

CIBI ED EVOLUZIONE

Valeria Addante

Ultimamente abbiamo saputo che in Piemonte sono state distrutte estese coltivazioni di mais transgenico.

Di fronte a molte altre diverse prese di posizione, questa volta favorevoli ai cibi geneticamente modificati (Ogm), abbiamo voluto "percorrere" scientificamente in letteratura la situazione attuale di riferimento, invero assai controversa.

Per prima cosa, è indubbio che ogni essere vivente durante la propria esistenza vada incontro a ripetute e continue mutazioni genetiche. Oggi noi tutti siamo assai diversi rispetto all'uomo di mille secoli fa: ricordate l'uomo di Neanderthal? E ciò è avvenuto per due motivi fondamentali: perché nuovi geni sono comparsi spontaneamente nel nostro DNAe per il fatto che quelli preesistenti si sono modificati secondo una stessa evoluzione naturale, sia negli uomini, che nelle piante e negli animali.

Dopo che la ricerca scientifica moderna ha scoperto che il DNA di tutti gli esseri viventi, e quindi la matrice genetica, è identico, gli scienziati hanno voluto ricavarne le applicazioni conseguenti migliori, ricorrendo allo scambio di geni tra organismi differenti, in modo da migliorarli. Vogliamo ricordare un esempio classico e famoso di questi vantaggi: un venterio fu introdotto in un piccolo microrganismo, l'*Escherichia coli*, il gene dell'ormone insulina; di conseguenza l'*Escherichia coli*, così geneticamente modificato, produsse enormi quantità di insulina, con la quale numerosi uomini malati di diabete mellito poterono, e possono tuttora, curarsi efficacemente e a costi modesti.

In seguito, questa esperienza scientifica è stata diversamente e ripetutamente applicata, con il risultato che tali organismi geneticamente modificati sono tantissimi e producono una varietà considerevole di farmaci e vaccini.

Le stesse conquiste e realizzazioni sono state portate in porto per le piante: nel riso, ad esempio, è stato introdotto un gene produttore della vitamina A, con il risultato che popolazioni abituate ad alimentarsi quasi esclusivamente di questo cibo non soffrono più di alcune malattie, quali la cecità dovuta a deficit della stessa vitamina A.

Tutti questi casi finora considerati certamente non possono porsi in contrapposizione con l'evoluzione della ricerca scientifica. E allora come ci si può accanire contro il mais modificato geneticamente, il quale, alla prova dei fatti, risulta essere più "sano" di quello naturale? Oltretutto comportamenti così ostativi, se ripetuti, riporterebbero la nostra Nazione in un incredibile oscurantismo e la spingerebbero a combattere battaglie perse, poiché antistoriche.

Per tutti i popoli la prospettiva futura più gradevole e augurabile è certamente quella di un'agricoltura migliore e meno nociva, in quanto l'uomo sta ormai imparando a controllarla e a migliorarla geneticamente, a risparmiare tempi lunghissimi operando in laboratorio, anziché cercare di incrociare tra loro piante diverse.

Ormai è questa la più incredibile avventura dell'intelligenza umana, la concreta applicazione delle sue conoscenze sul DNA, la biotecnologia. Alla luce di ciò, la dimostrazione più esemplare appare essere proprio il mais: in statistiche mondiali risulta che il 14% della sua produzione venga distrutta da insetti. Di conseguenza, gli agricoltori cercano di limitare questi danni ricorrendo all'uso smodato di veleni, quali i pesticidi. È indubbio che l'uso di queste sostanze riduca i danni per il raccolto, ma è altrettanto accertato che si produce contestualmente un inquinamento ambientale notevole, fattore a sua volta di cancerogenicità.

La "terapia geniale" per questa sciagura viene dalla biotecnologia, che permette di coltivare piante di mais "autoprotettive" dall'assalto della piralide, l'insetto specifico. È dimostrato che tale azione autoprotettiva si realizza grazie ad un gene che rende capace la pianta del mais di produrre sostanze in grado di uccidere gli insetti.

Un altro beneficio di questa applicazione per l'uomo deriva dal fatto che la piralide produce all'interno delle piante attaccate numerosissime gallerie, nelle quali si insediano particolari e specifici funghi capaci di produrre micotossine, sostanze cancerogene in grado di indurre tumori nel fegato. Ecco perché è incontrovertibile che la coltivazione di mais "naturale" obblighi all'uso coatto di tonnellate di pesticidi e all'inquinamento da micotossine cancerogene.

Ma, per fortuna, le Nazioni progrediscono e non restano ferme, aumentano le piantagioni coltivate con le tecnologie genetiche e ormai gli Ogm sono lo strumento più efficace per aumentare e migliorare la produzione in ambito agrario. Su questa strada tanti grandi Paesi avanzano, muovendo passi da gigante: ricordiamo, in particolare, Cina, Stati Uniti, Canada, Spagna, Australia, India, Argentina; in queste Nazioni sono assenti guerre ideologiche e prive di senso contro gli Ogm, mentre in altre, al contrario, pullulano slogan del genere: "La natura ed i suoi equilibri non si toccano!".

