

## IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO

Mario Ferrera \*

**L'**errore in corsia colpisce ogni anno il 4% circa dei ricoveri, mentre si aggirano attorno ai 12.000 i contenziosi sollevati annualmente nelle aule di giustizia volti ad ottenere un risarcimento su presunti danni subiti.

Si tratta pur sempre di stime (indagine CIRM), che si discostano per difetto o per eccesso dalla realtà, poiché non esistono dati ufficiali da parte delle Compagnie assicuratrici sul numero effettivo dei contenziosi pendenti.

Dinanzi alla facile etichettatura degli "eventi avversi" sotto l'espressione giornalistica di "malasanità", si fa sempre più strada l'atteggiamento difensivistico del medico, che tende a nascondere "l'errore".

Se sotto l'aspetto umano questo atteggiamento può essere comprensibile, non lo è sotto il profilo della reiterazione dell'errore, che in tal modo diventa ripetibile da parte dello stesso agente, e per gli altri Colleghi, che non imparano dall'errore altrui.

La prima considerazione da fare è che l'errore fa parte della stessa natura umana e quindi non va visto subito come "colpa che merita una punizione", bensì come una occasione per crescere e migliorare.

La seconda considerazione, parte dal presupposto che i vertici aziendali credano effettivamente ed investano in sicurezza, a tutti i livelli.

La terza considerazione deriva dal fatto che, nonostante la buona volontà dei singoli, servono competenze specifiche ed un approccio organizzativo al problema. Lo stesso concetto di "risk management", inteso erroneamente come tutela del lavoratore sotto l'aspetto del rispetto delle regole che disciplinano la sicurezza sui luoghi di lavoro, è stato, oggi, più modernamente indirizzato al paziente ed alla gestione dei rischi cui può andare incontro, se sottoposto a pratiche cliniche all'interno di strutture sanitarie.

Significa, pertanto, ridurre i rischi sanitari attraverso l'individuazione e valutazione dei rischi, la gestione ed il controllo di tutte le procedure e processi decisionali individuati tramite linee-guida e protocolli ritenuti adatti allo scopo e condivisi da tutti.

Tale atteggiamento, riguardando processi e decisioni di natura clinica, va inserito in quella logica di gestione sanitaria indicata comunemente come "governo clinico" dell'azienda.

Le unità di risk-management debbono raccordare al loro interno diverse figure professionali (medico legale, anestesista, chirurgo, clinico medico, medico di direzione sanitaria, rappresentanti dei profili infermieristici, ecc.), mentre al risk-manager si richiedono capacità di coordinamento e di programmazione.

Il compito strategico delle unità di risk-management è, da un lato, quello di costruire il profilo del rischio a cui il singolo paziente è esposto all'interno della struttura sanitaria, dando al paziente stesso la prova che si sta facendo il possibile per proteggerlo da ogni tipo di possibili rischi.

Dall'altro lato, nell'operatore sanitario, fa accrescere la consapevolezza di lavorare per una struttura nella quale esiste un sistema messo in piedi per identificare i rischi, aiutarlo a sostenere rischi accettabili, assisterlo nel momento in cui, suo malgrado, si determinino tutte le conseguenze legate al verificarsi dell'errore.

### PROGRAMMI DI IDENTIFICAZIONE DEI RISCHI

Non è disponibile nel nostro Paese una banca-dati sui rischi e sugli eventi avversi in campo clinico. L'unica banca-dati riguarda le segnalazioni relative ad eventi avversi legati alla somministrazione dei farmaci.

Tutti i sistemi di report messi in atto nelle aziende che utilizzano unità di gestione del rischio si basano sull'anonimo

di chi segnala eventuali errori in corsia.

Il grimaldello della denuncia penale e delle norme attualmente in vigore sono infatti di ostacolo all'autocertificazione dell'errore.

Gli esempi di cui disponiamo a livello europeo sono pertanto quelli che riguardano la Gran Bretagna e l'Olanda. In entrambi i Paesi vengono elaborati programmi nazionali volti alla prevenzione del rischio, ai quali tutte le strutture sanitarie debbono attenersi.

