

notizie e commenti brevi

Carlo Sizia

Tra fine novembre e inizio dicembre 2004, dopo mesi di "fibrillazioni" nella maggioranza di Governo, Gianfranco Fini è stato nominato Ministro degli Esteri e Marco Follini Vice Presidente del Consiglio dei Ministri. Mario Baccini ha altresì sostituito Andrea Manzella al Ministero per la Funzione pubblica. Tali prestigiosi incarichi hanno dato l'impressione di essere il prezzo politico pagato dal Presidente Berlusconi per acquisire il consenso di AN e dell'UDC ad un "cambio di rotta" nella legge finanziaria per il 2005, con anticipo al 2005 stesso della riduzione delle aliquote IRPEF e contestuale rinvio al 2006 di sostanziose riduzioni IRAP per le imprese.



Il 7 dicembre 2004 è stata raggiunta all'ARAN l'intesa per l'istituzione del fondo nazionale di previdenza complementare per i lavoratori dei Comparti degli enti locali, Regioni e Sanità, cioè 1,2 milioni di dipendenti pubblici (circa il 70% del personale contrattualizzato del pubblico impiego). Per ora rimangono esclusi dall'operazione "previdenza complementare" i dirigenti, medici e non, delle due aree dirigenziali del Comparto sanitario, lacuna cui dovrà porre rimedio il CCNL 2002-2005, in corso di definizione all'ARAN, anche se con paurosi ritardi rispetto alle scadenze fisiologiche.



Con il solito ritardo (rispettivamente: 9/12/2004 e 24/12/2004) sono giunte le Circolari 5/04 della Funzione pubblica e n. 69 dell'INPDAP relative all'art. 1-quater del decreto legge 28 maggio 2004, nel testo integrato dalla legge di conversione 186/2004, entrata in vigore a fine luglio, e che prevede la possibilità, per i pubblici dipendenti, di permanere in servizio fino al compimento del set-

tesimo anno di età, provvedimento da noi già contestato nella forma e nel merito. La Circolare della Funzione pubblica chiarisce: che la richiesta di permanere in servizio "deve essere prodotta in un momento temporalmente precedente il raggiungimento del limite di età previsto dai rispettivi ordinamenti per il collocamento in quiescenza"; che le amministrazioni "hanno un potere discrezionale al riguardo, in quanto il trattamento avviene nell'interesse dell'amministrazione" stessa; che "non deve ritenersi possibile procedere, successivamente al pensionamento, ad una riammissione in servizio sul presupposto che l'amministrazione possa pronunciarsi oltre tale momento"; che "l'amministrazione potrà disporre il trattenimento in servizio anche per un periodo inferiore al triennio"; che le amministrazioni devono "avere effettuato le riduzioni percentuali del personale" previste dalle leggi finanziarie, ecc. La circolare INPDAP (n. 69/2004) chiarisce: che durante la prosecuzione del lavoro fino ai 70 anni, il dipendente non può ottenere, da parte dell'INPDAP, nel caso di infermità sorta durante questo periodo, un trattamento pensionistico privilegiato o di inabilità (a meno che il collegio medico accerti che la patologia risalga a data anteriore al trattenimento in servizio); che la prosecuzione in servizio non comporta benefici nella misura della pensione (cristallizzata alla data del conseguimento del limite di età per il collocamento a riposo), né dà luogo alla corresponsione di incentivi per il posticipo del pensionamento; che il dipendente può dimettersi prima dello scadere del trattenimento in servizio. In realtà l'art. 1-quater in questione non si poteva interpretare diversamente, ma le Circolari sono state utili perché alcune amministrazioni, pur di perseguire stupidamente lo "status quo", hanno operato in materia errate interpretazioni e abusi vari.



Con sentenza n. 380, depositata il 14/12/2004, la Corte costituzionale, su ricorso della Regione Marche, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 53 della legge 289/2002 (legge finanziaria per il 2003). La norma bocciata riconosceva, nei concorsi, ai medici che hanno conseguito la specializzazione universitaria lo stesso punteggio proprio del lavoro dipendente. Secondo la Consulta la "regolamentazione delle modalità di accesso al lavoro pubblico regionale è preclusa allo Stato e spetta alla competenza residuale delle Regioni". La regolamentazione dell'accesso ai pubblici impieghi mediante concorso rientra tra i poteri esclusivi dello Stato solo per quanto riguarda i concorsi indetti dalle amministrazioni statali e dagli enti pubblici nazionali. La sentenza anzidetta ha comportato la necessità di modificare, in itinere, anche il testo del disegno di legge finanziaria per il 2005, che prevedeva inizialmente un blocco secco del turn-over del personale pubblico dipendente delle Regioni, degli enti locali e della Sanità.



A metà dicembre 2004, dopo una pausa di riflessione di una quindicina di giorni, il Presidente Ciampi ha bocciato 5-6 aspetti marginali, ritenuti incostituzionali, della riforma-Castelli della giustizia, rinviata quindi alle Camere. Naturalmente l'opposizione ha applaudito all'intervento del Presidente Ciampi, tirato preventivamente per la giacca dalle "sinistre", italiana ed europea. E così anche il "buon Ciampi" ci ha preso gusto a "mettersi di traverso" rispetto alle determinazioni delle Aule parlamentari, come aveva già fatto con la legge-Gasparri sulle emittenti Rai-TV, e problematiche collegate. Certo, al di là degli ipocriti appelli al dialogo, emerge evidente la guerra in corso, senza esclusi-

notizie e commenti brevi

sione di colpi, tra i diversi poteri dello Stato e con la Magistratura. Dopo una dozzina d'anni dall'apertura della fase, poco trasparente, delle cosiddette "mani pulite", il processo di transizione di questo Paese verso la "normalità democratica" e l'equilibrio tra le istituzioni, non è affatto realizzato, come dimostrano anche le recenti contrapposte sentenze (non definitive) della Magistratura a favore di Berlusconi (processo SME) e contro Dell'Utri (accusato di concorso esterno in associazione mafiosa).



Con sentenza 16 dicembre 2004, la Corte di Cassazione, Sezione Lavoro, ha dato una interpretazione particolarmente estensiva e garantista dell'art. 2126 del codice civile. Secondo tale sentenza, anche se la pubblica amministrazione, nell'esercizio del potere di autotutela, annulla il bando, il concorso e le relative assunzioni, la lavoratrice incinta conserva il diritto al trattamento, cioè all'indennità di maternità, anche in caso di annullamento del concorso pubblico, bastando in tal senso aver prestato anche solo poche settimane di lavoro. Il caso era relativo ad una lavoratrice, assunta con contratto a termine a partire dal 1° luglio che, a settembre dello stesso anno, è stata autorizzata all'astensione dal lavoro per maternità difficile. Dopo due giorni l'amministrazione aveva deciso l'interruzione del rapporto di lavoro, annullando contestualmente i provvedimenti relativi al concorso, compresi bando e atti conseguenti.



Il 21 dicembre 2004, con la definitiva conversione in legge del decreto legge 266/2004, il cosiddetto "milleproroghe", è stato: confermato al 10 gennaio 2005 il divieto di fumare nei locali chiusi (uffici ed esercizi pubblici); confermato l'obbligo per i bambini sotto i 14 anni di portare il casco protettivo sulle piste da sci; sono stati altresì prorogati al 30 giugno e al 30 settembre 2005 i termini previsti dal Codice in materia di protezione dei dati personali relativi

all'implementazione delle nuove "misure minime di sicurezza". Nei primi mesi del 2005 si prospetta quindi un caos nelle ricette del S.S.N., infatti: il Codice della privacy ha stabilito che dal 1° gennaio i medici adottino modelli di ricettari che consentano di rispettare la privacy del paziente e di evitare che il nome e cognome dell'assistito (scritti sulla ricetta) vadano a finire sotto occhi indiscreti; successivamente il decreto legge 81/2004, convertito nella legge 138/2004, ha precisato che i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta devono oscurare nome e cognome del paziente solo se quest'ultimo lo richiede; ma nel frattempo, i ricettari non sono stati adeguati secondo le indicazioni del Codice (mentre si sta lavorando alla predisposizione di nuovi ricettari, senza aver prima consultato il Garante della privacy) e dal 1° gennaio 2005 i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta (ai sensi dell'art. 1, c. 167, della legge finanziaria 2005) non dovranno più controfirmare (come richiesto dall'art. 70, c. 2, della L. 448/98 - legge finanziaria 1999) le "note" richieste dalla CUF per la prescrivibilità di alcuni medicinali ai fini della erogabilità a carico del S.S.N.



Il rinnovo del CCNL2002-2005 di area medica procede malamente. Nell'ultima riunione all'ARAN (22/12/2004), nonostante fosse passato circa un mese dalla precedente riunione contrattuale, e si fosse registrato un nuovo intervento del Comitato di settore (timido ed inefficace, evidentemente, al pari della seconda scrittura dell'atto di indirizzo), nella bozza proposta dall'ARAN non si è concretizzata l'equiparazione, al termine del 1° biennio (31/12/2003), dello stipendio tabellare dei medici dirigenti a quello degli altri dirigenti della pubblica amministrazione (nonostante la richiesta unanime da parte delle OO.SS. mediche), mentre sul piano normativo si perseguono disegni antisindacali (incertezze sull'orario di lavoro, nonché sulla riserva oraria per le attività di formazione e aggiornamento; depotenziamento

del Comitato dei garanti; rinvio di precise tutele in materia di assicurazione dei rischi professionali e di previdenza integrativa per la categoria; perdurante assenza di relazioni sindacali efficaci, ecc.). Poiché sono trascorsi più di tre anni dal 31/12/2001, data di scadenza dell'ultimo contratto di categoria, e si prospettano in primavera le elezioni regionali, mentre ancora non si conoscono le disponibilità economiche per il 2° biennio, siano ben chiare due cose, ove malauguratamente l'intesa per il quadriennio 2002-2005 non fosse stata almeno siglata entro la data delle elezioni regionali 2005, e cioè: nessuna forza politica osi venirci a chiedere il voto; le nostre Controparti, e l'intero assetto della contrattualità, avrebbero perso, ed in modo definitivo, ogni credibilità.



Il 26/12/2004 un terremoto di potenza inaudita con epicentro nell'Oceano Indiano ha provocato, attraverso le conseguenti onde anomale del maremoto (l'ormai famoso "tsunami"), centinaia di migliaia di vittime (una buona parte delle quali turisti occidentali). Le onde si sono abbattute sulle coste dell'Indonesia, dello Sri Lanka, della Malesia, dell'India, della Thailandia, della Somalia, del Myanmar e del "paradiso" delle Maldive. Mi auguro che la categoria sappia esprimere, nell'occasione, solidarietà alle popolazioni colpite: gli strumenti davvero non mancano. Al di là del diverso significato politico, l'impatto emotivo di questo evento naturale, ma di catastrofiche dimensioni, non è stato certo inferiore a quello provocato dall'attentato terroristico dell'11 settembre 2001, circostanze comunque tali da lasciare una traccia indelebile nella nostra coscienza e vita.



Il 27/12/2004 l'UDEUR di Clemente Mastella ha deciso (definitivamente?) di lasciare il Centro-sinistra. Non è la prima volta che il "buon Clemente" dimostra instabilità di schieramento, per inseguire poltrone, o anche semplice-

mente candidature, come in questo caso. Dovesse concretizzarsi il riapprodo dell'UDEUR nell'ambito dello schieramento di Centro-destra, ciò renderebbe ridicolo il recente passaggio in senso inverso di Sergio D'Antoni e di Paolo Cirino Pomicino, appunto dall'UDC di Marco Follini all'UDEUR di Clemente Mastella. Io credo siano questi "balletti" della politica italiana (con la p minuscola) quelli che allontanano i nostri concittadini dalla Politica vera, quella con la P maiuscola.



Il 29/12/2004, alla quarta lettura e dopo una indigestione di voti di fiducia, è stata definitivamente approvata dal Senato la legge finanziaria per il 2005 (L. 311/2004), mostro legislativo di un solo articolo con 572 commi, che giustamente "Il Sole-24 Ore" definisce "illeggibile", difetto non da poco per una legge che deve essere applicata. Si tratta, nel merito, della solita legge omnicomprendente, simile alle precedenti, fatta di tagli, di interventi di sistema, di "una tantum", di stanziamenti, ecc., con la modifica in itinere del blocco del turn-over del personale dipendente delle Regioni, enti locali e Sanità, le cui regole saranno definite (per ottemperare in qualche modo alla richiamata sentenza 380/2004 della Consulta) da un DPCM che, previa intesa con la Conferenza unificata, determinerà anche i tetti per le assunzioni (la rimodulazione delle dotazioni organiche deve comunque produrre una riduzione della spesa del 5%). In attesa del DPCM, sono consentite le assunzioni per le categorie protette, tramite mobilità e per le categorie autorizzate nel 2003. Ma una novità la contiene, cioè la riduzione delle aliquote progressive IRPEF (che d'ora innanzi si chiamerà IRE), così modulate: fino al reddito di 26.000 euro: 23% sull'intero importo; 33% oltre 26.000 e fino a 33.500 €; 39% oltre 33.500 e fino a 100.000 €; 43% (cioè + 4%) sulla parte eccedente 100.000 €. È "oro vero" quello che sembra rilucere? Vediamo. Le risorse per la "riduzione" del prelievo fiscale sono

state ottenute attraverso: l'aumento degli importi fissi delle imposte di bollo, di registro, delle concessioni governative e delle tasse ipotecarie; lo sblocco delle addizionali IRPEF ed IRAP di Regioni e Comuni; la revisione delle rendite catastali e dell'ICI; l'aumento delle sigarette e delle sanzioni per chi contravviene al divieto di fumo; l'aumento delle spese di giustizia; l'aumento delle tariffe autostradali; l'aumento delle bollette di luce, gas ed acqua; l'aumento delle multe, ecc. In concreto, per le fasce di reddito medio della nostra categoria, e tenuto conto del gioco degli "sconti" delle detrazioni-deduzioni da carico familiare e delle altre spese deducibili (sconto che decresce al crescere del reddito, per azzerarsi alla soglia di 78.000 €), i benefici mensili medi per le fasce di reddito proprie della nostra categoria oscilleranno da 40 a 80 € netti circa. Ma, attenzione: per finanziare il taglio IRPEF anzidetto: a) dovremo subire, già nel 2005, tutta una serie di rincari, certamente di entità maggiore dei benefici prima quantizzati e, inoltre, non possiamo ancora godere dell'incremento medio di circa 160€ mensili netti (che è l'importo mensile medio dovuto alla nostra categoria, quando finalmente si firmerà il contratto di area medica per il 1° biennio economico 2002-2003, a regime dello stesso periodo), cifra che è da 2 a 4 volte maggiore degli sconti IRPEF anzidetti; b) non sono state incrementate le risorse per finanziare adeguatamente i rinnovi dei contratti del 2° biennio (2004-2005) per tutto il pubblico impiego (nostra categoria compresa), con il risultato che l'incremento previsto per tale periodo (+ 3,7%) non consente assolutamente di rispettare gli accordi generali sul costo del lavoro del 1992-93 (già fallimentari di per sé e vecchi di 12 anni). Ecco perché la nostra categoria non può essere grata a Berlusconi ed al Suo Governo, che hanno agito evidentemente per ragioni di puro calcolo elettorale (nella speranza di frenare un consenso calante), esattamente come aveva fatto il Centro-sinistra nel 2001, alla vigilia delle elezioni politiche (durante il Governo Amato, con il prof. Veronesi alla Sanità), quando aveva irresponsabilmente tolto il ticket farma-

ceutico, e ipotizzato di togliere anche quello sulle visite specialistiche e le analisi di laboratorio e diagnostica strumentale. Con i risultati che ricorderete.



Il Consiglio dei Ministri del 29/12/2004 ha nominato 3 neo-vice ministri e 11 sottosegretari. L'operazione ha consentito di riequilibrare e, forse, di rafforzare, ad un mese circa di distanza dalle nomine di Fini e Follini agli importanti incarichi anzidetti, la squadra di Governo.



