI CON ALBERGHI:

Bettoja Hotels
Centro Prenotazioni
Tel. 06.4814798 Fax 06.4824976
E-mail: hb@bettojahotels.it
www.bettojahotels.it

Hotel Mediterraneo ##### superiore
Via Cavour, 15 - 00184 Roma
Tel. 06.4884051

Hotel Massimo D'Azeglio #####
Via Cavour, 18 - 00184 Roma
Tel. 06.487.0270

Hotel Atlantico #####
Via Cavour, 23 - 00184 Roma
Tel. 06.485951

Hotel San Giorgio #####
Via G. Amendola, 61 - 00185 Roma
Tel. 06.4827341

Hotel Nord #####
Via G. Amendola, 3 - 00185 Roma
Tel. 06.4885441

Hotel Relais Certosa #####

Via Colle Ramole, 2 - 50124 Firenze
Tel. 055.2047171
Sconto del 25% sulla tariffa ufficiale

Hotel Bonifacio #####
Via B. Lupi, 21 - 50129 Firenze.
Tel. 055.4627133/4 Fax 055.4627132
E-mail hbfflorence@hotelbonifacio.it
www.hotelbonifacio.it.
Sconto 10%

5. CONVENZIONE CON UVET VIAGGI:

CIMO ha stipulato un accordo con UVET, una delle principali compagnie di viaggi con sedi in tutta Italia, per offrire programmi di turismo a condizioni di particolare favore.

A seguito della Convenzione, UVET, infatti, offre agli iscritti CIMO-ASMD a condizioni preferenziali i programmi di turismo individuale dei principali tour operator e di UVET tour operator.

In particolare, gli iscritti CIMO-ASMD possono prenotare per l'anno corrente i programmi di vacanze dei maggiori operatori beneficiando di sconti (riferiti ai prezzi da catalogo) tra il 5% e il 18%. Inoltre UVET promuove regolarmente le offerte speciali (oltre alle programmazioni) degli operatori e le offre alle migliori condizioni di mercato.

Per informazioni e prenotazioni

UVET Viaggi Turismo S.p.a.
Call Center
Tel. 02/67506311-312
Fax 02/67506322

Oppure

utilizzando il servizio di prenotazione della UVET VIAGGI TURISMO sul nuovo portale www.clubviaggi.it, dove gli iscritti CIMO-ASMD potranno iscriversi per usufruire di tutte le agevolazioni loro riservate.

Per potersi registrare si dovrà prima accedere al portale inserendo i seguenti parametri:

a) nome club: cimo

b) utente: (non compilare)

c) password: tenore (password generale dell'azienda) e cliccare su "Login". Una volta arrivato alla home page del sito, si dovrà cliccare su "Registrazione" e compilare per intero i campi richiesti dal modulo di registrazione.

Terminate le operazioni di registrazione, lo staff di Club Viaggi invierà una comunicazione di benvenuto che confermerà il buon successo dell'operazione.

6. CONVENZIONE CON TIM TELECOM ITALIA MOBILE:

CIMO-ASMD ha definito un'intesa commerciale con TIM, che prevede tariffe scontate a tutti gli iscritti per il traffico di telefonia mobile in abbonamento, sviluppato da voce, servizi a valore aggiunto e trasmissione dati, offrendo sconti progressivi al raggiungimento di volumi di traffico da parte di tutti gli utenti collegati nel gruppo CIMO.

Per ulteriori informazioni occorrerà rivolgersi alla sede nazionale di CIMO-ASMD che provvederà ad inviare i moduli di adesione e le condizioni dell'accordo.

IL MEDICO OSPEDALIERO E DEL TERRITORIO



ANNO I (NUOVA SERIE) - N. 6 - NOVEMBRE/DICEMBRE 2003

Direttore

Carlo Sizia

Vice Direttore

Enrico Fusaro

Direttore responsabile

Raffaele Salvati

Collaboratori e consulenti

Rubriche speciali

Carlo Cabula, Maurizio Dal Maso, Gian Carlo Faletti, Alberto Karumann, Marzio Resti, Antonio Rosa, Elsa Santi