Il programma nazionale inglese si prefigge di elaborare una banca-dati nazionale a cui fare affluire tutte le segnalazioni relative ad incidenti in campo medico. Tra gli obiettivi: quello di ridurre del 25% i danni in campo ostetrico e ginecologico e del 40% gli errori derivanti dalla somministrazione dei farmaci.

Gli strumenti operativi messi in atto si basano sul rilevamento, dalla cartella clinica del paziente, di tutti gli eventi avversi occorsi al paziente stesso.

L'elemento innovativo, rispetto ad altri programmi di gestione del rischio, sta nel sistema di rilevazione "in doppio" degli eventi avversi: una scheda per il medico ed una per l'infermiere, ciascuna specificatamente studiata per il report dettagliato dell'errore segnalato. Infine, è stato adottato un manuale in tutti gli ospedali, ad uso dei rilevatori, su come segnalare e descrivere l'evento avverso.

Il programma nazionale olandese prevede, invece, un vero e proprio vademecum nel quale sono indicati tutti gli eventi ritenuti critici, classificati in base al loro grado di pericolosità e prevedibilità. Un apposito questionario consente di analizzare gli eventi in tutti gli aspetti e di monitorare il loro grado di pericolosità.

\*Consigliere nazionale CIMO-ASMD

## notizie e commenti brevi

È in arrivo una nuova sigla: l'UTAP (Unità territoriale di assistenza primaria), che dovrebbe togliere dall'isolamento operativo i medici che operano sul territorio. Tale nuova struttura dovrebbe riunire funzionalmente medici di famiglia, pediatri di libera scelta, guardie mediche, infermieri, personale di studio e amministrativo, per gestire l'assistenza medica e sanitaria sul territorio, in modo distinto dall'ospedale, anche se con esso collegata. Auguriamo a tale nuova Sigla e struttura fortuna migliore di quella toccata alle vecchie SAUB e allo stesso distretto, che ancor oggi rappresenta una "incompiuta" della riforma sanitaria "d'antan".



Pare in dirittura d'arrivo la riforma degli IRCCS, dopo 10 anni di amministrazione straordinaria. Ma il D.Lgs. attuativo della legge di delega 3/2003 lascia non poche perplessità: coesisteranno infatti i vecchi IRCCS accanto alle nuove Fondazioni-IRCCS, guidate da un Consiglio di amministrazione e aperte al capitale privato. Tutto dipenderà dalle Regioni, le nuove "padrone" della Sanità. Avremo così IRCCS pubblici, semipubblici e semiprivati. Anche lo stato giuridico e la natura del rapporto di lavoro del personale medico e sanitario saranno distinti e variegati nelle diverse tipologie di IRCCS. Insomma, il solito caos all'italiana. Sarà questa una "riforma per non riformare", o solo una "riforma in peyus"?

Il 27 novembre u.s., il Presidente nazionale della CIMO-ASMD ed il Segretario nazionale della CIMI-AISS hanno costituito la FEDSPET

(Federazione specialistica territoriale), aderente a Federazione Medici, che raccoglie gli iscritti specialisti ambulatoriali delle suddette OO.SS., con l'obiettivo di dare nuovi impulsi e prospettive alla categoria. Presidente della nuova Federazione è stato nominato il dott. Luigi Venanzi, mentre la carica di Segretario Generale è stata assunta dal dott. Cosimo Provato. Auguri e buon lavoro!



Da uno studio di Eurocare-3 su 6 milioni e mezzo di europei, risulta che la sopravvivenza dei malati affetti da neoplasia è aumentata, negli ultimi 20 anni, di circa il 23%. Infatti la sopravvivenza a 5 anni per tutti i tipi di tumori è oggi quasi del 50% (con estremi per le prognosi, più buone, dei tumori del testicolo e della tiroide, e quelle, ancora assai severe, per i tumori di pancreas, fegato, esofago). Si vive certo di più; rimane aperto il problema se si viva anche "meglio".