Il 30/12/2004, durante la abituale conferenza-stampa di fine anno, il Presidente Berlusconi ha delineato un quadro tutto roseo dell'Italia: a Suo giudizio va tutto bene; l'Italia è ai primi posti nel Mondo in ogni settore e, soprattutto, ha un eccezionale ed infaticabile Presidente del Consiglio. Peccato (per Berlusconi ed il Suo Governo) che la sensazione media degli italiani, che si fonda sui riscontri quotidiani della realtà vissuta, sia diversa (lo dico a malincuore, appartenendo alla schiera degli elettori tradizionalmente di Centro-destra).



Il 31/12/2004 c'è stata una aggressione in Piazza Navona al Presidente del Consiglio dei Ministri in carica. Pare che i danni fisici riportati dal Presidente siano modesti, ma non è mai bello vedere atti violenti motivati (per espressa affermazione dell'autore del gesto) da "odio politico", a conferma che la maturazione dell'Italia a Paese di "normale democrazia" è largamente incompiuta. Congediamo, quindi, senza rimpianti il 2004: annus horribilis, non solo per la nostra categoria. Atutti un Augurio di felice e prospero Anno Nuovo.

CAMBIARE SISTEMA È NECESSARIO

Carlo Sizia



Da alcuni anni è venuta meno l'attenzione politica sul nostro sistema sanitario, ma un sindacato serio e responsabile come la CIMO-ASMD non può tuttavia assistere passivamente al degrado del sistema sanitario pubblico, causato essenzialmente: da un inadeguato assetto istituzionale delle aziende sanitarie; da una cattiva distribuzione delle competenze tra i diversi livelli di gestione del Servizio (nazionale, regionale, locale); dal mancato coordinamento tra i diversi settori operativi del sistema e, soprattutto, dal suo cronico sottofinanziamento; da ritardi ed omissioni nei confronti del personale di assistenza (medico e non), ecc.

Poiché, tuttavia, nonostante le carenze lamentate, il S.S.N. ha prodotto significativi risultati in termini di tutela e recupero della salute della nostra cittadinanza (come riconosciuto da tutti gli organismi internazionali, OMS compresa), si impone l'esigenza del rilancio del nostro servizio sanitario.

Vorrei sottolineare gli aspetti che ritengo più attuali, sia nelle analisi delle realtà di fatto che nelle proposte di interventi correttivi. La base di analisi parte dalle seguenti constatazioni:

- che in tutto il mondo i bisogni sanitari crescono più delle risorse pubbliche che possono essere ad essi destinate, quindi c'è necessità di contenere-razionalizzare la spesa sanitaria pubblica, cominciando con l'eliminare sprechi e duplicazioni di servizi;
- che un servizio sanitario moderno ed efficace si compone di molti settori di intervento (medicina ospedaliera, medicina di famiglia e pediatria di libera scelta, medicina di continuità assistenziale e medicina dei servizi, medicina specialistica ambulatoriale territoriale, medicina di prevenzione e di predizione, ecc.), tutti settori di pari dignità, ma che devono essere armonizzati ed integrati tra di loro;

- che il nostro sistema-Sanità ha bisogno di una "iniezione" di qualità;
- che la spesa sanitaria pubblica deve, in premessa, essere correttamente stimata e una volta che siano individuati gli obiettivi strategici e programmati i livelli essenziali di assistenza da erogare, essi vanno comunque garantiti;
- che è inevitabile, fatti salvi gli indigenti veri e gli affetti da patologie cronico-invalidanti, prevedere una partecipazione diretta (anche se modesta e parziale) dei cittadini ai costi di tutte le prestazioni sanitarie godute, non tanto per contribuire al finanziamento del sistema, ma per prevenire un approccio consumistico ai servizi sanitari;
- che è intelligente sfruttare tutte le opportunità oggi offerte dalla Tecnologia applicata alla Informazione e alla Comunicazione (ICT).

Se queste sono le premesse e le analisi condivise, bisogna muoversi per realizzare i seguenti indirizzi funzionali-organizzativi, che ritengo prioritari.

1. Gli ospedali per acuti, ridotti di numero e di posti-letto, andranno adeguati in strutture ed attrezzature e dovranno essere tra loro collegati in rete informatico-telematica, ed avere tutte le dotazioni per far fronte ai nuovi compiti e ad ogni tipo di urgenza medica e chirurgica. In particolare, essi dovranno avere almeno le seguenti strutture: pronto soccorso-dipartimento d'urgenza; terapie intensive; dipartimento di medicina; dipartimento di chirurgia; dipartimento di diagnostica (strumentale e di laboratorio); dipartimento materno-infantile; unità psichiatrica; settore libero-professionale; poliambulatori; fisiochinesiterapia per acuti; servizio 118 per le urgenze territoriali, ecc.

Andranno altresì incrementate le capacità di risposta degli ospedali in termini di prestazioni specialistiche ambulatoriali, comprese le attività di day-hospital e day-surgery che, proprio per il loro limitato tempo di degenza, richiedono eccellenza di attrezzature e ultraqualificazione del personale addetto, nonché la possibilità, al bisogno, di poter disporre di un ampio ventaglio di servizi diagnostici e terapeutici integrativi e complementari.

2. Le attività distrettuali, che dovranno farsi carico anche della miglior integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali, nonché tra problematiche sanitarie e sociali della persona, dovranno comprendere: l'assistenza medica primaria; poliambulatori extraospedalieri; l'ADI; una organizzazione di information technology, che consenta di monitorare a domicilio, in condizioni di sicurezza, il paziente cronicamente critico; sostegno organizzativo ed economico per le famiglie che supportano il "familiare cronico" a domicilio, ecc.

Le strutture degenziali per cronici dovranno comprendere RSA, hospices, country-hospital, case di riposo, ecc., tutte collegate in rete con le strutture di un efficiente e qualificato "servizio riabilitativo regionale", articolato per patologie.

In particolare, gli hospices non dovranno rappresentare un dopione, aperto sul territorio, rispetto ai reparti ospedalieri di oncologia, ma consentire di assistere, con dignità e competenza, i malati terminali nella complessità della loro difficile condizione, anche mediante l'utilizzo di servizi altamente qualificati (ad esempio in materia di terapia del dolore, cure palliative, alimentazione parenterale, sostegno psicologico, ecc.), mentre i country-hospital non dovranno essere la fotocopia, in piccolo, degli ospedali per acuti, ma dedicarsi esclusivamente alle patologie croniche a bassa intensità di cure.

La specializzazione e la diversificazione consentono infatti, in materia sanitaria, almeno un triplice vantaggio: la qualità, la sicurezza e l'economicità di intervento.

Andranno, infine, favorite ed incentivate: l'integrazione tra medici ospedalieri e medici territoriali, specie nell'ambito delle strutture e delle attività distrettuali; una più facile osmosi tra le carriere medico-dipendente e medico-convenzionale; il collegamento in rete dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta tra di loro e con il distretto di competenza.

3. Per realizzare l'anzidetto riassetto organizzativo-funzionale del sistema, bisogna tuttavia:

- investire nella qualità tecnico-scientifica dell'approccio assistenziale, sia attraverso l'adozione di linee-guida e percorsi diagnostico-terapeutici condivisi (che, a differenza dei rigidi protocolli imposti dall'alto, possono migliorare l'appropriatezza delle prestazioni e prevenire disordini o abusi prescrittivi), sia attraverso una ampia riforma di tutto il percorso formativo (di base, specialistico e permanente) del personale medico. Ma anche il cittadino-paziente, utente del Servizio, andrà adeguatamente educato (per responsabilizzarlo) circa la

miglior tutela della propria salute;

- armonizzare gli istituti del rapporto di lavoro dei due fondamentali settori di cui si compone il S.S.N.: il settore medico-dipendente e quello medico-convenzionale. Atal fine sarà inevitabile: che contratti e convenzioni dei medici del S.S.N. siano negoziati con identiche Controparti; che Stato e Regioni siano richiamati alla responsabilità diretta in tema di contrattazione (in luogo dell'ARAN e della Sisac, Agenzie negoziali che hanno dimostrato la loro inadeguatezza, accrescendo solo la distanza tra le Parti e allungando i tempi di trattativa); che i rinnovi degli accordi di lavoro avvengano in tempi fisiologici, e non solo per garantire agli operatori il diritto al recupero salariale rispetto ai processi inflattivi, ma anche perché il malcostume di rinnovarli quando ormai sono pressoché scaduti i tempi della loro vigenza economica e normativa, impedisce alla disciplina contrattuale stessa di correggere tempestivamente gli errori di impostazione e di interpretare e orientare le nuove esigenze dell'organizzazione del lavoro; che i medici del S.S.N., e le loro espressioni rappresentative, siano coinvolti pienamente in ogni fase della programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari, anche per calibrare in ogni realtà l'organizzazione del lavoro sulla base delle disponibilità delle strutture, attrezzature e del personale esistenti e dei bisogni assistenziali del bacino d'utenza, nonché per realizzare il modello funzionale del dipartimento delle cure primarie, dei vari dipartimenti ospedalieri, o dei dipartimenti trasmurati, od ospedale-territorio, quando lo impongano le esigenze assistenziali, ad es. in materia di tutela ed igiene mentale, di raccolta e conservazione di sangue ed emoderivati, ecc., ovvero ancora di dipartimento di prevenzione.

4. Le anzidette correzioni, a mio giudizio tutte necessarie, non saranno tuttavia sufficienti:

- senza una riforma dell'assetto istituzionale del S.S.N., nel quale solidarietà nazionale e regionalismo sanitario trovino una equa sintesi ed in cui siano banditi, perché incompatibili con un sistema sanitario pubblico, l'autoritarismo burocratico della gestione e la assoluta discrezionalità in materia funzionale-organizzativa;

- senza riconoscere agli operatori sanitari (medici e non medici) una idonea collocazione ordinamentale e contrattuale, in cui diritti e doveri siano chiari e definiti, per tutti;

- senza un adeguato finanziamento pubblico del S.S.N. ed una contestuale corresponsabilizzazione degli utenti nella corretta domanda di prestazioni e servizi.

A chi dovesse obiettare che l'analisi anzidetta delle problematiche sanitarie è stata troppo "tecnica", faccio osservare che le riforme sanitarie dell'ultimo quarto di secolo, con il loro approccio politico di tipo ideologico-populista e demagogico, si sono dimostrate perdenti in quanto non hanno saputo garantire la "governabilità del sistema" sotto i profili della qualità, efficienza, sostenibilità.

ALLA SCOPERTA DELLE “BANCHE CON L'ANIMA”: I CREDITI COOPERATIVI

Enrico Hüllweck

Un giorno a Michail Gorbaciov scappò una frase certamente inconsueta per un leader del più potente Stato comunista del mondo. Il premier russo era a Milano e disse: “I politici parlano, le banche fanno”. Era il 16 novembre 1994 e il primo governo Berlusconi era al potere da sei mesi; ma escludo che le parole di Gorbaciov mirassero a ingraziarsi il Presidente forzista; penso piuttosto che si sia trattata di un’ammirazione verso le banche italiane e, in particolare, verso le Banche di Credito Cooperativo, che allora erano 670. “Un impero”, disse allora Gorbaciov, “un impero con il quale ci si deve rapportare”. Ma se il grande leader comunista era affascinato dalla capacità di “fare” delle banche, penso che un po’ tutti siano attratti dalla politica del “fare”.

Quando un cittadino vuol farmi un complimento a Vicenza, dove sono sindaco, mi dice: “Lei è un sindaco che fa”. Immaginate allora il mio stupore, quando, qualche tempo fa, cenando a Bari con l’arcivescovo di Milano (il cardinale Dionigi Tettamanzi), sentii l’illustre prelado dire: “Non basta fare, occorre essere.”.

Come a dire che un politico non può essere solo un esecutore, ma deve essere cosciente del proprio ruolo, del suo ideale, per essere davvero l’animatore di un’azione innovatrice. Concetto un po’ complicato, che ben si può adattare anche al mondo delle banche, ciascuna delle quali “fa”, ma solo alcune delle quali riescono a “essere qualcosa di diverso”.

Per rubare ancora un paragone al cardinale Tettamanzi, potremmo dire con Lui che, per esempio, le Banche di Credito Cooperativo si possono paragonare ad un albero e, specificatamente, a quell’albero della vita di cui parla la Bibbia, al capitolo dell’Apocalisse. Il biblico albero della vita nasce al centro della piazza, produce frutti di continuo e genera foglie che guariscono la gente.

Quello “stare al centro della piazza” è un’immagine che ben si addice alle caratteristiche delle Banche di Credito: sono, infatti, una realtà pubblica e alla portata di tutti, in modo trasparente.

Come l’albero della vita, queste banche hanno una chioma fatta di rami (ben rappresentanti l’idea della molteplicità dei loro interessi), con frutti numerosi in diversi settori, da quello agricolo a quello edilizio, da quello della produzione di lavoro a quello abitativo, dalla cultura al tempo libero, dal turismo al commercio, alla solidarietà sociale.

Contemporaneamente, come con le foglie dell’albero della vita, anche queste banche “curano” e “guariscono” situazioni economiche e sociali di tanti singoli individui, difficilmente in grado di ottenere fidi o crediti da banche di tipo normale.

Ma frutti e foglie non sarebbero abbondanti se i rami non si espandessero da un tronco sano, forte e compatto, come sane, forti e compatte sono le strutture di queste banche che, come il tronco di un albero, raccolgono energie dall’ambiente circostante, le unificano e le rilanciano verso i rami e le foglie.

Ma ogni tronco d’albero, si sa, assorbe forza se le radici “pescano”

bene e le radici di queste banche con l’anima pescano nelle tradizioni morali, religiose e culturali che ci appartengono e che ci stimolano ad avere come finalità del nostro agire il “servizio alla persona e alla società”.

Sono radici che si nutrono di valori etici e morali, ispirati a un “agire cooperativistico” che permette di superare atteggiamenti egoistici o isolazionistici, rivalutando l’operare gratuito e diventando così “forza missionaria in atto”, come dice Giovanni Paolo II nella Centesimus Annus.

Alla luce di tutto questo, una Banca Cooperativa non va vista solo per quel che fa, ma soprattutto per quel che è, vale a dire una realtà che vuole sentirsi anche al servizio della società, individuata nel ristretto ambito della comunità nella quale è inserita. Questo tipo di banche, infatti, non produce mai, di regola, filiali in territori lontani: al massimo possono estendersi un poco, come una goccia d’olio in aree contigue.

E quanto al capitale e agli utili prodotti, essi vengono reinvestiti a livello locale, rilanciando il commercio, le iniziative culturali e tutto quel “terzo settore” della società che, in genere, è chiamato “no profit” e che in realtà è il “profit” di tutti noi.

Inventore di queste banche fu il tedesco Federico Guglielmo Raiffeisen che, centoventi anni fa, poneva come finalità di questi istituti la “elevazione morale delle popolazioni”, un compito difficile, del quale lo stesso Raiffeisen dubitava.

Il suo sogno, tuttavia, riuscì a trionfare e così, non solo la Germania pullula di svariate “Raiffeisen Bank”, ma questa realtà è letteralmente dilagata anche in Italia, grazie all’opera del padovano Leone Wollemborg.

In oltre un secolo, queste banche hanno diffuso il microcredito, che è servito a rendere attivi e produttivi numerosi cittadini certamente non poveri, ma privi di liquidità e di forza economica, senza le quali sarebbero stati esclusi dal processo attivo della società. Aloro volta, diventando essi stessi fonte di ricchezza e di produttività, costoro hanno potuto diventare utili per la loro comunità.

Ma il merito più eclatante fra i vari che questi istituti hanno, è quello di avere creato una posizione terzaforzista fra due modelli (e due concezioni sociali) antitetici: quello per cui il mercato è il fine ultimo al quale tutto deve essere sacrificato e, in contrapposizione, quello per cui le ragioni e le metodologie del mercato sarebbero da bandire dalle realtà pubbliche della società civile.

Per le “banche con l’anima”, il mercato è importante e da proteggere, ma allo stesso modo di come si protegge uno strumento che deve servire al benessere dell’umanità. Quasi a ricordare che il sabato è stato fatto per l’uomo. Non l’uomo per il sabato.