Ugualmente l'uomo doveva sopportare ed accettare il flagello della poliomielite per i propri figli, poiché tale era stato per secoli e secoli l'equilibrio della natura? La stessa ratio doveva essere usata nell'accogliere malformazioni e malattie genetiche, senza far nulla per prevenirle?

Nessuno di noi, infine, dovrebbe evitare di considerare che in questa diatriba sugli Ogm aleggia una nube grande e oppressiva sulla libertà soggettiva: chi scrive avrebbe deciso di alimentarsi con cibi geneticamente modificati, poiché li ritiene migliori e meglio controllati. Ma nel suo Paese non vengono prodotti, per cui ci si trova in una situazione fattuale di proibizionismo e la libertà di scelta individuale viene impedita!



Novità in materia di responsabilità civile

Giancarlo Faletti

La materia della responsabilità civile della dirigenza, medica in particolare, continua ad essere oggetto di attenta riflessione giurisprudenziale e, nonostante i tentativi, da più parti sollecitati, per pervenire ad una formulazione univoca e perspicua della sua disciplina, ad oggi non si ha notizia del progredire delle reiterate iniziative legislative al riguardo.

È da evidenziare, però, una recente dichiarazione del PM veneziano, dott. Carlo Nordio, Presidente della Commissione di riforma del codice penale, che, a margine del Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia nell'ottobre decorso, ha anticipato che il progetto del nuovo codice penale "mira a circoscrivere i casi di responsabilità medica definendo meglio, in termini generali, il nesso di causalità e, in termini specifici, il profilo della colpa". Il testo del progetto per ora disponibile, limitandosi alla "parte generale", consente di apprezzare che l'art. 11 del nuovo articolato ("condotta, evento, rapporto di causalità") contiene, in effetti, due importanti novità:

la prima, al comma 2, secondo cui "nessuno può essere punito per un reato se la sua condotta non è stata condizione necessaria dell'evento dannoso o pericoloso che lo costituisce": evitando così pericolose fughe in avanti quali quella, emblematica, dell'affermazione di responsabilità del curante ritenendo provato il nesso di causalità per condotta omissiva in presenza di una probabilità di guarigione anche del 30%;

la seconda, al comma 7, secondo cui "nessuno può essere punito quando l'evento si sarebbe verificato anche se l'obbligo giuridico di impedimento fosse stato osservato": elevando così a livello normativo un principio, ormai consolidato in dottrina, e in parte dalla giurisprudenza, della cd. interruzione del rapporto di causalità, della situazione in cui l'evento non costituisce conseguenza necessaria della condotta, ancorché lecita.

Mi sembra che la direzione lungo la quale si muove la riforma sia corretta. Resta da vedere come essa si sia espressa in materia di colpa, rammentando che esempi di disciplina più possibilista in questa materia sono rinvenibili anche nella legislazione penale di altri Paesi della U.E. (Francia e Spagna, a titolo di esempio).

Le novità, però, non sono finite. Il progetto di riforma sembra, infatti, essersi fatto carico anche di valutare, sotto il profilo della responsabilità penale, il fatto che, sovente, eventi avversi trovino causa non solo e non tanto nella responsabilità del singolo quanto, semmai, in quella sorta di responsabilità impersonale facente capo alle cd. organizzazioni complesse. La spinta alla riconsiderazione del tema (che ha già portato in Italia alla introduzione della disciplina della cd. responsabilità penale degli enti, di cui al D.Lgs 231/02) trova agevole riscontro nella giurisprudenza sempre più incalzante che, in materia di ambienti di lavoro dannosi o pericolosi (anche) presso Enti pubblici, ha affermato che "l'organo apicale di un ente è sempre responsabile, alternativamente o cumulativamente, qualora sia informata delle deficienze e non vi adempia ovvero nel caso in cui siano necessarie impegnative di spesa, non consentite all'organo tec-

nico o al dirigente del settore.

Quest'ultimo, invece, sarà responsabile soltanto alla luce di effettivi poteri di gestione" (Cass. n. 39268 del 7/10/04).

Orbene, nel progetto di riforma, l'esigenza di una più attenta riconsiderazione della componente "organizzativa" quale causa di fenomeni delittuosi (ancorché colposi) ha trovato compiuta disciplina negli artt. 22 e 23 del progetto secondo cui i soggetti organizzati (persone giuridiche, associazioni non riconosciute, enti pubblici o privati, imprese anche individuali) "devono adottare e ottenere modelli organizzativi idonei ad evitare che vengano commessi reati con inosservanza di disposizioni pertinenti all'attività dell'organizzazione o comunque nell'interesse dell'organizzazione, da persone agenti per essa". I modelli organizzativi, oltre che finalizzati a "scoprire ed eliminare tempestivamente eventuali situazioni irregolari o di rischio", devono - in ogni caso - possedere i seguenti requisiti:

una articolazione di funzioni che assicuri le competenze tecniche e i poteri necessari per la verifica e la valutazione, la gestione e il controllo delle situazioni di rischio;

una adeguata formazione e informazione del personale negli aspetti rilevanti ai fini dell'osservanza della legge nello svolgimento dell'attività dell'organizzazione;

un idoneo sistema di controllo sulla attuazione del modello organizzativo e sul mantenimento nel tempo delle condizioni di idoneità delle misure adottate;

il riesame e l'eventuale modifica del modello organizzativo, quando siano scoperte violazioni significative della legge penale o in relazione a mutamenti nell'organizzazione o nell'attività o in relazione al progresso scientifico e tecnologico;

un adeguato sistema disciplinare.