Abbiamo il record mondiale dei "parti cesarei" (34%), come del numero dei medici per 1.000 abitanti (più di 6‰). Nel 2001, un bambino su tre è nato col bisturi. Abbiamo una frequenza percentuale di "tagli" doppia della Francia (da noi: 34%; da loro: 16,1%). Secondo Laura Pellegrini, Presidente dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, ciò è dovuto ad un "atteggiamento difensivo nei confronti di eventuali contenziosi medico-legali"; per Antonio Chiantera, responsabile AOGOI, sarebbe opportuna l'adozione di linee-guida sul parto cesa-

reo, supportate da dati e indicazioni di tipo esclusivamente scientifico. Il Sud del Paese abusa ancor più del Nord d'Italia, con punte del più del 50% per le case di cura private; siamo distanti dall'obiettivo, indicato dal P.S.N., del 20%. Due record, quelli anzidetti, di cui non dobbiamo essere particolarmente orgogliosi perché sono entrambi facce del poliedrico problema del consumismo sanitario.



La Corte di giustizia UE ha stabilito (sentenza 20 novembre 2003) che le prestazioni mediche di tipo peritale non sono esenti da IVA. Il discrimine tra esclusione dall'IVA, o no, deriva dal tipo di prestazione medica: solo quelle di diretto significato diagnostico-terapeutico sono IVA-esenti. La distinzione anzidetta non è sempre facile e sicura. Avremo certamente nuove Circolari e prese di posizione del Ministero delle Finanze. Dubitiamo, tuttavia, che la politica riesca a fare definitivamente chiarezza sul regime fiscale e contributivo della professione medica, in particolare della libera-professione, sempre meno "libera".



Walter Veltroni afferma, oggi, di non essere mai stato comunista, neppure quando aderiva e faceva carriera nel vecchio Partito Comunista Italiano (PCI). Gianfranco Fini afferma, oggi, che fascismo e leggi razziali sono "male assoluto", dopo essere stato al vertice di quel Partito (MSI, prima, AN, dopo) che ha rappresentato finora il sicuro riferimento dell'eredità storica e politica del "ventennio". C'è da

chiedersi con quale coerenza e consapevolezza abbiano fatto politica i giovani Veltroni e Fini. A meno che le recenti "revisioni" del proprio credo, fatte con grande disinvoltura, siano dettate solo da tatticismi di carriera (per scalare i vertici del futuro Esecutivo). Se così fosse: che tristezza! Per inciso: io, anche se non fa notizia, non ho mai avuto dubbi che fascismo e leggi razziali fossero "male vero", al pari del comunismo.



Il Consiglio di Stato (V Sezione, con decisioni 6303 e 6294 del 15 ottobre 2003) ha stabilito, con riferimento a due dipendenti di ASL (di cui uno medico), che quando le mansioni superiori alla propria qualifica vengono svolte per più di 60 giorni, si ha diritto alle corrispondenti variazioni del trattamento economico, a patto che ricorrano due condizioni: che sia esistente il posto vacante e che questo sia disponibile; che l'incarico relativo risulti attribuito con atto formale o, comunque, con una puntuale disposizione impartita dall'amministrazione. Speriamo che, d'ora in avanti, le amministrazioni non trovino altri alibi per non pagare il dovuto.



Si è iniziata il 3 dicembre u.s. la "vertenza per la Salute", con una prima manifestazione romana al Cinema Capranica di Roma, a cui hanno aderito tutte le OO.SS. mediche della dipendenza, medici della CGIL esclusi. Nell'occasione si è rivista l'on. Bindi, che ha avuto il coraggio di riaffermare la bontà della Sua linea politica di riforma sanitaria, nonostante i guasti prodotti e, soprattutto, di impartire lezioni di "stile democratico" al Governo in carica, proprio Lei che quando era Ministro della Sanità aveva il vizio di non convocare la CIMO alle riunioni sindacali per non dare voce a chi dissentiva dalla Sua impostazione illiberale e monopolistica di amministrazione e gestione della salute. Certo, *mutatis mutandis*, sarà difficile che l'Asino cessi di dare "dell'orecchione" al Cavallo se, di fronte a tali affermazioni, ci sarà ancora chi applaude, come è parzialmente avvenuto il 3 dicembre scorso.