Comitato di redazione

Carlo Sizia, Mario Colucci, Daniele Amoruso, Stefano Biasioli, Giancarlo Cannella, Rosario Cannizzo, Alberto Catalano, Giulio Cecchini, Luigi Cucugliato, Mario Ferrera, Enrico Fusaro, Enrico Hüllweck, Mario Manca, Luciano Mulas, Mario Musiani, Pierantonio Muzzetto, Antonio Paddeu, Michele Rberio, Ermanno Scognamiglio, Ivo Spagnoli, Renzo Tarchini

Produzione editoriale Lorenza M. Saini

Progetto grafico Grazia Mannoni

Impaginazione Osvaldo Saverino

Area pubblicità

Roma: Patrizia Arcangioli, responsabile
arcangioli@gruppocic.it
Carla Sgarbi sgarbi@gruppocic.it

Area marketing e sviluppo

Roma: Marta Castellani castellani@gruppocic.it
Milano: Antonietta Garzonio, responsabile
garzonio@gruppocic.it

CIC Edizioni Internazionali s.r.l.

Direzione, redazione e amministrazione:
Corso Trieste, 42 - 00198 Roma
Tel. 06 8412673 - Fax 06 8412688
e-mail: info@gruppocic.it - www.gruppocic.it
Uffici di Milano: Viale Caldara 35/a - 20122 Milano
Tel. 02 55187057 - Fax 02 55187061

Aut. Trib. di Roma n. 709/02 del 30/12/2002

Fotolito: Tipocrom srl, Roma
Stampa: CSC Grafica srl, Guidonia (Roma)
Finito di stampare il 28/11/2003

Copia omaggio

Il giornale viene inviato ad un indirizzario di specialisti predisposto dall'Editore.

In relazione a quanto disposto dall'art. 10 della L. n. 675/1996, assicuriamo che i dati (nome, cognome, titolo di studio, attività svolta e indirizzo), presenti nel nostro archivio informatico, verranno utilizzati esclusivamente da noi per l'invio di lettere commerciali e avvisi promozionali inerenti al rapporto tra editore e abbonato. Ai sensi dell'art. 13 della L. n. 675/1996, l'abbonato ha il diritto di chiedere in qualsiasi momento, con comunicazione scritta alla Società Editrice, la cancellazione, la modifica o l'aggiornamento dei suoi dati personali.

Il contenuto degli articoli rispecchia esclusivamente l'esperienza degli autori. La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della direzione del giornale ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'editore.

© Copyright 2003



Editoriale

La Sanità nella manovra finanziaria 2004 **4**

Attualità

Amargine del "caso Andreotti" **6**

Salute pubblica e Unione Europea **7**

Aspetti contrattuali

Anni '90: crisi della contrattualità medica **8**

Commissioni pari opport unita: un'esperienza personale **10**

Previdenza

Pensioni pubbliche: ma quali vantaggi? **11**

Le future pensioni dei medici dipendenti **12**

Professione

Tutela maternità e paternità **16**

La saga degli IRCCS: ultima puntata? **17**

Ospedale e territorio

Le dimissioni protette **19**

Formazione

ECM: i problemi da risolvere **21**

Risk management

La protezione dagli errori **23**

L'angolo della specialità

Approccio alle problematiche odontostomatologiche nel paziente disabile non collaborante **24**

Parola agli avvocati

Omicidio e lesioni: la finalità terapeutica è rilevante? **27**

Per una sanità solidale **30**

Sicurezza sul lavoro

32

Cultura

La scienza piange ... l'umanesimo non ride **36**

Di tutto un po' **38**

Il direttore risponde **40**

Recensione **43**

Inserto staccabile

Documenti/5

LA "SANITÀ" NELLA MANOVRA FINANZIARIA 2004

CONSIDERAZIONI GENERALI

Siamo ancora qui a commentare una nuova legge finanziaria. Da settembre a dicembre, ogni anno, il Parlamento praticamente si blocca per votare questo enorme carrozzone legislativo, che contiene tutto, e il contrario di tutto.

La finanziaria dovrebbe essere una legge che individua il bilancio preventivo annuale del Paese, all'interno di un documento pluriennale di programmazione economico-finanziaria (Dpef).

In realtà, non è così; e non lo è per una infinita serie di motivi.