Enrico Hüllweck
Sindaco di Vicenza

L'ASSISTENZA SANITARIA E L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE: UNA SFIDA PER TUTTI I PAESI EUROPEI

Amalia Sartori



I Ministri della Sanità degli Stati membri dell'Unione europea si sono incontrati in una riunione informale, che ha avuto luogo il 9 ed il 10 settembre a Noordwijk.

Tra le numerose tematiche affrontate durante tale meeting, due risultano essere le priorità degli Stati membri: le problematiche correlate all'invecchiamento della popolazione ed all'aumento progressivo dei costi delle tecnologie e dei trattamenti medici, aspetto, quest'ultimo, che rende ancor più ardua una risposta efficiente alle domande crescenti della popolazione in età avanzata.

Una ricerca compiuta dallo "Stockholm Network" in sette Paesi membri (Repubblica Ceca, Francia, Germania, Italia, Paesi Bassi, Spagna e Svezia) mostra che la maggioranza dei cittadini europei (81%) teme che la qualità dell'assistenza sanitaria peggiori nei prossimi dieci anni, se non verranno effettuate delle riforme.

Questa preoccupazione dipende dal fatto che in Europa i sistemi sanitari nazionali, che si basano sul principio della solidarietà, si trovano in pericolo di fronte al ridotto gettito delle imposte dovuto all'invecchiamento della popolazione ed al

fabbisogno sempre maggiore di moderni servizi sanitari di alta qualità, e quindi sempre più cari.

Il Consiglio informale ha avuto come primario obiettivo quello di favorire lo scambio di informazioni, di opinioni e di collaborazione tra i Ministri degli Stati membri riguardo alle politiche e alle strategie d'azione proponibili a livello nazionale ed europeo, per far fronte al fenomeno generalizzato dell'invecchiamento demografico ed alle sue conseguenze sui sistemi sanitari.

La discussione a livello europeo ha mirato a dar vita a proposte ed a progetti finalizzati a migliorare l'accessibilità, la sostenibilità, l'efficacia e la qualità delle cure per i cittadini europei che, vivendo statisticamente più a lungo, dovranno avere la possibilità di mantenersi in buona salute.

Chiediamoci ora quali siano, in particolare, le problematiche comuni a tutti gli Stati membri. Secondo uno studio commissionato all'Università di Amsterdam, ciò su cui bisognerebbe particolarmente focalizzare la nostra attenzione riguarda:

- l'invecchiamento della popolazione;
- i rapidi cambiamenti e lo sviluppo di tecnologie e trattamenti medici, che implicano un corrispondente e progressivo aumento dei costi di gestione;
- le richieste dei pazienti che, sempre più informati, rivolgono più grandi aspettative ai sistemi sanitari e si rivolgono maggiormente all'estero per ottenere le cure di cui hanno bisogno;
- la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari. La salute è una sfera molto importante dei diversi sistemi sociali nazionali, alla quale gli Stati membri dedicano mediamente l'8,5% del loro PIL. Per diverso tempo la spesa sanitaria di questi ultimi è cresciuta più rapidamente del PIL e questa tendenza sembra destinata a continuare nei prossimi decenni per giungere fino al 20-22% del PIL nel 2020.

Al primo aspetto è stata dedicata una attenzione maggiore in quanto fenomeno sociale, ma dai grandi risvolti economico-finanziari.

Le stime parlano chiaro: entro il 2050 oltre il 64% della popolazione sarà costituito da persone over-65 e che, fra l'altro, gli over-80 saranno circa 37.9 milioni, rispetto agli attuali 14.8 milioni.

Le esigenze di questo gruppo di età richiederanno lo sviluppo di ampie prestazioni di servizio come, per esempio, la cura e l'assistenza domiciliare o istituzioni ed organismi specializzati.

Alla luce di quanto enucleato finora, la Presidenza olandese ha concluso sottolineando che:

- la salute è un diritto fondamentale dei cittadini europei;
- è uno strumento essenziale per garantire la coesione sociale in Europa;

>> segue a pag. 16



<< segue da pag. 15

• la gestione dei servizi sanitari rimane una responsabilità esclusiva degli Stati membri.

La stessa Presidenza ha altresì invitato i Ministri partecipanti all'incontro ad analizzare lo stato di funzionamento dei rispettivi sistemi sanitari alla luce, particolarmente, del dato statistico dell'invecchiamento della popolazione.

Al fine di considerare con fierezza ed orgoglio l'aumento dell'aspettativa di vita in Europa, e non come se fosse un dato ingestibile a livello socio-economico, è bene che siano chiare le sfide che accompagnano il suddetto fenomeno.

1. Intervenire affinché l'invecchiamento della popolazione sia accompagnato da una serie di attività che mantengano le persone anziane attive ed in buona salute. Ad esempio, di notevole interesse il progetto della GEFAS Stiria, che ha riunito delle organizzazioni tedesche, portoghesi, inglesi ed italiane dal dicembre 2002 fino al maggio 2004. L'obiettivo di tale cooperazione è stato di far partire l'iniziativa nota come "Lifelong learning nell'età avanzata" nel più ampio progetto conosciuto con l'acronimo LISA. In ogni Paese partecipante sono state istituite delle reti composte da diverse organizzazioni del settore dell'istruzione, della sanità, delle donne e del sociale, il cui obiettivo è di rendere l'istruzione più accessibile al mondo senile. Adirittura verrà insegnato alle persone anziane come stilare un curriculum vitae per donare loro la speranza/certezza di poter essere ancora socialmente utili.

2. Riorganizzazione, al fine di rendere le cure di alta qualità più facilmente accessibili.

3. Rimodellamento delle strutture sanitarie, che consenta alle generazioni future di gestire un modello finanziariamente sostenibile.

4. Approccio sanitario maggiormente incentrato sul paziente: nuovo ruolo delle primary cares, della self-medication ed introduzione di servizi multidisciplinari in grado di valutare in maniera più approfondita le multipatologie tipiche della popolazione anziana.

5. Aumento della responsabilità penale: la salute deve essere considerata non solo un diritto individuale ma anche un dovere per il cittadino, che deve prendersi cura della propria salute adottando stili di vita salutari.

L'assistenza sanitaria viene, generalmente, considerata un diritto fondamentale ed una chiave per la coesione sociale. Anche se la responsabilità dell'assistenza sanitaria spetta in ultima analisi ai singoli Paesi, i sistemi sanitari dovrebbero poter godere di una più forte cooperazione degli Stati membri dell'Ue incentrata sul miglioramento degli standards riguardanti l'accessibilità dei servizi, la qualità e la concreta possibilità di finanziarli.

È esattamente su questo che gli Stati membri dovranno lavorare alacremente nell'immediato futuro e ci auguriamo che altri Consigli informali possano avere gli stessi concreti e significativi risultati di quello appena trascorso.

*Amalia Sartori
Parlamentare europeo*

MEDIA PONDERATA RIFLESSI PENSIONISTICI

Il regime introdotto dal D.Lgs. 19/06/1999, n. 229, per il personale della dirigenza sanitaria del S.S.N. (scelta irrevocabile per l'intramoenia) è stato modificato dalla legge 26 maggio 2004, n. 138, che consente – con effetto a partire dal 2005 – la reversibilità di detta scelta tra rapporto esclusivo e libera professione, anche a cadenza annua alternata.

L'accennata modifica non ha recato turbative alla natura e caratteristica dell'indennità connessa, che ha comportato e mantiene la valutazione pensionistica in quota A, con pieno riconoscimento, peraltro espressamente salvaguardato dalla stessa legge n. 138/2004.

Tuttavia proprio in dipendenza della scelta ora concessa, l'emolumento in discorso, pur mantenendo i caratteri di fissità e di continuità (per l'erogazione a tutto il personale di pari qualifica, nell'identica posizione), ha perso quello della definitività, potendo il rapporto di lavoro modificarsi ad opzione del dipendente.

Tale circostanza comporta che, ai fini della modalità di calcolo del trattamento, ricorra l'applicabilità della "media ponderata", come a suo tempo avvenuto per il passaggio dal rapporto a tempo definito a quello a tempo pieno.

Vediamo allora quale riguardo ha tale modalità e le varie ipotesi di applicabilità, od esclusione, dalla stessa.

Il limite in discorso fu "escogitato" dagli allora Istituti di previdenza, per contrastare il fenomeno del passaggio degli iscritti a fine servizio, magari per un solo mese, ad un rapporto meglio retribuito, per beneficiare della regola "dell'ultimo giorno di servizio" (ancora vigente per la quota A).

Anzi, in un primo momento, fu particolarmente duro, comportando il recepimento delle nuove e definitive retribuzioni, soltanto decorsi i cinque anni di nuovo servizio.

Poi l'applicazione fu mitigata con la "ponderazione", sempre su base quinquennale, nel senso che alla maggiore retribuzione si accedeva non soltanto al termine dei cinque anni, ma progressivamente, in rapporto alla durata (anche inferiore) del nuovo servizio, commisurata a "sessantesimi" (cioè i sessanta mesi ricompresi nei 5 anni).

L'applicazione del sistema avviene, in concreto, confrontando la retribuzione contributiva alla cessazione del primo servizio (meno retribuito), con quella alla definitiva risoluzione anche del secondo servizio (ovvero per le varie ipotesi di passaggio, che possano verificarsi nel corso del quinquennio).

La differenza tra le due retribuzioni viene proporzionata ai sessantesimi ed attribuita nella quota corrispondente al nuovo servizio (ad esempio, dopo un anno, in dodici/sessantesimi, e così via), annullandosi del tutto al completamento dei 5 anni. Più concretamente, la retribuzione effettivamente corrisposta viene preventivamente rettificata con la retribuzione in avanzamento nel periodo del maggior compenso, prima che si dia

ED INDENNITÀ DI ESCLUSIVITÀ DOPO LA “REVERSIBILITÀ DELLA SCELTA”

Umberto Celotto

corso all'ordinaria liquidazione del trattamento, con la determinazione delle quote A e B.

La conseguenza è che, per periodi inferiori ai 5 anni, la pensione grava sulla retribuzione virtuale così costruita, determinando contrazioni di trattamento proporzionate alla durata di maggiore retribuzione, per quanto riguarda la quota B del sistema retributivo (che è su “medie”), ma con una più rilevante elisione per la quota finale, in cui è la retribuzione rettificata che regge la quota A, articolata sull'ultima retribuzione anche per il periodo precedente.

Nel caso inverso, ove si cessi con retribuzione inferiore ai periodi precedenti, non si tien conto del maggiore emolumento per la quota A, mentre per la quota B permane la valutazione “a media”.

E ciò è inevitabile, se si vuole mantenere la garanzia della migliore normativa previgente, articolata appunto sulla retribuzione di ultimo giorno di servizio.

Come si vede, la media ponderata (oltre che i propri effetti) agisce – data la tecnica attuale di liquidazione della pensione – anche ad un altro effetto negativo, questa volta a danno del trattamento di ultimo giorno di servizio, che è ora la più significativa tutela, non integralmente revocata dalle varie leggi di riforma intervenute dal 1992 ad oggi.

Tanto premesso, i casi in cui non ricorre l'applicazione della media ponderata sono:

- a) ove la scelta per l'intramoenia e il godimento dell'indennità di esclusività decorra dal 1° gennaio 2000, poiché, essendo ormai trascorso l'intero quinquennio, non c'è nessuna lesione, a condizione che si cessi (ultimo giorno di servizio) nella posizione di intramoenia (o rapporto esclusivo che dir si voglia);
- b) se si è goduto dell'indennità da periodo successivo al 2000, ma permanendo poi in intramoenia, è ugualmente evitata la media ponderata, al compimento dei 5 anni, sempre non cambiando rapporto fino alla cessazione. E ciò anche per il futuro.

Ricorre invece l'applicabilità della media ponderata nelle seguenti ipotesi:

- 1) se c'è passaggio a scelta professionale prima della cessazione dal servizio (che determina il maggior danno, poiché interesserà anche il periodo antecedente);
- 2) se si cessa in intramoenia, con periodi nell'attività libero-professionale “esterna” nei cinque anni precedenti. Qui, il risultato è in proporzione ai diversi periodi.

Da ciò si ricava che non giova più – ai fini pensionistici – passare all'intramoenia per un periodo medio di lavoro, mentre per chi è già in intramoenia è da evitare da ultimo il passaggio alla professione esterna (meglio cessare definitiva-

mente, se si hanno i requisiti di pensione, prima di ritornare alla libera attività).

Tutto ciò costituisce ovviamente un riflesso molto condizionante alla “scelta”, al quale potrà cercarsi di trovare rimedio nella sede contrattuale, con la definizione, ove possibile, di una nuova fisionomia retributiva della categoria, oltre che, s'intende, l'eventuale ricorso del singolo dipendente, che impugni il decreto di pensione alla Corte dei Conti, che ha giurisdizione esclusiva nella materia.



LA TOTALIZZAZIONE

DEI PERIODI ASSICURATIVI

Un problema di rilievo in materia previdenziale, che merita sollecita ed integrale soluzione, è la "totalizzazione" per chi vanta versamenti contributivi in diverse gestioni, singolarmente non sufficienti a concretizzare un diritto a pensione. Ciò per la netta separazione tra le varie assicurazioni, ovvero per l'onerosità delle ricongiunzioni attualmente consentite.

I rimedi intervenuti in proposito, con l'art. 71 della legge 23/12/2000, n. 388, nonché con il D.M. 7 febbraio 2003, n. 57, che ne disciplina le modalità attuative, costituiscono un apporto, allo scopo dedotto, solo parziale. Esso è necessariamente da integrare, valendosi della delega che la recente legge di modifica previdenziale, n. 243/2004, ha concesso al Governo, in proposito.

Vediamo allora la disciplina già vigente ed operativa e poi il completamento auspicabile con il decreto legislativo (attuativo della "riforma Maroni") atteso entro il 2005, di vantaggio sia per gli anziani che per i più giovani e futuri iscritti, vista la gratuità dei collegamenti.

1. Totalizzazione ex lege 338/2000

Va premesso che trattasi di facoltà concessa all'iscritto e, come detto, del tutto gratuito.

Può valersene chi ha contributi in due o più distinte gestioni obbligatorie (comprese quelle per i libero-professionisti, per gli autonomi ed i parasubordinati), senza aver potuto perfezionare in ciascuna di esse neanche il trattamento minimo. È ovvio che deve trattarsi di "posizioni vive", per le quali non sia intervenuta restituzione dei contributi.

È diretta al conseguimento soltanto di una pensione di vecchiaia o di inabilità (escluse quelle anticipate), coinvolgendo tutti i periodi vantati per intero.

È limitata ai destinatari del sistema retributivo o misto (almeno per una quota), con esclusione di quelli interessati al calcolo interamente contributivo (per i quali resta tuttavia applicabile il cumulo del D.Lgs. n. 184/1997).

Va anche detto che restano operanti i collegamenti già previsti (la legge n. 523/1954 per i periodi statali, la legge n. 29/1979 con i periodi privati, la legge n. 322/1958 per il travaso all'INPS, e così via), azionabili in alternativa alla totalizzazione.

Per la pensione di vecchiaia, occorre che sia perfezionato il requisito anagrafico e la contribuzione minima richiesti in ogni forma pensionistica cui si è iscritti.

Per la pensione indiretta (la facoltà di totalizzazione è concessa anche ai superstiti dell'iscritto), è sufficiente aver maturato il requisito contributivo minimo presso almeno una delle gestioni di appartenenza, prescindendosi da quello anagrafico.

Per la pensione di inabilità assoluta e permanente a qualsiasi attività lavorativa e a qualsiasi proficuo lavoro, si fa riferimento ai requisiti richiesti dalla gestione, nella quale si è iscritti al verificarsi dell'evento invalidante; sono necessari tre anni di contribuzione nell'ultimo quinquennio; restano escluse le ipotesi di inabilità ex art. 2, c. 12, della legge n. 335/1995.