Importante decisione del Consiglio di Stato (n. 7231 del 12 novembre 2003) in tema di procedure di affidamento

dei nuovi incarichi da parte delle ASL. Dalla decisione si ricavano i seguenti princ'pi: a) le ASL devono "esternare le ragioni per le quali scelgono un procedimento, anziché un altro", per la copertura di un posto e per l'attribuzione di un incarico; b) ai sensi dell'art. 68, c. 1, del D.Lgs. 29/93 "spetta all'autorità giudiziaria ordinaria la cognizione delle controversie in materia di rapporti di lavoro del personale", ivi comprese quelle relative al "conferimento degli incarichi dirigenziali". Il giudice amministrativo (TAR) potrebbe invece intervenire direttamente solo nel caso di un concorso pubblico con tanto di graduatoria. È da anni che la CIMO chiede: trasparenza, chiarezza, ivi compresa la definizione di una scala di priorità, nelle procedure per la copertura dei posti vacanti e per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali. Senza regole codificate, c'è solo l'abuso, che non giova certo ai migliori.

Carlo Sizia

## IL RISCHIO PROFESSIONALE DEL MEDICO

A cura di Riccardo Cassi

Volume brossurato f.to 15x21  
156 pagine - € 15,00



 **CIC Edizioni Internazionali**

## IL DIRETTORE RISPONDE

Carlo Sizia

### INCARICO DI DIREZIONE DI STRUTTURA SEMPLICE

*Il dott. A.D.S. ci scrive: "Sono stato responsabile di una struttura semplice dipartimentale presso una S.C. di nefrologia ed emodialisi. Successivamente, il nuovo statuto-atto aziendale, redatto da un nuovo direttore generale, ha previsto la cessazione di tutti gli incarichi di struttura semplice. Con nuovo atto deliberativo ha poi riformulato l'elenco delle strutture semplici dipartimentali, attribuendo gli incarichi relativi. In tale elenco, però, a seguito anche di pressioni interessate, la struttura da me diretta non è stata riconfermata come struttura semplice dipartimentale, ma organizzativa. Io ho solo ricevuto una nota con la quale mi si comunicava la cessazione dall'incarico di responsabile di struttura semplice, e nemmeno la riconferma quale responsabile della struttura organizzativa di nuova definizione. L'incarico di struttura semplice organizzativa non è ancora stato affidato ad alcuno perché, nel frattempo, vi è stato l'avvicendamento anche del direttore della struttura complessa di Nefrologia ed Emodialisi, che non ha ancora provveduto alla distribuzione degli incarichi e alla ristrutturazione del dipartimento. Ho appreso recentemente che in base alle "code contrattuali" il ruolo di dirigente di struttura semplice dipartimentale affidatomi, anche se la struttura stessa non è stata riconfermata nel successivo atto aziendale, mi dovrebbe essere comunque riconosciuto, non avendo io avuto alcuna nota di demerito o contestazioni per non aver raggiunto gli obiettivi affidatimi. Corrisponde ciò al vero? È trascorso troppo tempo dalla cessazione dall'incarico (oltre un anno) per rivalermi anche economicamente?"*

Le "code contrattuali" (già siglate, ma non ancora definitivamente stipulate) nulla dicono di nuovo per la questione che Le interessa.



Premesso che:

la direzione di struttura semplice non è un "ruolo", ma una funzione;

che la funzione anzidetta è per sua natura temporanea;

che la funzione si può perdere a seguito di valutazione negativa (ma questo non è il caso), ovvero a seguito di diversa articolazione aziendale delle funzioni (questo è il Suo caso), ovvero ancora in caso di riconversioni aziendali;

che gli incarichi di direzione di struttura semplice sono conferiti "nei limiti del numero stabilito nell'atto aziendale" (art. 28, c. 4, del CCNL vigente); che l'atto aziendale è un provvedimento sostanzialmente autoritativo, rispetto al quale le OO.SS. non hanno potere di interlocuzione;