Fanno da naturale contraltare a queste disposizioni quelle di cui al successivo art. 23, identificando compiti e responsabilità dei singoli soggetti rappresentanti dell'ente o preposti all'esercizio di funzioni di direzione di settori dell'organizzazione, funzioni di consulenza tecnica o di controllo o preposizione ad attività specifiche: ciascuno, nel proprio ambito, "è tenuto ad assicurare l'osservanza" dei precetti di cui al modello organizzativo, in modo che sia garantito l'adempimento ai medesimi.

Se questa impostazione verrà mantenuta nel testo che il Parlamento dovrà approvare, sembra del tutto chiaro che l'intervento punitivo statale verrà anticipato fino ad interessare gli aspetti, affatto virtuosi, delle organizzazioni complesse e del loro modello di organizzazione. Cosicché, la responsabilità del singolo potrebbe acquistare rilievo solo se, in presenza di modello organizzativo virtuoso, la condotta tenuta in concreto si ponga al di fuori delle regole comportamentali prescritte.

Amio giudizio, questa impostazione ribadisce, nell'ambito della sanità pubblica, quello che CIMO va ormai affermando da tempo, addirittura in una proposta di legge. E cioè:

che il cliente/paziente che si rapporta con una struttura sanitaria pubblica intrattiene con la medesima una relazione avente natura contrattuale che ha ad oggetto la prestazione e l'erogazione di

terapia finalizzate alla ricostruzione dello stato di salute compromesso;

- che il medico cui è affidata la cura del cliente/paziente si colloca, quale organo della struttura, nella posizione dello strumento tecnico-professionale attraverso il quale la struttura eroga la prestazione richiesta;

- che l'eventuale inadempimento rispetto alla prestazione richiesta è unicamente inadempimento della struttura (specie se esso trova fondamento in un modello organizzativo inadeguato) e, come tale, può essere sanzionato, a titolo risarcitorio, unicamente all'esito di una domanda, giudiziale o extragiudiziale, da proporsi contro la struttura;

- che la responsabilità del medico, nei limiti in cui sarà definita la "colpa" sanzionabile, acquista rilievo esclusivamente verso il datore di lavoro che potrà rivalersi nei suoi confronti nei soli limiti in cui la istituenda assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile degli enti sanitari non garantisca la copertura del rischio.

Naturalmente, lo stimolo che la riforma del codice penale introduce avrà effetto se la sensibilità degli amministratori ne risulterà colpita. Diversamente, a leggi virtuose si aggiungeranno altre leggi virtuose, nella totale assenza dei soggetti "virtuosi" che se ne facciano carico.

"IL CONTESTO"

area mobbing

Paolo Bonarrio

Abbiamo iniziato ad analizzare cosa sia e come incominci a configurarsi un episodio di mobbing, ed a questo punto mi pare importante parlare del requisito la cui presenza è essenziale affinché la situazione di mobbing si realizzi, cioè un "contesto ben preciso".

Infatti, affinché si possa parlare di mobbing, non basta che ci sia chi compie le prevaricazioni contro la vittima potenziale, né che quest'ultima sia predisposta ad accusare "il colpo". È anche necessario, a nostro parere, che siano presenti attivamente una serie di personaggi il cui compito è paragonabile a quello di coloro i quali, nell'attesa che il torero dia il colpo finale al toro, sfiancano quest'ultimo infilandogli con assoluta precisione e cattiveria lance acuminata, capaci di ferirlo e indebolirlo, ma senza rischiare di ucciderlo.

Il mobbing avviene infatti laddove un lavoratore viene non solo vessato e punzecchiato con regolarità, ma deve anche muoversi in un ambiente di lavoro in cui non gli viene concesso di avere il tempo per "digerire" ogni abuso, di farsene una ragione o giustificazione o di proteggersi in qualche modo, anzi le persone che lo circondano collaborano fattivamente con il carnefice, rigirando il coltello nella ferita, o addirittura apprendono di nuove.

Non vi sarà difficile comprendere come sia importante per una persona normale poter scambiare con i Colleghi un pare-

re, una sensazione, un punto di vista, senza dover temere di essere "denunciati" al Capufficio, o che la propria posizione venga sbandierata ai quattro venti. Se i Colleghi di lavoro sono infatti anche "amici veri" è più facile sopportare abusi, angherie e ingiustizie.

Se invece siamo circondati da ostilità, diffidenza, inimicizia, competizione spinta al massimo, o semplicemente se nessuno vuole correre il rischio di farsi vedere solidale con chi è vittima di mobbing, per cui si arriva ad episodi di ostracismo totale (al punto di non parlare neppure più con il Collega bersagliato), allora ogni cosa diviene più difficile ed è quasi impossibile sostenere per lunghi periodi gli "attacchi" scientifici operati dal carnefice, indipendentemente da chi esso sia e dai motivi (solitamente pretestuosi) per cui siamo stati scelti come "vittima sacrificale".

