

CONTA L'APPARENZA O LA SOSTANZA?

Enrico Hullweck

Ogni malattia ha i suoi sintomi. Quella italiana, di non saper gestire correttamente formazione e aggiornamento dei suoi professionisti è, per esempio, una malattia cronica che ha un sintomo premonitore nell'incapacità istituzionale della politica di individuare un modello accettabile e stabile per il passaggio dagli istituti superiori (licei e simili) all'Università.

Da troppi anni si continua a cambiare formula degli esami di maturità e questo, certamente, è segno di ammissione di poca fiducia nei confronti della scuola italiana. Se ci fosse la sensazione positiva di una capacità di questa scuola a preparare, formare e correttamente selezionare gli studenti, nel corso degli anni, in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, il problema dell'esame di maturità sarebbe derubricato al rango di una cerimonia conclusiva di un cursus honorum e di un passaggio festoso alla Facoltà universitaria.

Purtroppo non è così e allora ci si dannava l'anima a trovare una formula che consenta ai soggetti preparati di andare avanti, sbarrando invece la strada a chi non lo merita. In vari anni ne abbiamo viste di tutti i colori: sì o no all'esame su tutte

le materie, sì o no ai quiz speciali, sì o no all'esame di pre-ammissione, sì o no al Commissario esterno e così via. Ogni Ministro ha cercato una formula sul come aprire o chiudere la porta di accesso alle Università, dimenticandosi che sarebbe stato più importante lavorare per preparare davvero gli studenti.

Nel corso degli anni, a partire dal fatto che sempre meno si fa per preparare gli insegnanti, abbiamo visto gradualmente calare la qualità della classe docente, sia sotto il profilo della preparazione culturale che sotto quello della capacità didattica. È pur vero che, dovendo reclutare quantità enor-

mi di insegnanti rispetto al passato (essendosi allargato l'accesso alle scuole alla quasi totalità della popolazione) non è più possibile evitare di mandare in cattedra anche degli autentici incapaci, ma bisogna considerare che per ogni insegnante fasullo si crea una classe di studenti abbandonati a se stessi.

Occorrerebbe, quindi, darsi da fare con interventi migliorativi su tutto l'arco del percorso scolastico senza continuare con masturbazioni mentali sugli esami di maturità.

Questo soprattutto alla luce dell'ideologia imperante che considera necessario il fatto che ogni studente possa essere condotto al "successo scolastico", dove per "successo" i

demagoghi pensano a promozioni politiche automatiche, mentre i benpensanti pensano al massimo livello di preparazione al quale può giungere uno studente, in rapporto alle proprie capacità, per farne poi un lavoratore in grado di rispondere di se stesso, evitando di costruire un esercito di disadattati con un diploma in tasca. Mi sono dilungato su di un sintomo della malattia italiana in tema di formazione e aggiornamento, ma il mio pensiero era in realtà rivolto alla cronica incapacità nostra di gestire correttamente la formazione e



l'aggiornamento dei medici.

Da quando mi sono interessato di sindacalismo medico e di gestione ordinistica della professione (e sono ormai trentacinque anni), ho partecipato a innumerevoli Commissioni di lavoro, sia a livello regionale che a livello nazionale, su questo delicato argomento.

Ho visto lavorare accanto a me il fior fiore degli esperti e posso dire che, pur in mezzo a tante riunioni inutili, ho visto anche programmi di lavoro seri, costruttivi, ricchi di potenziale efficacia. Ogni volta, però, per un motivo o per un altro, tutto il lavoro è finito nel cestino, con una rincor-

sa al “cupio dissolvi” raramente così regolare. Alla fine, i Pulcinella della società italiana si sono arresi e la montagna ha partorito il topolino: la Educazione Continua in Medicina (ECM). Ho atteso anni di rodaggio prima di esprimermi al riguardo, ma, adesso, lasciatemi pensare di tutto questo con una parolaccia. Io posso capire tutto, anche che si debba tenere in piedi il turismo congressuale e che molti Relatori universitari abbiano diritto di farsi qualche viaggetto qua e là a ridosso dei convegni. Capisco anche che il rito del Convegno, dove si perdono giorni per un’ora o una mezz’ora di vero apprendimento, è un business irrinunciabile, ma il giochetto di pensare alla preparazione dei medici con la raccolta dei punti mi fa rabbrivire. Siamo inflazionati da Convegni inutili o scarsamente formativi ai quali nessuno ha più il coraggio di negare una manciatina di quei preziosi punti dati come premio ECM. Così un medico che volesse farsi un po’ di viaggietti qua e là per la penisola potrebbe, alla fine, collezionare una raccolta punti in grado da farlo apparire come uno scienziato. È una storia che riecheggia quella dell’esame di maturità: anche qui non ci si impegna su quello che i medici (in modo analogo a quel che accade per gli studenti di liceo) dovrebbero imparare nel tempo per essere professionalmente capaci e gradualmente aggiornati: tutta l’attenzione si sposta sulla raccolta punti, così come nei licei tutto si sposta sull’esame di maturità e non sulla vera preparazione. Riusciremo mai a vedere una conclusione positiva di questa telenovela della formazione continua della classe medica?

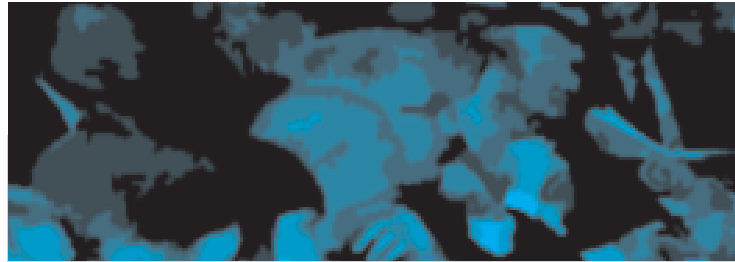
Se non accadrà sarà per ignavia o per ipocrisia: quell’ignavia e quell’ipocrisia sempre fiorenti nella nostra società, a partire dagli asili e dalle scuole elementari dove quest’anno (e anche nel mio cattolicissimo Veneto è successo) le maestre hanno abolito il presepe e i canti che ricordano Gesù bambino per non offendere i figli degli emigrati islamici che, superato ormai il milione in Italia, reclamano come un diritto l’abolizione di ogni simulacro di cultura cristiana.

Così, negli asili e nelle scuole, Natale non è più la nascita di Gesù, ma un giorno di “cagnara”, nel quale si mangia e si beve e si pensa ai regali e alle vacanze. Insomma, anche il Natale è stato derubricato ad una specie, mutatis mutandis, di raccolta-premi ECM.

La sostanza non conta più, né per il Natale, né per la formazione medica. Per non disturbare nessuno e per continuare la festa, restano soltanto i lustrini da un lato e la raccolta punti ECM dall’altro.

*Enrico Hüllweck
Sindaco di Vicenza*

UNA FINANZIARIA



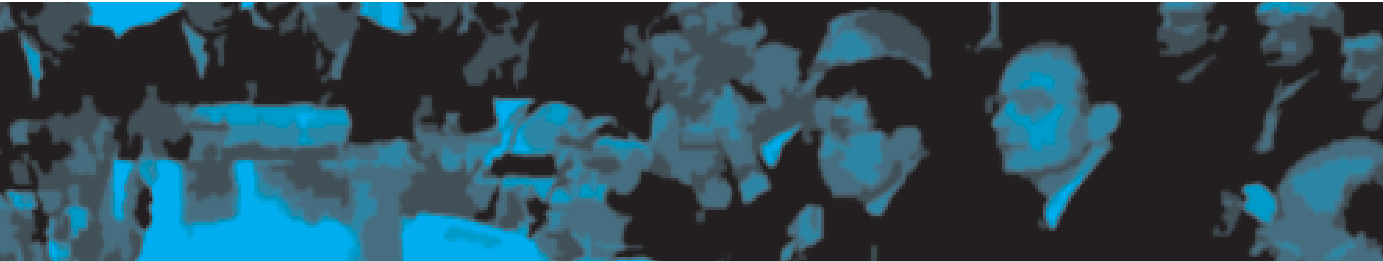
Con una tripla di voti di fiducia (il 18/11 la Camera in prima lettura; il 16/12 il Senato in seconda lettura ed ancora la Camera il 21/12 in terza lettura) è stata approvata la legge finanziaria per il 2007 (legge 27 dicembre 2006, n. 296).

Tuttavia, mai come quest’anno, Governo e Parlamento non possono andare orgogliosi del “mostro” che hanno partorito: un solo articolo con 1364 commi di difficilissima lettura, comprensione e, quindi, applicazione.

C’è da dire, tuttavia, che la responsabilità di una così brutta legge è quasi esclusivamente da attribuire al duo Prodi-Padoa Schioppa, quindi al Governo, visto che le Assemblee parlamentari, e addirittura le Commissioni Bilancio di Camera e Senato, non sono state messe nella condizione di analizzare, approfondire, emendare il provvedimento (disegno di legge), se non per una parte minima del suo elefantiasico contenuto. Non è certo la prima volta che assistiamo a “finanziarie omnibus”, e all’abuso dei voti di fiducia, per approvare leggi finanziarie ma, in precedenza, non si era vista una serie così ricca di vizi procedurali (come lucidamente denunciati da Valerio Onida, a pag. 16 de “Il Sole – 24 Ore” del 17/12/2006): assalto alla diligenza (riuscire ad inserire un comma nel maxiemendamento governativo significa vincere un terno al lotto); la sindrome da potenza legislativa, con invasioni di campo della legge di bilancio in materie ordinamentali e riservate; la sindrome da labilità e fantasia legislativa (così la legge finanziaria approvata è diversissima rispetto al disegno di legge presentato a fine settembre e contraddittoria rispetto al Dpef del luglio c.a.; inoltre la finanziaria 2007 ha modificato norme di legge di freschissima approvazione, come il d.l. Bersani 223/2006, convertito in legge 4 agosto 2006, n. 248 e lo stesso decreto fiscale Visco, n. 262/2006, convertito in legge 24 novembre 2006, n.

DA RECORD NEGATIVI

Carlo Sizia



286, come ha finito per inglobare norme che erano proprie del decreto legge Damiano del 10/11/2006 in materia di anticipo al 2007 della devoluzione del TFR per alimentare il flusso ai Fondi pensione, nonché norme proprie del disegno di legge-delega in materia di riordino della tassazione dei redditi da capitale).

Le conseguenze di questo cattivo modo di legiferare sono: confusione normativa; crescente incertezza del diritto; sfiducia nelle istituzioni da parte dei cittadini che, con questa congerie di norme, è ben difficile che non finiscano essi stessi, inconsapevolmente e incolpevolmente, “fuori legge”.

Paradigmatico di questo caos normativo è lo scandalo dell'emendamento Fuda (comma 1343 del maxiemendamento governativo): tale norma di fatto abbrevia il tempo di prescrizione dei reati contabili ed amministrativi, modificando la legge 20 del 1994. Secondo la Corte dei Conti tale norma, approvata nella legge finanziaria ultima, avrebbe causato “l'estinzione della maggior parte dei procedimenti di responsabilità amministrativa”, con gravi danni anche per l'erario (come ha precisato il Presidente Napolitano).

Di fronte allo scandalo causato da questo tentativo di “colpo di spugna” (che i maligni ritengono potesse giovare al Presidente della Regione Calabria, Loiero, e allo stesso Vice Presidente del Consiglio, Rutelli), il 27/12/2006 il Governo ha dovuto, in fretta e furia, abrogare il famigerato comma 1343 con uno specifico decreto legge, incorrendo tuttavia in un altro guaio procedurale: l'abrogazione di una norma di legge non ancora entrata in vigore.

Ed ora veniamo ai numeri: la correzione dei conti pubblici operata dalla legge di bilancio per il 2007 è attorno ai 35 mld di euro, 2/3 dei quali derivanti da incrementi del prelievo contributivo e fiscale (non era questa la proporzione indicata dal Dpef, ma in misura paritaria tra maggiori entrate e minori spese). In parti-

colare: vengono incrementate le aliquote IRPEF per i redditi medio-alti; viene sbloccata l'addizionale IRPEF dei Comuni, con possibilità di incrementare il prelievo dallo 0,5 allo 0,8 %; dall'1/11/2007 i Comuni avranno competenze su catasto e revisione delle relative rendite (con conseguenti probabili incrementi dell'ICI); si riduce il cuneo fiscale per le imprese, in modo crescente nel triennio 2007-2009 e con modesti vantaggi solo per i lavoratori dipendenti privati; sono aumentati i pedaggi autostradali; crescono le tariffe dei treni; viene reintrodotta la tassa di successione ed i Comuni potranno istituire una tassa di scopo per finanziare opere pubbliche; ci saranno “bonus” per chi acquista frigoriferi a basso consumo energetico, rottama una vecchia auto o ne acquista una nuova “euro 4 o euro 5”, ma viene nel contempo incrementato il bollo-auto; viene posto un tetto alle retribuzioni dei managers pubblici (500 mila euro); viene introdotta una sanatoria per far emergere i lavoratori in nero; sono previste risorse (poche) per le infrastrutture e per contrastare il precariato; scatta dal 2007 il trasferimento del TFR inoptato all'INPS per le aziende con più di 50 dipendenti; vengono incrementati i contributi previdenziali per i lavoratori atipici, per i lavoratori autonomi e per quelli dipendenti, pubblici e privati, ecc. Per la Sanità pubblica: sono confermate le risorse (di cui Vi avevamo detto sul n. 6/2006 di questo Giornale), che registrano un incremento rispetto agli anni precedenti, ma che rimangono certamente sottostimate già rispetto ai bisogni attuali; il ticket sul Pronto Soccorso viene limitato ai soli codici bianchi e ridotto nel suo importo (25 euro), con esclusione dei ragazzi sotto i 14 anni e per i traumatismi e avvelenamenti acuti; è confermato il ticket (aggiuntivo) di 10 euro sulla ricetta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (esenti esclusi); si tenta (in modo veramente poco lungimirante) di ridurre la spesa

(di 160 milioni di euro in tre anni) per le protesi mediche e le tecnologie diagnostiche, tarpando così le ali all'eccellenza assistenziale; vengono introdotti (comma 565) vincoli e tetti all'assunzione del personale dipendente da parte degli enti del S.S.N., ecc.

La legge finanziaria non si è invece "ricordata" di finanziare, in tempo ed adeguatamente, il contratto (scaduto fin dal 31/12/2005) del pubblico impiego, e così sappiamo già ora che il rinnovo del nostro contratto (1° biennio 2006-2007) non avverrà prima del 2008, e con risorse insufficienti (3.544 milioni di euro in 3 anni, di cui 2.193 nel 2008, per 3.500.000 addetti). In modo sorprendente, sconfessando la legge finanziaria per il 2003 (L. 289/2002), tornano ad essere soggetti al contributo obbligatorio ONAOSI solo "tutti i sanitari dipendenti pubblici, iscritti ai rispettivi ordini professionali italiani dei medici, veterinari e farmacisti,..." escludendo quindi l'obbligatorietà per i Collegi convenzionati con il S.S.N.

Unico significativo miglioramento, nel corso dell'iter parlamentare del disegno di legge, è che è stata cancellata la norma (certamente incostituzionale) che prevedeva il prelievo del 3%, e per tre anni, sulle pensioni di importo superiore ai 5.000 euro mensili lordi (ma temo che tale norma possa ricomparire quando verrà affrontato, prossimamente, lo spinoso tema-pensioni). Come vedete, si abbatte sui cittadini italiani, sulla nostra categoria in particolare e su tutto il "ceto medio", una grandinata di tasse. In concreto, la legge finanziaria 2007 "si mangia" i benefici contrattuali acquisiti dai medici dipendenti a regime del quadriennio 2002-2005. Se alla correzione di bilancio di 35 mld di euro della legge finanziaria aggiungiamo poi gli effetti del decreto fiscale Visco (manovra d'autunno) e quelli del prossimo disegno di legge-delega sul riordino della tassazione dei redditi da capitale, nonché quelli prodotti dalle leve fiscali messe in mano alle autonomie locali (sblocco delle addizionali IRPEF e IRAP, incremento ICI), possiamo realisticamente dire che gli effetti indotti dalla complessiva "manovra finanziaria per il 2007" saranno vicini ai 50 mld di euro (100.000 miliardi delle vecchie lire).

Ecco perché si tratta di una manovra "esagerata" nella sua negatività, un vero record. Concordo infatti con Mario Baldassarri (Vice Ministro dell'Economia nel passato Governo Berlusconi) quando afferma (pag. 39 de "Il Giornale" del 31/12/2006) che il Governo Prodi è partito con un fermo pregiudizio politico, nell'elaborare la legge finanziaria 2007, quello cioè di dimostra-

re che il Centro-destra "aveva lasciato allo sbando i conti pubblici", pregiudizio prontamente sconfessato da un aumento delle entrate, nel 2006, superiore di ben 38 miliardi di euro rispetto al 2005. Ma purtroppo le maggiori entrate prodotte dalla manovra 2007 si concentreranno nei "portafogli" di una dozzina di Ministeri, che le distribuiranno, anziché secondo illuminate strategie, portando avanti il solito, costoso, inefficiente gioco di potere e clientela politica, cioè la dispersione in "mille e mille prebende e manette varie", come prevede (con buona credibilità) lo stesso Mario Baldassarri.

La finanziaria 2007 può allora aspirare alla medaglia dei records di negatività:

- per la qualità veramente scadente della sua produzione legislativa (Cesare Beccaria si vergognerebbe);
- per la esorbitanza del prelievo fiscale e contributivo, a danni di tutti i cittadini, ma con accanimento sul "ceto medio";
- per la motivazione psico-politica che l'ha ispirata: il tentativo di "vendicarsi" del precedente Governo e di "punire" il ceto medio e il lavoro autonomo, categorie "colpevoli" di non aver creduto in Prodi e di non aver votato il Centro-sinistra;
- per la cecità politica rappresentata dal fatto di non aver capito e previsto che una manovra così "fuori misura" rispetto alle necessità non avrebbe che potuto rappresentare una "doccia fredda" rispetto all'iniziale ripresa economica del nostro Paese, il cui PIL nel 2007 è infatti già previsto in frenata, dalla stessa legge finanziaria, rispetto al 2006.

A questa brutta finanziaria il Ministro Padoa Schioppa ha prestato, purtroppo, la sua faccia di "tecnico dei conti" ed il Presidente Napolitano, anche se storcendo la bocca, ha apposto infine la propria firma.

Speriamo solo che Dio, e tutti i Santi, non consentano a Prodi e Compagni di fare ancora quattro leggi finanziarie, dopo questa. Comunque, auguri a tutti e Buon Anno.

Carlo Sizia

Nella Sezione "Documenti" sono riportati i commi più significativi, secondo noi, della legge 296/2006.

Inquinamento da mercurio e restrizioni alla commercializzazione

Amalia Sartori

Il mercurio e i suoi componenti sono estremamente tossici per gli esseri umani, l'ecosistema e la fauna selvatica. L'inquinamento da mercurio, inizialmente ritenuto un problema acuto e a carattere locale, è ormai riconosciuto come un problema diffuso e cronico a livello planetario. Il mercurio è persistente e nell'ambiente può trasformarsi nella forma più tossica di questa sostanza: il metilmercurio. L'esposizione al metilmercurio avviene principalmente attraverso l'alimentazione. Il metilmercurio si deposita e si concentra soprattutto nella catena alimentare acquatica

e costituisce un rischio soprattutto per le popolazioni che consumano grandi quantità di pesce e di molluschi (in particolare nelle zone costiere del Mediterraneo).