Quanto al calcolo del trattamento, operato il collegamento dei vari periodi, ciascuna gestione liquida la propria quota, in proporzione al periodo complessivo, ma secondo le proprie regole, sulla base delle retribuzioni rivalutate fino all'anno precedente la decorrenza del trattamento totalizzato. Detta pensione è anche reversibile, con le modalità ed i limiti di ciascuna gestione.

Conseguentemente, non si procede al trasferimento dei contributi tra le gestioni, né c'è onere aggiuntivo per gli interessati.

La gestione tenuta al pagamento è quella cui è imputata la quota di maggiore importo (salvo rivalsa da parte delle altre), che si fa carico anche dell'eventuale integrazione al minimo. Ripartito in quota tra le gestioni è altresì l'adeguamento perequativo.

Di particolare interesse è rilevare che, in via transitoria, chi ha prodotto domanda di ricongiunzione prima del 5/04/2003 senza che si sia ancora concluso il pagamento integrale delle rate dovute, ha la possibilità di ottenere la totalizzazione, recedendo dalla ricongiunzione e chiedendo anche la restituzione dell'importo versato, maggiorato degli interessi legali.

Viceversa, se la domanda di legge 29 è stata prodotta dal 5/04/2003 (data del vigore del D.M. 57/2003 sopraccitato) e già definita dall'INPDAP con decreto, non è più revocabile.

Umberto Celotto

2. Totalizzazione ex lege n. 243/2004

L'apporto al problema da parte della nuova legge di riforma, ancora da esplicitare nel previsto decreto attuativo, non sarà del tutto risolutivo, anche se consentirà di ampliare ancora, sia pure "progressivamente" come dice la stessa legge, le possibilità di totalizzare i vari periodi assicurativi eventualmente vantati.

Queste le ipotesi di prevedibile normatizzazione, ad integrazione della disciplina vigente.

Anzitutto, il collegamento sarà consentito, oltre che in presenza dell'età minima per la pensione di vecchiaia, anche a favore dell'iscritto con 40 anni di anzianità contributiva complessiva, prescindendo dall'età al momento della richiesta, a condizione che abbia versamenti in ciascuna gestione interessata di almeno cinque anni.

Ci sarà poi un alleggerimento sostanziale dei requisiti sopraspecificati, ora richiesti, poiché sarà sufficiente che si raggiungano i requisiti minimi per il diritto in uno solo dei fondi interessati (e non in ciascuno).

Ed infine, sarà consentito il cumulo per il diritto a pensione a favore dei superstiti dell'assicurato, anche se quest'ultimo è deceduto prima del compimento dell'età pensionabile.

La non completezza dell'operazione deriva dal fatto che restano escluse dal computo le frazioni di periodi accreditati inferiori ai cinque anni, prevedibilmente per il solo perfezionamento del diritto alla pensione anticipata. I casi esclusi non sono certamente trascurabili; da qui l'esigenza di pervenire prima possibile alla concreta totalizzazione anche ai fini della pensione di anzianità, per conseguire l'integrale gratuità del collegamento di tutti i periodi accreditati, come già realizzato a livello di regime comunitario e della quasi totalità del regime nazionale.



C.K. Cassel, R.M. Leipzig, H.J. Cohen,
D.E. Meier, E.B. Larson,

MEDICINA GERIATRICA

Un approccio basato sull'evidenza

Prima edizione italiana dalla quarta
edizione inglese

a cura di Marco Trabucchi

Volume cartonato

f.to cm. 21x28

1264 pagine - € 150,00



E. Rosati, R. Galli,
A. E. Catucci

LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

qualità della compilazione
e controlli di congruità

come NON compilare la parte
sanitaria della scheda di
dimissione ospedaliera

2004

Volume di 322 pagine

Brossurato

f.to cm. 17 x 24

€ 20,00

MEDICI DIPENDENTI: TFR CON CONTRIBUZIONE

Marco Perelli Ercolini



La legge 335/1995 di riforma del sistema previdenziale prevedeva per i medici pubblici dipendenti l'abolizione dell'indennità premio di servizio (Ips) e la sua sostituzione con trattamento di fine rapporto (TFR).

Ricordiamo che il premio di servizio è una prestazione assicurativa previdenziale su base mutualistica, in parte pagata dal lavoratore, mentre il TFR è una retribuzione differita a totale carico del datore di lavoro. Entrambe avevano lo scopo di garantire, specialmente in passato quando i calcoli della pensione venivano fatti a mesi di distanza dopo la cessazione del rapporto di lavoro, un sostegno economico nel lasso di tempo tra l'ultimo stipendio e il primo rateo della pensione. Tutti i medici pubblici dipendenti iscritti alla gestione ex INADEL, confluita nell'INPDAP, già assunti con contratto a tempo indeterminato prima del 31 dicembre 2000, sono destinatari (e continuano ad esserlo) dell'indennità premio di servizio (Ips o Tfs).

L'applicazione del TFR, come prevista per il settore privato, trova applicazione solo per i medici assunti nel SSN con contratto a tempo indeterminato dopo il 31 dicembre 2000 e con contratto a tempo determinato in essere al 30 maggio 2000. Tuttavia a questi medici, in modo del tutto illegittimo, conti-

nuano ad essere effettuate le trattenute contributive (2,5 per cento sull'80 per cento delle voci fisse e continuative della retribuzione), anche se per legge il contributo ai fini del TFR dovrebbe essere a totale carico del datore di lavoro.

Lo prevede la circolare INPDAP del 1 agosto 2002, numero 30: per assicurare l'uguaglianza della retribuzione netta e delle trattenute fiscali tra i dipendenti con Ips e TFR, il DPCM 20 dicembre 1999 ha stabilito che lo stipendio tabellare del personale con TFR sia diminuito di un importo pari a quello che il personale con diritto al Tfs (o Ips) ha, e mantiene a suo carico, per questa prestazione. Lo stipendio lordo così diminuito viene poi figurativamente incrementato dello stesso importo ai fini della determinazione della base di calcolo del trattamento di pensione e del TFR.

Tuttavia le prestazioni sono ben differenti e, soprattutto negli anni, il TFR è maggiormente penalizzante (tra l'altro non è calcolato sull'intera retribuzione annua, bensì solo sulle voci fisse e continuative della busta paga) e, inoltre, non è previsto lo sgravio fiscale dall'imponibile dell'abbuono di € 308,87 per ogni anno utile al calcolo del premio di fine servizio e delle somme in relazione ai contributi versati per l'indennità premio di servizio e cioè di 40,98 per cento.

Trattamento di fine rapporto

Per il trattamento di fine rapporto (TFR) è previsto un accantonamento, pagato interamente dal datore di lavoro, pari alla retribuzione annua (per ciascun anno di servizio o frazione di anno) divisa per 13,5.

Per i lavoratori pubblici l'aliquota di computo è del 6,91 per cento cioè uno 0,50 per cento in meno rispetto a quella dei lavoratori privati (7,41%), che hanno compresa la contribuzione a loro carico destinata al fondo di garanzia per il TFR istituito presso l'INPS.

Per il pubblico dipendente la retribuzione utile contiene le stesse voci prese a calcolo del premio di servizio (ogni ulteriore modifica dovrà essere prevista nella contrattazione di comparto).

Le quote accantonate, con esclusione della quota maturata nell'anno, sono rivalutate al 31 dicembre di ogni anno, con la applicazione di un tasso costituito dall'1,5% fisso, più il 75% dell'aumento dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati accertato dall'ISTAT, rispetto al mese di dicembre dell'anno precedente.

Dalle somme accantonate, figurativamente dall'INPDAP, viene scomputata annualmente l'imposta sostitutiva nella misura dell'11% sui rendimenti, cioè sulle rivalutazioni operate (decreti legislativi 47/2000 e 168/2001). Il TFR sarà quindi assoggettato ai fini fiscali, per la sola quota capitale, senza la pregressa riduzione di euro 309,87 (600 mila lire) per ogni anno.

Indennità premio di servizio

Per il premio di servizio, pagato in parte dal lavoratore (2,50 per cento) e in parte dal datore di lavoro (3,60 per cento), spetta invece al lavoratore un quindicesimo dell'80 per cento delle voci fisse e continuative della retribuzione degli ultimi 12 mesi per ogni anno di servizio effettivo o riscattato. Da questo imponibile vanno detratte le ritenute fiscali con un abbuono di € 308,87 per ogni anno utile al calcolo del premio di servizio e lo sgravio dall'imponibile delle somme in relazione ai contributi versati e cioè di 40,98 per cento.



Giovanni Russo

IL MEDICO

Identità e ruoli
nella società di oggi

Volume cartonato

f.to cm. 17x24

264 pagine - € 20,00



D. Gui, P. Piscitelli,
M. Azzaretto

Manuale di TERAPIA MEDICO CHIRURGICA

Volume cartonato

f.to cm. 12x19

1242 pagine - € 60,00

APPROFONDIMENTI E PUNTUALIZZAZIONI

Marco Perelli Ercolini

1. Perequazione pensioni 2005

Quest'anno (2005) l'aumento delle pensioni per la perequazione automatica sarà piuttosto scarno. Infatti le previsioni, che poi sono state confermate, danno un + 1,9% (contro il + 2,5% dell'anno scorso). Il dato previsionale per la perequazione delle pensioni della dipendenza pubblica (INPDAP) e privata (INPS) è stato sacralizzato con decreto interministeriale dell'Economia e del Lavoro, pubblicato sulla G.U. n. 289 del 10 dicembre 2004. Mentre si conferma nessuno scostamento, e quindi nessun ulteriore incremento rispetto al dato di previsione per l'anno 2004, la rivalutazione delle pensioni per il 2005, in base ad un indice provvisorio di svalutazione, sarà dell'1,9 per cento, salvo poi l'eventuale conguaglio in corso d'anno, da effettuarsi quando scatterà la perequazione automatica per il 2006.

Ricordiamo che per le pensioni superiori al minimo INPS (per il 2004 pari a euro 412,18), l'aliquota percentuale di aumento si applica a scalare, secondo le seguenti fasce d'importo:

- al 100% sull'importo mensile sino a tre volte il minimo INPS (che era di euro 412,18 per il 2004 e sarà di euro 420,02 per il 2005);
- al 90% sulla quota mensile compresa tra tre e cinque volte il trattamento minimo INPS;
- al 75% sulla quota mensile eccedente cinque volte l'importo del trattamento minimo anzidetto.

L'aumento sarà applicato per intero (1,90%, cioè il 100%) sulle somme di pensione fino a euro 1.236,54 (triplo del minimo INPS al 31 dicembre 2004), in misura dell'1,71% (90% dell'incremento) sulla fascia compresa tra 1.236,54 e 2.060,90 euro (cinque volte il minimo) e dell'1,425% (75% dell'aliquota di aumento) sulla quota mensile eccedente 2.060,90 euro (cinque volte il minimo INPS al 31 dicembre 2004).

Si riportano di seguito in Tabella i valori mensili in euro dei minimi delle pensioni INPS 2005, e delle pensioni sociali e degli assegni sociali, nonché il valore percentuale della perequazione, che opererà in misura decrescente rispetto all'entità degli importi pensionistici.

MINIMO INPS 2005
importi mensili in euro

420,02

PENSIONI SOCIALI 2005
importi mensili in euro

309,02

ASSEGNI SOCIALI 2005
importi mensili in euro

374,97

**AUMENTO PERCENTUALE
DELLE PENSIONI 2005**

1,90 (100%)

1,71 (90%)

1,425 (75%)

**SCAGLIONI MENSILI (IN EURO) DI PENSIONE
SUI QUALI SI APPLICA L'AUMENTO PERCENTUALE**

fino a 1.236,54

oltre 1.236,54 e fino a 2.060,90

oltre 2.060,90 euro

Per le pensioni ENPAM, invece, bisognerà ancora attendere i dati di fine anno, e gli aumenti con gli arretrati verranno corrisposti coi ratei di marzo 2005. Ricordiamo che gli aumenti sulle pensioni ENPAM sono pari al 75% dell'indice ISTAT di svalutazione monetaria sull'intero ammontare, cumulando i trattamenti di pensione sia del Fondo generale che dei Fondi speciali. L'abbattimento al 50% dell'indice ISTAT per le somme di pensione nel loro cumulo, qualora eccedenti 4 volte il minimo INPS, opererà appena la norma sarà validata dai Ministeri vigilanti.

2. Il Registro operatorio

Premesso che il Registro operatorio deve documentare il numero, la tipologia e la modalità operativa degli interventi chirurgici, quale verbale di ogni intervento costituisce parte integrante e rilevante della cartella clinica, nella quale dovrà essere compresa una copia di tale verbale, quali che siano le modalità della sua tenuta.

La tenuta del Registro operatorio, ancorché non espressamente prescritta dalla legge, è pertanto obbligatoria.

Inoltre il Registro, agli effetti delle norme sul falso documentale, è atto pubblico.

Il Registro operatorio deve, pertanto, soddisfare precisi requisiti sostanziali e formali. In particolare, le annotazioni devono essere vere, complete e chiare. Nel caso in cui si debba procedere a correzioni di errori materiali, se l'errore è commesso all'atto della stesura, è possibile coprire con un tratto di penna la parola o il concetto che si intendono eli-

minare, che devono comunque restare leggibili; se invece la correzione avviene in epoca successiva, è necessario stendere un vero e proprio atto relativo al progressivo errore.

Inoltre, nel verbale devono essere riportati: la data, l'ora di inizio e quella del termine dell'atto operatorio, il nome del primo operatore e di quanti Altri hanno partecipato direttamente all'intervento, la diagnosi operatoria e la procedura eseguita, il tipo di anestesia utilizzata ed il nome dei sanitari che l'hanno condotta, nonché la procedura anestesiológica realizzata. Il verbale stesso deve essere sottoscritto da parte del primo operatore.

Le direzioni sanitarie delle singole istituzioni ospedaliere debbono impartire le modalità pratiche della tenuta del Registro operatorio atte a garantire la massima tutela nei riguardi delle eventuali manomissioni, nonché del rispetto della privacy. Il direttore dell'unità operativa è direttamente responsabile della corretta compilazione, della tenuta e della conservazione del Registro operatorio.

Da ultimo, anche se il verbale operatorio è una copia integrale di quanto riportato sul Registro operatorio stesso, poiché "le cartelle cliniche, unitamente ai relativi referti, vanno conservate illimitatamente poiché rappresentano un atto ufficiale indispensabile a garantire la certezza del diritto, oltre a costituire preziosa fonte documentaria per la ricerca di carattere storico-sanitario", è opportuna una conservazione illimitata anche del Registro operatorio stesso.

RISK MANAGEMENT E ASSISTENZA TERRITORIALE

Luigi Dal Sasso e Chiara Marangon

La gestione del rischio in sanità e assistenza è un argomento che ricorre con molta frequenza in questo periodo nelle riviste della categoria e attira l'interesse dei medici. Tutte le iniziative di formazione, con o senza crediti ECM, richiamano molti partecipanti e le domande rivolte ai Relatori sono numerose.

L'interesse per l'argomento ha avuto uno sviluppo parallelo a quello per la sicurezza, essendo questi argomenti strettamente legati l'un l'altro.

Mentre il concetto di rischio è facilmente intuibile per tutte le attività cliniche, di assistenza di base o specialistica, medica o infermieristica, meno immediato è immaginare quali possano essere i rischi per l'attività del medico del distretto.

Il medico del distretto appartiene alla disciplina di "organizzazione dei servizi sanitari di base". Per lui non sono previste competenze di diagnosi e cura, o di assistenza diretta. Se per questo professionista le Compagnie assicuratrici hanno richiesto finora premi assicurativi quasi irrisori, rispetto alle altre figure cliniche (ma ora le cose stanno cambiando), significa che i rischi veri e gravi sono più ridotti, e che la sensibilità della popolazione verso questi aspetti dell'assistenza è ancora modesta; ma ciò non implica che non ci siano rischi, o che i requisiti per lavorare in sicurezza possano essere disattesi.