Ne deriva che se, laddove noi operiamo, ci capita di assistere ad azioni mobbizzanti nei confronti di qualcuno che nulla ha commesso per giustificarle, mantenendoci al di fuori della contesa è importante che sappiamo che in quello stesso momento finiamo per diventare anche noi parte integrante del procedimento di mobbing, contribuendo a mantenere ben fisse nel corpo della vittima le "lance" che qualcun altro gli avrà conficcato, più per compiacere il carnefice e farselo amico, che per astio primitivo e genuino nei confronti della

vittima.

Cosa fare, allora, per non essere complici del "mobbing"? Basta semplicemente non collaborare all'isolamento della vittima, mostrando di comprendere la sua sofferenza, dandogli ascolto, incoraggiandolo con una buona parola e stimolandolo a resistere ed accettare quello che accade come un effetto collaterale (anche se perverso) del lavoro di gruppo.

Sarà utile, nel contempo, aiutare la vittima a riflettere anche sui propri eventuali errori, indicandogli quali sono le cose (fatti omissivi o commissivi) che scatenano l'azione del mobber e dei suoi soci, ed insegnandogli le strategie di difesa od i percorsi di raffreddamento dei conflitti che il nostro Collega, troppo coinvolto nella dinamica perversa, non riuscirà mai a vedere da solo e per primo, finendo paradossalmente con il collaborare alla propria stessa distruzione.

Se riusciremo a fare ciò, avremo realizzato una valida azione di difesa sociale e limitato gli effetti devastanti che il mobbing potrebbe generare sulla psiche del malcapitato.

Non sono cose difficili, quelle che suggerisco: basta un po' di psicologia applicata e un po' di solidarietà intracategoriale.

notizie e commenti brevi

Il 21 settembre 2004 è approvata in G.U. (n. 222) la legge-delega in materia previdenziale (L. 23 agosto 2004, n. 243). Nonostante che tale legge sia operante dal 6 ottobre 2004, per vederne gli effetti bisognerà aspettare ancora: infatti le nuove regole per i pensionamenti di anzianità partiranno solo dal 2008, quando saranno necessari 35 anni di contributi e 60 anni di età (e le "finestre" si ridurranno da 4 a 2), e molti cambiamenti avranno bisogno di specifici decreti legislativi di attuazione, secondo una precisa tempistica. Entro il 6 dicembre 2004 dovrebbero essere pronte le regole per il Casellario centrale delle posizioni previdenziali attive; entro il 6 ottobre 2005 (12 mesi dall'entrata in vigore della delega) dovranno essere emanati specifici decreti per: liberalizzare l'età pensionabile; eliminare progressivamente il divieto di cumulo; favorire e sostenere forme pensionistiche complementari (anche attraverso il conferimento del trattamento di fine rapporto maturando alle forme pensionistiche complementari); rivedere i principi della totalizzazione dei periodi assicurativi. Entro il 6 aprile 2006 (18 mesi dopo l'entrata in vigore della delega) tutte le norme sulla materia dovranno essere ricondotte ad un Testo unico delle discipline previdenziali. I medici dipendenti avranno comunque tempo 6 mesi (dall'emanazione del decreto specifico, o dall'assunzione) per esprimere la eventuale volontà di non aderire ad alcuna forma pensionistica complementare, o per esercitare la scelta in favore di una delle forme medesime di propria fiducia perché, in caso di silenzio (interpretato come assenso) scatteranno forme tacite di conferimento del trattamento di fine rapporto ai fondi istituiti o promossi dalle Regioni. Quindi, attenti! Unica norma operante dal 6 ottobre scorso (ma non per i medici dipendenti e gli altri pubblici dipendenti) è il "bonus" del 32,7% esentasse, di cui beneficeranno i dipendenti privati che, avendone i requisiti, operano per rinviare il pensionamento. I benefici potranno essere goduti, dietro specifica domanda, a partire da novembre 2004, e potranno determinare incrementi netti della busta paga anche

del 40-45% proprio perché il bonus è immune da oneri contributivi e fiscali.



Il 29 settembre 2004 il Consiglio dei Ministri ha approvato il ddl finanziaria per il 2005. Si tratta di una manovra dal valore complessivo di 24 mld di euro: + 7,5 mld di nuove entrate (attraverso l'operazione cosiddetta "manutenzione della base imponibile"; + 7 mld di "una tantum" (valorizzazione e cartolarizzazione del patrimonio immobiliare pubblico); + 9,5 mld di risparmi (imponendo il tetto del 2% alle spese dei Ministeri e degli enti locali); + 1,5 mld deriveranno da minori interessi rispetto a quelli previsti per il 2005, ma compensati da - 1,5 mld di maggiori spese 2005 per la sicurezza e la lotta contro il terrorismo. Si tratta di un provvedimento ancora largamente incompiuto, che risulta veramente "indigesto" per il solito gergo "politico-burocratese" e per l'ossessione dei "rinvii" normativi, e che in corso d'opera si arricchirà del solito "maxi-emendamento governativo" (forse anche in materia di riduzione delle aliquote fiscali). Direbbero i critici musicali del '700 e '800 a proposito di musica sacra e liturgica: "È cambiato il maestro di Cappella (Siniscalco al posto di Tremonti), ma la musica è sempre quella".