c'è da dire che:

la norma di salvaguardia di cui all'art. 39, c. 8, del CCNL vigente (che prevede che in caso di ristrutturazioni aziendali, in presenza di valutazioni positive, vengano conferiti incarichi di pari valore economico) è sostanzialmente rispettata, visto che la Sua attuale retribuzione di posizione (settembre 2003) è ancora quella dell'ex aiuto qualificato per la parte fissa (476,78 euro mensili) e per la parte variabile è di 302,86 euro (quindi assai vicina ai teorici 341,00 euro, cifra questa che, tuttavia, dipende anche dalla capacità del fondo ex art. 50 del CCNL vigente);

Lei può verificare comunque presso le OO.SS. mediche aziendali se la Sua posizione funzionale e retributiva può essere ancor meglio tutelata in sede di concertazione aziendale in materia di graduazione delle funzioni e di attribuzione degli incarichi;

Le sconsiglio, invece, vivamente di attivare contenzioso con l'amministrazione per rivalersi eco-

## il direttore risponde

nomicamente di un danno che non c'è stato, in buona sostanza, e perché tale azione avrebbe l'unico risultato di farLe spendere soldi e metterLe contro l'amministrazione stessa ed il nuovo direttore della S.C. di nefrologia e dialisi.

VVV

### ESENZIONE DALLE GUARDIE NOTTURNE

*Il dott. R.D.M. ci scrive: "Sono un dirigente medico di medicina interna, associato alla CIMO, che svolge il proprio servizio presso una U.O. di medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza. Nell'organico siamo in 15 dirigenti medici aventi tutti, eccetto due, la stessa anzianità di servizio. Un dirigente è momentaneamente inidoneo al servizio ed uno è in allattamento. Garantiamo il servizio in Pronto Soccorso, in Degenza temporanea e alcuni servizi diagnostici. Il direttore ha stabilito che per esigenze di reparto un terzo circa dei dirigenti a disposizione siano esentati dai turni di guardia notturna. Peraltro, ha disposto che le guardie festive, sia di P.S. che di reparto, vengano effettuate con turni di 12 ore. Da rilevare che la nostra azienda non ha ancora attribuito gli incarichi dirigenziali e gli obiettivi. Desidererei sapere dal vostro consulente legale se tali posizioni e disposizioni (arbitrarie?) assunte dal direttore sono contemplate dalla vigente normativa contrattuale, ovvero se in assenza di motivi sostanziali (ad esempio, validi motivi di salute) è possibile esentare dai turni di guardia alcuni dirigenti medici, gravando dunque i turni sugli altri, e se è consentito (in considerazione del lavoro "usurante" in P.S.) effettuare turni di 12 ore. Gradirei inoltre che, insieme alla risposta, mi venissero dati dei consigli comportamentali e dei riferimenti legislativi in merito".*

Preciso che la mia risposta non è di tipo "legale" ma di tipo "sindacale e normativo-contrattuale". Infatti, dopo il D.Lgs. 29/93 (cosiddetta privatizzazione e contrattualizzazione del rapporto di lavoro), la fonte normativa dei nostri istituti del lavoro non è la legge, ma il contratto.

Ciò premesso:

il vigente CCNL di area medica non esenta alcun dirigente già di 1° livello dai turni di guardia medica notturna (neppure gli ultracinquantacinquenni), con l'eccezione ovviamente del personale momen-

taneamente interdetto, del personale "in allattamento", o dei Colleghi riconosciuti "inidonei al servizio anzidetto", a seguito di accertamenti medico-legali collegiali, ecc. Inoltre, non ha trovato una definizione nelle "code contrattuali" la dichiarazione congiunta n. 9 all'ultimo CCNL di area medica, che prevedeva la teorica possibilità di rendere "facoltativa", dopo i 55 anni, la guardia notturna;