Gli Uffici aziendali per le relazioni con il pubblico (URP) documentano sempre più come molte proteste o denunce non prendano di mira l'aspetto professionale dell'intervento, quanto le capacità relazionali del professionista e

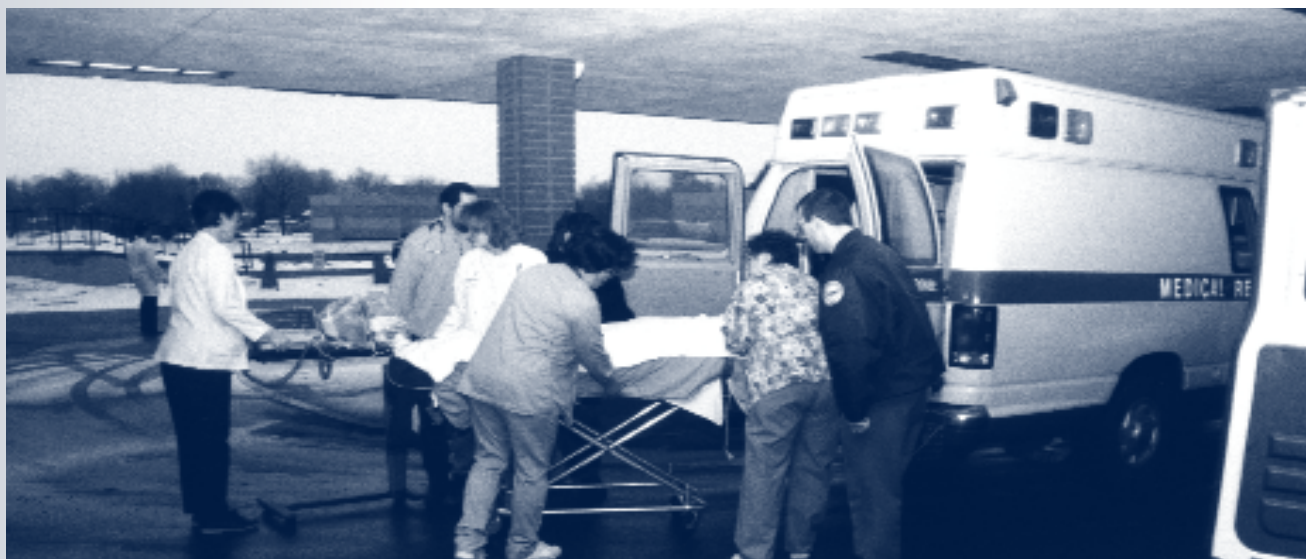
la necessità di avere informazioni adeguate ed efficaci, che permettano all'utente di poter prendere decisioni con cognizione di causa, in altre parole per esprimere un "consenso informato".

Tutta la problematica del consenso informato riguarda, a pieno titolo, anche il medico del distretto. Chi si rivolge al distretto per richiedere l'assistenza domiciliare deve ricevere, ad esempio, informazioni dettagliate riguardo a: servizi disponibili per soddisfare un determinato bisogno; condizioni e requisiti per fruire della prestazione; soggetti competenti ad erogare i servizi; modalità e tempi di accesso degli operatori a domicilio; indicazioni sull'evoluzione del quadro clinico (l'end point del malato terminale è sempre il decesso) e sostegno alla famiglia.

Non fornire sufficienti e esaurienti informazioni da subito, vuol dire esporsi nel prosieguo al rischio di insuccesso nella gestione del piano assistenziale, perché l'utente prima, e la famiglia poi, non sentendosi sufficientemente tutelati, cercheranno altrove le risposte ai loro bisogni, magari con un ricovero improprio.

In questo contesto sono sorte proposte per la stipula di "contratti per l'assistenza", da sottoscrivere fra servizi e utenti; sia chiaro, si tratta di contratti impropri, nei termini e nella sostanza: consistono nel descrivere il progetto assistenziale del caso interessato, con il consenso e la condivisione della famiglia, dettagliando le iniziative che si possono garantire e il tempo di presa in carico.

La firma della famiglia, del care-giver o dello stesso utente, vogliono significare un punto di intesa raggiunto e,



speriamo, condiviso perché compreso.

Nel territorio il “consenso informato” diventa un argomento delicato nel momento in cui ci si relaziona con l’anziano per una sua richiesta di valutazione al fine di ottenere il riconoscimento della condizione di non autosufficienza per l’accoglienza in strutture residenziali (Case di riposo, RSA, altre strutture). Non sempre è chiaro quanto sia volontaria, o indotta, una tale richiesta. Non sono certo frequenti le famiglie che intendono “scaricare” l’anziano, per non avere disturbo nell’assistenza o, peggio, per poter disporre dei beni, case o altri immobili; tuttavia esistono anche questi casi, e perciò si deve prestare attenzione.

Ottenere il consenso in queste situazioni impone non solo delicatezza nelle relazioni, ma soprattutto ocularità nel cogliere la volontà dell’interessato. In caso contrario, oltre la soddisfazione di alcuni congiunti, si registrerà il forte dissenso – talora accompagnato da denuncia – da parte dei familiari contrari al provvedimento.

Anche per gli utenti in età evolutiva esiste il problema del “consenso informato”, da considerare con ancor maggiore delicatezza, e non solo perché anche ai bambini o adolescenti sono dovute tutte le spiegazioni del caso. Ci riferiamo all’originale concetto di rischio per l’operatore. È facile intuire come il consenso per i minori vada richiesto ai genitori o al pubblico tutore.

Ma, come comportarsi quando i genitori sono in disaccordo tra di loro, o sono ufficialmente separati e usano i figli ed i relativi problemi come pretesto per reciproci dispetti? Quando si sospetta l’esistenza di un abuso in famiglia? Quando una ragazza minore chiede di interrompere una gravidanza?, ecc.

Certamente anche per queste situazioni ci sono atteggiamenti precisi da tenere, nel rispetto della legalità, però non sono di immediata individuazione e talora i pareri legali richiesti sono discordanti.

Un secondo ambito di responsabilità, in cui il medico di distretto è esposto allo stesso rischio del Collega ospeda-

liero, è nella tenuta della cartella clinica.

Anche il territorio ha una propria cartella clinica, diversa a seconda delle Unità operative (cure primarie, età evolutiva, tossicodipendenza, salute mentale, disabilità, ecc.). Solo ultimamente i numerosi documenti prodotti nel territorio sono raccolti in un contenitore con dignità di “cartella clinica”. A tal fine sono stati uniformati moduli, condivise schede, ecc., per rendere tutto più confortevole e leggibile.

Anche nel territorio si ragiona per avere una cartella informatizzata, anzi per averla in comune con l’ospedale per le parti generali, con link opportuni e password adeguate per l’accesso alle informazioni, da scambiare fra ospedale e territorio.

È intuibile pertanto che le esigenze di riservatezza, completezza, chiarezza, comprensibilità, con tutti i risvolti medico-legali collegati, valgano tanto per il medico del distretto come per i medici ospedalieri.

L’occasione è opportuna per pensare alla cartella clinica ben compilata, completa, chiara e comprensibile in tutte le sue parti, ed integrata con il contributo di tutti i professionisti e operatori, come l’unico vero strumento in grado di permettere la rilevazione dei costi di un definito caso.

Indipendentemente dal DRG corrispondente, la cartella clinica completa permette di conoscere con precisione i consumi di beni (farmaci o altre terapie, esami, ecc.), ma anche l’assorbimento del tempo degli operatori. Le cartelle cliniche potrebbero diventare anche uno strumento in più, e molto valido, per la contrattazione della scheda di budget di Unità operativa o di Dipartimento. La richiesta di risorse umane e materiali sarebbe ben motivata e documentata, non più lasciata all’approssimazione, ragione della sua facile contestabilità odierna. Negli ultimi anni in distretto hanno cominciato a lavorare anche i medici di formazione clinica, però la maggioranza dei medici di distretto possiede una formazione culturale e professionale che trova radici nella specializzazione di Igiene e Sanità pubblica e, da poco, di Medicina di

Comunità.

I concetti attuali di danno, analisi degli incidenti, mappa epidemiologica, prevenzione di eventi avversi, sono più familiari nel linguaggio e nella pratica.

Oggi il medico del territorio comprende con più facilità il significato e l’utilità della costituzione di gruppi di audit medico, per studiare i problemi, pianificare i provvedimenti, scrivere report, monitorare azioni di cambiamento, individuare indicatori, ecc.

Segnaliamo questi aspetti perché oggi una condizione indispensabile per lavorare meglio, con maggior sicurezza e tranquillità – per l’utente ma anche per il medico – consiste nell’affrontare molti aspetti del risk management non separatamente, ospedale e territorio, ma congiuntamente.

Ecco allora che determinate riunioni – snobbate da una parte di noi – non sono una inutile perdita di tempo, ma una occasione utile per crescere come sistema, come categoria nel suo complesso, per capir meglio la giusta collocazione dei problemi e i più idonei elementi per la prevenzione dell’errore umano.

Diventa importante elaborare i percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali della propria azienda, dettagliando (poiché si sono prima condivisi il significato ed i contenuti) cosa vada fatto nel territorio e come, nonché quando una patologia rimanga in carico al medico di medicina generale prima di coinvolgere lo specialista per una consulenza o per un ricovero.

Specificare, per le patologie maggiori almeno, quale sia il passaggio fra la cura di primo e di secondo livello, diventa utile e rassicurante. Va infine precisato che “pacta servanda sunt”. Se i protocolli precisano un percorso, non deve poi succedere che l’utente, amico di amici, riceva un trattamento di riguardo, negato al cittadino comune.

Ci fermiamo a queste considerazioni, ma numerose altre se ne potrebbero fare e l’argomento potrà ancora essere ripreso su sollecitazione e contributo dei lettori interessati.

Le liste di attesa delle prestazioni di diagnostica e specialistica ambulatoriale: alcune riflessioni particolari sul fenomeno

Maurizio Dal Maso



Il problema delle liste di attesa è il classico problema che potremmo definire “una storia senza fine” su cui tanto è stato scritto, molto è stato fatto ma poco sembra essere stato ottenuto. La realtà non è proprio questa, ma la percezione che gli utenti hanno del fenomeno dimostra quanto resti ancora da fare. Questa osservazione è assolutamente condivisibile anche in ambito sanitario europeo dove, pur se con diverse gradazioni, il problema è all’ordine del giorno perché è strettamente collegato alla libera circolazione dei cittadini all’interno della UE.

Volendo portare qualche nuova “chiave di lettura” a questo vecchio problema ho utilizzato i dati di attività del Sistema CUP Metropolitano di Firenze che, a regime dallo scorso anno, ha permesso alla Azienda sanitaria di Firenze di programmare azioni organizzative assolutamente innovative (sistema di preaccettazione telefonica dedicato agli utenti, numero verde dedicato ai Medici di medicina generale per prenotazione di prestazioni radiologiche prioritarie, cruscotto

direzionale per il monitoraggio continuo dei tempi di attesa e per la predisposizione dei piani di abbattimento delle liste di attesa specifici per singola prestazione, struttura erogante, zona geografica, e altro), arrivando ad alcune considerazioni diverse rispetto a tutto ciò che in modo corretto, ma forse troppo teorico, è stato fino ad oggi scritto su questo argomento.

Come sappiamo, le liste di attesa sono il risultato di più fattori, quali l’eccesso di domanda (spesso non appropriata), l’offerta inefficiente sotto il profilo dell’impiego ottimale di tutte le risorse umane e strumentali, la richiesta di assistenza presso Centri di eccellenza, la difficoltà di una vera integrazione ospedale-territorio o socio-sanitaria perché continuano a prevalere logiche diverse che creano una confusione di ruoli per cui spesso è impossibile agire all’interno di un’area comune, seguendo valori etici e professionali condivisi e all’interno di un processo clinico-diagnostico integrato.

I parametri di riferimento da considerare nelle liste di attesa, oltre alla domanda e all’offerta di servizi, sono essenzialmen-

te: il tempo di attesa, la lista di attesa, la consistenza numerica della lista e il volume dell'erogato. Nel caso di prestazioni chirurgiche per cui è previsto il ricovero, o in quelle di chirurgia ambulatoriale, l'ulteriore parametro di valutazione è la gravità clinica della patologia che può originare punteggi differenti e tempi di accesso diversificati (urgenti, differibili e programmabili). Il tempo di attesa è quello che intercorre tra la presentazione della richiesta e la data della prima prestazione prenotabile; è determinato dal rapporto fra domanda e offerta di prestazioni e può essere rilevato come tempo minimo, medio o massimo aziendale. La lista di attesa è l'elenco che esprime la numerosità della domanda registrata e rappresenta il punto di vista dell'utente nelle criticità dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali. Il terzo parametro è il numero delle persone in attesa sia per un periodo prospettico al momento della richiesta, sia retrospettivo al momento della erogazione della prestazione; infine troviamo il numero delle prestazioni erogate nell'unità di tempo e il suo rapporto con la consistenza numerica dei pazienti in attesa.

Le linee di indirizzo già seguite negli anni precedenti dalla Azienda sanitaria di Firenze per la predisposizione ed attuazione di programmi dedicati all'abbattimento delle liste di attesa, hanno riguardato principalmente il controllo complessivo del rapporto domanda/offerta, valutando sia il tempo di attesa, sia il volume dell'erogato ed il suo incremento, attraverso azioni che hanno coinvolto soggetti pubblici e privati accreditati. In particolare si è agito su:

1. la segmentazione della domanda ed il suo governo secondo logiche di priorità clinica nell'accesso e di appropriatezza della richiesta. Ciò ha comportato il progressivo coinvolgimento di tutti i medici prescrittori anche nelle modalità di prenotazione;
2. l'incremento della efficienza gestionale dei servizi coinvolti nella erogazione di prestazioni e la progressiva razionalizzazione ed omogeneizzazione delle agende di prenotazione della rete CUP aziendale e metropolitana;
3. la "presa in carico dell'utente" dopo il primo contatto attraverso procedure che integrino anche l'attività di prenotazione con quella di informazione o di tutela (URP e Pronto Salute).

I punti essenziali considerati per la predisposizione di un programma per la riduzione delle liste di attesa sono tre:

1. Governo della domanda: si attua attraverso l'uso di Protocolli, Linee guida, Clinical pathways conosciuti e condivisi che permettono di definire dei Percorsi clinico-assistenziali. In questo caso i tempi di attuazione sono medio-lunghi, ma la risposta è stabile nel tempo. Il parametro di riferimento è l'appropriatezza.
2. Aumento dell'offerta: si attua mediante l'incremento del personale, dipendente o convenzionato, e delle tecnologie, l'acquisto di prestazioni libero-professionali intramoenia o dal settore privato, ovvero dall'insieme di più azioni. Ha un effetto limitato nel tempo poiché porta ad un collaterale aumento della domanda con saturazione delle nuove disponibilità. In questo caso si hanno dei rapi di tempi di attuazione, ma un miglioramento che non rimane stabile nel tempo per l'effetto collegato dell'induzione della domanda. Il parametro di riferimento è l'efficienza, ovvero il rapporto tra output e input, cioè fra prestazioni prodotte e fattori di produzione utilizzati.
3. Azione contestuale sul rapporto domanda / offerta: è la soluzione ottimale che permette di ottenere una risposta stabile nel tempo. Il parametro di riferimento è l'efficacia, ovvero il rapporto fra gli esiti e le prestazioni.

Come si vede nella seguente tabella, già nel 2001 la relazione del Ministero della Salute per la predisposizione dei programmi di riduzione delle liste di attesa, individuava le caratteristiche principali dei tre settori su cui agire per un approccio complessivo.