La Camera dei deputati ha approvato, venerdì 15 ottobre 2004, la "nuova Costituzione", quella che introduce: la devoluzione (competenza legislativa esclusiva delle Regioni in materia di assistenza sanitaria, organizzazione scolastica, polizia amministrativa regionale e locale), un nuovo iter legislativo (con competenze ripartite tra Camera dei deputati e Senato federale), un premier più forte (indicato dagli elettori, con potestà di sciogliere la Camera, di nominare e revocare i Ministri), una riduzione dei parlamentari (175 in meno), una nuova composizione della Consulta e del Consiglio Superiore della Magistratura, ecc. Il nuovo testo è profondamente cambiato rispetto a quel-

lo uscito dal Senato nel marzo scorso. Ora il testo neonato affronterà nuovamente l'esame del Senato. Se la Camera alta non modificherà alcunché, ai sensi dell'art. 138 della Costituzione, il provvedimento dovrà nuovamente affrontare la seconda lettura, sia da parte della Camera che del Senato, senza possibilità alcuna di essere emendato. Ma il Centro-sinistra ha già manifestato la sua intenzione di sottoporre a referendum popolare il provvedimento voluto dal Centro-destra. Anche in caso di approvazione definitiva, e di conferma referendaria, le nuove regole verrebbero comunque diluite nel tempo (fino al 2012). Anche in questa occasione, è dimostrato come in Italia sia difficilissimo "cambiare", e forse addirittura impossibile farlo "in meglio".



Anche i Presidenti si ammalano! Naturalmente non è un augurio, ma una constatazione. Prima Fidel Castro, complice una rovinosa caduta, poi Tony Blair e Azeglio Ciampi, alle prese entrambi con un "cuore ballerino", infine Yasser Arafat, con seri problemi ematici, accolto a braccia aperte (come al solito) dalla Francia. Per tutti gli illustri "Pazienti" si tratta di incidenti in qualche modo favoriti da una vita carica di impegni e di stress. Per il "leader maximo" forse è stato fatale il passo "troppo marziale" (per un 79enne) adottato al termine di una esaltante rievocazione-commemorazione del mitico "Che" (Guevara). La "ideologia", come ricordavo anni fa all'on. Bindi, può "far male". Comunque, un sincero augurio di pronta guarigione a tutti loro!



Nel corso dell'iter parlamentare che ha portato all'approvazione della legge 138/2004 (art. 2-septies), che ha modificato il D.Lgs. 229/99 nel senso che ora viene consentita, a domanda degli interessati, la reversibilità dal precedente rapporto esclusivo, l'ANAAO, pur dichiarandosi a parole favorevole alla revisione del regime della irreversibilità

del rapporto esclusivo, ha intossicato il mondo intero con falsi allarmi sui rischi che avrebbero corso la costanza e la misura dell'indennità di esclusività di rapporto (per quanti avessero confermato l'esclusività di rapporto) e il calcolo della stessa indennità nella quota A della pensione dei medici dipendenti. A fugare ogni dubbio ha provveduto innanzitutto la stessa legge 138/2004, che ha stabilito che "coloro che mantengono l'esclusività di rapporto non perdono i benefici economici stabiliti dai contratti di lavoro 1998/2001" (art. 2-septies), e poi l'INPDAP che, con Nota operativa 29 settembre 2004, n. 19, ha confermato: la valutazione dell'indennità in questione nella quota Adi pensione; che con il passaggio tra i due regimi (di esclusività o di non esclusività) vengono modificati alcuni elementi essenziali del rapporto di impiego, anche con riferimento al relativo trattamento economico; che quando intervenga un passaggio dal regime di non esclusività a quello di esclusività, nel quinquennio precedente la cessazione dal servizio, ai fini del calcolo del trattamento pensionistico trova applicazione quanto previsto dall'art. 29 della legge 153/1981 (media ponderata). L'ANAAO, con le sue doppie e allarmismi interessati, è servita!

Le trattative per il rinnovo del CCNL di area medica, scaduto il 31/12/2001, procedono a passo di lumaca (lentissimo e strisciante). Siamo ancora molto distanti dal siglare la normativa per il quadriennio 2002-2005 e l'accordo per il 1° biennio economico 2002-2003. Non si parla ancora di rinnovo del 2° biennio economico perché, evidentemente, Stato e Regioni vogliono scaricare gli oneri relativi sul 2006 e 2007, anziché sul 2004 e 2005, come sarebbe doveroso fare. Inoltre, poiché tra sigla e stipula degli accordi passano almeno 6 mesi, prevedo che non avremo in busta paga gli incrementi relativi al 1° biennio economico (2002-2003) prima del prossimo Congresso CIMO (settembre 2005). Se così sarà, il Governo Berlusconi e le Regioni potranno dire di aver "primeggiato" nei ritardi e nelle inadempienze, battuti solo dal Governo Amato I che, nel 1992, annullò addirittura ai medici dipendenti una tornata contrattuale, quella relativa al triennio 1991, 1992, 1993.