Questo è il Paese dell'emergenza continua e non della programmazione. L'ultimo Dpef pluriennale (2004-2007) non è un documento serio e autorevole, ma un foglio stinto dalle troppe riscritture, legate alle errate previsioni economiche e alle estemporanee pressioni delle lobbies più forti. Non certo di quelle ospedaliere!

In Italia, nulla è più incerto delle cifre

legate all'attività economica:

PIL, percentuale di spesa rispetto al PIL (nei diversi settori), valore del debito pubblico, costo del rinnovo dei contratti (passati e futuri), inflazione reale, inflazione prevista, conversione tra lira ed euro, costo della previdenza, dell'assistenza, della Sanità, ecc.

Da noi, poi, i parametri e gli indici ufficiali dell'inflazione sono così poco credibili che, oggi, non si parla quasi più di inflazione programmata o reale, ma di "inflazione percepita", l'unica attendibile!

In queste condizioni, come si può pensare di programmare o di fissare - con una legge - centinaia di "paletti" finanziari annuali? E così, dopo un

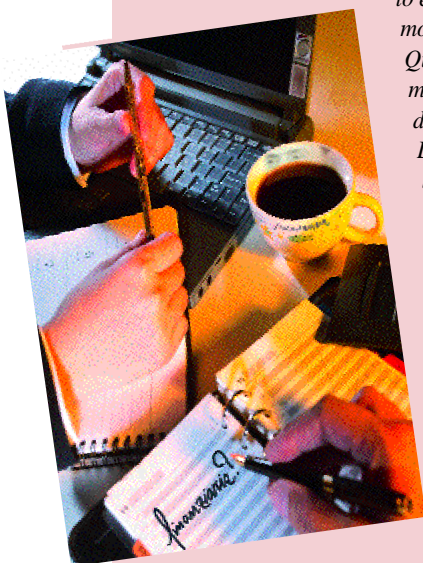
anno, la finanziaria diventa un feticcio mostruoso. Da un lato, si erge il super Ministro Tremonti e, dall'altro, la marea di parlamentari portatori di variopinti interessi di bottega.

Il tentativo dell'assalto alla diligenza c'è sempre, come in "Ombre rosse", ma da quando c'è il prof. Tremonti al Ministero dell'Economia, la finanziaria pare più "blindata". Anche Pera e Casini si ergono come baluardi contro i blitz parlamentari e pongono veti su veti a possibili nuove fonti di spesa.

Da tre anni, la manovra è più basata sui condoni che sulle riforme strutturali. Il Ministro Tremonti non ha avuto, per tre anni (2001-2002-2003), il coraggio di modificare radicalmente la tipologia del fisco, abbassando le tasse fisse ed elevando quelle legate ai consumi. Dimenticandosi delle promesse televisive, punta (per il terzo anno consecutivo) sulle cartolarizzazioni e sui condoni (2/3 della manovra), trascurando le riforme (1/3 della manovra).

Da ciò, da questa assenza di inventiva, nasce l'ennesima penalizzazione per la Sanità pubblica. Evidentemente Tremonti considera la Sanità solo una spesa, da controllare e contenere rigidamente, e non un investimento. La salute come fonte di PIL e di benessere economico? Giammai! La salute (così credo che pensi Tremonti) è solo un settore di "spesa allegra", da monitorare con attenzione e in modo centralistico, perché pieno di truffe, malversazioni, comparaggi, estorsioni: da Chiesa a Casarotto, dal medico di famiglia all'ospedaliere, dal direttore generale al dirigente amministrativo, ecc., ecc.

Ma gli errati approcci economici sulla Sanità risalgono a tanti anni fa: alle promesse illusorie della legge 833/78; alle pesanti modifiche della riforma De Lorenzo; ai LEA fissati annualmente (sulla base delle risorse centrali); al cronico splafonamento della spesa; allo scellerato patto Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, ecc. Fu un patto scellerato perché, lungi dal rappresentare l'anno zero (in senso economico) della Sanità del 2000, ha costituito l'ennesima falsa-partenza di una Sanità pubblica sempre asfittica, perché cronicamente sottofinanziata.



Il 5,88% del PIL non bastava ieri, né basta oggi, a maggior ragione in una economia che non si sviluppa. A ciò si aggiunga l'incertezza del federalismo sanitario, con il blocco di una piena tassazione sanitaria a livello loco-regionale. Sanità in rosso, quindi, per un finanziamento insufficiente e per la frequente incapacità delle Regioni di varare una riorganizzazione seria ed efficiente del proprio sistema sanitario.