RAPPORTO DOMANDA / OFFERTA	COMUNICAZIONE ED INFORMAZIONE	INFORMATION & COMMUNICATION TECHNOLOGY (ICT) E SISTEMI DI MONITORAGGIO
<ul style="list-style-type: none"> • Appropriatezza • Differenziazione per tipologia e criticità • Accesso diretto e facilitato • Coinvolgimento dei prescrittori e degli erogatori • Priorità delle prestazioni • Sistemi integrati a rete • Aree critiche e processi di produzione • Analisi organizzativa • Strumenti informatici ed informativi • Integrazione Ospedale / Territorio • Produttività aggiuntiva e libera professione i. m. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pubblicità delle liste • Criteri di priorità cliniche • Facilitazione di accesso • Misure di tutela e garanzia • Rispetto della trasparenza • Uso di corretti ed appropriati canali comunicativi • Analisi dei livelli di soddisfazione dell'utenza 	<ul style="list-style-type: none"> • Definizione di un set minimo comune informativo a livello aziendale, regionale e ministeriale • Modalità di rilevazione di alcuni parametri prospettici e retrospettivi • Prestazioni traccianti: quelle di particolare interesse clinico ed organizzativo che permettono di "fotografare" il complessivo stato organizzativo e gestionale delle strutture sanitarie

organizzazione sanitaria

Una necessaria premessa riguarda l'inutilità del solo incremento della offerta prenotabile, infatti come si può vedere nella successiva tabella, nell'area metropolitana fiorentina è progressivamente aumentato, e in modo considerevole, il numero delle prestazioni prenotate ed erogate, ma fenomeni diversi quali la duplicazione di richieste di esami specialistici, la mobilità volontaria dei pazienti, le improprie indicazioni agli esami specialistici, l'uso improprio delle tecnologie sanitarie, la conflittualità o la confusione nelle prescrizioni cliniche e terapeutiche tra le varie figure professionali e l'uso incongruo delle richieste "urgenti", hanno vanificato una parte considerevole del beneficio atteso, a ulteriore conferma che il vero obiettivo da perseguire per ridurre progressivamente il fenomeno delle liste di attesa è il governo complessivo del rapporto domanda/offerta e non la singola ed isolata azione su uno dei due versanti.

	Anno 2000	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004 (1° sem.)	Incremento % 2004/2000
Prenotazioni	489.944	515.405	684.403	696.096	555.603	+ 126,80 %
Prestazioni prenotate	599.294	611.769	786.612	846.345	659.283	+ 120,01 %
Prestazioni erogate	640.553	743.318	976.063	995.840	697.088	+ 117,65 %
Prestazioni erogate entro 30 gg.	-	78,67 %	81,66 %	82,45 %	82,39 %	-
Postazioni CUP allive	87	158	186	220	237	+ 172 %
N° agende gestite	908	1.123	1.423	1.442	1.806	+ 98,9 %

Una prima particolare considerazione valuta l'appropriatezza della prestazione ed il rapporto costo/invasività della stessa. Come detto, le liste di attesa derivano dallo squilibrio fra domanda ed offerta e, ovviamente, la domanda risente della azione dei medici prescrittori. Una parte degli utenti (ultra 65enni e bambini di età inferiore ai 6 anni) sono esentati dalla spesa ma sono portatori di un consumo maggiore di prestazioni, ad esempio nelle visite specialistiche o negli esami soprattutto nella branca della diagnostica per immagini. Un'analisi interessante è anche quella che valuta l'invasività della prestazione e la sua effettiva erogazione. Tale osservazione viene illustrata dalle tabelle seguenti elaborate dal data warehouse del sistema CUPMetropolitano di Firenze (anno 2003).

Tabella 1

Esenzione	Prestazioni Prenotate	% Prenotate sul totale delle prestazioni prenotate	Prestazioni erogate	% Erogate sul totale delle prestazioni erogate
Reddito ed età	337.331	40,55%	313.480	32,40%
Altro	139.512	16,76%	216.532	22,37%
Pagante ticket	355.145	42,69%	437.642	45,23%

Dalla Tabella 1 si evince che esiste un forte calo fra le prestazioni prenotate e quelle erogate nei soggetti con esenzione per età e reddito, come possibile indice di richiesta impropria, probabilmente "forzata" dagli stessi utenti.

Tabella 2 - VISITA OCULISTICA (prestazione non invasiva)

Esenzione	Prestazioni Prenotate	% Prenotate sul totale delle prestazioni prenotate	Prestazioni erogate	% Erogate sul totale delle prestazioni erogate
Reddito ed età	31.252	53,17%	32.901	48,52%
Altro	8.393	14,28%	10.398	15,34%
Pagante ticket	19.131	32,55%	24.504	36,14%

Tabella 3 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPICA (prestazione invasiva)

Esenzione	Prestazioni Prenotate	% Prenotate sul totale delle prestazioni prenotate	Prestazioni erogate	% Erogate sul totale delle prestazioni erogate
Reddito ed età	1.580	39,00%	1.044	32,74%
Altro	286	6,57%	365	11,44%
Pagante ticket	2.205	54,43%	1.780	55,82%

Risulta quindi evidente che:

- a. nella classe degli utenti esenti per reddito ed età si registra un numero di prestazioni prenotate, rispetto a quelle realmente erogate, in misura superiore alle altre classi di soggetti prenotatori;
 - b. per le prestazioni invasive la richiesta è superiore negli utenti non esenti che poi, in un'alta percentuale dei casi, usufruiscono effettivamente della prestazione (55,82%). Tale dato varia sensibilmente per le prestazioni non invasive (36,14%).
- Si potrebbe quindi proporre che i parametri "Esenzione per reddito ed età" ovvero la tipologia della prestazione (invasiva o non invasiva) siano usati come discriminante nella analisi dei dati sui tempi di attesa permettendo una più corretta e realistica segmentazione della domanda.

Una seconda considerazione scaturisce dalla analisi del valore effettivo del parametro "tempo di attesa relativo" rispetto a quello "effettivo". Ammettiamo di avere, ad esempio, la disponibilità per la prenotazione di 3 prestazioni secondo quanto mostrato nella Tabella 4:

Tabella 4 -	
Presidio	Tempo di attesa
Presidio AAA	3 gg.
Presidio BBB	15 gg.
Presidio CCC	20 gg.

Nel caso che l'utente effettui la scelta sulla base della vicinanza territoriale potremmo avere :

Tabella 5 -			
N. Scelta	Presidio	Tempo attesa effettivo	Tempo attesa relativo
1°	Presidio BBB	15 gg.	3 gg.
2°	Presidio CCC	20 gg.	3 gg.
3°	Presidio AAA	3 gg.	3 gg.
<i>Tempo medio aziendale</i>		$38 / 3 = 12.66$ gg.	$9 / 3 = 3$ gg.

Invece nel caso che l'utente effettui la scelta sulla base della prima data prenotabile, avremo:

Tabella 6 -			
N. Scelta	Presidio	Tempo attesa effettivo	Tempo atteso relativo
1°	Presidio AAA	3 gg.	3 gg.
2°	Presidio BBB	3 gg.	15 gg.
3°	Presidio CCC	3 gg.	20 gg.
<i>Tempo medio aziendale</i>		$9 / 3 = 3$ gg.	$38 / 3 = 12.66$ gg.

Si deduce quindi che il tempo di attesa relativo è dipendente dalle scelte dell'utente ed è uguale al tempo di attesa effettivo solo nel caso che l'utente scelga la prima disponibilità.

I dati riferiti alle sole prenotazioni delle prime visite specialistiche dimostrano che ciò avviene in una minima parte dei casi. Infatti solo in una percentuale compresa fra l'8 ed il 14%, comunque stabilmente ben al sotto del 20%, viene scelta la prima disponibilità in ordine cronologico; nella restante casistica l'utente sceglie secondo altri parametri : geografici, logistici, personali, scelta del presidio o di uno specifico professionista. Da una indagine campione che abbiamo effettuato presso il Call Center del Centro Servizi CUP Metropolitano di Firenze è emerso, ad esempio, che viene scartata la prima disponibilità prenotabile per la visita oculistica perché l'utente sceglie una specifica unità operativa erogante, o per motivi di continuità assistenziale, o per l'eccessiva distanza o per incompatibilità oraria e/o logistica. Nel caso, invece, della visita cardiologia al primo posto troviamo l'eccessiva distanza, poi l'unità operativa consigliata, la continuità assistenziale ed infine l'incompatibilità oraria e/o logistica.

È quindi in base a queste logiche che si dovrà valutare l'effettiva prima disponibilità da rendere prenotabile all'utente e dunque organizzare in modo diverso l'offerta prenotabile.

Per la predisposizione del modello di simulazione per l'abbattimento delle liste di attesa, il set minimo di dati necessari è il seguente:

- 1) Tempo medio calcolato sulle prenotazioni effettuate nei 28 giorni precedenti la data della rilevazione;
- 2) Numero complessivo delle prestazioni prenotate nei 28 giorni precedenti la data della rilevazione;
- 3) Quantificazione oraria del punto (2), ricavata dalla struttura delle agende di prenotazione;
- 4) Numero complessivo di ore del totale delle agende che erogano quella prestazione calcolato nei 28 giorni precedenti la data della rilevazione;
- 5) Numero complessivo di prestazioni prenotate dalla data della rilevazione e in lista di attesa;
- 6) Quantificazione oraria del punto (5), ricavata dalla struttura delle agende di prenotazione.

I parametri su cui si possono simulare le azioni e verificare i risultati attesi sono:

- 1) Tempo di attesa obiettivo;
- 2) Numero di settimane necessarie per il raggiungimento dell'obiettivo;
- 3) Ore settimanali da incrementare per il raggiungimento dell'obiettivo.

Attraverso questo strumento è possibile prevedere e programmare i diversi scenari di azione in rapporto a scelte strategiche aziendali e calcolarne il relativo costo finanziario.

Un dato molto preoccupante riguarda le prestazioni non erogate e non disdette, cioè il caso in cui il posto è occupato ma non produce la prestazione. Ovviamente bisognerà sensibilizzare maggiormente la popolazione dell'importanza della disdetta (anche applicando il sistema bonus/malus come previsto in molte Carte dei Servizi aziendali), ricordando che la disdetta è sempre effettuabile telefonicamente e permette in ogni caso la contestuale riprenotazione.

Atitolo esemplificativo si riporta nella Tabella 7 il numero di prestazioni non erogate e non disdette e una stima del risparmio che l'Azienda Sanitaria di Firenze avrebbe potuto registrare:

Anno	Numero Non Disdette e Non Erogate	Prestazioni Ore Impegnate non Produttive (1)	Costo per l'Azienda (2)
2002	62.000 circa	25.800	1.161.000 €
2003	66.000 circa	27.500	1.237.500 €

1) stima considerando la durata media delle prestazioni pari a 25 minuti.

2) stima considerando un costo orario di 45€. Non sono stati considerati i mancati introiti dei tickets e i costi generali e indiretti.

È evidente il risparmio che si otterrebbe in conseguenza di una costante campagna di comunicazione per sensibilizzare la cittadinanza ad annullare la prenotazione. Considerando, ad esempio, che il numero delle prestazioni in attesa nell'area metropolitana fiorentina è pari a 90.000/100.000, si evidenzia che recuperando una quota considerevole delle prestazioni prenotate e non erogate, si abbasserebbe in modo molto significativo (50-60%) l'attuale tempo di attesa complessivo.

Una particolare e finale considerazione merita il cosiddetto "open access" ovvero il tempo "zero" di attesa. Due "guru" del fenomeno delle liste di attesa quali Murray e Berwick segnalavano l'esito positivo di sperimentazioni effettuate nelle cure primarie privilegiando l'accessibilità e la continuità delle cure attraverso un modello organizzativo che prevedesse l'immediata erogazione della prestazione richiesta. Il parametro di riferimento è in questo caso la capienza, ossia la disponibilità durante una giornata di lavoro di una quantità di appuntamenti pari alla richiesta, ovviamente dopo avere azzerato il "plus" precedente, e quindi potere soddisfare la domanda dei pazienti nella stessa giornata, o in quella successiva. Secondo quanto riportato da Marcon, gli obiettivi finali dell'accesso tempestivo sono i seguenti:

- a. offrire la visita in giornata e nell'orario preferito dall'utente;
- b. iniziare la giornata di lavoro con il 50% degli appuntamenti liberi;
- c. offrire un set minimo di prestazioni con tempi di erogazione

costanti (15, 20 o 30 minuti) in modo di potere inserire visite diverse in più moduli temporali;

d. completare tutti gli accertamenti necessari nella stessa visita predisponendo pacchetti di prestazioni e non diversificare e frammentare l'offerta prenotabile.

Per concludere vorrei ricordare che l'obiettivo di un CUP, o meglio di un Centro Servizi CUP, non è quello di aumentare il numero di prestazioni prenotate, ma di ridurre il numero delle prenotazioni effettuate fuori dal sistema e contestualmente facilitare l'abbattimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie. La nuova frontiera da raggiungere sarà quella rappresentata da una rete unitaria capace di fornire molteplici servizi e collegare le unità operative territoriali con quelle ospedaliere in un'ottica di continuità assistenziale come riposta unitaria ai bisogni di salute dei cittadini.

Maurizio Dal Maso
Vice Presidente FEMS

TRE ANNI DI ATTIVITÀ FORMATIVA SPEME

Alberto Catalano

Alla fine di dicembre del 2000 veniva costituita la Società per la Promozione dell'Educazione MEDica (SPEME), con atto a firma di Stefano Biasioli, Alberto Clivati, Riccardo Cassi ed Alberto Catalano.

Lo scopo principale della Società era, ed è, quello di poter offrire a tutti gli iscritti CIMO-ASMD, che sono associati automaticamente anche alla SPEME, l'opportunità, oltre che di partecipare, anche di organizzare e promuovere eventi formativi in tutti i campi della medicina, ed in particolare dell'organizzazione sanitaria.

Poiché le norme relative alla formazione continua del medico, conosciuta anche come ECM, impongono un'attiva presenza ed una costante attenzione verso tutte le problematiche connesse all'acquisizione dei crediti formativi, la CIMO-ASMD non poteva non attivarsi per offrire ai propri soci un ulteriore servizio e soprattutto doveva impegnarsi per diventare un punto di riferimento di tipo culturale, oltre che sindacale.

Nel 2001 la SPEME, registrata al Ministero della Sanità per la fase sperimentale dell'Educazione Continua in Medicina (ECM), ha organizzato i primi eventi formativi, che hanno visto la partecipazione di numerosi Colleghi e hanno consentito di perfezionare le procedure e l'organizzazione in vista della fase a regime, iniziata nel 2002.

Come è noto, ogni operatore della Sanità ha l'obbligo di acquisire 150 crediti formativi nel quinquennio 2002-2006 secondo la seguente progressione:

2002	10 Crediti	Minimo 5	Massimo 20
2003	20 Crediti	Minimo 10	Massimo 40
2004	30 Crediti	Minimo 15	Massimo 60
2005	40 Crediti	Minimo 20	Massimo 80
2006	50 Crediti	Minimo 25	Massimo 100

Con gli eventi formativi organizzati nel corso del primo triennio di attività, la SPEME ha contribuito alla formazione di numerosi dirigenti, consentendo ad essi l'acquisizione di una parte dei crediti formativi dovuti, ed ha offerto possibilità di aggiornamento anche ad altre figure professionali, come biologi, tecnici ed infermieri.

Gli argomenti maggiormente trattati sono stati quelli di interesse generale, come l'organizzazione sanitaria, la responsabilità professionale e la comunicazione, ma uno spazio importante è stato dato anche alle specialità come per esempio la Psichiatria, la Medicina trasfusionale e l'Oncologia.

La SPEME, inoltre, ha organizzato Corsi di formazione finalizzati all'approccio multidisciplinare di alcune patologie con l'obiettivo di coinvolgere il più ampio numero possibile di professionalità.

Queste occasioni di incontro si sono dimostrate particolarmente stimolanti e ciò è testimoniato dal successo di presenze

raggiunto.

Nel complesso della sua attività la SPEME, in tre anni, ha accreditato 30 eventi per circa 380 crediti formativi, con la presenza di oltre 3380 partecipanti, una media di 12,66 crediti attribuiti ad ogni operatore, per un totale di 47.290 crediti formativi.

Per una conoscenza esaustiva del lavoro svolto viene riportato di seguito l'elenco dettagliato degli eventi organizzati.