Con il 25 ottobre 2004 sono "andate in pensione" le vecchie "collaborazioni coordinate e continuative" (co.co.co.). In realtà, tuttavia, non tutte le vecchie co.co.co. debbono essere convertite in "contratti a progetto", infatti: il D.Lgs. 251/2004 ha prorogato al 24 ottobre 2005 il termine di validità dei vecchi rapporti, se individuati attraverso accordi collettivi; sopravvivono i vecchi contratti, seppur stipulati prima della entrata in vigore della riforma Biagi, qualora possano essere ricondotti ad un progetto e laddove siano specificati i risultati da conseguire, le attività da svolgere e le modalità organizzative, ecc.; infine, sopravvivono le vecchie co.co.co. stipulate con pensionati di vecchiaia, con gli amministratori e sindaci di società, con partecipanti a commissioni o collegi e con i liberi professionisti iscritti nei rispettivi albi (ai sensi dell'art. 61, c. 3, D.Lgs. 276/2003). Non sono modificate le modalità contributive ai fini previdenziali (gestione separata INPS), mentre sono introdotti gli istituti della "sospensione" per malattie e maternità. Sempre in materia di lavoro, in sede di conversione in legge del ddl 848-bis, si parla di stralciare la norma che prevede l'introduzione di una deroga, in via sperimentale, rispetto all'art. 18 della legge 300/70 (cosiddetto "Statuto dei lavoratori"), questione che aveva scatenato nel 2002 una guerra di religione tra i sindacati e nel Paese. La deroga (triennale, a valere per le aziende che, assumendo, supereranno i 15 dipendenti) consentirebbe al Giudice del lavoro, in caso di licenziamento senza giusta causa, di decretare il risarcimento monetario, invece del "reintegro al lavoro". Quante incertezze su regole fondamentali per gli istituti del lavoro e per i diritti dei lavoratori!

Secondo la Cassazione (Sez. III, 30 luglio 2004, n. 14638), le responsabilità e i doveri del medico non si limitano all'attività sua, e della propria équipe, ma si estendono alla struttura sanitaria in cui opera, con ulteriori doveri di informazione del paziente. Il consenso informato, in vista di un intervento o di altra terapia o accertamento invasivi, non riguarda solo i rischi legati alla situazione soggettiva e allo stato dell'arte della disciplina, ma anche la concreta situazione ospedaliera (struttura, attrezzatura,

organizzazione), in modo che il paziente possa decidere se sottoporsi all'intervento nella struttura in cui si trova, o in altra eventualmente più attrezzata e qualificata. Inoltre, se è vero che la richiesta di un intervento può far presumere il consenso alle operazioni preparatorie e successive, e in particolare all'anestesia, quando ci sono più tecniche per eseguirle che comportano rischi diversi, è dovere del sanitario informare il paziente e operare la scelta in base alle volontà dello stesso. Per fortuna, anche di fronte a queste sentenze (in realtà, un po' radicali e forzate), soccorrono sempre il buon senso e la scienza e coscienza del medico ad orientare grado e modo di dare informazioni e ricevere consenso perché, altrimenti, finirebbero per "morire di paura" un numero consistente di pazienti che con la sana, corretta e vecchia medicina clinica, nonché con un approccio olistico, potrebbero "salvarsi agevolmente".

Dopo aver proclamato 16 giorni di sciopero al fine di stimolare il rinnovo delle convenzioni mediche scadute da tre anni, la FIMMG non si è astenuta dal lavoro neppure per un giorno. I sindacati confederali hanno proclamato una giornata di "sciopero generale", ai primi di dicembre 2004, per protestare contro la legge finanziaria per il 2005. Forse quest'ultima decisione sarà risolutiva per accrescere la produttività, aumentare i consumi, ridurre il deficit pubblico italiano, ecc. Scherzi a parte, e senza alcun intento polemico nei confronti della FIMMG, né di CGIL, CISL e UIL, mi pare che entrambe le iniziative (pur così diverse tra loro) siano state soprattutto efficaci al fine di deprimere la credibilità di tali sindacati agli occhi dei propri iscritti e rappresentati. Prima di assumere decisioni di tale tipo bisognerebbe almeno porsi due domande: c'è almeno una possibilità su un milione di realizzare concretamente le minacce promesse?, e: c'è almeno una possibilità su di un milione che il ddl finanziaria 2005 venga corretto, nel senso del minor rigore, a 20 giorni dal termine ultimo e necessitato per la sua conversione in legge e con gli occhi puntati di tutta Europa sui nostri "conti pubblici"?

IL DIRETTORE RISPONDE

Carlo Sizia

L'efficacia dei decreti legislativi 66/2003 e 213/2004

Il dott. G.S. ci scrive: "Il decreto 213/2004 riguarda anche il lavoro effettuato come dirigente medico? In particolare, esistono sanzioni per il lavoro continuativo, cioè effettuato senza recuperi, per 12 giorni di seguito? È valida la copertura assicurativa qualora il dirigente medico non abbia rispettato il previsto riposo settimanale, e non esista neppure lo stato di necessità?"