rappresenta una grave omissione contrattuale il fatto che la ASL in questione non abbia ancora attribuito incarichi dirigenziali e obiettivi ai propri dirigenti medici, nonostante che siano ormai trascorsi 7 anni dalla stipula del 1° contratto della dirigenza medico-veterinaria (CCNL 5/12/1996); è abituale che le guardie festive vengano organizzate in turni di 12 ore ciascuno. Tale durata sarebbe invece veramente eccessiva per un turno ordinario di lavoro o per un organigramma di Reparto (mai più di 6-8 ore);

tuttavia, "l'articolazione dell'orario e dei piani per assicurare le emergenze" è materia di concertazione aziendale (art. 6, c. 1, sub B, del CCNL vigente), quindi in tale sede vanno definiti nel modo migliore e con il più largo consenso possibile (quindi, non con autorità ed arroganza);

unico consiglio da dare è che le OO.SS. mediche locali, attraverso i loro legittimi rappresentanti, promuovano tutte le vertenze sindacali necessarie per far sì che la normativa contrattuale di categoria venga puntualmente rispettata ed attuata.

VVV

### RECUPERO ORARIO POST-STRAORDINARIO

*Il dott. P.M.P. ci scrive: "Sono un medico, regolarmente iscritto al sindacato, che ha la necessità di sapere se la direzione sanitaria di un ospedale può imporre ai medici, che hanno svolto l'orario di lavoro in straordinario di pronta disponibilità, il recupero dell'orario, in luogo del pagamento delle ore di lavoro straordinario regolarmente svolte a seguito di accessi in corso di pronta disponibilità".*

La normativa contrattuale nazionale di area medica pone praticamente sullo stesso piano le due alternative di compenso del lavoro straordinario: a) il com-

>> segue da pag.37



penso diretto in denaro; b) il recupero sostitutivo delle ore di lavoro straordinario prestatato.

La via più vantaggiosa per il dipendente-dirigente medico è certamente

quella del recupero sostitutivo, visto che il compenso monetario dell'ora di lavoro straordinario è inferiore (nonostante le maggiorazioni, ma computate solo su alcune voci retributive) a quello dell'ora ordinaria di lavoro.

Il pagamento attraverso il "recupero sostitutivo" diviene però automatico e necessitato nelle seguenti

circostanze:

a) quando sono stati superati i limiti annuali orari di lavoro straordinario (65 ore ex art. 80 D.P.R. 384/90);

b) quando non c'è disponibilità economica nel fondo ex art. 51 del vigente CCNL '98/2001 di area medica, ovvero non si sono trovati modi per implementare tale fondo, con risorse di varia e diversa provenienza.

Infine, da quando ci è stata attribuita la "medaglia di latta" della dirigenza, il lavoro straordinario ha perso gran parte della sua dignità di istituto contrattuale fondamentale in un servizio di "pubblica utilità" come il nostro (ma anche questo è certamente un errore).

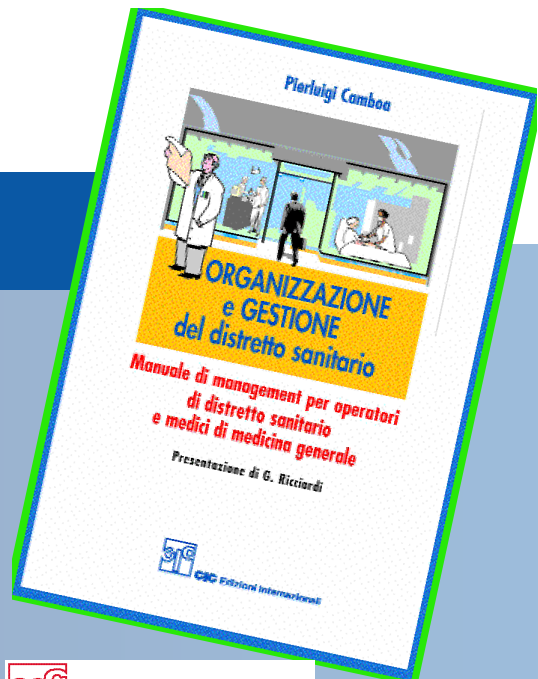


Pierluigi Camba

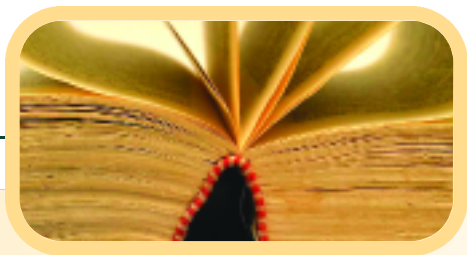
## Organizzazione e gestione del distretto sanitario