2002

1. III CORSO DI FORMAZIONE ECM IN COMUNICAZIONE PER MEDICI DIRIGENTI (MEDICO CHIRURGO) 29/05/02;
2. MEETING FORMATIVO IN EMERGENZA-URGENZA MULTIDISCIPLINARE (MEDICO CHIRURGO) 21/06/02;
3. LARESPOABILITA' PENALE E CIVILE IN SANITÀ (MEDICO CHIRURGO) 28/06/02;
4. LARESPOABILITA' PENALE E CIVILE IN SANITÀ (INFERMIERE) 28/06/02;
5. UTILIZZO ED IMPLEMENTAZIONE DI LINEE GUIDAE DI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI IN PSICHIATRIA (MEDICO CHIRURGO) 06/09/02;
6. "ALLORA, MI DICA...HACAPITO BENE?" "CERTO DOTTORE...MA... PERÒ...MI DICA LEI, COSA DEVO FARE?" (MEDICO CHIRURGO) 19/09/02;
7. D.Lgs. 626/94: LANORMATIVA DI SICUREZZAE LA RESPONSABILITÀ DELLADIRIGENZAMEDICA (MEDICO CHIRURGO) 26/10/02; 2003

2003

1. COMUNICARE CON GLI STRUMENTI INFORMATICI MULTIMEDIALI (MEDICO CHIRURGO) 21/05/03;
2. II GIORNATE EMATOLOGICHE SALERNITANE - LE EMERGENZE IN EMATOLOGIA (MEDICO CHIRURGO) 09/05/03;
3. II GIORNATE EMATOLOGICHE SALERNITANE - LE EMERGENZE IN EMATOLOGIA (TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO) 09/05/03;
4. STAGE SULLE MODALITÀ E LE TECNICHE DELLA COMUNICAZIONE INTERPERSONALE PER MEDICI, FORMATORI E TUTOR (MEDICO CHIRURGO) 07/05/03; 5. RISK MANAGEMENT: INTENSIVE COURSE - DALLAGESTIONE DELRISCHIO SANITARIO ALLE LINEE GUIDA(MEDICO CHIRURGO) 16/05/03;

6. LADIRIGENZAMEDICAFRAAZIENDALIZZAZIONE E ORDINAMENTO GIURIDICO (MEDICO CHIRURGO) 30/05/03;
7. CORSO DI FORMAZIONE SU QUALITÀ, RELAZIONE E GESTIONE PER MEDICI DIRIGENTI (MEDICO CHIRURGO) 30/05/03;
8. DALLACOMUNICAZIONE EFFICACE ALL'EFFICACIA DELLACOMUNICAZIONE (TUTTE LE PROFESSIONI) 03/07/03;
9. PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI E PROTOCOLLI MULTIDISCIPLINARI (MEDICO CHIRURGO) 26/09/03;
10. LATELEMATICACLINICANELLA LAVORO DELMEDICO E LA STRATEGIAECONOMICANEL SISTEMA SANITARIO MODERNO (MEDICO CHIRURGO) 21/11/03;
11. COULD CANCER BE TURNED INTO A CHRONIC DISEASE? NEW CHALLENGE IN PATIENTS MANAGEMENT (MEDICO CHIRURGO) 08/11/03; 2004

2004

1. LACREAZIONE DEL VALORE ATTRAVERSO LO SVILUPPO DELLE ABILITÀ DI LEADERSHIP (MEDICO CHIRURGO) 15/04/04;
2. I SISTEMI DI MONITORAGGIO, GESTIONE E PREVENZIONE DELCONTENZIOSO NELLE STRUTTURE SANITARIE (MEDICO CHIRURGO) 18/03/04;
3. I REGISTRI TUMORI COME STRUMENTI DI RICERCA E VALUTAZIONE DEI SERVIZI SANITARI (MEDICO CHIRURGO) 31/03/04;
4. I REGISTRI TUMORI COME STRUMENTI DI RICERCA E VALUTAZIONE DEI SERVIZI SANITARI (INFERMIERE) 31/03/04;
5. TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE DELPOLITRAUMATIZZATO DELLA STRADA (MEDICO CHIRURGO) 02/07/04;
6. CORSO ECM SU "CONSENSO INFORMATO IN MEDICINA" (MEDICO CHIRURGO) 10/09/04;
7. RISCHIO CLINICO: PREVENZIONE, GESTIONE E RESPONSABILITÀ DIRIGENZIALE (MEDICO CHIRURGO) 22/09/04;
8. CORSO DI FORMAZIONE IN COMUNICAZIONE PER MEDICI (MEDICO CHIRURGO) 06/10/04;
9. CORSO DI FORMAZIONE SUL NUOVO RUOLO DELMEDICO DIPENDENTE (MEDICO CHIRURGO) 08/10/04;
10. III GIORNATE EMATOLOGICHE SALERNITANE (MEDICO CHIRURGO) 15/10/04;

11. III GIORNATE EMATOLOGICHE SALERNITANE EMOPATIE DELL'ANZIANO (MEDICO CHIRURGO) 16/10/04;
12. RISCHIO CLINICO: PREVENZIONE, GESTIONE E RESPONSABILITÀ DIRIGENZIALE (MEDICO CHIRURGO) 23/10/04;
13. STAGE DI FORMAZIONE IN COMUNICAZIONE (MEDICO CHIRURGO) 18/11/04;
14. PROBLEMATICHE NORMATIVE, GESTIONALI, E TECNICHE NELLAPRATICATRASFUSIONALE IN AMBITO MEDICO E CHIRURGICO (MEDICO CHIRURGO) 26/11/04;
15. APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE AL PAZIENTE DISABILE (MEDICO CHIRURGO)

Nel campo della formazione a distanza, la SPEME ha potuto essere presente attraverso il rapporto di collaborazione con MEDI-K, ed anche questa attività ha portato alla partecipazione di oltre un migliaio di operatori.

Da alcuni mesi, la Sede nazionale è stata trasferita a Catania, in via Quieta 65, ed è stato iniziato il percorso finalizzato alla certificazione secondo le norme ISO 9000.

Questi primi tre anni sono stati veramente soddisfacenti e hanno consentito di gettare le basi per un'attività consolidata, che ci gioverà nel prossimo futuro.

*Alberto Catalano
Presidente Nazionale SPEME*



a cura di Stefano Biasoli e Luciano Mulas

Cure domiciliari Il modello integrato della Regione Piemonte La farmacovigilanza

f.to cm. 15x21

64 pagine - € 12,00

STRATEGIE DI FORMAZIONE ECM

La Sanità è in rapida evoluzione: le nuove tecnologie e l'economia condizionano ed impongono l'ottimizzazione della organizzazione.

CIMO-ASMD e SPEME hanno deciso di parlarne anche a Genova (18 marzo 2005). Inizieremo con una breve analisi della situazione economico organizzativa attuale delle aziende sanitarie per ricordare chi decide e come utilizzare al meglio le risorse economiche.

Valuteremo quindi le criticità attuali di sistema e le proposte di cambiamento, che in alcune Regioni stanno già prendendo corpo con realizzazioni concrete. I Relatori, coordinati da Giulio Cecchini, con la collaborazione di Giornalisti, sono: Direttori generali, Direttori sanitari, Professori universitari provenienti da Liguria, Piemonte, Lombardia e Toscana, Esperti di settore, ecc.

Concluderemo con una Tavola rotonda in cui, coinvolgendo rappresentanti istituzionali e politici, studieremo come scegliere, migliorare ed espandere queste esperienze, per rendere compatibili i costi della Sanità con la massima qualità di assistenza resa in favore dei pazienti.

Giulio Cecchini

CONGRESSO CIMO-ASMD "Sanità: lavori in corso" CBA - Centro Biotecnologie Avanzate - Genova, 18 marzo 2005

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome..... Nome.....
 Indirizzo....., n..... Città..... Prov.....
 Tel. E-mail
 Ente di appartenenza..... Professione.....
 Codice fiscale..... Data e luogo di nascita

Data..... Firma.....

Quota d'iscrizione: € 60,00; gratuita per iscritti CIMO, Il pagamento della quota può essere effettuato con invio di assegno bancario da inviare alla Segreteria organizzativa, oppure a mezzo bonifico bancario esente da spese intestato a Skyline - Banco di San Giorgio - Sede di Genova ABI 05526 CAB 01400 cod cin D C/C 11698 - intestato a Skyline di cui si dovrà inviare copia.

Le iscrizioni possono essere trasmesse anche via fax al n. 010/2474151, complete di copia del bonifico e/o assegno.

Dati fiscali per la fatturazione (qualora siano diversi da quelli già indicati)

Ragione sociale

Via Cap Città

Partita IVA

Per informazioni sulla sistemazione alberghiera, rivolgersi alla Segreteria organizzativa (Centro Biotecnologie Avanzate, presso Ospedale S. Martino-Genova).

Relativamente al trattamento dei dati personali, dichiaro di avere ricevuto l'informativa ai sensi dell'art.13 del D.L. 196/03

Data..... Firma.....

Digs n.196/03. La informiamo che i dati forniti saranno oggetto di trattamento (Art.13); saranno altresì adottate le misure di sicurezza previste dalla legge per garantire la riservatezza (Art. 31). I dati saranno gestiti internamente e non verranno ceduti a terzi, ma potranno essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). La informiamo inoltre che ha diritto (Art. 7) di richiedere la cancellazione o l'aggiornamento dei dati ed opporsi al trattamento per altre finalità con comunicazione scritta. Reso edotto dalle informazioni riportate, lei esprime il consenso al trattamento con la compilazione, la firma e l'invio del presente modulo.

C.B.A. - Centro Biotecnologie Avanzate - L.go Rosanna Benzi, 10 - 16132 GENOVA

9,20 - 9,40	Il sistema economico attuale	Dott. Rocco Gregis Dir.Gen.USL Treviglio
9,40 - 9,55	La garanzia di qualità dei processi assistenziali (Accreditamento istituzionale) (Convenzione)	Prof. Paolo Orlando Prof. Igiene, Progr.Organizzazione Sanitaria Università degli Studi di Genova
9,55 - 10,10	L'Assistenza nel territorio in una prospettiva di Sanità pubblica	Dott. Luigi Ferrannini Dir.Dip.Salute Mentale ASL 3 Genovese
10,10 - 10,30	La Criticità del Sistema	Dott. Fulvio Moirano Dir.Gen. A.O.S.Croce e Carlo - Cuneo
10,30 - 11,00	<i>Coffee Break</i>	
11,00 - 11,15	Area Vasta: Vantaggi e problematiche	Dott. Pierluigi Tosi D.M. U.O. Nefrologia e Dialisi ASL 10 Firenze
11,15 - 11,30	Area Vasta - Le Società della Salute	Dott. Carlo R. Tomassini Dir.San.USL 10 Firenze
11,30 - 11,45	Assistenza domiciliare e dimissioni protette	Dott. Ernesto Palummeri Dir.Dip.Ass.Anziani ASL 3 Genovese
11,45 - 12,00	L'evoluzione dei servizi: Medicina di Laboratorio - Diagnostica per Immagini	Dott. Guglielmo Bracco Dir.San.ASL 1 Imperiese
12,00 - 12,15	L'evoluzione dei servizi: Patologia Clinica - Laboratorio Diagnostica per immagini	Prof. Lorenzo E. Derchi Cattedra Radiologia Università degli Studi di Genova - Dir.Dip.Diagnostica Osp.S.Martino di Genova
12,15 - 12,45	La migrazione Sanitaria	Prof. Nicola Nante Prof. e Dir. Specialità Università degli Studi di Siena
12,45 - 13,15	Discussione con il pubblico	
13,15 - 14,30	<i>Pausa Pranzo</i>	
14,30 - 15,00	Il dipartimento per intensità di cura:	Dott. Mirko Grillo Dir.San. A.O.Santa Corona - Pietra L.(SV) Dott. Michele Orlando Resp.S.S.Programme e Organizz. ASL 1 Imperiese
15,00 - 15,10	L'esperienza Clinica	Dott. Walter Bozzo Dir.U.O.Urologia - A.O.Santa Corona - Pietra Ligure (SV.)
15,10 - 15,20	L'esperienza assistenziale infermieristica	Dott.ssa Angela Richeri Resp.Serv.Infermieristico - A.O.Santa Corona - Pietra Ligure (SV.)
15,20 - 15,40	La formazione	Dott.ssa Loredana Sasso Dir.U.O.Formaz.Aggiornam. A.O.S.Martino di Genova
15,40 - 16,00	Ergonomia della struttura ospedaliera	Arch. Alberto Altieri e Arch. Luca Cerutti - Studio Altieri
16,00 - 16,15	Normative contrattuali	Dott. Alberto Clivati V/Pres.Naz.Vicario CIMO ASMD Membro Comm.Naz.Problematiche socio-sanitarie del Ministero della Salute Membro Comm.Maxi emergenze istituita dalla Vicepresidenza del Consiglio
16,15 - 16,45	<i>Intervallo</i>	
16,45 - 18,00	TAVOLA ROTONDA - Partecipano: Ministero della Salute - Assessorato della Salute - Ordine dei Medici - Direttori Generali delle Aziende Sanitarie - Responsabili politici esperti di sanità - Università di Genova	

18,30 CHIUSURA DEI LAVORI

Richiesto Accreditamento ECM - Costo € 60 (IVA compresa)
gratuito per iscritti CIMO - SPEME

TRATTAMENTO ORMONALE
SOSTITUTIVO DELLA MENOPAUSA
E RISCHIO DI CANCRO AL SENO

Mario Ferrera

Sin dagli anni Novanta era stato avanzato il sospetto che l'assunzione di estrogeni e progestinici potesse aumentare il rischio di carcinoma della mammella. Si trattava, però, di pochi studi riguardanti un numero ristretto di donne, non controllati o eseguiti per altri scopi.

Da allora, numerosi studi si sono interessati al rapporto tra trattamento ormonale sostitutivo in menopausa (THS) e cancro al seno. A partire da una meta-analisi pubblicata nel 1997, almeno una quindicina di studi, ed uno studio randomizzato, hanno incrementato il numero delle pubblicazioni sull'argomento.

A confermare l'attualità dell'argomento è intervenuto recentemente un "avviso" della "Société Française du Cancer", pubblicato nel numero di gennaio della rivista ufficiale degli oncologi francesi: una presa di posizione degli oncologi d'oltralpe per fare chiarezza e dettare regole sulle conseguenze del "trattamento ormonale sostitutivo della menopausa", alla luce di recenti studi sull'argomento pubblicati su riviste internazionali.

Perché un trattamento ormonale sostitutivo in menopausa? Le indicazioni alla terapia ormonale erano, sino ad oggi, il trattamento dei disturbi del climaterio (vampate di calore, disturbi dell'umore, sudorazione notturna, secchezza vaginale, ecc.), così come la prevenzione ed il trattamento dell'osteoporosi. In sostanza, la terapia ormonale sostitutiva sopprime i sintomi legati alla carenza estrogenica con benefici dimostrabili, ma suscettibili di aumentare i rischi di altre malattie, tra le quali il cancro al seno.

La "meta-analisi di Oxford", pubblicata nel 1997 da Lancet, concludeva affermando che vi era un rischio di cancro del seno invasivo più elevato nelle donne che utilizzavano un THS, rispetto alle non utilizzatrici. L'aumento del rischio era legato alla durata del trattamento, diminuiva all'arresto del trattamento e scompariva del tutto dopo 5 anni dalla sospensione della terapia. Pubblicazioni recenti hanno puntualizzato rischi e benefici della terapia sostitutiva. Da qui la presa di posizione della "Société Française du Cancer".

Si tratta di due importanti inchieste: una anglosassone, l'altra americana. Lo studio di Cohorte "Million Women Study" (MWS), ha arruolato più di un milione di donne inglesi, di età compresa tra 50 e 64 anni. Tra il 1996 ed il 2001 le donne sottoposte ad una mammografia di screening ricevevano un questionario che, tra l'altro, chiedeva della eventuale assunzione passata o presente di THS.

L'eventuale comparsa di cancro al seno veniva annotata nei registri del National Health Service.

Lo studio conferma che, dopo un periodo di osservazione di 2,6 anni, vi era un aumento del rischio di cancro al seno associato alla assunzione di THS. Il rischio era direttamente dipendente dalla durata di utilizzazione della terapia ormonale sostitutiva ed era limitato al periodo di assunzione di THS. L'aumento del rischio è significativamente maggiore con le associazioni estro-

progestiniche, rispetto alla assunzione di preparati a base di soli estrogeni.