Anche l'esposizione diretta al mercurio attraverso l'inalazione di vapore e l'assorbimento percutaneo costituisce un rischio sanitario. Sebbene il mercurio sia emesso da fonti naturali, le emissioni aggiuntive provenienti da fonti antropiche, come la combustione del carbone e l'utilizzo di mercurio nei prodotti, hanno determinato aumenti significativi di concentrazioni nell'ambiente. Da qui la necessità di ridurre le emissioni di origine antropica nell'ambiente mediante provvedimenti intesi al controllo delle emissioni o provvedimenti applicati alle prime fasi del ciclo del mercurio, quali l'offerta e l'utilizzo. E da qui la necessaria revisione della legislazione esistente che risaliva al ben lontano 1976.

La domanda mondiale di mercurio è di circa 3.600 tonnellate all'anno, di cui circa 300 nell'UE. Uno degli impieghi significativi del mercurio nell'UE è negli amalgami dentali, oggetto della legislazione comunitaria sui dispositivi medici e sulla gestione dei rifiuti. In base alle informazioni disponibili, l'80-90% del mercurio utilizzato nelle apparecchiature di misura e con-



trollo è destinato ai termometri clinici (per la temperatura corporea) e ai termometri per uso domestico. Sebbene l'utilizzo del mercurio si stia riducendo, le quantità rimangono significative: si stima che nell'UE siano impiegate 33 tonnellate di mercurio all'anno per le apparecchiature di misura e controllo e su base annua circa 25-30 tonnellate di mercurio sono immesse nel ciclo solo attraverso i termometri.

La nuova legislazione

Nel gennaio 2005 la Commissione ha adottato una comunicazione relativa alla strategia comunitaria sul mercurio, suffragata da una valutazione d'impatto estesa (VIE). La strategia considera l'effetto del mercurio a livello globale e propone provvedimenti per tutelare la salute umana e l'ambiente dalle emissioni di mercurio mediante un'analisi del ciclo di vita che tenga conto della produzione, dell'utilizzo, del trattamento dei rifiuti e delle emissioni. La proposta costituisce una modifica della direttiva 76/769/CEE relativa alle restrizioni in materia di immissione sul mercato e di uso di talune sostanze e preparati pericolosi, la cui base giuridica è l'articolo 95 del Trattato.

Al fine di ridurre la richiesta di mercurio da utilizzare nei prodotti e di accelerarne la sostituzione, la VIE indica che sarebbe opportuno introdurre una restrizione a livello comunitario della commercializzazione di apparecchiature di misura e controllo contenenti mercurio destinate all'uso di privati e, con alcune eccezioni, nel settore sanitario. Mentre la maggior parte dei dispositivi di controllo destinati all'uso domestico, ad esempio i termostati, rientrano nell'ambito della direttiva 2002/95/CE (1), apparecchiature di misura quali i termometri per la temperatura corporea e ambientale, i barometri, gli sfigmomanometri e i manometri, il cui funzionamento non è legato alla corrente elettrica, non sono disciplinati da detta direttiva e sono oggetto della nuova regolamentazione.

Un intervento comunitario in questo settore è giustificato dalle quantità relativamente elevate di mercurio ancora impiegate per la produzione di apparecchiature di misura e dai rischi associati a tali impieghi. Le restrizioni relative ai termometri per la temperatura corporea e ad altre apparecchiature di misura destinate all'uso di singoli coprono la maggior parte degli impieghi e delle emissioni di mercurio di questa categoria di prodotti. Per i rimanenti impieghi specializzati nel settore scientifico e industriale non sono disponibili alternative, o, quando esistono, sono molto onerose. Applicare restrizioni a tale categoria di prodotti non sarebbe proporzionato; inoltre esistono sistemi di raccolta e di recupero del mercurio eliminato da questi prodotti. Si tratta di un provvedimento tecnicamente ed economicamente appropriato per escludere il mercurio dal flusso dei rifiuti urbani, poiché le fonti sono piuttosto limitate.

Obiettivo della direttiva è introdurre disposizioni armonizzate sul mercurio applicando restrizioni alle apparecchiature di misura ed evitando in tal modo l'immissione di sensibili quantità di mercurio nel flusso dei rifiuti, al fine di contribuire ad assicurare un elevato livello di protezione della salute umana e dell'ambiente, preservando nel contempo il mercato interno in conformità dell'articolo 95 del Trattato.

A livello mondiale il mercurio è ancora utilizzato primariamente nell'estrazione artigianale dell'oro, nelle batterie e nell'industria dei cloro-alcali, responsabili del 75% del consumo totale. Oggi solo l'uso nell'industria dei cloro-alcali è significativo nell'UE, sebbene il processo con celle a mercurio venga progressivamente abbandonato.

Il livello di emissioni di mercurio nell'ambiente è diminuito, poiché in un numero crescente di casi i rifiuti

delle apparecchiature vengono raccolti e il mercurio è recuperato, tuttavia il tasso di emissioni resta significativo. Secondo "RPA 2002"⁽²⁾ le emissioni nell'aria ammonteranno a circa 8 tonnellate all'anno, partendo da un consumo annuo di 33 tonnellate di mercurio nelle nuove apparecchiature di misura e controllo, con l'aggiunta di 27 tonnellate nei vecchi dispositivi immessi nel flusso dei rifiuti. È tuttavia difficile quantificare il volume eliminato nel corso del tempo, poiché queste apparecchiature hanno una lunga durata di vita. Numerosi prodotti contenenti mercurio destinati ai consumatori finiranno nelle discariche, con un rischio di lisciviazione lenta ma prolungata.

Alcuni strumenti contenenti mercurio in caso di rottura possono causare una dispersione nelle abitazioni. In base ai risultati di uno studio effettuato da RPA nel 2002 la maggior parte delle apparecchiature di misura destinate ai consumatori (circa due terzi) attualmente viene importata nell'UE. Numerosi termometri e altre apparecchiature di misura sono importate dalla Cina, dall'India e dal Giappone. All'interno dell'UE i principali produttori sono il Regno Unito e la Germania (RPA 2002). L'Europa è la principale zona di produzione di strumenti destinati a impieghi tecnici e scientifici, l'altra fonte principale è l'Estremo Oriente. Per le apparecchiature di misura destinate all'uso domestico sono disponibili soluzioni sostitutive a prezzi analoghi, pertanto il processo di sostituzione è già ben avviato. Gli studi disponibili e le informazioni fornite dall'industria mostrano che la situazione è molto meno chiara per quanto riguarda le apparecchiature di misura specialistiche, destinate a impieghi industriali e scientifici. In numerosi casi non esistono sostituti adeguati e quelli disponibili hanno prezzi sensibilmente più elevati.

La proposta limita la commercializzazione di nuove apparecchiature di misura. Tale restrizione non si applica alle apparecchiature già utilizzate o vendute di seconda mano. L'obiettivo a breve termine è ridurre la quantità di mercurio immesso nell'ambiente. Poiché la quantità di mercurio contenuto nelle apparecchiature esistenti presso privati è superiore a quella rappresentata dalla vendita di apparecchiature nuove, la Commissione intende effettuare uno studio distinto per esaminare questo problema.

A medio e lungo termine ogni impiego rimanente dovrebbe essere subordinato a un'autorizzazione a norma della nuova regolamentazione in materia di sostanze chimiche, REACH, in corso di approvazione.

Disposizioni vigenti nel settore oggetto della proposta

Diversi prodotti contenenti mercurio sono già stati oggetto di divieti o di restrizioni in alcuni Paesi, quali Danimarca, Francia, Paesi Bassi e Svezia. Sebbene la portata delle restrizioni sia variabile, in quasi tutti i casi la maggior parte degli impieghi professionali è esclusa dall'ambito di applicazione di queste disposizioni nazionali.

Principio di sussidiarietà

Tutti gli Stati membri che hanno espresso un parere si sono dichiarati favorevoli alle restrizioni comunitarie relative al mercurio in occasione di una discussione nell'ambito del gruppo di lavoro preposto all'applicazione della direttiva 76/769/CEE, nonché nelle risposte al documento di consultazione della Commissione sul mercurio. Non appare inoltre opportuno affrontare il problema mediante obiettivi, poiché tale soluzione comporterebbe provvedimenti diversi a livello di Stati membri, con conseguenti distorsioni del mercato interno e una minore efficacia delle disposizioni volte a tutelare la salute e l'ambiente. Una restrizione a livello comunitario relativa a determinate apparecchiature di misura contenenti mercurio risulterebbe più efficace dell'adozione di singoli provvedimenti da parte degli Stati membri. La direttiva proposta stabilisce norme uniformi per la circolazione dei prodotti nel mercato interno. Tale provvedimento contribuisce inoltre ad assicurare un alto livello di protezione della salute e dell'ambiente. In sintesi, la modifica proposta alla direttiva 76/769/CEE costituisce il solo modo per raggiungere pienamente detti risultati.

Note

¹ Direttiva 2002/95/CE del 27 gennaio 2003, sulla restrizione dell'uso di determinate sostanze pericolose nelle apparecchiature elettriche ed elettroniche (GU L 37 del 13.12.2003, pag. 19).

² RPA(2002). Risk to health and the environment related to the use of mercury products (Rischi per la salute e per l'ambiente legati all'impiego di prodotti a base di mercurio). Relazione redatta dalla Risk and Policy Analysts Ltd. per la DG Imprese della Commissione Europea

AUTORIZZAZIONE DEI MEDICINALI E DICHIARAZIONE SCRITTA SUI PRINCIPI ATTIVI FARMACEUTICI

Amalia Sartori

Nessun medicinale (ad eccezione, a determinate condizioni, dei medicinali radiofarmaceutici preparati al momento dell'impiego) può essere messo in commercio in uno Stato membro se non è stata rilasciata un'autorizzazione in tal senso dalla competente autorità di tale Stato o dall'Agenzia europea per la valutazione dei medicinali.

Solo i richiedenti con sede nella Comunità possono ottenere un'autorizzazione di immissione sul mercato. La richiesta di autorizzazione deve essere accompagnata da un certo numero di informazioni e documenti precisi che specifichino quanto segue: composizione del medicinale, metodo di fabbricazione, indicazioni terapeutiche, controindicazioni ed effetti collaterali, posologia, modo e via di somministrazione, durata presunta di stabilità, misure precauzionali e di sicurezza (stoccaggio, gestione, eliminazione dei rifiuti, rischi per l'ambiente), descrizione dei metodi di controllo impiegati dal fabbricante, risultati della sperimentazione e, infine, copia dell'autorizzazione all'immissione sul mercato ottenuta in un altro Stato membro o Paese terzo.

La procedura centralizzata di autorizzazione sarà obbligatoria per:

- i medicinali provenienti dalla biotecnologia;
- i medicinali orfani;
- i medicinali contenenti una sostanza attiva completamente nuova la cui indicazione terapeutica consista nel trattamento della sindrome di immunodeficienza acquisita, del cancro, di una malattia neurodegenerativa, ovvero del diabete.

A decorrere dal 20 maggio 2008, la procedura sarà

obbligatoria per i medicinali per uso umano contenenti una nuova sostanza attiva e la cui indicazione terapeutica consista nel trattamento di malattie autoimmuni e di altre disfunzioni immunitarie, nonché delle malattie virali. La procedura centralizzata di autorizzazione è facoltativa per:

- gli altri medicinali contenenti una nuova sostanza attiva;
- i medicinali che costituiscono un'innovazione terapeutica, scientifica o tecnica, ovvero un interesse a livello comunitario.

Del pari, possono essere oggetto di un'autorizzazione i medicinali immunologici veterinari riguardanti malattie oggetto di provvedimenti comunitari di profilassi. Infine, i medicinali generici relativi a quelli di riferimento autorizzati dalla Comunità possono essere oggetto di una procedura di autorizzazione decentralizzata, a condizione che venga mantenuta l'armonizzazione acquisita a livello comunitario.

Autorizzazione dei medicinali per uso umano

Il Comitato dei medicinali per uso umano dell'Agenzia europea dei medicinali è incaricato di preparare i pareri di quest'ultima su ogni questione attinente la valutazione dei medicinali destinati al consumo da parte dell'uomo.

Ogni domanda di autorizzazione presentata deve essere accompagnata dalle informazioni e dai documenti di cui alla direttiva 2001/83/CE che istituisce un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano, nonché dal canone dovuto all'Agenzia. La domanda deve contenere anche una dichiarazione che attesti che i test clinici effettuati al di fuori dell'UE rispondono ai principi delle buone procedure cliniche e ai requisiti etici di cui alla direttiva 2001/20/CE sulle buone procedure cliniche per lo svolgimento di test clinici di medicinali previsti per uso umano.

Ogni decisione di autorizzazione deve essere presa sulla base dei criteri scientifici riguardanti la qualità, la sicurezza e l'efficacia del medicinale di cui si tratta. Questi tre criteri consentono di valutare il rapporto beneficio/rischio di ogni medicinale. Il comitato verifica innanzitutto che esistano le condizioni per il rilascio di un'autorizzazione di commercializzazione. In caso contrario, il richiedente ne viene immediatamente informato e può segnalare all'Agenzia, entro quindici giorni, la sua intenzione di richiedere un riesame del parere.

Il comitato deve di norma rilasciare il proprio parere

entro duecentodieci giorni dal ricevimento della domanda. Tale analisi può comportare un test sul medicinale, sulle sue materie prime ovvero sui prodotti intermedi, nonché un'ispezione del luogo di fabbricazione del medicinale di cui si tratta.

Entro quindici giorni dal ricevimento del parere, la Commissione prepara un progetto di decisione riguardante la domanda, che può contenere l'autorizzazione di commercializzazione. Se tale progetto non è conforme al parere dell'Agenzia, la Commissione vi aggiunge un allegato da trasmettere agli Stati membri e al richiedente, nel quale vengono spiegati i motivi della propria valutazione divergente. La Commissione adotta una decisione definitiva, in conformità della procedura, entro quindici giorni dal termine di quest'ultima.

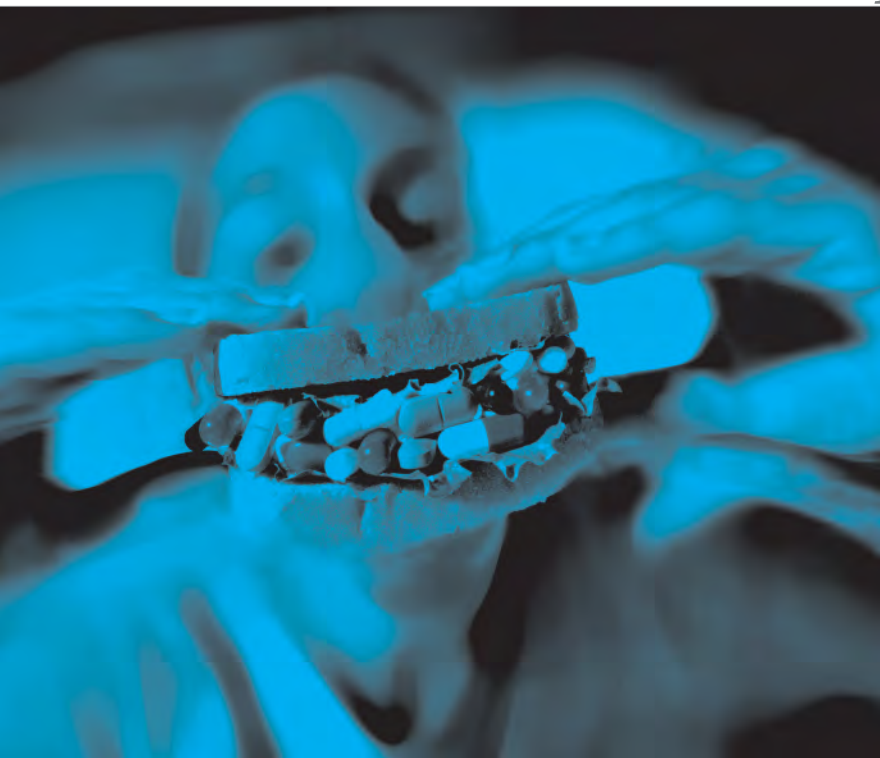
Previa verifica delle informazioni e dei documenti presentati, l'autorizzazione di commercializzazione può essere rifiutata se risulta che:

- il richiedente non ha dimostrato, in maniera adeguata o sufficiente, la qualità, la sicurezza ovvero l'efficacia del medicinale;
- le informazioni fornite non risultano corrette.

SORVEGLIANZA DEI MEDICINALI E VIGILANZA FARMACOLOGICA

Data l'emergenza di nuove terapie e l'aumento delle proporzioni del mercato da sorvegliare dopo l'ultimo allargamento dell'UE, è opportuno migliorare alcune procedure attuali e rendere più efficace il sistema di sorveglianza sui farmaci. Il regolamento prevede una sorveglianza maggiore del mercato tramite un miglioramento delle procedure di controllo. Allorquando il medicinale risulta fabbricato nella Comunità, le autorità incaricate della sorveglianza sono le autorità competenti degli Stati membri che hanno rilasciato l'autorizzazione.

Quando si tratta di un medicinale importato da un Paese terzo, le autorità competenti responsabili sono quelle che hanno rilasciato l'autorizzazione d'importazione. Queste informano il Comitato dei medicinali e la Commissione di tutti i casi in cui il fabbricante o l'importatore non abbiano ottemperato agli obblighi prescritti. Il titolare di un'autorizzazione di commercializzazione di un medicinale per uso umano ovvero per uso veterinario, è tenuto ad apportare tutte le modifiche necessarie tenendo conto dei progressi scientifici e tecnici ai sensi delle direttive 2001/83/CE e 2001/82/CE. Esso deve in particolare fornire all'Agenzia, alla



Commissione e agli Stati membri ogni nuova informazione suscettibile di comportare la modifica delle informazioni e dei documenti precedentemente ottenuti. Esso comunica del pari ogni divieto, ovvero restrizione, imposto nei Paesi nei quali il medicinale è commercializzato, nonché ogni altra informazione che possa influenzare la valutazione beneficio/rischio riguardante il medicinale. Allorquando sussistono divergenze di opinione importanti fra gli Stati membri per quanto riguarda il rispetto, da parte del titolare di un'autorizzazione, di un fabbricante o di un importatore, degli obblighi stabiliti dalle direttive 2001/83/CE e 2001/82/CE, la Commissione può richiedere una nuova ispezione presso il titolare dell'autorizzazione di commercializzazione, ovvero presso il fabbricante o l'importatore. Quando un'azione urgente risulta indispensabile per proteggere la salute dell'uomo ovvero l'ambiente, uno Stato membro può sospendere ogni utilizzazione di un medicinale autorizzato sul suo territorio.

Dichiarazione scritta sui principi attivi farmaceutici

Il 4 settembre ho presentato una dichiarazione scritta per ottenere la tracciabilità dei principi attivi farmaceutici, già regolamentata in altri settori come quello della sicurezza alimentare e delle sostanze chimiche. La certificazione di conformità alle buone prassi di fabbrica-

zione (GMP) garantisce un'elevata qualità dei principi attivi farmaceutici.

I produttori comunitari, per ottenere tale certificazione ai sensi dell'art. 111 della Direttiva 2001/83/CE, devono sottoporre a previa ispezione i siti produttivi. Ispezione non richiesta per i produttori extra-comunitari, che possono ottenere tale certificazione sulla base di un'auto-certificazione, quindi in assenza di una qualsiasi forma di verifica del rispetto degli standard di sicurezza.