LE DISPOSIZIONI IN MATERIA SANITARIA

Se questi sono i problemi, come risponde la manovra finanziaria 2004? Con una serie di pannicelli caldi. Eccoli:

1. *la detassazione (-10%) dei costi per la ricerca e la costituzione di un Istituto italiano per la tecnologia.*

2. *Il blocco della spesa farmaceutica al 16% del FSN e l'istituzione dell'Agenzia Italiana del Farmaco. Un nuovo ente-controllore su tutta la filiera dei farmaci: autorizzazione, rimborso, costi, qualità, confezioni ottimali. Muore la CUF e nasce l'Agenzia, che si appropria di funzioni fondamentali fino ad ora svolte in materia dal Ministero della Salute. L'eventuale splafonamento della spesa farmaceutica verrà addebitato per il 60% ai produttori e per il 40% alle Regioni. Le aziende farmaceutiche verseranno annualmente all'Agenzia il 5% della spesa promozionale dell'anno precedente. Si creerà, così, un fondo per i farmaci-orfani, per la farmacovigilanza e per l'informazione sui farmaci. Le Regioni disciplineranno l'informazione sul farmaco e detteranno norme in tema di campioni gratuiti e di gadgets. Anche i MMG (medici di medicina generale) ed i PLS (pediatri di libera scelta) potranno partecipare ai Convegni ECM.*

3. *Le aziende sanitarie potranno "esternalizzare" i Servizi.*

4. *Il Ministero dell'Economia gestirà la spesa farmaceutica: a) stampando un nuovo modello di ricetta a lettura ottica; b) consegnandolo alle aziende sanitarie e ospedaliere; c) ricevendo quotidianamente (da farmacie, laboratori, aziende sanitarie, Regioni) copia di ogni ricetta emessa in Italia (sic!), per controllare sia il diritto dell'assistito alla prescrizione sanitaria "economicamente agevolata" che gli eventuali abusi. Tutto ciò (ed è un lavoro immane, anche per un Tremonti-Robot!) costerà solo 50 milioni di euro all'anno, da oggi!*

5. *Alle Regioni che riusciranno a riportare in linea di galleggiamento i conti sanitari, verrà distribuito un fondo premiante del valore di 350 milioni di euro, per il triennio 2004-2006. Ma il premio sarà dato in ritardo, quasi tutto (330 milioni) nel 2006.*

6. *Gli eventuali risparmi sanitari, se mai ci fossero, non ver-*

rebbero usati per la Sanità, ma per ridurre il debito pubblico generale.

Tutte le disposizioni anzidette non sono contenute nel vero e proprio "disegno di legge finanziaria 2004", ma nel cosiddetto "maxidecreto della manovra 2004", più precisamente nel decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, recante "Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici" (articoli dal 48 al 52, che sono integralmente riportati nella specifica Sezione "Documenti" di questo Giornale).

COMMENTI FINALI

Il commento conclusivo è scontato. Quello della CIMO non si discosta da quello di tutti gli altri attori del pianeta-sanità ed è fortemente negativo, ovviamente.

La complessiva manovra finanziaria per il 2004 nega il valore sociale ed economico della Sanità pubblica. Non prende atto della spesa sanitaria reale, né della dicotomia tra finanziamento e spesa, che ha portato a un deficit di gestione di 3,8 miliardi di euro nel 2001; di 5,5 miliardi di euro nel 2002; di probabili 5-6 miliardi di euro nel 2003.

Non si punta, quindi, a risolvere, finanziandoli, i problemi emergenti della Sanità: il costo della salute degli immigrati; la stima reale dei costi dei LEA e dei DRG; il valore della quota capitolaria; la mobilità attiva e passiva, ecc.

Non si premiano, oggi (e neppure nel 2006), le Regioni virtuose. Non si finanzia in modo pieno il contratto 2002-2005 del personale sanitario, dirigente o non. Non si erogano alle Regioni risorse in tempi certi, per i costanti ritardi di cassa. Non si lascia una decente autonomia finanziaria per le varie Sanità regionali.