Rispetto alle donne che non fanno uso di THS il rischio è raddoppiato con una associazione estro-progestinica, mentre è incrementato del 30% con i soli estrogeni.

La Million Women Study ha anche valutato l'impatto sul rischio di cancro alla mammella di differenti forme di trattamento. Il risultato dello studio è che l'aumento del rischio non dipende, per quanto riguarda i preparati a base di estrogeni, né dal tipo di estrogeno (coniugato equino o estradiolo), né dalla dose somministrata, né dalla via di somministrazione (orale, transdermica o per impianto).

Per i preparati a base estro-progestinica, l'aumento del rischio non dipende né dal tipo di progestinico utilizzato (medrossiprogesterone acetato, noretisterone, levonorgestrel), né dallo schema di somministrazione (sequenziale o continuo).

Per quanto riguarda il tibolone, uno steroide di sintesi dotato di attività estrogenica, progestinica e androgenica, l'aumento del rischio è sovrapponibile alla terapia con preparati a base di soli estrogeni. Il rapporto del Million Women Study stima che un trattamento sostitutivo della menopausa basato su soli estrogeni somministrati per 5 anni a 1.000 donne di 50 anni, seguite fino all'età di 65 anni, causerebbe 1,5 tumori alla mammella in più rispetto a 1.000 donne non trattate.

Un trattamento estro-progestinico somministrato per 5 anni, è causa di 6 cancri in più.

Una terapia di 10 anni con soli estrogeni, o associati a un progestinico, determina, rispettivamente, 5 e 19 casi di tumori supplementari. Lo studio randomizzato americano "Women's Health Initiative" (WHI) dimostra in modo assai rigoroso che una associazione di un estrogeno coniugato e di medrossiprogesterone aumenta il rischio di cancro al seno, associato ad un aumento del rischio di tromboembolismo venoso e ad un possibile aumento di infarto del miocardio e di incidenti vascolari cerebrali.

Nel suo rapporto agli oncologi francesi la "Société Française du Cancer" raccomanda la "più grande prudenza nella prescrizione" di trattamenti ormonali sostitutivi, che pertanto devono essere "utilizzati soltanto per i disturbi del climaterio (per la prevenzione dell'osteoporosi esistono infatti trattamenti alternativi), al dosaggio minimo e per il più breve tempo possibile, informando le pazienti dei rischi e rivalutando regolarmente la situazione".

Nel rapporto, a conclusione, si raccomanda di non utilizzare in alternativa "prodotti la cui efficacia non è provata e i cui effetti a distanza non sono noti, come i fitoestrogeni o la DHEA".

Mario Ferrera
Oncologia Medica, ASL9 Trapani

Dati e referenze citate nell'articolo sono tratti da Lancet 1997 e 2003, nonché da JAMA 2002 e 2003.

CLINICAL RISK MANAGEMENT: ESPERIENZE E PROGETTI

Davide Roncali

L'occasione per riprendere il discorso sul clinical risk management, termine anglosassone che significa essenzialmente gestione del rischio clinico nelle strutture sanitarie, ci è stata fornita partecipando ad un interessante Convegno sull'argomento, tenutosi di recente a Vasto, ridente cittadina abruzzese, e fortemente voluto da Angelo Muraglia, chirurgo pugliese che si occupa in prima persona della materia nella ASL di Lanciano-Vasto, in staff con la Direzione generale.

L'incontro è stato aperto dalle riflessioni di Nicola Carlesi, medico psichiatra e parlamentare, che dirige anche il Dipartimento nazionale delle politiche sulla droga, il quale ha riferito di come egli abbia desiderato che siano messe a punto idonee linee-guida anche nel campo delle tossicodipendenze, sino ad oggi troppo basato sull'autoreferenzialità; successivamente è intervenuto il direttore generale dell'azienda, Avv. Elio Tilli, che ha voluto dimostrare il proprio interesse rispetto alla tematica presenziando per l'intera giornata al Convegno e che ha anche invitato l'uditorio a ragionare sulla grave "crisi di assicurabilità" delle aziende sanitarie, che nel caso di Lanciano-Vasto ha costretto il loro broker a rivolgersi addirittura ad una Compagnia australiana, poiché quelle già sul mercato nel nostro Paese si erano di fatto rifiutate di partecipare alla gara.

L'errore di per sé, come ormai unanimemente riconosciuto, deve essere considerato inevitabile ed insito nella quotidiana pratica medica e degli altri operatori impegnati nelle strutture sanitarie; l'attività svolta infatti è estremamente "variabile" e molto dinamica in rapporto proprio a quelle che sono le più disparate esigenze dell'utenza, che è formata da pazienti tutti così diversi fra loro ed assolutamente peculiari nei propri bisogni di salute.

A questo proposito, il prof. Di Giannantonio, dell'Università di Chieti, ha invitato a diffidare dell'abitudine tutta "umana" a "credere" fideisticamente a qualcosa che viene considerato maggiormente "probabile", conformando a tale presunzione tutto il proprio agire, e non invece a quello che si ricava da un ragionamento pragmatico e dal sapere applicato; troppo spesso infatti il cervello tende ad affidarsi a regole approssimative e preferisce le scorciatoie e basarsi sull'intuito puro e semplice, che di frequente può poi condurre ad errare.

Un approccio decisamente più pragmatico al problema della prevenzione nel senso della "gestione" del rischio è quello che è stato proposto dal gruppo dell'Università "Bocconi" di Milano; infatti la dott.ssa Lisa Cosmi, economista del CER-GAS (Centro di ricerca sulla gestione sanitaria e sociale) si è preoccupata di impostare il ragionamento a partire dal fabbisogno di base per arrivare quindi allo sviluppo di competenze e professionalità specifiche, grazie a strumenti operativi adeguati.

Tutto ciò non potrà prescindere dall'analisi puntuale di alcuni fattori ambientali, ovvero di quelli che sono i nuovi "bisogni" dei cittadini-pazienti, la maggior richiesta di "appropriatezza" delle cure nella quasi errata convinzione che esisterebbe un qualche remoto "diritto" di guarire, e la crescente litigiosità che tutte si affiancano inoltre all'esistenza di ambienti caratterizzati da esasperata competitività.

Senza altro esiste la necessità di dare "organizzazione" alla presenza di questi nuovi bisogni, anche se in questa prima fase una piccola indagine svolta sull'operato delle diverse aziende sanitarie ha dimostrato che la maggioranza di queste sembra essersi limitata all'utilizzo di alcuni soltanto fra gli strumenti potenzialmente disponibili, ovvero all'organizzazione di clinici e di sistemi di "incident reporting", trascurando invece di svolgere preventivamente, a livello di Direzione aziendale, un'accurata analisi sulla reale "fattibilità" di determinati sistemi in rapporto alle diverse realtà aziendali.

In buona sostanza, esisterebbero due diversi approcci possibili al tema del "rischio": l'uno essenzialmente "positivo", ovvero basato sulla qualità, l'appropriatezza e la professionalità degli interventi; l'altro, che può essere definito "negativo", orientato solamente verso la riduzione dell'errore in rapporto al rischio cosiddetto "puro", trascurando di fatto tutta quella vasta messe di errori "latenti", che potrebbero invece essere all'origine di successivi plurimi comportamenti da considerarsi inadeguati. Sembra pertanto auspicabile un approccio maggiormente "estensivo" rispetto al rischio, svolto in qualche modo in staff con la Direzione sanitaria e l'Ufficio-qualità aziendale, e semmai affiancato da un gruppo di lavoro ad hoc, che potrebbe consentire nel concreto lo strutturarsi di un modello "integrato", nell'ottica più moderna ed attuale, che dovrebbe in ultima analisi condurre verso la cd. "governance", ovvero il "governo clinico", quasi unanimemente considerato la "nuova frontiera" nella gestione dei sistemi sanitari complessi.

Sembra utile inoltre la preventiva condivisione da parte degli operatori di un "glossario", analogo a quello pensato dalla Commissione ministeriale coordinata dal dott. Filippo Palumbo, già Dirigente regionale in Veneto, che consenta di arrivare poi alla "sistematizzazione" di un intervento mirato, ovvero si dovrebbe partire da un processo di apprendimento individuale/collettivo, che solo in un secondo momento dovrebbe condurre ad un miglioramento complessivo della "qualità" dei servizi forniti all'utenza.

Su questa stessa falsariga si è mosso anche l'intervento di Quirino Piacevoli, primario anestesista del "S. Filippo Neri" di Roma, membro della succitata Commissione ministeriale, nonché Presidente della neonata società scientifica di "clinical risk management", che ha raccomandato di abbandonare l'approccio configurato esclusivamente sui cd. errori "medici", in quanto la realtà è assai diversa e gli errori od i "quasi-errori" attengono ormai a tutta la complessità delle diverse figure professionali operanti nel "sistema".

Proprio in questi mesi la Commissione starebbe preparando un nuovo questionario da inviare alle diverse aziende, che possa consentire di gettare le basi per la creazione di un vero e proprio "registro" nazionale degli eventi avversi; in questo contesto sembra assolutamente necessario prevedere anche che tutti i tipi di segnalazione siano del tutto "anonimi", e questo a garanzia degli operatori tutti ma in ultima analisi anche del sistema stesso.

I diversi sistemi di "gestione" che verranno sperimentati nelle realtà aziendali dovranno pertanto innanzitutto essere condivisi dagli operatori che prestano servizio in queste diverse realtà

ed eventuali supporti esterni dovranno "limitarsi" soltanto alla fornitura di adeguata "metodologia" di approccio al problema. In questo particolare sembra importante anche individuare preventivamente l'esatta "provenienza" dell'errore, che potrà essere appannaggio della sfera più propriamente riguardante il paziente, ma che altrettanto di frequente potrà invece riguardare l'ambito dei "macchinari" utilizzati in clinica, riguardare il "nursing" nel suo complesso, ovvero la complessiva "organizzazione" aziendale; dovrà anche progressivamente far breccia il concetto di "medication", pur nella consapevolezza che gli errori in qualche modo devono essere considerati "inevitabili", ed appare più realistico il pensare a mettere gli operatori tutti nelle condizioni ideali per sbagliare di meno.

A discutere della crisi di "assicurabilità" del sistema ci ha poi pensato Romina Colciaco che lavora a Milano presso il broker Ravasini-Viganò e che si è dilungata su quelli che sono i costi "diretti", "indiretti" e quelli non meno importanti che devono essere considerati in qualche modo "nascosti", ma che possono incidere anche pesantemente sul bilancio aziendale.

Sino ad oggi il mercato assicurativo nel suo complesso non sembra essere ancora stato concretamente coinvolto in modo diretto ed esplicito nel "problema" di quelle che sono le molteplici "peculiarità" connesse all'attività delle aziende sanitarie, e non bisogna mai dimenticare che le imprese assicuratrici sono società con scopo di lucro, che non operano di certo per ragioni di socialità, pertanto fanno i conti innanzitutto con quelli che sono i costi almeno "presumibili", che potrebbero meglio quantificarsi grazie all'accurata e preventiva conoscenza dei dati riguardanti la sinistrosità, sia nell'ambito aziendale che in ambito regionale.

Tutta questa grande messe di potenziali dati sino ad oggi mancherebbe quasi del tutto, ovvero non verrebbe raccolta ancora in maniera sistematica e rimarrebbe il più delle volte patrimonio esclusivo delle diverse aziende, specie se non è stato previsto all'interno della medesima un efficiente e moderno sistema di gestione complessiva del contenzioso e di risarcimento dei danni.

Per ritornare alla realtà clinica desideriamo soffermarci brevemente su quanto ha riferito il prof. Giuseppe Scesi, anestesista dell'Università di Chieti, che innanzitutto ha voluto ricordare come sia dovere del medico quello di "curare" e diritto del malato quello di essere "curato" (cosa ben diversa dall'ipotetico e peraltro impraticabile "diritto di guarire").

La pratica anestesiológica e rianimatoria espone inevitabilmente il medico ad una serie di gravi rischi concreti di incorrere in "errori" in rapporto alla sospensione del respiro spontaneo del paziente, alla procurata paralisi muscolare, alla perdita della coscienza, all'uso di plurimi cocktail di farmaci potenzialmente lesivi, all'invasività delle diverse tecniche ed alle connesse manovre cruente, naturalmente il tutto rapportato alle pre-esistenti e concomitanti condizioni "critiche" di quel tipo di malato.

In letteratura sono numerosi gli studi che, sia nel mondo anglosassone ma anche in Europa, si sono soffermati ad indagare la complessa realtà dell'errore in questa particolare branca specialistica ed ancora nel 2002 Lagasse ricordava fra gli altri come sia da aspettarsi ancor oggi almeno una morte ogni 13000 anestesie praticate.

Nel contesto poi della diagnostica per immagini, L. Sparvieri, radiologo di Vasto, ha voluto segnalare come troppo spesso l'errore possa derivare da un errore di "percezione", ovvero a come molte volte di fronte ad un medesimo dato obiettivo possa derivare una anche significativa diversità di "interpretazione".

E peraltro l'errore può rivelarsi essere formidabile fonte di apprendimento per il clinico, nel senso che proprio dalla sistematica analisi degli errori potrà derivare una nuova e migliore tecnica operativa per gli operatori tutti.

Si è dichiarato d'accordo su questo operando anche il dott. Eduardo Marchese, primario chirurgo a Vasto, che ha manifestato la propria volontà di perseguire concretamente nell'unità operativa lo sviluppo di strategie e l'implementazione di strumenti di prevenzione dell'errore che contribuiscano alla minimizzazione degli errori medesimi.

A questo proposito si è ulteriormente soffermato sull'importanza dell'acquisizione di un consenso realmente "informato", che molto abbia di sostanza e ben poco di forma, che sia preventivo al successivo agire chirurgico, nonché sulla necessità di porre in essere l'atto chirurgico, che di per sé è traumatico, invasivo e potenzialmente pericoloso, nel più assoluto rispetto di tutte le buone regole comportamentali, senza trascurare quelli che sono rischi ancor maggiori e che talora vengono sottostimati, correlati alla pratica della chirurgia per via laparoscopica, che tanta parte occupa ormai in questo particolare settore della medicina.

La seconda parte del Convegno ha visto la partecipazione di medici legali e magistrati ed è stata maggiormente incentrata sulle "perizie" e sui "periti", nonché sulle molteplici sentenze delle diverse Corti di merito, che nel corso degli anni hanno trattato degli aspetti connessi alla "malpractice" dei sanitari.

Il prof. Aldo Carnevale, dell'Università di Chieti, si è soffermato sulla "qualità" della perizia, che dovrebbe essere sempre il risultato del procedere nel più rigoroso rispetto della corretta metodologia peritale e che dovrebbe sempre più giovare anche della collaborazione con altri specialisti nelle diverse branche che sono coinvolte dalla vicenda giudiziaria.

Purtroppo il parere medico-legale viene più spesso espresso in termini di "probabilità" che non invece di "certezza"; sarà pertanto proprio il rigore metodologico che consentirà di fornire una giusta "tutela" ai diversi soggetti coinvolti nella vicenda.

La metodologia utilizzata dovrà essere possibilmente condivisa, ancorché ci si sia ormai resi conto di come si debba rifuggire dall'eccessiva accondiscendenza nei confronti della medicina basata sulle evidenze (EBM) e delle cd. linee-guida, le quali molto spesso, come ha ricordato il prof. Alessandro Dell'Erba, medico-legale dell'Università di Bari, hanno dimostrato evidenti limiti specialmente laddove vengano applicate retrospettivamente rispetto agli eventi.

In sostanza non esiste nella realtà uno standard di comportamento che possa essere considerato valido sempre e comunque e la "concreta" condotta di "quel" particolare momento dovrà essere considerata in qualche modo l'"obbligazione" del medico, perché la medicina è principalmente "ars" e l'agire clinico dovrà essere ricostruito dal perito secondo una visione "ex ante", da considerarsi criterio corretto, e non "ex post", ciò che

>> segue a pag. 41