Le norme sulla tracciabilità hanno due obiettivi: da un lato, informare i consumatori circa la provenienza del prodotto, dall'altro creare una « rete di sicurezza » grazie alla tracciabilità in tutte le fasi della fabbricazione e della commercializzazione. Questa «rete di sicurezza» permetterà il controllo e la verifica delle indicazioni che figurano sulle etichette,

la sorveglianza mirata degli effetti potenziali per la salute umana o per l'ambiente e il ritiro dei prodotti qualora si constati un rischio inatteso per la salute umana o l'ambiente.

Ciò premesso la Dichiarazione scritta propone di introdurre da un lato la tracciabilità del principio attivo, indicandone la provenienza (Paese, Azienda, Sito produttivo), anche allo scopo di disincentivare la ri-etichettatura/ri-confezionamento dei prodotti extracomunitari e per garantire una maggiore tutela della salute pubblica, e dall'altro l'estensione anche agli importatori delle norme previste per i produttori europei di principi attivi, compreso il rilascio del "Certificato di buona prassi di fabbricazione" concesso dalle autorità europee a seguito di ispezioni obbligatorie ai siti produttivi.

La dichiarazione è stata sottoscritta da 378 deputati ed è stata adottata il 5 dicembre quale Risoluzione del Parlamento europeo, e come tale sarà trasmessa alla Commissione, al Consiglio ed a tutti gli Stati membri per stimolare il dibattito sull'argomento e la formulazione di una chiara proposta legislativa della Commissione.

*Amalia Sartori
Europarlamentare*

SANITÀ E SALUTE: SOLDI, SPESA, SOSTENIBILITÀ E STRATEGIE Quali scelte in Italia e in Europa

Maurizio Dal Maso

Mario Zanetti nel 1999 diceva che “realizzare una politica sanitaria equa non significa garantire a tutti i membri della comunità pari opportunità di accesso a tutto ciò che è loro necessario per soddisfare qualsiasi bisogno espresso, quanto garantire a tutti pari opportunità di accesso rispetto a ciò che la comunità stabilisce di potersi permettere per soddisfare una quota prioritaria ed indispensabile di bisogni”. È passato del tempo ma è tuttora evidente come tale problematica non sia totalmente risolta e resti di difficile gestione per i risvolti socio-culturali, etici e professionali che ne derivano.

D'altra parte è indispensabile affrontare questi temi troppo a lungo rimandati e superati da altri, certamente meno importanti e critici. Questa necessità deriva dalla consapevolezza che si deve agire per rimuovere stabilmente alcune criticità del nostro S.S.N. quali, ad esempio, l'elevata quota di pagamento “out of pocket” o la sostenibilità nei prossimi anni della asimmetrica ripartizione di alcuni servizi, ed il loro consumo, da parte della quota anziana della popolazione.

Non vi è dubbio che da sempre la salute e la sanità sono una priorità importante per tutti i cittadini europei. Si esige protezione da affezioni e malattie, si vuole far crescere i figli in un ambiente sano e si chiede che sia garantita la sicurezza e la salubrità nei luoghi di lavoro. Spetta alle autorità pubbliche nazionali la responsabilità di garantire che tali preoccupazioni trovino riscontro nelle loro politiche.

Il vigente programma in materia di sanità pubblica comunitaria persegue tre obiettivi prioritari:

1. migliorare l'informazione e la conoscenza per promuovere la sanità pubblica;
2. accrescere la capacità di rispondere in modo rapido e coordinato alle minacce che incombono sulla salute;
3. promuovere la sanità e prevenire le malattie tenendo conto dei determinanti sanitari in tutte le politiche e le attività.

Una recente proposta del Parlamento europeo istituisce un nuovo programma comunitario in materia di sanità e tutela

dei consumatori per il periodo 2007-2013. La nuova strategia e la proposta di programma rafforzano ed ampliano il programma comunitario in materia di sanità pubblica e quello a sostegno della politica comunitaria dei consumatori. Sono previste tre linee d'azione oltre alle tre già esistenti:

1. rispondere in modo efficace alle minacce per la salute;
2. contribuire alla prevenzione delle malattie;
3. promuovere la cooperazione tra i sistemi sanitari.

Come si può facilmente capire, gli interessi sanitari sono fondamentali nella vita quotidiana dei cittadini europei. Portando in primo piano tali questioni e proponendo azioni concrete per rispondere alle esigenze e alle preoccupazioni dei cittadini, il nuovo programma contribuirà a mettere i cittadini al centro delle politiche. Ma in Italia cosa stiamo facendo e come muoverci prossimamente? Le previsioni di spesa del S.S.N., per il 2007, si attestano tra i 102,7 e i 105 miliardi di euro, con un disavanzo effettivo compreso tra 2 e 4,3 miliardi di euro. Persiste uno “zoccolo duro” di iniquità sociale: sono, infatti, ancora oltre un milione le famiglie che si trovano in difficoltà economiche per far fronte alle spese sanitarie. E la presenza di un anziano aumenta del 50% la probabilità di un impoverimento causato dalle spese “out of pocket”. Queste informazioni sono contenute nel IV “Rapporto del Ceis Sanità 2006” dove la sanità italiana è stata analizzata anche alla luce delle differenze di genere. Dai dati è emerso, ad esempio, come esista un gap sfavorevole di mortalità per neoplasie per le donne del Sud e delle Isole rispetto a quelle del Nord.

Soldi e spesa: Nonostante il livello di criticità nei conti della nostra sanità, la crescita della spesa sanitaria sembra essere sostanzialmente “sotto controllo” nel medio-lungo periodo. Secondo l'OECD Health Data, la spesa sanitaria italiana nel 2004 ammontava all'8,4% del PIL, quindi al di sotto del 9,0% della media europea. Infatti, malgrado la spesa sanitaria sia cresciuta più velocemente del PIL in tutti i Paesi, in Italia ciò è avvenuto in modo più contenuto, facendo del nostro Paese uno di quelli maggiormente vir-

tuosi. La legge finanziaria ha messo sul piatto del 96 mld di euro, più 1 mld. € a destinazione vincolata per le Regioni in condizioni finanziarie peggiori, a cui si aggiungerebbero anche 3,7 mld. € di risorse regionali, per una cifra complessiva di 100,7 miliardi di euro, ovvero il 6,7% del PIL. Lo scenario di spesa sanitaria pubblica finale reale potrebbe quindi attestarsi fra i 102,7 e i 105,0 mld. di euro, con un disavanzo effettivo compreso fra 2,0 e 4,3 mld di euro.

Sostenibilità e strategie: Per “governare” il sistema occorre dipanare l’intreccio tra interventi puramente finanziari e recuperi di efficacia/efficienza. Anche in questo campo il Rapporto evidenzia le criticità responsabili dell’inefficienza del sistema. Innanzitutto si ribadisce la necessità di una effettiva separazione dei ruoli e dell’assetto proprietario fra acquirenti ed erogatori. E ancora, sono necessarie azioni in campo farmaceutico che mirino alla valutazione più periferica della domanda, che varia nel territorio nazionale e che richiede valutazioni e sistemi di ripartizione diversi fra Regione e Regione.

Analogo discorso per le politiche di razionalizzazione ospedaliera basate sul taglio dei posti letto (4 posti letto per 1.000 abitanti). Come è possibile proporre un taglio per tutti uguale di posti letto quando nelle varie Regioni abbiamo dei tassi di occupazione molto diversi anche a parità di patologia trattata? Il Rapporto segnala un dato molto importante ed è la presenza nel nostro Paese di uno stabile “zoccolo duro” di iniquità sociale, numericamente rappresentato dalle famiglie che impoveriscono e da quelle che sostengono spese sanitarie definite “catastrofiche”. Questo fenomeno coinvolge complessivamente oltre 1 milione e 200 mila nuclei familiari e la presenza di un over 65 in famiglia aumenta di circa il 42% la probabilità di impoverimento del nucleo familiare. Le aree assistenziali nelle quali i nuclei familiari più poveri sostengono le maggiori spese “out of pocket” sono la farmaceutica e la specialisti-

ca, ma anche l’odontoiatria e la long term care. Un dato molto interessante riguarda l’impoverimento e la catastroficà delle spese, che non si distribuiscono uniformemente sul territorio nazionale. A livello regionale si registrano, infatti, differenze significative spiegate, solo in parte, dai differenziali endemici di livello socio-economico. La distribuzione è molto difforme: si va dal 3,4% in Emilia Romagna e dal 3,6% in Lombardia, fino al 27,6% in Basilicata e al 29,6% in Sicilia. La palma della Regione con la minor presenza di “impoveriti” va al Friuli Venezia Giulia con solo lo 0,3%. Fanalino di coda è la Calabria dove la percentuale è del 2,6%.

Quali strategie innovative si potrebbero proporre nel 2007? Una potrebbe essere quella di mutuare le strategie di marketing per fare degli interventi di politica sanitaria che siano principalmente costo-efficaci. Nel Regno Unito uno studio del 2006 ha dimostrato che se il Governo usasse le strategie di marketing sociale, teorizzate da Philip Kotler negli anni ’70, si potrebbero risparmiare sino a 260 milioni di euro ogni anno. L’idea è quella di programmare, realizzare e controllare progetti nell’ambito sociale che mirino alla modificazione di idee e comportamenti socio-sanitari. In sostanza una maggiore attenzione alla prevenzione, alle campagne informative, all’educazione della popolazione ad avere abitudini corrette e adottare opportuni stili di vita. Le attuali modalità di finanziamento del sistema, invece, mantengono in essere queste criticità, soprattutto in rapporto all’efficacia e all’efficienza. Valutando, ad esempio, i cosiddetti “determinanti di salute” e il loro specifico peso percentuale in rapporto alla rispettiva quota di finanziamento (vedi Tabella 1) si evince che continuare a finanziare delle attività indipendentemente dagli effettivi benefici di salute per la popolazione è una politica miope e fonte di sicure criticità ed iniquità. È dunque evidente che una prima seria riflessione andrà fatta non solo sul valore complessivo del finanziamento ma sulla sua effettiva distribuzione e ripartizione percentuale.

Tabella 1

DETERMINANTI DI SALUTE	PESO %	FINANZIAMENTO %
FATTORI ENDOGENI: patrimonio genetico		
FATTORI ESOGENI: biologici, fisici, chimici		
alimentazione ambiente di vita ambiente di lavoro ambiente sociale stile di vita	90	10
SERVIZIO SANITARIO	10	90

* Tesoriere della F.E.M.S.

LE UTAP, UNITÀ TERRITORIALI DI NUOVE MODALITÀ ASSISTENZIALI E COSTI RELATIVI

Negli ultimi decenni è cambiato radicalmente il modo di praticare la medicina: le idee guida della integrazione e della continuità assistenziale hanno imposto ai professionisti di passare dal lavoro individuale al lavoro in equipe. Questo capita già da anni in ambito ospedaliero e ultimamente si è rafforzato con il consolidamento dei dipartimenti. Anche la medicina generale si è molto trasformata negli ultimi tempi. L'assistenza domiciliare integrata (ADI), le dimissioni protette, l'assistenza medica nelle case di riposo, hanno proposto e consolidato un ruolo nuovo dei medici di medicina generale (MMG), che anche dalle pagine di questo Giornale abbiamo cominciato a conoscere. Già da qualche tornata contrattuale le "Convenzioni" prevedono per la medicina generale la promozione di varie forme di aggregazioni di medici: medicina in associazione, medicina in rete, medicina di gruppo, individuando – in successione – condizioni progressivamente più impegnative di coinvolgimento.

Le ultime creature nate sono le "equipe territoriali" e le UTAP (Unità Territoriali di Assistenza Primaria), forme organizzative più complesse.

Il lato debole di tutta la questione sta nel fatto che l'articolo 26, comma 2, della vigente Convenzione per la medicina generale recita "*...Le Regioni prevedono in via sperimentale e con la partecipazione volontaria dei medici e degli altri operatori sanitari, la costituzione delle UTAP, strutture territoriali ad alta integrazione, multidisciplinare e interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone.*"

Come può essere "strategica" e rivoluzionaria una proposta che è lasciata ancora ad una blanda sperimentazione e in ogni caso alla partecipazione volontaria dei professionisti?

Va pure detto che anche le forme di medicina in associazione, in rete o di gruppo, sono a partecipazione volontaria e in ogni caso le Regioni (avendo limitate disponibilità di bilancio) hanno limitato ad un tetto il numero dei medici da incentivare nelle varie forme associative.

Se davvero la medicina del territorio, dipendente e convenzionata, è sempre più strategica per la realizzazione dei piani aziendali e per assicurare la erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), l'anello debole di tutto il sistema – a parer nostro – è rappresentato dal fatto che l'assistenza primaria, di base, quotidiana, si regge su operato-

ri convenzionati e non dipendenti.

Per quanto si dica (e si scriva nel testo della Convenzione) che i MMG si prendono carico in toto dei problemi dell'utente, è eccessivo il tempo che costantemente, a livello aziendale, si deve dedicare alla negoziazione dei percorsi, attività, iniziative assistenziali non espressamente indicate nella Convenzione.

Per garantire "l'assistenza primaria", servono medici con profilo giuridico di dipendenti, a cui affidare la programmazione delle attività territoriali, le quali dovranno essere garantite successivamente, di giorno e di notte, nei giorni feriali e festivi, secondo le regole che si applicano per l'assistenza ospedaliera.

Diventa sempre più urgente perfezionare lo stato giuridico dei medici convenzionati, con percorsi di carriera e sviluppo di competenze professionali per giungere a una completa integrazione di tutte le professionalità presenti nel territorio. Basta con i gruppi di coordinamento e le discussioni infinite per ogni aspetto non descritto nel sacro testo della Convenzione. Serve un inquadramento gerarchico con precise linee di responsabilità e comando anche per la medicina generale. In altre parole, la disponibilità a lavorare secondo lo stile della medicina di gruppo dovrebbe essere una condizione per accedere alla Convenzione, non una facoltativa opzione da incentivare a parte.

L'organizzazione del servizio della medicina "di base" secondo le regole dei contratti della dipendenza - come un Primario organizza il lavoro sulle 24 ore per la propria Unità Operativa – risolverebbe in un sol colpo il problema della distribuzione degli orari di ambulatorio dalle ore 8.00 alle ore 20.00, favorirebbe la presenza di medici di guardia notturna e festiva meno precari e improvvisati (attualmente il turn over è elevato presso il servizio di continuità assistenziale) e i cosiddetti "codici bianchi" dei servizi di Pronto Soccorso potrebbero essere con diritto indirizzati ai propri medici perché troverebbero gli ambulatori sicuramente aperti.

Ma così – si obietterà – cade il rapporto fiduciario con il medico curante. In realtà il rapporto fiduciario già ora viene meno se un paziente, che non trova il proprio medico, si rivolge ad altro membro all'interno dell'associazione di medici, insomma del Gruppo, o al Pronto Soccorso.

ASSISTENZA PRIMARIA

Luigi Dal Sasso e Chiara Marangon

Come si articolano i costi per attivare una UTAP

Nella Regione Veneto sono varie le iniziative aziendali che sperimentano percorsi locali per modelli di associazionismo evoluto della MG.

Solo una è l'UTAP riconosciuta e autorizzata con delibera regionale. Si trova nel Comune di Zugliano, in provincia di Vicenza, ULSS n. 4 di Thiene – Schio. Comprende un bacino di utenza di circa 15.000 abitanti di 13 Comuni.

I MMG che partecipano a questo progetto ottengono i seguenti incentivi economici, da calcolare per anno e per ciascun assistito in carico.

Euro 10.10

Per la costituzione della medicina di gruppo, l'incentivo previsto dalla Convenzione nazionale ammonta a euro 7.00. Altri euro 3,10 costituiscono un incentivo aggiuntivo della Regione Veneto.

Euro 5.65

Per il coinvolgimento in progetti aziendali

Euro 10.00

Per i servizi che vengono offerti all'interno dell'UTAP.

(Questi dati sono tratti da "Il Gazzettino" quotidiano veneto del 30.10.2006: "Il medico di base apre lo studio 24 ore su 24".)

Trattasi complessivamente di Euro 25.75 / anno per assistito (Euro 38.625 per un medico che sia massimalista). A queste cifre vanno aggiunti i costi per l'attivazione di un call center aziendale per il recepimento delle chiamate telefoniche (quantificabile in Euro 9.00 per utente) e il servizio di rintracciabilità del medico. Per coprire il servizio 24 ore su 24 vanno infine aggiunti i costi per i medici di continuità assistenziale (= guardia medica) per il servizio notturno e festivo.

L'associazionismo medico, nelle varie forme organizzative, più o meno sofisticate, rappresenta senz'altro il futuro della assistenza medica primaria nel territorio, ma nello scenario attuale di ristrettezze economiche e tagli di personale per la dipendenza, appare contrastante la maggiore possibilità di reperimento di risorse e incentivi – anche considerevoli – per la medicina convenzionata.

Valutazione degli outcome

Sarebbe anche giunto il tempo di chiedersi quali risultati di salute hanno prodotto in questi anni le nuove forme di accor-

di regionali e locali con la medicina convenzionata. La domanda è legittima perché ora le cifre investite cominciano ad essere considerevoli.

Per esemplificare, nella Regione Veneto, con 4.500.000 abitanti, si investe una cifra come riassunta in tabella:

Fondo per i Patti Aziendali

Pediatria.....	€ 2.000.000
Medicina Generale.....	€ 18.200.000
Specialistica ambulatoriale.....	€ 3.100.000

Fondo per forme associative

Pediatria.....	€ 5.100.000
Medicina Generale.....	€ 24.400.000
Specialistica ambulatoriale.....	€ ----

TOTALE

Pediatria.....	€ 7.100.000
Medicina Generale.....	€ 42.500.000
Specialistica ambulatoriale.....	€ 3.100.000

TOTALE GENERALE..... € 7.100.000

(Fonte: Regione Veneto)

Oggi non è più sufficiente chiedersi dove si crea e si sostiene la salute di una popolazione (e questa è una domanda "politica"), ma è necessario chiedersi anche quale tipo di investimenti (o dis-investimenti) e strategie danno il maggior guadagno di salute per una popolazione.

In altre parole: tutte queste risorse sono utilizzate nel modo più efficace e tale da garantire il risultato migliore, o ci si potrebbe aspettare un risultato più apprezzabile se usate diversamente e in altra direzione?

È una provocazione, per stimolare la ricerca di risultati di outcome – dimostrabili – e per andare oltre i soliti indicatori di processo (numeri di visite, numero di prestazioni, ecc.), espressioni di efficienza, non certo di efficacia dei trattamenti e dei processi adottati.

Luigi Dal Sasso, CIMO-ASMD Legnago
Chiara Marangon, CIMO-ASMD Vicenza

DALLA INTEGRAZIONE SPERATA ALLA INTERAZIONE REALIZZABILE

Maurizio Dal Maso



L'invecchiamento crescente della popolazione ha fatto emergere nuovi problemi per i sistemi sanitari europei. È aumentato il numero delle persone anziane che vivono sole o per le quali si sono, per varie ragioni, attenuate le possibilità tradizionali di aiuto e sostegno nell'ambito della famiglia ed è aumentato il numero delle persone esposte al rischio di perdere la propria autosufficienza. Nella Relazione della Commissione delle Comunità Europee sui servizi sanitari e l'assistenza agli anziani del 2003, si richiamava la necessità di affrontare il problema con misure adeguate, in presenza di una necessità divenuta stringente, raccogliendo la triplice sfida di assicurare l'accesso all'assistenza per tutti, un elevato grado di qualità professionale e la sostenibilità finanziaria del proprio sistema sanitario.

L'Italia è, dopo il Giappone, il Paese con il più forte invecchiamento della popolazione e, in base alle previsioni dell'ISTAT, la quota di popolazione con età superiore ai 65 anni, passerà dall'attuale 18% al 28% nel 2030 e al 34% nel 2050. In termini assoluti si passerà dai 10,4

milioni di individui ai 16 milioni nel 2030 e ai 18 milioni nel 2050.