Ci si preoccupa solo dei costi, non della qualità e – in fondo – neppure del rapporto tra costo sanitario e beneficio (del singolo e della collettività) indotto dalla salute, recuperata o conservata.

Il super Ministro dell'Economia diventa, sempre di più, il grande controllore, censore e regolatore della spesa sanitaria. Mancanza competente a chi saprà dirci che ruolo ha svolto il Ministro della Salute in questi due anni e mezzo di governo (si fa per dire!) della Sanità.

Basterà tutto ciò per non far affondare il nostro "sistema-salute"? Ma, soprattutto, durerà ancora questo caos normativo e finanziario a proposito di un bene "fondamentale" (come la salute), garantito dalla Costituzione?

Stefano Biasioli
Presidente Nazionale CIMO-ASMD



A MARGINE DEL "CASO ANDREOTTI"

Enrico Hüllweck

Provate a scrivere

"On. Giulio Andreotti". Provate adesso ad anagrammare questo nome. Per quanti sforzi facciate, l'unico anagramma che potrebbe riuscirci è questo "un gelido Totò Riina".

Non ci credete? Fate la prova cancellando una ad una le stesse lettere nelle due frasi e vi convincerete. Di che cosa? Forse del fatto di avere sotto gli occhi l'unica vera prova che, in tutti questi anni, ha fatto accomunare Andreotti alla mafia, portandolo a subire la condanna per il delitto Pecorelli, con pene detentive paragonabili all'ergastolo.

Ebbene sì. In un'Italia che non è solo fatta di Santi, Eroi e Navigatori, ma anche (purtroppo) di chiromanti, ciarlatani, fattucchiere e stregoni, non è stato difficile trovare persone che, soggiogate dall'incredibile reversibilità dell'anagramma unificante il povero Andreotti con il boss Riina, hanno creduto di trovarsi di fronte al segno del cielo, all'ineluttabile segno del destino, alla "prova delle prove", alla predittività genetica della delinquenza andreottiana, all'avallo supremo al teorema dei giudici accusatori.

Teorema che poi era molto semplice e, agli occhi della gente, anche coraggioso: Andreotti, potentissimo uomo di Stato, riesce a superare le burrasche di "tangentopoli" che hanno tanto affannato i vari Rumor, Leone, Craxi e De Lorenzo, perché è in grado di eli-

minare fisicamente ogni testimone a carico, giornalisti compresi.

Naturalmente non è lui il bieco killer, ma qualche uomo di "Cosa Nostra", fedele ad un Andreotti colluso, tanto colluso da sottostare perfino al cerimoniale delle cosche, con tanto di bacio rituale ai capimafia.

Se questo fosse stato vero, tanto di cappello agli eroi della galassia di una "sinistra" impegnata nel ricercare le prove a carico di Andreotti, e tanto di cappello anche ai loro collaboratori. Certo, sarebbe stato amaro pensare al Divo Giulio con le mani insanguinate ma, se le prove lo avessero inchiodato, non avremmo potuto che chinare il capo (come qualcuno aveva già cominciato a fare).

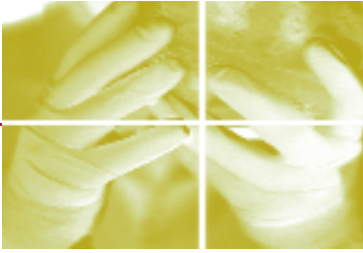
Invece, col passare degli anni (e non pochi), esplose sulla scena un'altra verità clamorosa almeno tanto quanto il famoso anagramma che univa Andreotti al gelido Totò Riina. Salta fuori, insomma, che non è vero niente, che le prove contro l'ex leader democristiano erano inesistenti o del tutto falsificate ad arte, che i testimoni a suo carico sarebbero stati sul libro paga di qualche Organismo dipendente dallo Stato, che per creare castelli accusatori alcuni sarebbero stati minacciati per farlo e che negli ambienti governativi del Centrosinistra ci sarebbe stato un tifo accessissimo per incitare i matadores che avrebbero dovuto uccidere per sempre il toro

Andreotti. Un maledetto imbroglio, dunque, per far fuori un innocente. Un innocente al quale tutti, oggi, vorrebbero dare un'affettuosa pacca sulle spalle un po' (si fa per dire) "ingobbite".