Il decreto legislativo 19 luglio 2004, n. 213 (G.U. n. 192 del 17/08/2004, quindi operante dall'1/09/2004) reca "Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66, in materia di apparato sanzionatorio dell'orario di lavoro".

Il D.Lgs. 66/2003, che attua alcune direttive europee in materia di organizzazione del lavoro, è pienamente efficace, anche nei confronti delle pubbliche amministrazioni, dal 29/04/2003.

Tuttavia l'art. 17, c. 5, del D.Lgs. 66/2003, prevede che la disciplina relativa alle prestazioni di lavoro, alle pause ed ai riposi giornalieri (sarebbero esclusi i riposi settimanali) non trova applicazione nei confronti dei dirigenti e delle altre persone aventi potere di decisione autonomo (vedi anche ARAN/Newsletter n. 4/2003, pag. 10).

Rimane aperto il problema se i dirigenti medici siano tutti "dirigenti" a pieno titolo. Su questo aspetto, e più in generale in tema di applicazione del D.Lgs. 66/2003, potranno dire qualcosa di utile e decisivo sia i Ministeri competenti (della Funzione pubblica e/o del Lavoro) con propri decreti, sia la prossima normativa contrattuale.

Ciò premesso, l'art. 18-bis (Sanzioni) del D.Lgs. 66/2003 (come introdotto dal D.Lgs. 213/2004) prevede, al comma 4, che "La violazione delle disposizioni previste dagli articoli 7, comma 1, e 9, comma 1, è punita con la sanzione amministrativa da 105 euro a 630 euro". Per chiarezza di comprensione, ricordo che l'art. 9, c. 1, del D.Lgs. 66/2003 dispone che "Il lavoratore ha diritto ogni 7 giorni ad un periodo di riposo di almeno ventiquattro ore consecutive, di regola in coincidenza con la domenica, da cumulare con le ore di riposo giornaliero di cui all'art. 7". L'art. 7, c. 1, del D.Lgs. 66/2003, dispone che "Ferma restando la durata normale dell'orario settimanale, il lavoratore ha diritto a 11 ore di riposo consecutivo ogni ventiquattro ore. Il riposo giornaliero deve essere fruito in modo consecutivo fatte



salve le attività caratterizzate da periodi di lavoro frazionati durante la giornata".

Faccio notare che l'art. 22 del CCNL '94/97 di area medica, a proposito di riposo settimanale, diceva praticamente già quanto ora stabilito dall'art. 9, c. 1, del D.Lgs. 66/2003.

Le sanzioni anzidette sono comminate, dietro denuncia dei lavoratori danneggiati dall'inadempienza, dall'autorità amministrativa competente (Ispettorato provinciale del lavoro).

La sanzione andrà a colpire i soggetti competenti ad applicare le norme di cui al D.Lgs. 66/2003, vale a dire i dirigenti cui spetta, con i poteri del datore di lavoro privato, l'adozione delle decisioni e delle eventuali direttive interne rivolte ad integrare o, se del caso, a modificare le preesistenti direttive operanti negli enti nella specifica materia.

Infine, se il dirigente medico è regolarmente in servizio, perché a ciò comandato, opera certamente a suo favore la copertura assicurativa della responsabilità civile, naturalmente se l'azienda di appartenenza ha provveduto ad accendere specifica polizza. Mi conferma l'avv. G.C. Faletti che non ci sono polizze assicurative per la responsabilità civile già aggiornate alle previsioni di cui ai decreti legislativi in questione, ovvero che possano operarsi esclusioni di garanzie per i medici, anche qualora non fossero rispettate (non per colpa dei medici stessi) le prescrizioni dei decreti 66/2003 e 213/2004.

VVV

È già operante la legge 138/2004?

Il dott. G.B. ci scrive: "Sono un medico ospedaliero a tempo pieno in rapporto esclusivo; vorrei optare per il ritorno al rapporto non esclusivo, se possibile alla fine di quest'anno. Tuttavia nella mia amministrazione, contattata telefonicamente, si sostiene che la nuova legge sul rapporto di lavoro non è in effetti operativa, e lo sarà solo con il nuovo contratto, per cui una eventuale mia scelta per il ritorno al rapporto non esclusivo potrà essere effettuata solo nel nuovo anno (2005), dopo la firma del contratto, e non nel mese di novembre 2004. Sono solo male informati, in amministrazione?"

La legge 26 maggio 2004, n. 138, che ha convertito il

legge il decreto legge 81/2004, ha apportato modifiche significative (nel suo art. 2-septies) all'art. 15-quater del D.Lgs. 502/92, come introdotto dal D.Lgs. 229/99.

Pertanto la nuova versione del D.Lgs. 502/92 (art. 15-quater) è oggi pienamente operante, essendo stata pubblicata sulla G.U. n. 125 del 29/05/2004.

Ciò premesso, ciascun medico interessato può optare, "su richiesta da presentare entro il 30 novembre di ciascun anno, per il rapporto di lavoro non esclusivo, con effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo".

È data tuttavia facoltà alle Regioni "di stabilire una cadenza più breve".