La classe degli ultrasessantacinquenni, dall'attuale 8% passerà al 15% nel 2030 ed al 21% nel 2050 (in termini assoluti, dagli attuali 4,2 milioni di individui, agli 8,2 milioni nel 2030 ed agli 11,1 milioni nel 2050).

La quota degli ultraottantenni sul totale della popolazione, invece, aumenterà dall'attuale 4% circa, al 9% nel 2030 ed al 14% nel 2050 (in termini assoluti da 2,03 milioni di individui a 5,4 milioni nel 2030 e a 7,4 milioni nel 2050). A crescere notevolmente sarà la componente dei molto anziani, infatti il rapporto tra gli individui ultraottantenni rispetto al più ampio gruppo di ultrasessantacinquenni è destinato ad aumentare dall'attuale 20%, al 34% nel 2030, sino a raggiungere il 41% nel 2050.

Nei prossimi anni questo "secondo posto" ci costringerà ad affrontare con urgenza il problema dell'assistenza alle generazioni che invecchiano. Sono due le possibili alternative: continuare a puntare sulle strutture assistenziali residenziali o far nascere, o meglio rinascere, una nuova cultura socio-assistenziale: quella dell'assistenza domiciliare.

Le ragioni a favore di quest'ultima sono diverse e fra queste potremmo ricordare che di fronte ad ospedali gravati da troppe degenze, la scelta di assistere domiciliaramente ha già ridotto i costi, senza abbassare la qualità delle prestazioni assistenziali. Inoltre, poiché l'ospedalizzazione è sempre traumatica, il farsi curare all'interno delle mura domestiche, specie in età avanzata, rappresenta indubbiamente un'alternativa preferibile ed infine le strutture tradizionali di ricovero, di fronte all'aumento delle multipatologie e all'invecchiamento della popolazione, non riusciranno a sopportare l'incremento della richiesta assistenziale per semplice mancanza di posti letto.

Nel corso del 2001 sono stati approvati alcuni provvedimenti sulla sanità che avrebbero dovuto incidere sulle modalità operative dell'assistenza agli anziani. I livelli essenziali di assistenza (LEA), definiti con il DPCM 29/11/2001, indicavano tutte le prestazioni garantite

uniformemente dal Servizio Sanitario Nazionale. Sono stati anche definiti alcuni vincoli, fra cui la riduzione a 4 posti letto per ogni mille abitanti per la cura in ospedale delle malattie acute ed un posto letto ogni mille per la riabilitazione e la lungodegenza. L'assistenza domiciliare era giustamente prevista come la nuova frontiera. L'organizzazione di servizi di cura domiciliare rappresenta da lungo tempo un obiettivo prioritario al fine di fornire ai cittadini un sistema di protezione sociale ai bisogni più complessi, che richiedano al contempo interventi sanitari e socio-assistenziali. Nascono come un modello assistenziale volto ad assicurare l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie (medica, infermieristica, riabilitativa) e socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche) al domicilio dell'utente, da parte di diverse figure professionali fra loro funzionalmente coordinate.

La responsabilità assistenziale è attribuita al medico di medicina generale; la sede organizzativa è nel distretto; la sua realizzazione richiede la definizione di piani personalizzati di assistenza in relazione ai bisogni della persona. La più recente evoluzione programmatoria nel settore è volta a creare una rete integrata dei diversi servizi domiciliari, da quelli più semplici a quelli più complessi (dall'accesso estemporaneo domiciliare di operatori sanitari, socio-sanitari, all'intervento infermieristico programmato e continuativo, associato o meno a quello del medico di medicina generale, all'assistenza sanitaria specialistica in équipe a domicilio, con utilizzo o meno di tecnologie complesse diagnostico-terapeutiche e di telemedicina).

Indicazioni di particolare rilievo sono quelle contenute nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, fortemente improntato alla prevenzione, alla promozione dello stato di salute dei cittadini e ad un'assistenza sanitaria il più possibile vicina alle esigenze del cittadino.

A tal fine una specifica attenzione viene dedicata all'assistenza domiciliare integrata, il livello più complesso dell'assistenza domiciliare, mettendo in rilievo che curare a casa significa un cambiamento di prospettiva sostanziale: si passa "dal malato che ruota attorno alle strutture erogatrici" alle "strutture e professionisti che assumono come centro di gravità la persona con i suoi bisogni".

Tra gli obiettivi prioritari è previsto lo sviluppo delle forme alternative di ricovero, mediante l'assistenza domiciliare integrata, quella semiresidenziale e l'ospedalizzazione a domicilio, favorendo l'integrazione fra le diverse forme di intervento.

Il Piano, pertanto, imposta il programma di azione sui seguenti principi:

- spostare l'attenzione dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale, con un'organizzazione specifica centrata sul Distretto;
- sviluppare forme alternative al ricovero: l'ADI (assistenza domiciliare integrata), l'assistenza semiresidenziale e l'ospedalizzazione a domicilio, favorendo l'integrazione fra le diverse forme di intervento e la realizzazione delle residenze sanitarie assistenziali (RSA);
- realizzare l'integrazione tra le diverse forme di assistenza sanitaria e tra l'assistenza sanitaria e quella socio-assistenziale: integrazione istituzionale, gestionale e professionale;
- rafforzare la tutela dei soggetti deboli, creando uno specifico programma per le diverse fasi della vita: procreazione, infanzia ed adolescenza, anziani, fase terminale della vita;
- realizzare specifiche azioni per i malati terminali (tra cui la realizzazione di strutture residenziali e diurne-hospice).

Coerentemente l'ADI ha trovato ampio spazio negli Accordi collettivi nazionali con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta, nonché con i medici specialisti ambulatoriali.

L'ADI, infatti, per essere realizzata, richiede una forte integrazione operativa del medico di medicina generale nell'ambito del distretto, che viene incentivato a parteciparvi anche tramite l'erogazione di quote variabili del compenso. Gli accordi disciplinano l'assistenza programmata domiciliare nei confronti dei soggetti non ambulabili, nonché i diversi aspetti dell'assistenza domiciliare integrata. Nonostante ci si sia mossi in linea con il principio che prevede che i comportamenti di tutti gli operatori sanitari non sono determinati dagli obiettivi generali espressi dalle leggi bensì dal sistema premiante connesso ai comportamenti stessi, e dunque solo se il sistema premiante è coerente con gli obiettivi questi saranno perseguiti, possiamo dire che il risultato raggiunto non è certamente quello atteso.

Le normative regionali negli ultimi dieci anni hanno dato forte impulso alle cure a domicilio e, in particolare, all'ADI. Tutte le Regioni hanno una disciplina sull'ADI ma, a fronte dei contenuti fondamentali uguali, non tutte le Regioni forniscono indicazioni chiare e univoche sulle modalità organizzative e gestionali delle attività (sistemi di accesso, destinatari, servizi erogati, sistemi di valutazione, volumi minimi di attività, protocolli di

cura, organici standard, flussi informativi e altro). L'attuazione dell'ADI risulta a "macchia di leopardo" in tutto il Paese, all'interno delle singole Regioni e delle Aziende sanitarie. L'ADI è ancora un modello assistenziale "in progress" sia per la sua collocazione all'interno di una più ampia rete di cure domiciliari sia per alcune oggettive difficoltà organizzative, quali:

- la necessità di una forte struttura organizzativa centralizzata;
- la necessità di superare la separazione tra le attività socio-assistenziali di pertinenza degli Enti locali e quelle sanitarie che fanno capo alle Aziende Sanitarie Locali.

In una recente pubblicazione dell'Osservatorio europeo sulle politiche e i sistemi sanitari dal titolo quanto mai interessante e attuale "Cure primarie al comando?"

Le riforme organizzative nell'assistenza primaria europea emerge un dato di fatto molto interessante, ovvero che l'Ospedale resta il faro quasi ovunque, che i rapporti fra medici di medicina generale e specialisti sono spesso inesistenti o comunque molti difficili e che i pazienti risultano essere molto spesso abbandonati a se stessi.

La densità dei medici di medicina generale non sembra essere correlata con la funzione di punto di riferimento dell'assistenza territoriale (vedi Tabella 1) e anche il loro guadagno, non sembra essere una variabile predittiva.

Tabella 1

DENSITÀ MEDICI MEDICINA GENERALE

PAESI	MMG per 1.000 ab. - 1990	MMG per 1.000 ab. - 2002	Differenza 1990/2002
Austria	1,1	1,4	+ 0,3
Belgio	1,9	2,1	+ 0,2
Francia	1,6	1,6	-
Germania	1,1	1,1	-
Italia	0,9	0,9	-
Olanda	0,4	0,5	+ 0,1
Portogallo	0,7	0,5	- 0,2
Svezia	0,5	0,5	-
Svizzera	0,4	0,4	-
Regno Unito	0,6	0,6	-

fonte : Il Sole 24Ore Sanità, 2006

È cosa nota la difficoltà dell'integrazione ospedale/territorio e, in particolare, l'incoerenza tra i livelli ottimali attesi e quelli osservati in termini di tempestività, continuità, coordinamento e accessibilità dei processi socio-assistenziali. Le possibili cause sono molteplici e vanno ricercate anche nella cronica debolezza della programmazione sanitaria distrettuale, nella divaricazione fra i livelli programmatori e gestionali centrali e regionali e dalle sostanziali divergenze tra le conoscenze e le competenze richieste al territorio e all'ospedale. In sintesi, le decisioni più importanti su come le cure territoriali possono e debbano essere meglio istituzionalizzate nei moderni sistemi sanitari sono

ancora tutte da prendere. Ci può consolare il fatto che questo sia un problema che interessa tutti i sistemi sanitari, ma certo non è sufficiente se pensiamo quanto costano attualmente in termini organizzativi ed economici le cure primarie al nostro S.S.N.. Almeno avessimo raggiunto in questi anni un buon livello di efficace "integrazione" fra questi due mondi! Si ha la sensazione che le cure primarie siano costantemente "in progress" ma dopo 30 anni di sperimentazioni qualche dato oggettivo dovrebbe essere stato raggiunto e, soprattutto, non dovrebbe esserci fra utenti ed operatori la sensazione che invece si avverte, e cioè che la sanità territoriale sia la grande promessa non man-

tenuta. Se è vero che alcune delle decisioni più importanti sulle cure territoriali devono ancora essere prese e in particolare configurare concretamente il territorio in termini di obiettivi, governo, finanziamento, tecnologie e organizzazione/gestione, credo che questo sia il momento opportuno per fare queste scelte e di conseguenza far fare quel salto in avanti del nostro S.S.N. perché, in caso contrario, rimarremmo allo stato attuale e cioè l'Ospedale farò obbligato quasi ovunque e continueremo ad assistere all'inappropriata, inopportuna e costosa "ospedalizzazione del territorio".

LA NUOVA LEGGE DI RIFORMA PREVIDENZIALE DEL 2007

Umberto Celotto

Ad onta del proposito iniziale del Governo per un intervento immediato sulle pensioni, nella legge finanziaria per il 2007, già in vigore da alcuni giorni, non ha trovato posto una riforma generale della materia.

Come anticipato, tuttavia, nella legge di bilancio il Governo ha proposto ed ottenuto l'approvazione di qualche limitata norma, tuttavia indicativa per il percorso che l'Esecutivo intende seguire nell'ulteriore periodo.

Si tratta, in particolare, dell'aumento del contributo previdenziale, peraltro limitato a quello personale, che ormai tende a raggiungere complessivamente il terzo dell'imponibile di calcolo. Il che avviene in un momento in cui le maggiori detrazioni fiscali riducono il ricavo netto di retribuzione, mentre si erode ulteriormente il gettito della prestazione finale.

Un altro punto riguarda l'anticipazione della nuova disciplina sul TFR e Fondi complementari che, al momento, è già in corso per il solo settore privato. Da rilevare, al riguardo, le condizioni per un travaso, anche in caso di silenzio-assenso, ad un Fondo residuale gestito dall'INPS, peraltro con destinazione a coprire progetti di attività di competenza dello Stato. Ciò lascia trasparire analoghi interventi per il settore pubblico a breve termine, sia pure tenendo conto delle specificità del settore.

L'unica nota positiva è la rinuncia al cosiddetto "contributo di solidarietà", che avrebbe decurtato di un 3%, e per un triennio, le pensioni



medio-alte (cioè da un importo di 5.000,00 euro lordi in poi, di cui è stata sottolineata più volte la particolare iniquità).

Comunque, archiviata questa prima fase, il Governo ha già avviato una fase di consultazione con le Parti sociali per una riforma generale del settore (è la quinta dal decreto Amato del 1992), con l'intento di essere pronto al varo di una proposta di delega o meno sulla materia, già ad aprile prossimo, con seguito del percorso parlamentare di approvazione da concludersi entro il 2007.

Un proposito, per quanto enunciato, molto articolato che interesserebbe i vari aspetti della materia, come avvenuto con la legge n. 335/1995 e connessi decreti attuativi. Vedremo, man mano, i contenuti delle varie verifiche ma, intanto, si segnalano, tra le più incidenti, quella sulle pensioni anticipate (che interessano, ovviamente, gli assicurati più anziani) e quella sulle pensioni di tipo interamente contributivo, cui sono già obbligati i nuovi assunti.

Pensioni anticipate

Si tratta delle pensioni maturabili prima del limite dei 65 anni per gli uomini (o 60 per le donne). Secondo la normativa attuale, restano sufficienti i requisiti di 57 anni di età e 35 anni di servizio, ancora per le cessazioni del 2007. Poi ci sarà l'impennata del cosiddetto "gradone", con l'elevazione, dal 1/01/2008, del requisito "età" a 60 anni, fermo rimanendo quello di servizio (35 anni).

Poi, in progressione, la salita continuerà fino ai 61 e 62 anni, rispettivamente dal 2010 e dal 2014. Di contro, l'attuale Ministro del Lavoro ha dichiarato che intende rimuovere "lo scalone", pervenendo, pur sempre, al requisito dei 62 anni nel 2014.

Appare, tuttavia, poco praticabile il ripiano della salita del requisito anagrafico, che imporrebbe l'elevazione di un anno - ogni anno e mezzo - a partire dal 2008. È invece prevedibile che, alla fine, venga lasciato inalterato il passaggio ai 60 anni dall'anno prossimo, garantendo però libertà di anticipare, a scelta, la cessazione con 58 o 59 anni di età. Tuttavia, ciò avverrebbe imponendo delle "penalizzazioni", che consisterebbero nel ridurre di un'aliquota percentuale (dal 2 all'8% per cessazioni prima dei 60 anni ovvero dei 62, come da ipotesi dei Ministri Damiano o Padova-Schioppa) della prestazione maturata, con danno per l'intera vita pensionistica e seguito di reversibilità. Ad avviso personale, finirà per prevalere il consolidamento ai 60 anni dal 2008, imponendo però,

in caso di anticipo rispetto a tale età, la condizione di una liquidazione del trattamento in forma interamente contributiva, come già avviene per altri casi consimili. Soluzione, ovviamente, molto più pesante in rapporto alla più cospicua riduzione del trattamento, che da essa consegue. Potrebbero altresì essere in pericolo le deroghe ad andare a riposo con le vecchie regole anche dopo il 2007, per chi abbia maturato gli attuali requisiti (rispettivamente: 57 e 35) al 31/12/2007.

Per quanto riguarda, invece, la misura del trattamento, nelle ipotesi in discorso, è noto che, ora, le pensioni sono valutate con sistema interamente retributivo ovvero misto.

1. *Le pensioni retributive* determinate sull'ultima retribuzione (quota A) o sulle ultime retribuzioni di servizio (quota B), interessano coloro che avranno maturato almeno 30 anni di servizio a tutto il 2007. Si tratta del 25% degli attuali assicurati, se valutati in rapporto alla maturazione del limite dei 40 anni. Per esse la legge n. 243/2004 garantisce ora detto sistema di liquidazione anche nell'arco 2008-2014, ovviamente con gli ulteriori appesantimenti derivanti da media e tetto. L'intervento di riforma del 2007 potrebbe alterare tale disciplina nell'attuale fase di transitorietà con l'introduzione di un obbligo al sistema contributivo dal 2008, anche se in presenza dei 18 anni di servizio maturati al 31/12/1995.

È, in sostanza, il passaggio in prorata, già proposta dal primo Governo Prodi nel 1997 (cui, però, non si diede seguito), che

derubricherebbe anche le pensioni retributive a sistema misto.

2. Per quanto riguarda le attuali *pensioni miste* (cioè con meno di 18 anni di contributi al 1995), si tratta di un gruppo pari al 45% degli assicurati, sempre in rapporto ai 40 anni. Per detto gruppo, prevedibilmente, non ci sarà intervento, mutuando lo stesso la propria disciplina dagli altri due sistemi (retributivo e contributivo). È da ricordare che il sistema misto recepisce le modalità per maturare il diritto dal sistema retributivo, mentre per la misura del trattamento è largamente condizionato dall'ultimo periodo di tipo contributivo, sempre più predominante nel tempo.

Pensioni interamente contributive

Per le pensioni di tipo contributivo, che interessano gli assicurati dal 1996, si tratta del residuo gruppo del 30% in rapporto ai 12 anni già decorsi dall'instaurazione dell'ipotesi.

È per questo gruppo che sono paventate le modifiche più rilevanti: già la legge n. 243/2004 riserva la sufficienza dei soli 5 anni di servizio attuali solo al compimento dei 65 anni, a partire dal 2008, mentre per una pensione anticipata rispetto a tale limite di età, saranno necessari dalla stessa data un'età di 60/62 anni ed un servizio di ben 35 anni, in pieno allineamento con le modalità delineate per il sistema retributivo.

Il peso più rilevante si avrà anche per la misura del trattamento, per la quale attualmente si fa ricorso ai coefficienti di trasformazione

del monte-contributi, di cui alla Tabella A allegata alla legge n. 335/1995.

Infatti, è in corso una revisione di detta Tabella per aggiornarla ai più gravosi "rischi" maturatisi dopo gli oltre dieci anni dell'applicazione della stessa, con particolare riguardo all'allungamento della vita umana.

È, quindi, probabile che la forbice delle cessazioni preventivate si ponga dai 60 anni ai 65-67 anni di età e che gli stessi coefficienti (già non eccelsi: da 4,7% a 6,15%) siano ulteriormente contenuti. E giova rilevare che la pensione di tipo interamente contributivo è il futuro trattamento dei giovani, nonché degli autonomi e dei precari che, per la specificità del loro lavoro, potranno non totalizzare particolari entità di servizio e di contribuzione.

Da ultimo, va ricordato che le predette modifiche al sistema contributivo, come per le altre ipotesi della nuova legge di riforma, avrebbero effetto, prevedibilmente, dal 1/01/2008. Per l'anno 2007 rimangono in vigore i requisiti per il diritto alla pensione anticipata (solo 5 anni di servizio e 57 anni di età) e la misura del trattamento (con i coefficienti più favorevoli della Tabella allegata alla legge n. 335/1995).

Vedremo in seguito gli ulteriori aspetti che potranno maturare.

IL "LIBRO BIANCO" DELL'ONCOLOGIA ITALIANA 2006

Mario Ferrera

In un clima arroventato dalle polemiche suscitate dalla Conferenza-stampa sulle presunte vittime di malpractice, si è svolto a Milano, dal 18 al 21 novembre 2006, l'8° Congresso nazionale AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica).