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

360 pagine - € 30,00



**CIC Edizioni Internazionali**



# INVESTIRE NELLA CULTURA

Valeria Addante

In questo momento di crisi, scarseggiano le risorse in tutto l'Occidente, soprattutto nel settore della cultura, alla quale è indiscutibile che spetti un posto di primo piano nella organizzazione sociale dei Paesi civili. Malgrado questa certezza, tale parte del palcoscenico della vita viene ormai confinata in un pauroso cono d'ombra, in momenti e ruoli per lo più secondari, sottoposta (come è) dai bilanci dei Governi a sacrifici e tagli profondi.

In tale situazione, coloro che hanno responsabilità di guida pubblica dell'attività culturale si affannano a lanciare reti ed esche in tutte le direzioni del sociale e con questi tentativi cercano di "pescare" tra i privati quelle risorse economiche che "il pubblico" non mette a disposizione in modo adeguato.

All'uopo si organizzano incontri e convegni nei quali amministratori ed esperti si raccolgono per confrontarsi su come sia possibile oggi investire nella cultura e quali possano essere le strategie e le opportunità da implementare per raggiungere tali obiettivi.

La nomenclatura governativa appare molto impegnata a lanciare questi messaggi e cerca di convincere il settore privato con vari argomenti.

Per prima cosa, si afferma che investire in cultura conviene e che di ciò si erano già convinti i numerosi mecenati del Rinascimento, i quali spesero ingenti fortune per creare e conservare quadri, sculture, oggetti preziosi, mobili antichi, ecc.; tale volontà di accumulo dei mecenati di cinquecento anni fa derivava in parte dall'amore per il bello, ma anche dalla coscienza che il possedere tali e tanti tesori significava procurarsi una privilegiata possibilità d'ingresso presso la Corte di Madrid, che in quei tempi regolava le fortune mondiali.

Tali vantaggi indiretti possono anche nei nostri tempi favorire coloro che rendono disponibili i propri capitali per il patrimonio artistico, anche se essi devono essere consapevoli che dai musei non trarranno profitti. I politici promettono ai privati vantaggi ed opportunità, ma non a coloro che si renderanno disponibili ai mercanti assetati d'affari, ma solo a coloro che, avendo una visione manageriale, si impegneranno a fornire fantasia e capacità promozionali attorno ai settori della cultura, dell'arte, delle tradizioni e rievocazioni religiose, folcloristiche, ecc.

L'altra necessità che il Governo vede nel forte bisogno di investire è, come riconosce il Ministro Urbani, nel fatto che "ne ha bisogno il mio Ministero, al quale lo Stato assegna appena lo 0,17% del prodotto interno lordo; in pratica, almeno un quarto al di sotto di quanto impegnato da Nazioni che sono in possesso solamente di un decimo dei nostri inestimabili tesori. E se ne avvantaggia tutta l'economia italiana: infatti soprat-

tutto il turismo interno ed esterno è quello che si alimenta in maniera capillare".

La terza motivazione va ricercata nel fatto che coloro che sono disposti ad investire trovano tutte le occasioni che prima non avevano: basti pensare alle agevolazioni fiscali o al possibile utilizzo delle Fondazioni, nuove strutture miste che da alcuni anni regolano in Italia tutta la vita degli Enti lirici e che, adesso, vengono sperimentate anche nell'amministrazione dei Musei, senza andare ad intaccare il monopolio della tutela, che resterà completamente nelle mani dei soprintendenti.