Anche se in una logica di "contrattualizzazione del rapporto di lavoro", come è quella che vige nell'area medica, la fonte primaria degli istituti del lavoro dovrebbe essere la contrattazione (e quindi il contratto), in Italia c'è il malvezzo del Legislatore di invadere il campo contrattuale: ciò è già avvenuto, ad esempio, con la legge finanziaria 448/98 e con il D.Lgs. 229/99, che hanno modificato il rapporto di lavoro dei medici dipendenti ben prima che intervenisse il CCNL competente per il quadriennio 1998-2001 (contratto che infatti è stato stipulato solo l'8/06/2000); non si vede quindi perché, questa volta, non dovrebbe valere lo stesso principio con la legge 138/2004, che modifica, a sua volta, il D.Lgs. 229/99 anzidetto.

Diversa è la questione del differimento del termine di morte per il rapporto a tempo definito, rinviato appunto alla data della stipulazione del nuovo CCNL di area medica 2002-2005.

In definitiva, Lei può chiedere di optare per il rapporto di lavoro non esclusivo entro il 30 novembre del 2004. È impensabile, tra l'altro, che il nuovo CCNL di area medica possa modificare significati e portata della legge 138/2004, visto che lo stesso Comitato di settore (che è, praticamente, la nostra Controparte), nell'atto di indirizzo all'ARAN (datato 17/06/2004), ha confermato, a proposito dell'indennità di esclusività, che "è entrata in vigore la nuova normativa in materia contenuta nel decreto legge 81/2004, convertito nella legge 138/2004, i cui effetti sul rapporto di lavoro si produrranno dal 1° gennaio 2005".

Quindi la Sua amministrazione Le ha dato informazioni non del tutto esatte, per non dire "errate".

Sono tenuti alle guardie i responsabili di struttura semplice?

Il dott. R.C. ci scrive: "Nella nostra ASL è sorta una accesa controversia di opinioni circa l'obbligo, o meno, da parte dei dirigenti medici che siano stati incaricati di direzione di struttura semplice, con gestione di relativo budget, di turnare nei servizi di guardia medica. Cosa prevede la attuale normativa di area medica in proposito?"

Sì, in via ordinaria i Colleghi anzidetti sono tenuti a rispettare tale incombenza, infatti ai sensi dell'art. 16, c. 8, del CCNL '98/2001 di area medica, tuttora vigente, "Tutti i medici dirigenti di cui al comma 1 (e cioè i titolari di uno degli incarichi di cui all'art. 27, comma 1, lett. b, c e d del contratto stesso), indipendentemente dall'esclusività di rapporto, sono tenuti ad assicurare i servizi di guardia e pronta disponibilità previsti dagli artt. 19 e 20 del CCNL 5 dicembre 1996".

Tuttavia, in sede locale, potrebbe esservi qualche deroga in proposito, ma solo qualora i servizi di guardia risultassero funzionalmente incompatibili con le attività connesse all'esercizio dell'incarico ricoperto (dirigente responsabile di struttura semplice, in questo caso).

Faccio infine notare che per escludere dal servizio di guardia i responsabili di struttura semplice, occorre che l'organico medico della divisione o servizio in questione sia ricco, infatti tutti i medici (come in generale il personale dipendente, pubblico o privato che sia) hanno diritto a riposi giornalieri e settimanali ed il lavoro delle équipes mediche deve essere equamente diviso tra tutto il personale in dotazione.

Le regole anzidette sono ancora più pregnanti dopo l'entrata in vigore dei decreti legislativi 66/2003 e 213/2004, che hanno recepito alcune direttive comunitarie in materia di organizzazione del lavoro.

I decreti anzidetti prevedono che il lavoratore dipendente goda di almeno 11 ore di riposo continuativo ogni 24 ore, nonché ogni 7 giorni di almeno 24 ore continuative di riposo.

È pur vero che tali regole sulle pause e riposi giornalieri (ai sensi dell'art. 17 del D.Lgs. 66/2003) non si applicano direttamente ai "dirigenti", ma nella accezione di dirigenti come di "persone aventi potere di decisione autonomo", il che non è per i responsabili di struttura semplice, anche qualora dovessero gestire in autonomia un budget (cosa peraltro piuttosto insolita, nell'attuale realtà gestionale delle ASL).



a cura di Giovanni Russo

Con la collaborazione di circa 300 autori

ENCICLOPEDIA DI BIOETICA E SESSUOLOGIA

F.to 16,5x24

Volume cartonato

1880 pagine - € 75,00



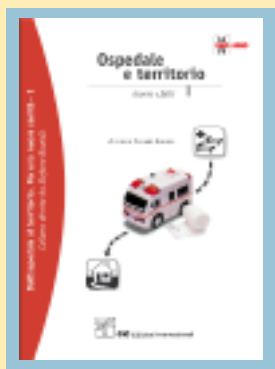
CIC Edizioni Internazionali

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



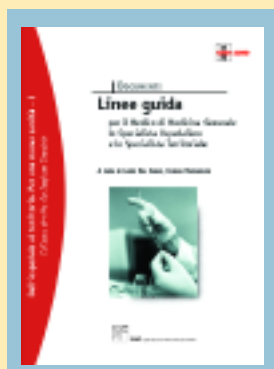
DOCUMENTI

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