Al Convegno è stata presentata la 3ª edizione de "Il libro bianco dell'Oncologia italiana", una sorta di censimento delle strutture oncologiche ed una mappatura dei tumori maggiormente diffusi nel nostro Paese.

Quasi quattrocento (esattamente 386) su 424 strutture di Oncologia medica, vale a dire più di 9 su 10, permettono al libro bianco, secondo gli Autori, di "fornire una rappresentazione completa e reale delle cure dei tumori nel nostro Paese".

Rispetto alle edizioni precedenti, il libro presentato a Milano riunisce in un'unica pubblicazione dati nazionali e regionali, consentendo di disporre di un Osservatorio nazionale e di un monitoraggio particolareggiato, riferito ai dati relativi al 2004, spinto a livello di singola Provincia e di singola struttura oncologica.

In totale, 386 strutture di Oncologia medica hanno risposto al questionario, partecipando in tal modo al 3° censimento nazionale delle Oncologie mediche italiane, cioè il 91% dei 424 Centri individuati, differenziati tra Unità Operative di Oncologia medica e Unità semplici e/o Servizi di Oncologia medica. Con quest'ultimo censimento, l'AIOM ha incrementato le strutture censite del 20% rispetto all'edizione precedente, passando dai 319 Centri esaminati del 2003 ai 386 di oggi. Tutto questo attraverso una migliore selezione delle strutture di Oncologia medica, escludendo le strutture chirurgiche, quelle radioterapeutiche e quelle ematologiche che praticano la chemioterapia.

Sintesi dei dati principali

a) Organizzazione delle strutture di Oncologia medica:

8 strutture su 10 (l'82%) risultano inserite in un dipartimento oncologico. Questo tipo di organizzazione preva-

le al Nord (9 su 10), mentre è inferiore al Sud e Isole (7 su 10).

Al 2004, la certificazione era stata ottenuta dal 35% delle strutture (4 su 10, cioè 41%) al Nord, dal 25% al Centro e dal 34% al Sud.

Soltanto nel 20% dei casi erano stati certificati sia la struttura di Oncologia medica che l'azienda ospedaliera di appartenenza.

b) Spesa per farmaci e personale:

nel 2004 la spesa medica per farmaci è stata di 1.163.226 euro per singolo Centro, superiore al Nord (pari a 1.230.000 euro), contro i 1.154.490 euro al Centro e 899.883 euro al Sud ed Isole.

Per il personale, ogni struttura spende in media 914.190 euro l'anno, con prevalenza al Nord (989.700) rispetto al Centro (939.395) e Sud-Isole (632.041 euro).

c) I tumori più trattati:

data la capillare copertura delle strutture, secondo il libro bianco è possibile avere una mappatura sui tumori che maggiormente afferiscono ogni anno alle singole strutture.

I recensori del volume puntualizzano però che i dati non vogliono in alcun modo fornire "una stima completa dei casi di tumori verificatisi".

Al Nord ogni struttura "tratta" il doppio dei casi di tumori gastrointestinali, alla mammella, ematologici e della pelle rispetto ai Centri del Sud ed Isole (i rapporti sono 155/78, 157/76, 48/22, 21/11, rispettivamente).

I casi di carcinoma al polmone sono distribuiti in maniera uniforme (75-74 al Centro-Nord e 51 al Sud), quelli di neoplasie dell'apparato genitale femminile (32 al Nord, 27 al Centro e 22 al Sud).

I cosiddetti "tumori rari" sono prevalenti nelle strutture del Nord con 16 casi in media per struttura, contro i 6 del Sud ed i 9 del Centro.

d) Personale delle strutture di Oncologia medica:

ogni struttura può contare in media su 3 oncologi all'interno del Centro, con punte massime di 21, 16 e 13

rispettivamente al Nord, Sud-Isole e Centro, con un minimo di un oncologo per Centro.

Le medie più elevate sono registrate in Friuli Venezia Giulia, con 5 oncologi per Centro, con punte massime in Val d'Aosta di 7 oncologi per l'unico Centro censito in quella Regione.

Gli oncologi con 2 specializzazioni, oltre naturalmente a quella in Oncologia medica, si trovano prevalentemente nel Sud d'Italia.

e) Visite e day-hospital:

ogni struttura effettua all'anno in media 3.400 visite ambulatoriali, mentre gli accessi in day-hospital sono 5.200 circa.

f) Durata dei ricoveri:

i ricoveri ammontano in media a 930 l'anno per struttura, con una durata media di 7-8 giorni, con prevalenza di 9 giornate al Nord, quasi 8 al Centro e 5-6 in media nei Centri del Sud e Isole.

La Regione nella quale i malati oncologici rimangono per più tempo ricoverati in ospedale è la Valle d'Aosta (15 giorni), seguita dal Veneto (9,5 giorni).

g) Posti/letto di Oncologia:

la disponibilità media di posti/letto nelle strutture oncologiche è di 14 unità; dati inferiori si registrano al Centro, con 11 letti, e superiori al Sud-Isole, con 17 posti/letto.

Nel 97% dei casi esaminati anche i day-hospital hanno la disponibilità di qualche unità di letto idoneo al ricovero.

h) Cure palliative, terapia del dolore ed hospice:

il 46% delle Unità di Oncologia medica può contare su una struttura di cure palliative, con notevoli differenze territoriali: il 60% al Nord (quasi 4 su 10), contro il 39% al Centro e il 32% al Sud e nelle Isole.

La Regione che può contare su un maggior numero di Unità di cure palliative è la Toscana (più di 8 su 10 Unità oncologiche, pari all'82%).

La terapia del dolore è applicata nell'82% delle Unità del Centro, rispettivamente nel 69% e 68% al Nord e al Sud-Isole.

L'hospice, struttura specificamente dedicata al trattamento ed assistenza dei malati terminali è presente solo in 3 strutture di Oncologia su 10, vale a dire nel 46% dei casi al Nord, nel 20% dei casi al Centro e nel 16% dei casi al Sud-Isole. La Regione più virtuosa è

l'Emilia Romagna, con l'85% delle strutture dove è presente ed attivo un hospice.

i) Attrezzature diagnostiche:

sono carenti le Pet e le Scintigrafie, mentre più diffusi sono gli Ecografi, le Tac e i Mammografi. Risonanza magnetica, Pet e Scintigrafia sono rispettivamente presenti nell'80%, nel 20% e nel 56% delle strutture di Oncologia medica italiane.

Primeggia l'Emilia Romagna, nella quale nel 2005 nel 54% delle Unità di Oncologia medica si trova una Pet, rispetto al 37,5% del censimento del 2003.

l) La radioterapia:

una o più apparecchiature di radioterapia sono disponibili a livello nazionale nel 47% dei casi, quasi in una struttura su due. Guida la classifica la Toscana, con il 74%, seguita dalla Liguria con il 67%. Persiste l'annosa carenza di tali strutture nelle Regioni meridionali.

La 3^a edizione del libro bianco dell'Oncologia italiana si chiude con i dati relativi ai tumori in Italia. Emerge la "forte correlazione e la congiuntura" tra età della popolazione ed incidenza delle patologie croniche, tra le quali rientrano i tumori.

Tutto questo si traduce in un progressivo aumento sia in termini quantitativi che qualitativi della domanda di servizi sanitari. L'aumento progressivo della speranza di vita porterà quindi ad una sostanziale mutazione dei futuri scenari in tema di salute.

Infatti, oltre a rappresentare la seconda causa di morte, le patologie neoplastiche si caratterizzano per quadri clinici sempre più complessi, che richiedono sforzi in termini di tempestività diagnostica, adeguatezza di terapie, utilizzo di farmaci sempre più costosi.

Si riporta, infine, la seguente tabella (fonte ISTAT), che collega all'età dei pazienti le principali cause di morte in Italia.

Età	Cause di morte in Italia		
	Tutte le cause	Pat. Cardio-vasc.	Tumori
65-74	110.000	40.000	50.000
75 e più	320.000	170.000	60.000
Tutte	550.000	240.000	150.000

STRESS E SCLEROSI MULTIPLA

Maurizio Maddestra

Nella pratica clinica ogni neurologo ha sicuramente dovuto visitare un paziente affetto da sclerosi multipla (SM) in occasione di una ricaduta clinica verificatasi in concomitanza di un evidente evento stressante; così come è frequente che molti pazienti esprimono al proprio neurologo la convinzione che la malattia stessa o una ricaduta è stata causata, o perlomeno condizionata, da un fattore emotivamente stressante. L'idea che uno stress psicologico possa essere coinvolto nel determinismo della SM e/o di una sua ricaduta clinica, è risalente fino dai tempi di Charcot e dalle prime descrizioni della malattia (1). Però, nonostante la lunga storia di questa idea, la stretta causalità tra i fattori stressanti e la SM non è stata ancora né stabilita, né confutata in maniera conclusiva. Il possibile ruolo dello stress psicologico sia nel causare o nell'acerbare la SM è particolarmente difficile da valutare poiché ci sono ancora troppe questioni, di vario ordine, in sospeso.

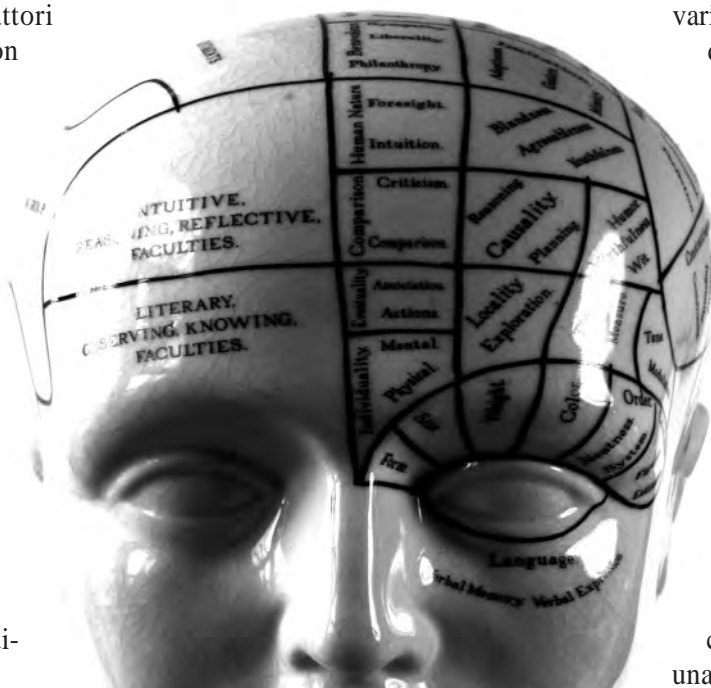
Lo stress è definito come una sindrome generale da adattamento, cioè un complesso meccanismo di attivazione del sistema neuroendocrino per preparare l'organismo a comportamenti di attacco o fuga. Mentre questa sindrome adattativa, nell'animale, è generalmente indipendente dal tipo di stress, nell'uomo, in cui la principale fonte di stress è dato dal significato dello stimolo e dall'elaborazione cognitiva dell'evento stressante, può scatenare una normale tempesta immuno-neuroendocrina e metabolica, fondamentale per il normale apprendimento, ma può diventare patolo-

gica in relazione a precedenti esperienze emotive, alla costituzione genica, a disturbi psicopatologici preesistenti.

È difficile, pertanto, definire cosa si intenda per evento stressante in quanto, per esempio, non si conosce se esiste un solo tipo di stress o se ne esistono diversi tipi; se vada preso in considerazione solo il distress (quello determinato da eventi negativi) o anche l'eustress (quello determinato da eventi positivi); se lo stress vada considerato di per sé, o in relazione al temperamento.

Manca, inoltre, un ampio agreement sui metodi di misurazione: lo stress può essere, infatti, acuto e autolimitantesi, ma anche cronico e duraturo; la sua severità può variare da un minimo impatto sulla quotidianità fino ad una grave alterazione del vivere quotidiano. E ancora, differenti tipi e gradi di stress possono agire in differenti modalità: eventi similari (divorzio, perdita del lavoro, morte di un familiare o amico, etc.) possono comportare differenti impatti in differenti individui.

Non abbiamo, inoltre, una chiara plausibilità biologica che possa mettere in relazione un evento psicologico con lo sviluppo di una patologia come la SM, anche



se ultimamente c'è un sempre crescente interesse sulle strette interazioni che intervengono tra stress e sistema immunitario, sull'influenza dello stress sul rimodellamento dei subset linfocitari e sulle interconnessioni tra l'asse ipotalamico-ipofisario-surrenalico e la SM (2-5).

Esistono, infine, delle importanti difficoltà statistiche dal momento che gli studi clinici retrospettivi, sicuramente più facilmente realizzabili, sono fortemente condizionati dai recall bias (errori di richiamo mnemonico), mentre gli studi prospettici, che sono quelli più indicati in questo tipo di valutazione, sono difficili da realizzare per la necessità di ampie popolazioni e lunghi tempi di osservazione.

Tuttavia numerosi Autori si sono interessati ripetutamente alla problematica. Warren e coll. (6) hanno sottoposto 100 pazienti con SM e 100 pazienti affetti da altre malattie neurologiche o reumatologiche ad un'intervista sugli eventi della loro vita nei due anni precedenti l'esordio della malattia. È stato osservato che aveva presentato eventi stressanti significativi il 79% dei pazienti con SM e solo il 54% dei controlli, dimostrando la presenza di una differenza significativa tra i due gruppi ($p < 0.001$); inoltre il numero di eventi stressanti nei pazienti con SM era 3 volte più alto di quello dei controlli (180 vs 59).

Franklin e coll. (7) hanno sottoposto 55 pazienti con SM ad un'intervista sugli eventi stressanti ad intervalli di quattro mesi fino alla comparsa di una ricaduta. Durante un follow-up medio di 20 mesi, 25 pazienti avevano presentato una ricaduta; non si sono

osservate differenze significative nel numero di eventi stressanti nei 6 mesi precedenti tra il gruppo di pazienti con ricaduta e quello dei pazienti in remissione (20,2 vs 17,2). Si osservava una differenza significativa ($p < 0.05$) solo quando si consideravano solo gli "eventi estremi".

Grant e coll. (8) hanno valutato gli eventi stressanti in 39 pazienti con SM in fase precoce e 40 controlli sani. La proporzione di pazienti che avevano presentato situazioni marcatamente sfavorevoli nell'anno precedente l'inizio dei sintomi era significativamente più alta rispetto a quella osservata nei controlli nell'anno precedente la valutazione (77% vs 35%). La differenza era più marcata nei 6 mesi precedenti (62% vs 15%; $p < 0.001$). Le esperienze più stressanti riguardavano situazioni di conflitto o di separazione con il coniuge, altri membri della famiglia, o amici, problemi lavorativi o di gestione delle attività domestiche e le malattie gravi o la morte di persone care. Warren e coll. (9) hanno intervistato 95 coppie appaiate di pazienti con SM, chi era in remissione e chi in ricaduta. Nei tre mesi precedenti aveva presentato almeno un evento stressante significativo il 56,8% dei pazienti in ricaduta e solo il 28,4% dei pazienti in remissione ($p < 0.001$). Sibley e coll. (10) in uno studio prospettico condotto su 170 pazienti con SM sottoposti ad un'intervista sugli eventi stressanti ad intervalli mensili, hanno osservato un'associazione tra la ricaduta e gli stress lavorativi o familiari ($w = 0.22$; $p < 0.02$).

Mohr e coll. (11), in uno studio di risonanza magnetica condotto su

36 pazienti, hanno osservato che un aumento di conflitti e di sconvolgimenti della routine quotidiana, erano correlati ad un aumento del rischio di sviluppo di nuove lesioni captanti gadolinio nelle 8 settimane successive (OR 1,64; $p < 0.01$); non si osservava alcuna correlazione tra un evento stressante e ricadute clinicamente evidenti (follow-up 28-100 settimane). Pertanto, in base agli studi controllati finora disponibili (12-13), ma anche in base all'esperienza individuale dei neurologi clinici e a studi comparativi in altre discipline, in primis in campo oncologico (14), si ritiene possibile la relazione tra eventi stressanti ed inizio della SM o esacerbazioni in corso di malattia.

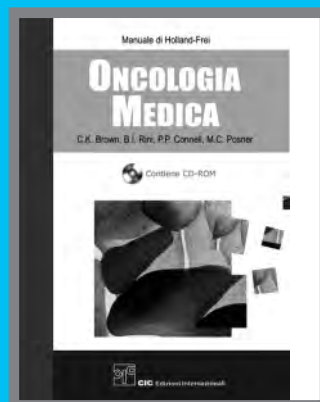
Rimane, comunque, non valutabile l'entità del suo impatto sull'evoluzione clinica della malattia: c'è sempre un impatto sulla malattia da parte degli eventi stressanti e sempre proporzionalmente alla loro gravità?

Ci sono persone più suscettibili e pertanto più a rischio?

Compito del terapeuta, pertanto, sarà quello di non invitare i pazienti ad evitare gli stressor (del resto impossibile), ma incoraggiare e sostenere il paziente a migliorare la propria autostima e le sue capacità di coping (l'insieme delle strategie ed abilità cognitive-comportamentali messe in atto da una persona per fronteggiare una situazione ritenuta stressante) e, soprattutto, di non far intendere al paziente che la sua condotta psicologica influenzerà in maniera decisiva l'evoluzione della propria malattia.

BIBLIOGRAFIA

1. Charcot JM. "Lectures on the diseases of the nervous system". London: New Sydenham Society (1879): 157-222.
2. Ader R, Cohen N, Felten D. "Psychoneuroimmunology: Interactions between the nervous system and the immune system". Lancet (1995); 345:99-103.
3. Foley FW, Miller AH, Trugott U, et al. "Psychoimmunological dysregulation in multiple sclerosis" Psychosomatics (1988); 29:398-403.
4. Van Nort JM. "Multiple sclerosis: an altered immune response or an altered stress response" J Mol Med (1996); 74:285-296.
5. Fassbender K., Schimdt R, Mobner R et al. "Mood disorders and dysfunction of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in multiple sclerosis" Arch Neurol (1998); 55:66-72
6. Warren S, Greenhill S, Warren KG. "Emotional stress and the development of multiple sclerosis: case-control evidence of a relationship" J Chronic Dis (1982); 35:821-31.
7. Franklin GM, Nelson LM, Heaton RK, et al. "Stress and its relationship to acute exacerbations in multiple sclerosis" J Neurol Rehab (1988); 2:7-11.
8. Grant I, Brown GW, Harris T, et al. "Severely threatening events and marked life difficulties preceding onset or exacerbation of multiple sclerosis" J Neurol Neurosurg Psychiatry (1989); 52:8-13.
9. Warren W, Warren KG, Cockerill R. "Emotional stress and coping in multiple sclerosis exacerbations" J Psychosomat Res (1991); 35:37-47.
10. Sibley WA "Risk factors in multiple sclerosis – implications for pathogenesis" In: Crescenzi GS (ed) "A multidisciplinary approach to myelin diseases", NATO Advanced Research Series. New York: Plenum Press (1997), 227-232.
11. Mohr DC, Goodkin DE, Bacchetti P et al. "Psychological stress and the subsequent appearance of new brain MRI lesions in MS" Neurology (2000); 55:55-61.
12. Goodin DS, Ebers GC, Johnson KP et al. "The relationship of MS to physical trauma and psychological stress: report of the therapeutics and technology assessment subcommittee of the American Academy of neurology" Neurology (1999); 52:1737-45.
13. Mohr DC, Hart SL, Julian L, Cox D, Pelletier D. "Association between stressful life events and exacerbation in multiple sclerosis: a meta-analysis" BMJ (2004); 328: 731-5.
14. Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J Bliss JM. "Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population based cohort study" Lancet (1999); 354: 1331-6.