Tutto bene quello che finisce bene. Si dirà "La Giustizia, alla fine, ha trionfato". D'accordo. Ma che cosa sarebbe successo se Andreotti, nel frattempo, fosse morto? Sarebbe passato alla storia come un criminale e non avrebbe avuto appelli. E se si fosse rassegnato, anziché battersi come un leone, anno dopo anno, tribunale dopo tribunale, contro un mondo prevenuto, trincerato dietro quella che sembrava l'evidenza dei fatti?

E se fosse stato povero e non avesse potuto disporre di avvocati eccellenti? E se, anziché essere un personaggio "al top", fosse stato un qualsiasi politico di medio o basso calibro, non sarebbe magari oggi a marcire in qualche cella giudiziaria della Repubblica? E se, anziché un cattolico praticante, fortemente sostenuto, quindi, dal non trascurabile appoggio della fede e della Chiesa, fosse stato un laico qualsiasi, non sarebbe stato abbandonato da tutti, dietro solide sbarre?

Forse no, ma molto probabilmente poteva succedere. E fa paura pensarci. Fa paura pensare che, nello stesso tempo e con le stesse prove a disposizione, sia possibile venire assolti in una città e mandati all'ergastolo in un'altra. Per carità,



Salute pubblica e Unione Europea

anche in campo sanitario ci sono ospedali dove, con la stessa malattia, c'è da una parte chi riesce a salvarti e, dall'altra, chi ti manda sottoterra, ovviamente senza volerlo.

Io ho sempre pensato che il giudice e il medico fanno entrambi una professione per certi versi simile. Un lavoro ingrato, stressante, quasi mai capito, dove si devono interpretare dati a volte indecifrabili, o alterati dalle circostanze, e dove spesso è l'individuale abilità del soggetto operante (medico o giudice) a decretare la fine o la salvezza di un uomo.

Dobbiamo certamente avere rispetto e comprensione per queste due figure, medico e giudice, l'una vestita di bianco e l'altra togata di nero, entrambe drammaticamente coinvolte. Occorrerebbe anche pensare, di conseguenza, che se entrambe queste figure possono sbagliare, ogni cittadino dovrebbe avere una possibilità di scelta, tanto nella cura, quanto nel giudizio, del luogo d'azione. Occorre partire dal presupposto che ogni medico vuole curare bene e che ogni ospedale cerca di funzionare al meglio, così come ogni giudice cerca di giudicare bene e ogni Tribunale cerca di essere all'altezza del compito.

La realtà dimostra, però, che l'errore è sempre dietro l'angolo. Occorre prenderne atto, con prudenza, con serenità, senza facili conclusioni, ma con comprensione verso chi invoca il diritto di potersi confrontare con chi può curarlo bene e con chi può giudicarlo bene. Ci sarebbe anche da rivedere la normativa sulla responsabilità legale dei medici, e di quelli ospedalieri in particolare. Ma questa è un'altra storia. O forse no.

*Enrico Hüllweck
Sindaco di Vicenza*

Il livello generale della salute, in Europa, è certamente tra i più elevati del mondo. Ciò nonostante l'Unione Europea mantiene costantemente alto e vigile il livello di guardia in materia di Sanità pubblica, promuovendo tra gli Stati membri un atteggiamento di costante impegno e di collaborazione verso tutto il settore delle patologie importanti ma, soprattutto, nei confronti delle malattie trasmissibili, delle tossicodipendenze e del cancro. Il tutto, naturalmente, in stretta collaborazione con gli Operatori internazionali, quali le Nazioni Unite (ONU) e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

In linea con questi principi, il Parlamento europeo ha instaurato una politica coerente in materia di Sanità pubblica, adoprando attivamente per rafforzare e promuovere la politica sanitaria mediante numerosi pareri e relazioni di iniziativa parlamentare su questioni delicate e molteplici.

Si è passati così dal tema della protezione dalle radiazioni per pazienti sottoposti a trattamenti medici terapeutici o diagnostici, alla discussione sul rispetto per la vita e sull'assistenza ai malati terminali. Si è discusso su una Carta europea per i bambini ricoverati in Ospedale e ci si è confrontati sui problemi politici riguardanti la ricerca nel settore della biotecnologia, in cui trovano spazio le tematiche dei trapianti di organo e argomenti scottanti come le gravidanze "per conto terzi".