È ormai ora di fare strada ai privati senza ostacoli. Però va detto che il semaforo è verde da alcuni anni, con inviti che provengono da ogni fronte. Infatti, questa formula magica, nei mesi scorsi, ha fatto da filo conduttore ad una riunione plenaria degli Assessori alla cultura negli enti locali italiani, comunque, in rivolta contro i tagli esercitati dal Governo centrale e contro gli sprechi della sua amministrazione.

È la formula che agli inizi degli anni '90 sostenne il varo della legge Ronchey, quello che certamente fu il primo vero tentativo di coinvolgimento degli imprenditori privati, rivolto alla gestione dei servizi d'accoglienza dei musei italiani.

Grazie a questa prima concreta apertura, nell'arco di un decennio almeno un centinaio di musei della nostra Nazione ha mutato completamente aspetto: infatti il numero dei visitatori è aumentato del 20%, gli orari delle visite si sono dilatati, si sono implementate le prenotazioni, i bar e le librerie, così come i servizi di guida alle visite.

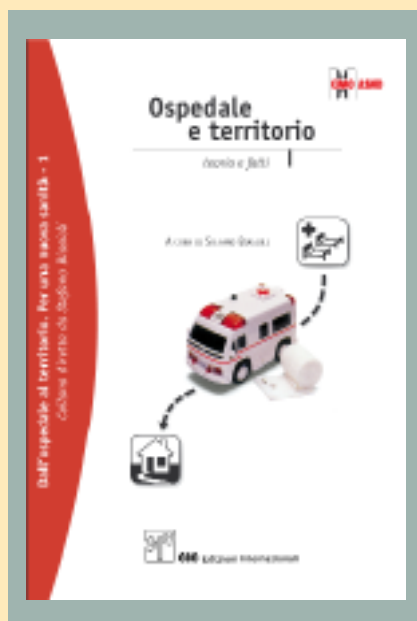
Pur tuttavia, le speranze di fare grandi affari sono rimaste tali; infatti, molte imprese che hanno partecipato alle gare di appalto ottenendo le relative concessioni non riescono a pareggiare i propri bilanci, tranne che nei musei più famosi e quindi più visitati.

Ugualmente il settore del merchandising non si è affermato. Forse ci sono cause diverse: in alcuni casi le imprese non hanno voluto rischiare molto e hanno puntato su prodotti di scarso interesse, altre volte le Soprintendenze hanno posto molti vincoli e hanno spesso visto malvolentieri la vicinanza degli interessi commerciali dei privati.

Certamente, per la soluzione dei problemi bisogna ascoltare le testimonianze e le esperienze più interessanti, tralasciando discorsi teorici e abbastanza scontati. In realtà, finora, hanno pesato negativamente la mancanza di regolamenti e di normative precise sulle Fondazioni, nonché i contenziosi ed i ricorsi nei rapporti con le Regioni, le quali rivendicano per sé il trasferimento completo delle competenze anche in questo campo.

# DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO PER UNA NUOVA SANITÀ

COLLANA DIRETTA DA STEFANO BIASIOLI  
IN COLLABORAZIONE CON



## OSPEDALE E TERRITORIO teoria e fatti

A cura di  
Stefano Biasioli

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

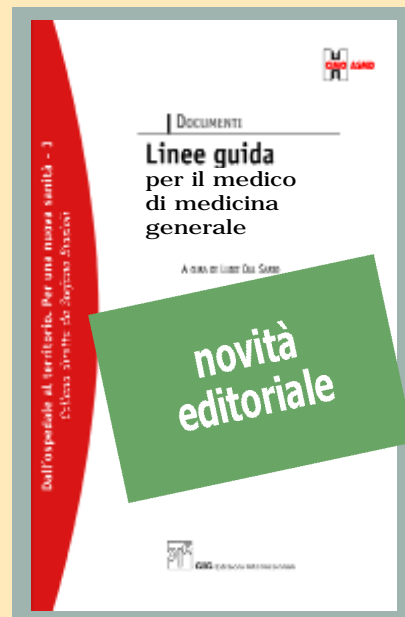
€ 12,00

## 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

A cura di  
Luigi Dal Sasso

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

€ 13,00