C.K. Brown, B.I. Rini, P.P. Connel,
M.C. Posner

ONCOLOGIA MEDICA

Volume di 834 pagine
Brossurato - con CD-rom
f.to cm.10 x 16

€ 45,00



L. Tabár, T. Tot, P.B. Dean

IL CANCRO DELLA MAMMELLA L'ARTE E LA SCIENZA DELLA DIAGNOSI PRECOCE MEDIANTE MAMMOGRAFIA

Volume di 488 pagine
Cartonato
f.to cm. 22 x 30

€ 150,00



CIC Edizioni Internazionali

RISCHIO SANITARIO E RESPONSABILITÀ DELLE STRUTTURE

Stefano Biasoli

Assodato che l'errore in medicina non è azzerabile, ma solo contenibile, e che non esiste una equivalenza tra errore e colpa, resta ancora poco indagato l'aspetto della "responsabilità delle strutture" all'interno del composito mondo del rischio sanitario.

Quanto incide la "inidoneità delle strutture sanitarie" sul rischio clinico?(1). A questa domanda, che risale al lontano 1981, nessuna sostanziale risposta è stata data.

Né va dimenticato che il processo di trasformazione delle organizzazioni sanitarie pubbliche in aziende (disegnato nel 1992, avviato nel 1994, modificato nel 1999 e ben lungi dall'essere pervenuto a conclusione) ha profondamente inciso sul tema in oggetto, perché ha introdotto nel sistema – ed in modo pesante – quegli aspetti economici che sono impliciti nei concetti di efficienza e di efficacia. I vincoli di bilancio, imposti dalle finanziarie nazionali annuali e dai successivi patti della salute tra Stato e Regioni, hanno ulteriormente aggravato il problema. Perché? Per la disperata competizione, tra soggetti diversi – all'interno di una stessa Regione e financo di una stessa azienda (si tratti di ASL o di AULSS, non importa) – per la suddivisione e per l'utilizzo delle risorse disponibili. Suddivisione: tra ospedale e territorio; tra ristrutturazione edilizia ed innovazione tecnologica; tra spesa routinaria e investimenti innovativi; tra assistenza e ricerca; tra modelli organizzativi, vecchi e nuovi. Questo conflitto di interessi coinvolge diversi soggetti, diversi modelli assistenziali, diversi gruppi sociali. Con il consueto prevalere degli interessi più forti a scapito dei più deboli. E con pesanti, sempre più pesanti, interferenze politiche.

Nell'arco di circa 14 anni si è passati da una organizzazione sanitaria basata sul professionista ed al servizio di costui (*medical oriented*) ad una in cui l'assetto aziendalistico finisce con il condizionare l'azione sanitaria in genere e quella del singolo professionista, in particolare (*factory oriented*).

A ciò si aggiunga l'eterna dicotomia tra ospedale e territorio, con un progressivo incremento delle risorse territoriali (a scapito di quelle ospedaliere), e con un ruolo sempre più critico (e rischioso) dell'ospedale nei confronti delle vere emergenze cliniche o delle crescenti riacutizza-

zioni di cronicità, più o meno note.

Ed è in un simile contesto, in cui l'equilibrio di bilancio diventa un valore primario rispetto a quello della tutela della salute, che si trova ad operare il medico, da solo od in équipe. All'interno di organizzazioni sempre più grandi (dipartimenti), sempre più multifunzionali, sempre più esposte al rischio sia per la ridotta conoscenza medica dei pazienti che per le sempre più carenti tutele dell'emergenza sanitaria notturna e festiva, e talora anche pomeridiana. Per essere più espliciti, ci riferiamo: ai carichi di lavoro; ai turni diurni; alle pronte disponibilità; alle guardie notturne, ecc.

Se l'errore è l'evento terminale di una sequenza di fattori, è del tutto evidente che la frammentazione delle attività e l'assenza di una chiara linea gerarchica di comando amplificano non solo il rischio clinico del paziente ma anche la moltitudine dei sanitari (medici e non) potenzialmente coinvolti.

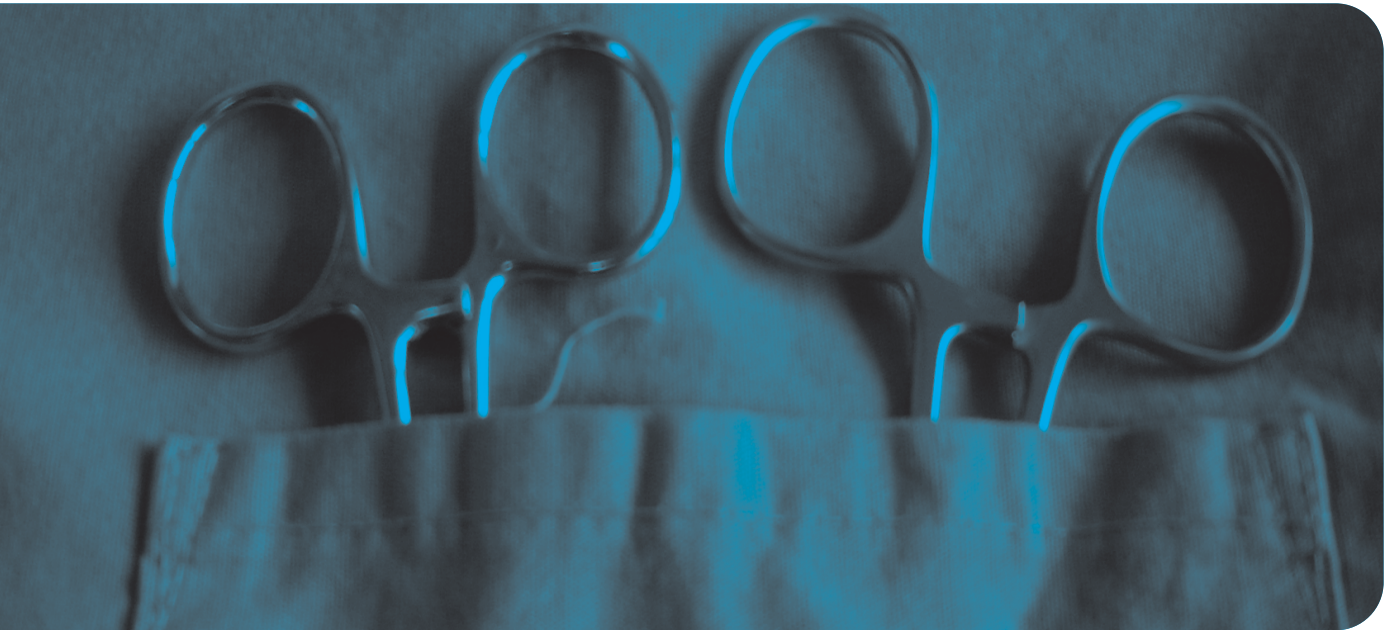
In 15 anni si sono modificati sia i concetti di équipe che i concetti di assistenza, con un aumento dell'autonomia professionale non solo dei singoli medici ma anche dei laureati sanitari non medici.

Il paziente è "unico", ma le "mani sul paziente" appartengono a molte persone, che – spesso – si muovono con larga autonomia e sono guidate da diverse apicalità. Un esempio su tutti: i medici dirigenti e professional, da un lato; gli infermieri (generici e laureati) e la dirigenza infermieristica, dall'altro.

Ci sono problemi di responsabilità diretta ed indiretta. Ad esempio, quanto è responsabile la dirigenza infermieristica che non ha provveduto a sostituire quell'infermiere professionale mancante in dialisi?

Per quel che riguarda la responsabilità indiretta, risponde o no il "primario" di un errore compiuto da altri? C'è o non c'è una colpa degli operatori socio-sanitari, degli infermieri professionali o dei singoli medici, separata dalle responsabilità "primariali"? (art. 1228 c.c.).

Esiste una "culpa in eligendo", di tipo oggettivo e che non



ammette prove a discarico. Esiste, ma chi può dimostrare – oggi – che un “primario” sceglie autonomamente i suoi collaboratori?

L’attuale distribuzione degli incarichi medici non esclude che il medico non apicale sia tenuto ad un comportamento “perito e diligente” e che debba manifestare il suo esplicito dissenso di fronte a scelte apicali teoricamente improprie (Cassazione civile, Sez. III, sentenza n° 4013 del 27/02/04).

Nell’ambito della pratica ospedaliera, insomma, l’errore può essere la conseguenza di parecchi elementi diversi: il management, le risorse, le strutture (edifici e strumentazione), l’organizzazione sanitaria, i carichi di lavoro, i professionisti medici, il personale di supporto (2).

Come al solito, mancano statistiche affidabili che consentano di quantificare la percentuale di ciascuno di questi fattori. Se i dati inglesi (3) fossero estensibili all’Italia, potremmo affermare che l’assenza di prevenzione, le carenze igieniche e la cattiva organizzazione sono da 6 (assenza di prevenzione) a 3 (assenza di igiene e carente organizzazione) volte più importanti – nel favorire l’errore – di quanto non lo siano i ritardi diagnostici e terapeutici. Il soggetto che commette concretamente l’errore (medico, infermiere, tecnico) può – quindi – anche non esserne il maggior responsabile (4).

Qualunque azienda privata sa che la prevenzione del rischio è fondamentale e che la sicurezza del personale viene prima della qualità del prodotto finale. Qualunque azienda, ma non l’azienda sanitaria “tipo”, per la quale

(come avviene nel 76% delle ASL italiane) la cultura del rischio è così poco sviluppata da non aver portato all’istituzione di Unità cliniche di risk management!

La prevenzione del rischio e dell’errore ha evidenti risvolti sul piano lavorativo (ambiente di lavoro sereno), psicologico (medicina non difensiva), economico, assicurativo e legale.

L’ERRORE DA CAUSE ORGANIZZATIVE

Non trattiamo qui del mancato rispetto delle procedure standard, codificate per quella determinata attività sanitaria, e definibile anche come violazione.

Ci riferiamo invece all’incidente, dovuto a carenze organizzative indipendenti dalla professionalità degli operatori e dal rispetto delle procedure e dei percorsi clinico – diagnostici corretti.

In altri termini, l’incidente è il risultato della sommatoria tra l’azione del sanitario e le condizioni organizzative di quella data struttura. Evidenti ma, soprattutto, “sottotraccia” o latenti.

Sono “sottotraccia” tutte quelle situazioni organizzative che sono frutto di decisioni assunte da soggetti diversi dagli operatori.

Ad esempio: dal Governo (le regole del sistema sanitario e l’entità del fondo sanitario nazionale – FSN – annuale); dalle regioni (l’organizzazione sanitaria regionale; la suddivisione economica tra ospedale e territorio; la politica del personale; la distribuzione delle tecnologie; la viabilità; i bacini di utenza); dalle aziende sanitarie (l’organiz-

zazione amministrativa e sanitaria; la mancanza di comunicazione; la carenza di formazione; l'ambiguità delle procedure; l'inadeguatezza delle apparecchiature; i risparmi sulle manutenzioni; i carichi di lavoro eccessivi; i services relativi a prestazioni essenziali; la tipologia della risposta all'urgenza-emergenza ed alla cronicità) (5).

Le condizioni latenti sono sempre presenti nei sistemi complessi e concorrono al verificarsi degli errori e dei "quasi errori". Si pensi, ad esempio, all'organizzazione amministrativa.

In un sistema che privilegia oggi (purtroppo!) la logica economico-finanziaria, le regole di aggiudicazione di una qualunque fornitura medica (attrezzature o materiale disponibile), pur apparentemente "neutre" sul prodotto finale (la qualità sanitaria) possono invece avere un effetto devastante. Infatti se il principale criterio di aggiudicazione è quello del massimo ribasso e non quello della qualità e se l'elemento prezzo prevale sugli altri elementi di gara (affidabilità della ditta, esame comparativo tra più prodotti analoghi, innovazione, parere dei tecnici, garanzie di manutenzione, etc.) è del tutto evidente che il prodotto fornito – di per sé – rappresenta un elemento latente di errore.

Esempi? Si va dal "guanto economico" che si rompe in sala operatoria, all'assenza di un gastroscopio di riserva, alla mancata attivazione (per un mero, bieco, risparmio) del controllo della qualità dell'acqua di dialisi. Si prosegue con l'assenza di letti-bilancia o di bilance nei "reparti" per malati acuti e cronici, con la mancanza di una videosorveglianza per i pazienti critici, con la mancata messa a norma di strutture ospedaliere e con la commistione tra acque pulite e sporche... Si tratta di "elementi latenti", rinvenibili facilmente in ogni realtà sanitaria, nel 2006. Mancano le bilance, e l'EPA (edema polmonare acuto) è più frequente. Manca il cardioverter e... mancano le "messa a terra"...

Si lesina su moltissime cose, oggi: dal farmaco innovativo (l'ormone sintetico...il bloccante dei recettori paratiroidi), ai nuovi sistemi di trattamento delle sepsi; dai moderni letti anti-decubito ai dosaggi dei peptidi natriuretici; dalla sostituzione della apparecchiature obsolete alla pulizia quotidiana degli ambienti più frequentati da moltitudini di pazienti a rischio, ecc.

Le esigenze di bilancio, oggi, influiscono sui modi in cui una data prestazione viene erogata, differenziando la qualità delle cure erogate a parità di professionalità mediche. Tutto ciò mette in difficoltà il medico che, da un lato, dovrebbe compiutamente informare il paziente sui limiti della struttura e, dall'altro, dovrebbe evitare le "fughe dei

DRG", sia per tutelare il proprio budget che il proprio posto di lavoro. Il medico è tenuto ad informare correttamente il paziente della possibilità di ottenere, altrove, una prestazione analoga, ma di più alto livello e con maggior sicurezza.

Il direttore ("primario") di quella stessa struttura – a sua volta – deve controllare e vigilare per evitare carenze strutturali e tecniche: in loro presenza, dovrebbe segnalarle sia all'amministrazione (per i doverosi provvedimenti conseguenti) che al paziente interessato (momentanea inadeguatezza strutturale, tecnica, organizzativa). Si tratta di informazioni da fornire in modo rigoroso, chiaro, non allarmistico.

In altri termini, il consenso informato non dovrebbe riguardare solo i potenziali rischi clinici ma anche l'efficienza e la sicurezza della struttura sanitaria coinvolta. È evidente come, anche in questo caso, l'azione del medico dipendente (acquisizione di un consenso "pieno") possa provocare effetti devastanti sia sul paziente ("trattamento incongruo"; "fuga verso altra struttura") che sul medico stesso ("valutazione dirigenziale"). L'art. 1218 c.c. impone al medico l'onere di provare che il danno è attribuibile alle carenze strutturali. Se è così, di quale colpa può essere accusato un medico che comunichi sia all'ASL che al paziente l'esistenza di problemi tecnico-organizzativi?

Al proposito, possiamo citare la sentenza n° 14638/2004 della III Sezione Civile della Cassazione sul dovere del medico di informare il paziente anche sulle dotazioni della struttura sanitaria...

LA RESPONSABILITÀ PENALE DELLA STRUTTURA

La trasformazione delle USL in aziende (D.Lgs 502/92 e successive modifiche) consente di attribuire responsabilità penali ai tre direttori (generale, sanitario, amministrativo) nel caso in cui il danno del paziente possa essere stato favorito da carenze strutturali ed organizzative, in presenza di comportamenti professionali "corretti". Si ammette oggi, insomma, che la struttura possa essere chiamata in causa non solo in un ambito civilistico ma anche penalistico (6). Da ciò, la necessità che, in ogni ASL, siano chiaramente attribuite funzioni e deleghe e siano definiti i gradi di autonomia decisionale.

Le carenze di apparecchiature e le carenze di personale, legate all'eseguità del budget od a nuove regole regionali, potranno modificare il livello di responsabilità, coinvolgendo non tanto e non solo il medico (qui da considerarsi più vittima che attore protagonista) ma anche (e soprattutto) la struttura ed i suoi legali rappresentanti. Al propo-

sito, è usualmente citata la sentenza n°10093 (20/09/95) della IV Sezione Penale di Cassazione, che ha condannato penalmente il direttore amministrativo di una ASL per la mancata organizzazione di una unità di cura sub-intensiva postchirurgica.

Analogamente si potrebbe ipotizzare una responsabilità amministrativa in caso di apparecchiature obsolete, non a norma o deteriorate, segnalate dal medico all'ASL ma dall'amministrazione non sostituite, non riparate e non messe a norma (7).

Infine, una piccola "chicca". Di chi è la responsabilità del malfunzionamento dei "medical devices"? La legge (n° 46/1997) dispone che essi non necessitano di alcuna autorizzazione ministeriale. In caso di malfunzionamento, a chi va attribuita la responsabilità del danno? Ancora. Il mondo sanitario è zeppo di cateteri venosi centrali e di "disposable" definiti come "estemporanei" o "permanenti". Tuttavia nessuno ha mai codificato quanto duri (ore, giorni, mesi?) l'estemporaneità e la permanenza. Dovremo forse aspettare una sentenza penale per saperlo?

I NUOVI LIVELLI DI RESPONSABILITÀ

Alla luce di quanto sopra precisato è evidente che la responsabilità professionale sanitaria (medica e dei sanitari non medici) non può essere oggi attribuita solo ed esclusivamente alla condotta errata (commisiva od omissiva) del professionista, ma può (talora, deve) coinvolgere fattori esterni, legati soprattutto agli aspetti negativi dell'aziendalizzazione sanitaria.

Per non coinvolgere l'intero mondo sanitario italiano nella genesi dei potenziali errori in medicina, ci si limiterà qui ad identificare solo alcuni fattori in gioco, quelli più vicini al singolo paziente ed al singolo operatore.

1. L'organizzazione sanitaria regionale, con una distribuzione equa o non equa delle risorse, delle attrezzature più costose, dell'emergenza-urgenza.
2. Il budget della singola ASL e gli obiettivi che la Regione ha fissato per il singolo direttore generale.
3. Le responsabilità personali della terna dirigenziale (DG,DS,DA) nelle scelte tecnologiche ed organizzative (acquisti, manutenzioni, politica del personale).
4. Le responsabilità della ingegneria clinica/economato nella tipologia delle gare di fornitura e nelle scelte finali (ruolo del medico-tecnico nelle Commissioni di gara) della tecnologia e dei materiali di consumo ed infine nella edilizia (tipologia, spazi, manutenzione).
5. Responsabilità della direzione sanitaria e della dirigenza infermieristica in tema di organici medici e non medici ed in tema di sicurezza sul lavoro.

6. Responsabilità del direttore (ex primari) nella organizzazione interna del servizio, in relazione alle risorse (tecniche ed umane) messe a disposizione.

7. Responsabilità del medico e del personale sanitario non medico.

CONCLUSIONE

Da oltre 20 anni, la CIMO-ASMD e le altre Organizzazioni sindacali mediche si battono perché anche in Italia, come in Germania o come in Spagna, si definiscano in un modo moderno i livelli di responsabilità sanitaria, identificabili in almeno tre:

1. le carenze organizzative;
2. le carenze informative;
3. le carenze professionali.

In questa visione andrebbe, una volta per tutte, definito il principio che è l'ASL a rispondere in prima istanza al paziente del danno da lui subito (per un errore, colposo o non colposo) e che spetta poi all'ASL la decisione di rivalersi o meno (sulla base dei livelli di responsabilità) nei confronti del dipendente che ha "errato". Ma errore non significa colpa.

Occorre fare chiarezza, una volta per tutte. A partire da un ordinamento che codifichi la tipologia, le attrezzature e la organizzazione delle strutture sanitarie, per acuti e per cronici. Per finire ad una Legge che, come quella spagnola (Legge 30/1992; art.139.1), identifichi una responsabilità senza colpa della pubblica amministrazione, consentendo quindi ai cittadini lesi di essere risarciti, qualora quel danno sia la conseguenza di una azione errata (colposa o non) di un dato pubblico dipendente.