Altrettanto impegnativa la ricerca di una politica volta al raggiungimento della sicurezza e dell'autosufficienza nell'Unione Europea per quanto riguarda la fornitura di sangue per le trasfusioni e altri temi, come quello degli stupefacenti e della protezione dalle radiazioni ionizzanti. Nel frattempo, emerge la novità della tessera sanitaria europea unica, che dovrà sostituire i certificati e i moduli per chi necessita di cure sanitarie all'interno dell'Unione. Si tratta di un'innovazione che sarà realtà dal 1° luglio 2004, grazie all'approvazione del provvedimento, avvenuta il 20 ottobre u.s., sotto la Presidenza italiana dell'Unione Europea.

Ovviamente, l'Europa allargata deve fare i conti con i problemi sanitari più urgenti, come quello, ad esempio, dei trapianti. A tal proposito, l'obiettivo cui sta puntando il Presidente del cosiddetto "Consiglio dei Ministri della Salute", prof. Girolamo Sirchia, è attualmente quello di creare una rete unica che permetta una migliore reperibilità di organi sull'intero territorio europeo, riducendo le lunghissime liste di attesa registrate ovunque in questo specifico settore.

La scadenza è prossima. Già a dicembre, durante la riunione del Consiglio dei Ministri della Salute della Comunità, un gruppo tecnico (costituito da Italia, Austria, Germania, Grecia e Paesi in via di adesione), avrà messo a punto un documento con azioni comuni per questa area. Si tratta di una decisione necessaria e tempestiva, visto il recente allarme del nostro Ministero della Salute sui "traffici d'organo" in alcuni Paesi dell'Est.

È tradizione del Parlamento europeo avere inoltre un occhio di riguardo soprattutto per le tematiche cosiddette "di genere". La Commissione Pari Opportunità del Parlamento europeo è infatti in prima linea per discutere e approvare provvedimenti che garantiscano una maggiore tutela per donne e bambini, spesso ostaggio di una società abituata a trattarli ancora come soggetti deboli.

Così, accanto all'istituzione di un monitoraggio organizzato e sistematico a livello europeo dei tumori al seno, occorre approfondire e combattere il problema delle mutilazioni genitali o altri problemi, come quello di assicurare un servizio di accompagnamento post-terapeutico efficace e appropriato per le donne sottoposte a terapie impegnative.

Ovviamente, sullo sfondo di questi progetti, non dobbiamo ignorare l'impegno politico e la chiara volontà del Parlamento europeo, del Consiglio e della Commissione competente, per uniformare e ottimizzare le risorse economiche all'interno dei Paesi dell'Unione. Argomento, questo, non facile, specie considerando i diversi scenari esistenti negli Stati membri, anche in tema di normative e di retribuzioni all'interno dei rapporti di lavoro, dove l'Italia patisce anni di difficoltà contrattuali, stratificatesi nella storia dei vari accordi sindacali, con legittime attese da parte del mondo sanitario e di quello medico in particolare, soprattutto sul territorio e negli ospedali.

Gli ultimi avvenimenti e i cambiamenti degli equilibri di pace sulla scena mondiale, contornati dalla minaccia delle armi chimiche e batteriologiche, hanno infine reso di attualità il pericolo rappresentato dal bioterrorismo e dall'uso criminale di sostanze patogeno naturali, costringendo tutti ad una maggiore (e non facile) cooperazione internazionale.

Problematiche attuali e nuove sfide, mettono dunque a dura prova la volontà politica del Governo dell'Unione Europea, in ogni caso mai disposta a fermarsi o a cedere all'autocompiacimento per il "quanto fatto ieri", ma decisa a progredire in maniera critica e costruttiva, al fine di migliorare costantemente gli standard sanitari, garantendo eguali e sempre migliori diritti di vita e di salute per i Cittadini Europei.

*On. Amalia Sartori
Europarlamentare*

ANNI '90: CRISI DELLA

CONTRATTUALITÀ MEDICA

Gli anni '90 sono stati un periodo oscuro per i nostri contratti di categoria. Si è iniziato infatti, durante il 1° Governo Amato, con il decreto legge 384/1992, convertito nella legge n. 438/1992, che ha disposto d'autorità il black-out sull'accordo nazionale di lavoro dei medici dipendenti per il triennio 1991/1993.