Come si intuisce, non si può fare una seria prevenzione del rischio in assenza di una nuova normativa che modifichi il concetto di errore, colpa e rischio, in Sanità!

BIBLIOGRAFIA

1. Palmiere C., Pacchioni D.M., Molinelli A., Celesti R.. Carenza delle strutture sanitarie: a chi la responsabilità? *Difesa Sociale* 2004; 83 (2): 99-114.
2. Dossier dell' INC (Istituto Nazionale Comunicazione) sull'errore in ospedale. Roma, aprile 2002.
3. Weingart SN. Epidemiology of medical error. *BMJ* 2000; 320:774-777.
4. Beaglehol R. Uses of error: clinical and epidemiological. *Lancet* 2001; 357:140.
5. Reason J. Human error: model and management. *BMJ Publications*, London, 2000; 320:768-700.
6. Bates DW. Error in Medicine: what have we learned? *Aun Int Med* 2000;132:763-7.
7. Lore C., Martini P., Sulla responsabilità penale degli amministratori di strutture sanitarie. *Riv. Ital. Med. legale* 1998; 20:403-10.



Formazione medica

S.P.E.ME. e CIMO-ASMD
organizzano in Marsala (26-27-28 aprile 2007)
un Corso di formazione sul tema

“Clinical Risk in Oncology”

Gli approfondimenti riguarderanno i seguenti temi:

- > responsabilità medica e rischio clinico: aspetti medico legali ed assicurativi;
- > il ritardo diagnostico;
- > linee guida e clinical-risk;
- > new target therapy;
- > accanimento terapeutico ed aspetti etici.

Il notevole incremento di azioni giudiziarie promosse nei confronti degli operatori sanitari, ha posto la necessità di migliorare ed estendere le conoscenze relative alla responsabilità civile e penale del medico per tentare di contenere il fenomeno del contenzioso in materia entro quei parametri che, per professioni che si occupano della salute del malato oncologico, possono essere considerati “fisiologici”.

L'estensione e l'approfondimento dei contenuti giuridici, amministrativi e assicurativi, quindi, si ritiene imprescindibile per ridurre il fenomeno delle azioni giudiziarie in materia di tutela della salute, permettendo l'acquisizione di un'adeguata preparazione sugli aspetti clinici e medico-legali, giuridici ed assicurativi di cui si è investiti nell'esercizio dell'attività professionale medica, e sanitaria in senso lato.

Direttori del Corso
Dott. Mario Ferrera
Dott. Prof. Ignazio Carreca

Segreteria Scientifica S.P.E.ME.
Via Quieta, 65 – 95128 CATANIA
Tel e fax: 095/430812

Sede del Corso
Centro Congressi Hotel President
Marsala (TP) – Via Bixio, 1
Tel: 0923/999333

LA FORMAZIONE PER LO SVILUPPO DELL'AZIONE COMUNE

Giuseppe R. Spampinato

Come avevamo annunciato, con il Corso dal titolo "Modalità di negoziazione partecipativa specialistiche per medici chirurghi" si è concluso il ciclo di formazione CIMO ASMD per l'anno appena trascorso.

Epilogo e apologo

Il successo riscosso da tutti gli incontri del programma 2006 ha mostrato che questo intervento non è stato un punto d'arrivo, ma il momento di rilancio per le prossime attività. Il consuntivo mostra infatti come la formazione abbia consentito ad oltre 50 Colleghi di approfondire temi importanti per mantenere aggiornata e sviluppare la propria preparazione, sia al ruolo sindacale che per l'esercizio della professione. Grande infatti è stato l'impegno di S.P.E.ME., la Società scientifica fondata da CIMO e provider nazionale riconosciuto, nella realizzazione di un programma significativo. I vari temi presi in esame hanno riguardato questioni di grande rilevanza per la pratica sindacale: dalla normativa contrattuale ai vari aspetti della comunicazione. Le modalità di approccio dei docenti si sono mostrate ogni volta vivaci e coinvolgenti, rendendo dinamici e di immediata efficacia e comprensione anche i temi più tecnici o meno consueti per noi.

La negoziazione partecipativa

Il ciclo di attività 2006 si è concluso con il Corso sulla "negoziazione partecipativa", tenuto come d'abitudine presso l'Hotel Torre Rossa di Roma, nei giorni 1 e 2 dicembre. Fin dalla comunicazione del programma le adesioni sono state numerose, tanto da consigliare l'organizzazione di due edizioni del Corso, la seconda delle quali si terrà in gennaio. In tal modo, ogni edizione vede la partecipazione di 25 persone, un numero sufficientemente alto per favorire lo scambio di idee e la proficuità delle esercitazioni e, al contempo, abbastanza contenuto così da favorire il dialogo con il docente.

Il programma ha preso in esame gli aspetti basilari della negoziazione partecipativa, fra i quali:

- l'importanza della negoziazione nelle varie occasioni;
- la definizione e il percorso della negoziazione;
- il linguaggio quale strumento per favorire la compartecipazione;
- gli strumenti operativi della negoziazione;

- la gestione delle obiezioni;
- la gestione dei momenti conflittuali.

In particolare, il linguaggio è stato esaminato nelle sue diverse articolazioni utili alla negoziazione, fra le quali il linguaggio "di precisione e di persuasione" ed il linguaggio "di autorità e di autorevolezza".

Infatti oggi il medico chirurgo, in generale, e i rappresentanti di CIMO in particolare vedono crescere continuamente la necessità di agire in modo altamente professionale, specie quando si trovano davanti ad esigenze diverse da conciliare, ovvero nella necessità di negoziare. Questo accade sia nella relazione con il paziente che in trattativa sindacale. Spesso, infatti, i pazienti denotano istanze personali, sociali, organizzative e lavorative che possono divergere dalle loro esigenze sanitarie in termini di prevenzione, terapia, mantenimento. Basti solo considerare il caso di un conducente di taxi, affetto da prodromi di lombosciatalgia, al quale il medico indichi tout-court l'esigenza di "guidare il meno possibile". Una situazione del genere potrebbe generare nel paziente una automatica risposta di negazione, in senso freudiano, che lo esporrebbe a più gravi conseguenze fisiche e, a cascata, professionali, familiari e quindi sociali. Anche in trattativa sindacale, il ruolo della CIMO è volto ad affermare una pienezza di ruolo della categoria, la cui affermazione richiede il coniugarsi di istanze organizzative, economiche e sanitarie, a volte in contrasto fra di loro. Il presidio degli strumenti concettuali e lessicali per favorire l'istaurarsi di una corretta e proficua relazione fra tutti gli attori del processo, che permetta di andare alla ricerca di un equilibrio accettabile, è quindi una delle basi per la corretta azione, tanto professionale che sindacale.

Il nuovo partner

L'idea dell'incontro è nata dalla considerazione, condivisa con S.P.E.ME, di confrontarci anche con enti esterni specializzati in formazione per arricchire sempre più il nostro patrimonio conoscitivo. Progettazione e realizzazione sono state effettuate in collaborazione con Apogeo, un'Agenzia di formazione e consulenza con sede a Firenze, riconosciuta per l'ECM dal Ministero della Salute e accreditata dalla Regione Toscana, che lavora da

due anni con la CIMO, dapprima su base regionale e adesso nel programma di sviluppo nazionale. Apogeo opera in ambito UE e contribuisce allo sviluppo di Società, come il gruppo Telecom, e per i nostri Colleghi penitenziari del Ministero di Giustizia. Altre notizie si possono reperire sul sito www.apogeoform.net. La docenza è stata tenuta dal Dr. Paolo Boschi, Presidente di Apogeo, che si occupa di formazione, sviluppo e relazioni industriali. Boschi, che unisce competenze legali, di negoziazione in ambito sindacale e di comunicazione, ha sviluppato l'intervento in collaborazione con la dr.ssa Lucia Sprugnoli, psicologa, docente di tecnica e psicologia della comunicazione. Entrambi sono Autori di testi sul comportamento (Edizioni Giunti) e di drammaturgie teatrali, tengono Corsi in aziende e in collaborazione con l'Università di Padova. Apogeo è anche provider ECM. La nostra Consulta scientifica gli ha quindi confermato l'incarico di gestire anche i rapporti con il Ministero per il riconoscimento dei crediti ai partecipanti.

Svolgimento e risultati

Le reazioni dei presenti hanno mostrato come l'esperienza sia stata divertente, oltre che utile e interessante. L'esame di ogni argomento previsto dal programma ha dato lo spunto per ampi dibattiti. Le esercitazioni sono state occasioni importanti per sperimentare le prassi esaminate e sviluppare comportamenti positivi, da trasferire poi in sede negoziale. Frequenti, infine, i richiami a temi collegati con quelli previsti dal programma, anche se il tempo disponibile ha reso necessario rimandare ad altre occasioni l'approfondimento vero e proprio. Al termine delle attività, ogni partecipante ha ricevuto in dono il volume di P. Boschi e L. Sprugnoli "Tecniche per gestire l'ansia e mantenere il self control", Edizioni Giunti.

Il Corso di due giorni ha consentito anche momenti molto forti di aggregazione informale, permettendo ai partecipanti di socializzare e scambiarsi idee ed esperienze anche oltre l'orario d'aula e a cena, con modalità armoniche che hanno permesso di fondere specificità regionali diverse in quel tutt'uno che è la base di un'azione sindacale condivisa, pur nel rispetto delle singole realtà.

Le schede di fine corso previste dall'ECM hanno mostrato risultati di soddisfazione. Nelle tabelle di sintesi sono riportate le valutazioni dei 25 partecipanti.

L'esame delle percentuali evidenzia come gli argomenti abbiano denotato rilevanti elementi di novità, con una presentazione di qualità e, soprattutto, come si siano dimostrati di impulso per sviluppare alcuni aspetti dell'attività professionale dei partecipanti.

La visita del Presidente

Il nostro Presidente, che aveva condiviso il programma del Corso "negoziazione partecipativa" in una precedente presentazione in sede, ha presenziato ad alcune fasi dell'evento e si è rivolto ai presenti con frasi di soddisfazione per la partecipazione attiva dimostrata. Nel suo intervento, ha toccato i temi salienti dello sviluppo della nostra Associazione, dall'importanza di una univocità di intenti da raggiungere attraverso il confronto interno e da mostrare all'esterno con sempre rinnovato vigore, alla necessità di lavorare insieme per essere il primo sindacato per rappresentatività e irrinunciabile autonomia. "In questo - ha commentato - la formazione e il lavoro che si sta facendo qui hanno un ruolo irrinunciabile". Il Presidente si è poi congratulato per le presenze femminili, auspicandone la crescita per un sempre migliore presidio delle pari opportunità anche nella nostra professione, per la coniugazione di istanze complementari e per quella valorizzazione delle differenze che a ogni livello è la base per un'azione veramente democratica. Al termine del suo intervento il Presidente e i partecipanti si sono trattenuti informalmente per ulteriori scambi di idee.

In definitiva, l'attività svolta è risultata sempre molto stimolante, permettendo ai partecipanti la "lettura" dei propri comportamenti e delle proprie emozioni attraverso l'azione diretta per:

- consentire il superamento dei limiti individuali nell'organizzazione delle attività e nei rapporti con se stessi e gli altri;
- favorire la coesione dei gruppi;
- sostenere la maturazione di capacità gestionali e manageriali;
- sviluppare comportamenti e capacità di relazione utili per raggiungere gli obiettivi prefissati.

Gli sviluppi

Il programma di formazione CIMO per il 2007 è già pronto nelle sue linee guida e negli interventi principali. Nei giorni 19 e 20 gennaio si tiene la seconda edizione del Corso sulla "negoziazione partecipativa", ancora per 25 partecipanti. Nel mese di marzo seguirà "La gestione delle risorse economiche ed umane nella sanità", articolato in una prima parte sulla gestione delle risorse economiche (sistema di finanziamento: dal S.S.N alle aziende sanitarie; creazione e distribuzione dei fondi di finanziamento del CCNL della dirigenza medica; assegnazione di budget: modalità di trattativa e gestione; istituti premiali e ricadute economiche) ed una seconda parte sulla gestione tecnica delle risorse umane (orario di lavoro).

Tabella 1.0 Rilevanza e qualità (valori assoluti)

ITEM	Non rilevante	Poco rilevante	Abbastanza rilevante	Rilevante	Molto rilevante	TOTALE PARTECIPANTI
Rilevanza degli argomenti rispetto alle necessità				7	18	25
Qualità educativa di aggiornamento data dall'intervento				5	20	25

Tabella 2.0 Efficacia (valori assoluti)

ITEM	Inefficace	Parzialmente efficace	Abbastanza efficace	Efficace	Molto Efficace	TOTALE PARTECIPANTI
Efficacia dell'evento per la formazione continua				3	22	25

Tabella 1.1 Rilevanza e qualità (percentuali)

ITEM	Non rilevante	Poco rilevante	Abbastanza rilevante	Rilevante	Molto rilevante	TOTALE PERCENTUALI
Rilevanza degli argomenti rispetto alle necessità				28%	72%	100%
Qualità educativa di aggiornamento data dall'intervento				20%	80%	100%

Tabella 2.1 Efficacia (percentuali)

ITEM	Inefficace	Parzialmente efficace	Abbastanza efficace	Efficace	Molto Efficace	TOTALE PERCENTUALI
Efficacia dell'evento per la formazione continua				12%	88%	100%

ro; contratti atipici; assegnazione e verifica degli incarichi; retribuzione di posizione; dirigenza apicale; libera professione). Nel periodo da maggio a luglio sono previsti due appuntamenti con Apogeo. In maggio si terrà un incontro di un giorno e mezzo in tema di "Tecnica dell'argomentazione", un tema rilevante per la professione medica e per l'attività sindacale. Saranno allo studio gli elementi di analisi e creatività utili per individuare argomenti a sostegno delle proprie tesi, gli strumenti per gestire le obiezioni e le modalità di costruzione dell'impianto dialettico a seconda di situazioni, interlocutori e obiettivi da raggiungere. Qui verrà utile l'esperienza di acting teatrale del nostro partner, per approfondire e sperimentare gli aspetti del linguaggio di persuasione, che già hanno destato interesse durante l'incontro del dicembre 2006. Per il periodo a cavallo fra giugno e Luglio è ipotizzato un Corso in tema di Leadership. Allo studio l'i-

dea di un'attività in cinque giorni, due dei quali con un'esperienza outdoor, possibilmente in barca a vela. Apogeo attua questa modalità da molti anni. Foto e ulteriori indicazioni sono nel sito www.apogeoform.net.

Per la fine di settembre sarà messo in calendario un incontro in tema di "Risk management ed aspetti assicurativi della professione medica", mentre novembre vedrà la conclusione dell'anno formativo con un approfondimento su "Dirigenza medica e politica sanitaria italiana tra ideologia e necessità".

A breve saranno specificate date, programmi di dettaglio e modalità di partecipazione. Fin d'ora sono confermate le nostre linee guida, fondate su chiarezza, condivisione e comune senso di appartenenza, per generare percorsi formativi che possano dare un contributo allo sviluppo delle professionalità, con evidenti vantaggi per tutti i professionisti della Sanità e per i loro assistiti.

PRECARIO NON È BELLO

Giancarlo Faletti

Nel vasto panorama della giurisprudenza di legittimità che tratta quotidianamente questioni attinenti alle caratteristiche del rapporto di lavoro (anche) dei dirigenti, quali inoppugnabilmente sono ritenuti i medici dipendenti del SSN, merita attenzione una recente pronuncia della Corte di Cassazione (Cass. civ. Sez. lavoro, 08-11-2005, n. 21673) che ha riproposto un tema già oggetto, con alterne fortune, della sua pregressa attenzione.

Il caso che ha determinato la pronuncia si riferiva ad un licenziamento, operato senza il rispetto della disciplina limitativa dei licenziamenti individuali, di un dirigente che, nella specie ed incontestabilmente, era considerato "dirigente apicale". Poiché egli riteneva che, in concreto, avesse subito un demansionamento, riducendo la sua prestazione a quella di un cd dirigente minore, aveva impugnato il licenziamento intimatogli perché assunto in violazione della predetta disciplina dei licenziamenti individuali e senza l'applicazione delle connesse garanzie procedurali di cui alla L. 300/70 (statuto dei lavoratori). Senza entrare nel merito specifico del ricorso, interessante, invece, si manifesta la questione incidentale che la Corte risolve a proposito delle garanzie che vanno riconosciute in caso di licenziamento anche a favore di quelli che essa definisce "dirigenti minori".

Pacifico che ai dirigenti "apicali" non si applica la disciplina limitativa dei licenziamenti individuali (art. 10 Legge 15 luglio 1966, n. 604); non trovano conseguente applicazione a favore dei medesimi neppure le connesse garanzie procedurali dell'art. 7 Legge 20 maggio 1970, n. 300. Senonchè, l'art. 10 cit. ha ricevuto dalla giurisprudenza della Corte una interpretazione limitativa, nel senso che la regola della licenziabilità "ad nutum" dei dirigenti, desumibile dall'art. 10 della legge n. 604 del 1966 è applicabile solo al dirigente in posizione verticistica, che, nell'ambito dell'azienda, abbia un ruolo caratterizzato dall'ampiezza del potere gestorio, tanto da poter essere definito un vero e proprio "alter ego" dell'imprenditore, in quanto preposto all'intera azienda o ad un ramo o servizio di particolare rilevanza, in posizione di sostanziale autonomia, tale da influenzare l'andamento e le scelte dell'attività aziendale, sia al suo interno che nei rapporti con i terzi (Cass. sez. un. 29 maggio 1995 n. 6041; Cass. 12 novembre 1999 n. 12571; Cass. 9 aprile 2003 n. 5526; Cass. 28 maggio 2003 n. 8486). Ne consegue che anche la esclusione delle connesse garanzie procedimen-

tali dell'art. 7 vale solo per i dirigenti apicali, e non per i "dirigenti minori".

La giurisprudenza della Corte è infatti consolidata nel senso che il principio della non applicabilità al rapporto di lavoro dei dirigenti delle garanzie procedurali di cui all'art. 7 dello statuto dei lavoratori (l. n. 300 del 1970) che devono essere osservate anche in occasione dei licenziamenti disciplinari, quali la preventiva contestazione per iscritto degli addebiti e la concessione di un termine a difesa, si riferisce solo al dirigente di azienda industriale che si trovi in posizione apicale nell'ambito dell'interesse e sia munito di ampio potere gestorio; la procedura di cui all'art. 7 trova invece applicazione nei confronti del personale della media e bassa dirigenza che sia legalmente ascrivibile alla categoria del personale direttivo (cd. pseudo- dirigenti o dirigenti meramente convenzionali) (Cass. 27 novembre 1997 n. 12001; Cass. 11 febbraio 1998 n. 1434).

Il giudizio diretto a stabilire se l'interessato appartiene o meno al novero dei dirigenti di vertice dell'azienda e circa l'applicabilità o meno delle garanzie procedurali di cui all'art. 7 legge n. 300 del 1970 involge accertamenti di fatto rimessi al giudice del merito (Cass. 26 febbraio 2000 n. 2192; Cass. 21 luglio 2001 n. 9950).

Senonchè, il licenziamento intimato senza il rispetto della procedura sopra richiamata è nullo ex lege e, dunque, il rapporto di lavoro non può essere risolto e, se risolto, va ripristinato.