Poi è intervenuto il D.Lgs. 29/93 (cosiddetta "contrattualizzazione-privatizzazione del rapporto di lavoro"), che ha stabilito che i rapporti di lavoro dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni sono disciplinati "dalle disposizioni del Capo I, Titolo II, del Libro V del codice civile e dalle leggi sui rapporti di lavoro subordinato nell'impresa".

Con il nuovo assetto della contrattazione dei medici dipendenti, in tutti gli anni '90 sono stati stipulati solo due CCNL (il CCNL 1994/97 ed il CCNL 1998/2001, sottoscritto quest'ultimo l'8/06/2000, ma appartenente agli anni '90, come il D.P.R. 384/90 apparteneva agli anni '80). Sono stati contratti complessivamente perdenti per la categoria, anche perché nel corso degli anni '90 hanno interferito sulla materia contrattuale le seguenti condizioni socio-economiche e politico-legislative:

la crisi economica del nostro Paese e la necessità di contenere-ridurre il deficit del bilancio pubblico per rientrare nei severi parametri di Maastricht;

la persistente volontà politica di ridurre peso e ruolo dei sindacati, con derubricazione di troppi istituti economici e normativi propri del rapporto di lavoro dalla competenza della contrattazione sindacale a quella delle relazioni sindacali "deboli", cioè la concertazione, l'informazione, la consultazione, che (come è risaputo) non comportano la stipula di un'intesa scritta e sottoscritta tra le Parti, la sola capace di vincolare soggetti con interessi spesso contrapposti;

la pletera medica (più di 6 medici per 1000 abitanti) e la pletera dei sindacati medici, polverizzazione che forse potrebbe essere frenata da indici di rappresentatività più elevati del 4-5 % oggi richiesti con riferimento all'intera categoria rappresentata;

la mancanza di un tavolo negoziale chiaro ed esplicito a livello regionale ed il mancato raggiungimento di un equilibrio istituzionale credibile tra i tre livelli di gestione della salute: nazionale o centrale, regionale, locale;

la pesante invasione delle leggi finanziarie in materie negoziali (basti pensare ai tagli ai fondi di incentivazione e per il ricorso al lavoro straordinario) e in materia di esercizio della libera professione medica: a tal proposito, dopo l'iniziale apertura liberale di cui alla legge 412/91, sono intervenute con altrettanti provvedimenti illiberali la legge 724/94 (art. 4, c.3), imponendo l'abbattimento del 15% dell'ex indennità di tempo pieno per gli esercenti l'extramoenia; la legge 662/96 (art. 1, c. 5), che ha imposto l'opzione alternativa e vincolante tra libera professione intra od extramoenia; la legge 448/98 (art. 72, c. 5), che ha anticipato le penalizzazioni economiche e normative a danno degli esercenti l'extramoenia, di cui al CCNL 1998/2001, e la scelta irreversibile dell'esclusività di rapporto per quanti avessero già scelto la libera professione intramoenia, di cui al D.Lgs. 229/99;

gli effetti dei cosiddetti "referendum sindacali" del giugno 1995 che, mettendo in crisi il criterio della "maggiore rappresentatività" quale elemento di legittimazione sindacale per sostituirlo con il criterio della "sottoscrizione del contratto nazionale", hanno indebolito enormemente il potere dei sindacati nella contrattazione nazionale, visto che essi sono oggi costretti a sottoscrivere comunque l'accordo nazionale (per castrante che sia) per non essere poi "tagliati fuori" nella successiva contrattazione decentrata;

l'accordo suicida sul costo del lavoro del luglio 1993 (sottoscritto da Governo, Confindustria, sindacati confederali), che ha introdotto due principi inaccettabili: i rinnovi contrattuali quadriennali, articolati in due bienni economici, con benefici parametrati sull'inflazione programmata anziché su quella reale, e la previsione nei luoghi di lavoro di una unica rappresentanza sindacale unitaria (RSU), anziché di una pluralità di rappresentanze sindacali aziendali (RSA), legittimate in proporzione ai rispettivi iscritti sulla base di inoppugnabili