L'apertura connessa a tale indirizzo giurisprudenziale non può, ovviamente, essere intesa in senso più ampio di quanto non affermi il principio di diritto enunciato: esso, però, consente di distinguere, all'interno della generale categoria dirigenziale (configurata unitariamente dall'art. 2095 cc), quei soggetti che, in concreto, al nome non fanno seguire mansioni adeguate e responsabilità decisorie connesse. Per questi ultimi, la disciplina del rapporto deve riferirsi, non già alla mera titolazione, quanto piuttosto al suo contenuto concreto e, sotto tale profilo, la garanzia di stabilità del rapporto in caso di licenziamento disciplinare nullo per difetto di forma comincia ad assumere connotati di maggiore consistenza. L'indicazione può valere, da subito, per quei dirigenti che, secondo l'articolazione delle funzioni cui è collegato l'incarico dirigenziale di cui sono titolari, svolgono semplici funzioni di carattere meramente professionale, di studio e ricerca,

collocate abitualmente al gradino più basso della scala di graduazione delle funzioni, senza alcuna implicazione che possa far ricondurre al loro operato un effettivo potere gestorio. L'indicazione può valere, inoltre, in vista della formulazione della piattaforma rivendicativa utile per la negoziazione del prossimo contratto collettivo, in modo da far coincidere, almeno sotto il profilo delle garanzie procedurali (e di conseguente sanzionabilità dei comportamenti da esse difforni), la realtà delle cose alla sua effettività giuridica. Senza, invece, cullarci con qualifiche altisonanti o di prestigio cui non corrisponde una concreta, consequenziale operatività.

Altra e diversa materia di sconcertante attualità, attiene, invece, alle conseguenze di (eventuale) stabilizzazione del rapporto di lavoro in presenza di plurimi e reiterati contratti di lavoro precario o a tempo determinato. La distinzione testè operata produce effetti diversificati già solo in ragione del fatto che tali rapporti possano essere ricondotti ad un contratto genericamente riferibile alla "collaborazione" oggi a progetto ovvero ad un vero e proprio rapporto a tempo: entrambe le categorie sono, invece, assimilabili riguardo alla inapplicabilità (negata) della stabilizzazione del rapporto nel senso che essi, neppure in presenza di rinnovi reiterati e successivi, conducono alla loro trasformazione in rapporti a tempo indeterminato. La questione manifesta tutta la sua scottante attualità specie in presenza di scelte legislative che, da un lato, bloccano il ricorso alle ordinarie assunzioni e, dall'altro, di fronte alla progressiva riduzione degli organici, impongono l'utilizzo di risorse precarie con rapporti che danno libero sfogo alla fantasia dei proponenti: tutti, rigorosamente, instabili.

La clausola 5, n. 1, lett. a), dell'accordo quadro sul lavoro a tempo determinato concluso il 18 marzo 1999, che figura in allegato alla direttiva del Consiglio 1999/70/CE del 28 giugno 1999 relativa all'accordo quadro CES, UNICE e CEEP sul lavoro a tempo determina-

to, prevede che, per prevenire gli abusi derivanti dall'utilizzo di una successione di contratti o rapporti di lavoro a tempo determinato, nella normativa nazionale devono essere introdotte una o più misure relative a (a) ragioni obiettive per la giustificazione del rinnovo dei suddetti contratti o rapporti; (b) la durata massima totale dei contratti o rapporti di lavoro a tempo determinato successivi; (c) il numero dei rinnovi dei suddetti contratti o rapporti. Orbene, la Corte di Giustizia delle Comunità Europee Grande Sezione (una specie di sezioni unite), con la sentenza 04-07-2006, n. 212, ha statuito che la clausola suddetta deve essere interpretata nel senso che essa osta all'utilizzazione di contratti di lavoro a tempo determinato successivi che sia giustificata dalla sola circostanza di essere prevista da una disposizione legislativa o regolamentare generale di uno Stato membro. Al contrario, la nozione di «ragioni obiettive» ai sensi della detta clausola esige che il ricorso a questo tipo particolare di rapporti di lavoro, quale previsto dalla normativa nazionale, sia giustificato dall'esistenza di elementi concreti relativi in particolare all'attività di cui trattasi e alle condizioni del suo esercizio.

In particolare, la vertenza era stata introdotta da diciotto lavoratori greci, dipendenti di una persona giuridica di diritto privato appartenente al settore pubblico (come le nostre ASL), che lamentavano come non fosse stato trasformato in rapporto a tempo indeterminato una successione di contratti a tempo determinato che li aveva visti quali destinatari.

La medesima pronuncia affermava, al riguardo, che la clausola 5 sopra citata andava interpretata altresì nel senso che essa osta ad

una normativa nazionale, quale quella controversa nella causa principale, la quale stabilisce che soltanto i contratti o rapporti di lavoro a tempo determinato non separati gli uni dagli altri da un lasso temporale superiore a 20 giorni lavorativi devo-



no essere considerati «successivi» ai sensi della detta clausola: in pratica, l'accordo quadro sul lavoro a tempo determinato deve essere interpretato nel senso che, qualora l'ordinamento giuridico interno dello Stato membro interessato non preveda, nel settore considerato, altra misura effettiva per evitare e, nel caso, sanzionare l'utilizzazione abusiva di contratti a tempo determinato successivi, il detto accordo quadro osta all'applicazione di una normativa nazionale che vieta in maniera assoluta, nel solo settore pubblico, di trasformare in un contratto di lavoro a tempo indeterminato una successione di contratti a tempo determinato che, di fatto, hanno avuto il fine di soddisfare «fabbisogni permanenti e durevoli» del datore di lavoro e devono essere considerati abusivi.

Alla luce di tale pronuncia, certamente favorevole ai lavoratori interessati, l'indagine doveva essere indirizzata a comprendere come il problema fosse stato risolto dal nostro legislatore. Questi ha recepito il contenuto del suddetto accordo quadro con il D.Lgs. 368/01, entrato in vigore il 21/9/2001, secondo il quale (art. 5 co. 2) «se il rapporto continua oltre il ventesimo giorno in caso di contratto di durata inferiore a sei mesi, ovvero oltre il trentesimo giorno negli altri casi, il contratto si considera a tempo indeterminato dalla scadenza dei predetti termini» nonché (art. 5 co. 3) «qualora il lavoratore venga riassunto a termine, ai sensi dell'art. 1, entro un periodo di dieci giorni dalla data di scadenza di un contratto di durata fino a sei mesi, ovvero venti giorni dalla data di scadenza di un contratto di durata superiore a sei mesi, il secondo contratto si considererà a tempo indeterminato». La predetta disposizione, che si applica anche alle amministrazioni pubbliche (art. 10 stesso D.Lgs), pareva contrastare con la previdente disciplina di cui all'art. 36 D.Lgs. 165/01 (norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche) per il cui secondo comma «in ogni caso, la violazione di disposizioni imperative riguardanti l'assunzione o l'impiego di lavoratori, da parte delle pubbliche amministrazioni, non può comportare la costituzione di rapporti di lavoro a tempo indeterminato con le medesime pubbliche amministrazioni, ferma restando ogni responsabilità e sanzione. Il lavoratore interessato ha diritto al risarcimento del danno derivante dalla prestazione di lavoro in violazione di disposizioni imperative. Le amministrazioni hanno l'obbligo di recuperare le somme pagate a tale titolo nei confronti dei dirigenti responsabili, qualora la violazione sia dovuta a dolo o colpa grave».

Chiamata ad esprimersi al riguardo, la Corte di Giustizia delle Comunità Europee sezione II, con sentenza 07-09-

2006, n. 53, ha affermato, in linea generale, che la richiamata clausola 5 dell'accordo quadro non osta, in quanto tale, a che uno stato membro riservi un destino differente al ricorso abusivo a contratti o rapporti di lavoro a tempo determinato stipulati in successione a seconda che tali contratti siano stati conclusi con un datore di lavoro appartenente al settore privato o con un datore di lavoro rientrante nel settore pubblico. Sul caso specifico (anche in questo caso, si trattava di reiterazioni di rapporti a tempo determinato con un'amministrazione della sanità ligure, non trasformati in rapporto a tempo indeterminato), la Corte ha tuttavia affermato che l'accordo quadro sul lavoro a tempo determinato dev'essere interpretato nel senso che non osta, in linea di principio, ad una normativa nazionale che esclude, in caso di abuso derivante dall'utilizzo di una successione di contratti o di rapporti di lavoro a tempo determinato da parte di un datore di lavoro rientrante nel settore pubblico, che questi siano trasformati in contratti o in rapporti di lavoro a tempo indeterminato, mentre tale trasformazione è prevista per i contratti e i rapporti di lavoro conclusi con un datore di lavoro appartenente al settore privato, qualora tale normativa contenga un'altra misura effettiva destinata ad evitare e, se del caso, a sanzionare un utilizzo abusivo di una successione di contratti a tempo determinato da parte di un datore di lavoro rientrante nel settore pubblico.

In pratica, il risarcimento del danno conseguente all'abusiva utilizzazione della disciplina di cui al D.Lgs. 368/01 da parte di pubbliche amministrazioni è misura adeguata a sanzionare il datore di lavoro. Il problema è che, però, non può essere considerata misura adeguata a ristorare, in effetti, il dipendente!

Anche in questa materia, però, sembra di poter scorgere una prima apertura dal momento che la Corte demanda al Giudice del rinvio (cioè al Giudice nazionale che ha posto la questione, nella specie il Tribunale di Genova) «valutare in quale misura le condizioni di applicazione nonché l'attuazione effettiva dell'art. 36 D.Lgs. 368/01 ne fanno uno strumento adeguato» a prevenire i comportamenti abusivi, in questa materia, del datore di lavoro pubblico.

Dunque, ragioni di approfondimento non mancano: il 2007 potrebbe essere un anno da dedicare alla ricerca di soluzioni più adeguate alla tutela della precarietà.

VINCERE LE VECCHIE SFIDE: PROSCIoglimento PRIMA DEL DIBATTIMENTO

Vania Cirese

È nota la distinzione, nel nostro e in molti ordinamenti giuridici, tra i reati procedibili a querela e quelli procedibili d'ufficio. Nel nostro sistema la querela è un atto giuridico di natura negoziale, con il quale il soggetto privato titolare del relativo diritto, indica con una dichiarazione unilaterale di volontà, il fatto per il quale chiede che l'Organo pubblico di giustizia inizi l'azione penale.

La querela non richiede formule particolari né la specifica indicazione dei reati configurabili, essendo ritenuti sufficienti ai fini della procedibilità per il reato ravvisato due elementi: l'esposizione dei fatti e la richiesta di punizione dei colpevoli.

Il diritto di querela dunque concerne unicamente il fatto delittuoso nella sua materialità ossia esposto nella sua essenzialità e non nei dettagli, spettando all'autorità giudiziaria e in particolare al pubblico ministero la corretta qualificazione giuridica, determinando se il fatto integri questa o quella fattispecie penalmente rilevante.

In altre parole è in genere la magistratura, e non il cittadino, che attribuisce al fatto le definizioni e le conseguenze giuridiche che ne derivano.

Poiché la querela è una manifestazione di volontà intesa a rimuovere un ostacolo alla perseguibilità di determinati reati, il documento in cui tale volontà viene

manifestato ha pertanto la funzione di impulso processuale. La dichiarazione di querela presuppone dei requisiti formali di sottoscrizione e presentazione da parte del soggetto legittimato, su cui non ci soffermeremo in questa sede, richiamando invece l'attenzione su un ulteriore onere del querelante, quello in ordine al rispetto del termine imposto dalla legge.

L'articolo 124cp infatti sancisce "salvo che la legge disponga altrimenti, il diritto di querela non può essere esercitato, decorsi tre mesi dal giorno della notizia del fatto che costituisce il reato".

Il potere di querela è sottoposto dunque al termine di tre mesi dalla notizia del fatto, sul duplice presupposto, da un lato che sarebbe inopportuno lasciare aperta indefinitamente la possibilità del suo perseguimento, dall'altro che dopo un congruo lasso di tempo il soggetto passivo avrà potuto valutare compiutamente l'opportunità di querelare o meno per il reato commesso in suo danno.

In quanto concepito come termine di decadenza da un diritto che non ammette interruzioni, sospensioni o restituzioni in termini, il decorso del tempo di tre mesi è causa di estinzione del potere di querela e si computa, come detto, dal giorno della conoscenza del fatto.

Bisogna precisare che per alcuni illeciti tale conoscenza può realmente acquisirsi a



distanza di molto tempo dall'effettivo accadimento del fatto penalmente rilevante. Ad esempio, casi di diffamazione possono essere collegati alla produzione del documento di acquisto o alla data di pubblicazione di un libro; nell'ipotesi di insolvenza fraudolenta, il termine per querelare decorre non dalla data in cui si verifica l'inadempimento ma da quella in cui il creditore acquista certezza che l'obbligato, contraendo l'obbligazione, aveva dissimulato il proprio stato di insolvenza e si era obbligato con il proposito di non adempiere. Ancora, nell'appropriazione indebita di un bene in locazione finanziaria, il termine non decorre dal mancato pagamento ma dalla mancata risposta dell'utilizzatore a restituire il bene richiesto, ad esempio con un decreto ingiuntivo. Spetta al giudice l'interpretazione dell'esatto momento in cui per la parte offesa è avvenuta la conoscenza del reato, individuando gli elementi inequivoci che ne consentono l'individuazione in un tempo successivo.

L'interpretazione del giudice su quanto allegato dalla parte querelante in merito alla sua conoscenza del fatto reato non può comunque dilatare ad *libitum* il termine di presentazione della querela e deve conciliarsi con l'esigenza di certezza del diritto e con il principio della pertinenza della querela al fatto reato. Il contrasto tra giurisprudenza e dottrina ha per lungo tempo investito il regime di procedibilità.

La giurisprudenza maggioritaria ha affermato più volte che per "notizia del fatto" si deve intendere la conoscenza completa, precisa e certa degli elementi necessari alla valutazione del reato (CASS. 4 08/04/98; CASS 5 27.01.1999; CASS. IV 16.01.02), insistendo nell'orientamento secondo cui, qualora sia stata eccepita la tardività della querela, la prova deve essere fornita dal deducente, risolvendosi a vantaggio del querelante la situazione d'incertezza.

La dottrina più accorta, recepita nelle memorie ed eccezioni degli avvocati, ha continuato a lanciare i propri strali contro tutte le "presunzioni di tempestività", ribadendo che il mancato rispetto del termine perentorio di tempestività stabilito dall'art 124cp, impedisce che la condizione di procedibilità in oggetto venga ad essere integrata e pertanto la verifica sul punto non può essere rimessa ad un eventuale contro iniziativa dell'imputato.

L'accertamento dell'irregolarità della querela deve considerarsi invece come essenziale obbligo d'indagine d'ufficio del giudice, ai fini della sua legittima investitura *ad processum* e deve essere svolta con rigore per

non vanificare o aggirare il dettato normativo. Si è anche osservato che coerentemente con il principio del *favor rei*, che nell'art. 529 cpp trova nitida espressione imponendo al giudice di emettere sentenza di non doversi procedere "quando la prova sull'esistenza di una condizione di procedibilità è insufficiente o contraddittoria", il dubbio comunque residuo in merito all'osservanza dei limiti temporali posti alla persona offesa per l'efficace esercizio del diritto di querela, in ogni caso deve risolversi a favore dell'imputato, dovendosi ammettere l'applicazione analogica di tale principio anche in sede di richiesta di archiviazione.

La perseguibilità dei reati procedibili a querela, postula dunque l'esatto adempimento da parte della persona offesa del rispetto del termine assegnatoli per esporre il fatto e manifestare la volontà nella dichiarazione di querela, poiché in caso di intempestività, l'azione penale non può essere iniziata o non può proseguire. Infatti per le previsioni degli art120cp, 336cpp, 345cp, 425cp una condizione di procedibilità come la querela, obbliga all'emissione di un provvedimento di archiviazione, o di una sentenza di proscioglimento o di non luogo a procedere e una querela non tempestivamente proposta equivale ad una querela mai proposta, per difetto dei requisiti che la rendono ammissibile e operativa.

La questione della tempestività non è di poco conto in relazione ai casi di responsabilità professionale, perché il disposto legislativo in ordine alla decorrenza del termine per querelare è stato oggetto di interpretazione giurisprudenziale così ampia e sfavorevole nei confronti dei medici, da istaurare una prassi assolutamente censurabile che ha avallato inammissibili "escamotage" di chi, per inerzia, detto termine aveva fatto decorrere e ha sporto tardivamente una querela impropriamente ritenuta valida condizione di procedibilità.

Negli ultimi anni si è dato grande risalto nelle aule giudiziarie a questo delicato problema, richiamando le Corti ad adottare criteri più obiettivi nell'interpretazione del momento dell'effettiva conoscenza del fatto da parte del querelante, circoscrivendo il tempo di reale presa d'atto dei possibili elementi oggettivi e soggettivi della vicenda rimessa alla valutazione del paziente ai fini della sua determinazione di adire l'autorità giudiziaria a sua tutela.

Per lungo tempo si è assistito alla discutibile prassi giudiziaria di rinvio a giudizio di sanitari per lesioni colpose (reato procedibile a querela) a distanza di molto più di tre mesi dal giorno della notizia del fatto, perfì-

no un anno o due anni dopo, sul presupposto che la parte offesa aveva avuto conoscenza dalla visione delle cartelle cliniche negligenzemente ritirate in grave ritardo, ovvero dalla data apposta dal consulente tecnico di parte sull'elaborato medico legale relativo alle lesioni riportate, causalmente ricollegate all'operato colposo del sanitario.

A nulla è valso il rilievo sollevato in più sedi dai difensori in merito al potere dovere del paziente di attivarsi nel rispetto dei termini di legge nell'acquisire piena cognizione degli elementi di censurabilità dell'atto medico e della sussistenza del nesso causale rispetto ai danni lamentati.

Il potere di espletare un ventaglio di attività tese ad assicurare fonti di prova o verificare la fondatezza dell'accusa privata, non può invero estrinsecarsi oltre il termine normativamente previsto per sporgere querela, né tali attività possono arbitrariamente dilatare tale termine.

Orbene, dopo anni di battaglie sembra che siano stati premiati gli sforzi ermeneutici tesi ad impedire prassi distorte, apparentemente premiali del diritto alla salute, ma che in realtà si risolvono in una disparità di trattamento dei cittadini, tutti ugualmente soggetti al rispetto della legge, e finalmente oggi si registrano interventi più garantisti e pronunce più equilibrate.

Sembra interessante in proposito, per fornire un utile termine di paragone, riportare l'orientamento espresso dal Gup (n. 17927-02) nel febbraio 2003, ribadito dal giudice monocratico del Tribunale Ordinario di Roma (n. 14207-03) il 2 febbraio 2004 e la pronuncia di segno opposto intervenuta, sempre in tema di tardività della querela, dal giudice della 9a sezione penale del Tribunale Ordinario di Roma il 28.09.2006 (n. 17673-06).

Nel primo caso dalla denuncia-querela si evince che la paziente aveva "scoperto" che i problemi che l'affliggevano, insorti successivamente ad un intervento di laparosterectomia risalente al settembre 1999, erano stati causati dalla complicità di una fistola nel mese di ottobre 2000. Tale circostanza aveva ricevuto ulteriore conferma nel gennaio 2001 a seguito di un esame mirato e la risoluzione chirurgica avvenuta il 17.01.2001 presso un altro ospedale.

Secondo la difesa la circostanza che la paziente deduceva di essere venuta in possesso in via ufficiale della cartella clinica relativa alla degenza del secondo nosocomio solo nel maggio 2001 non assumeva rilevanza ai fini dell'improcedibilità in quanto la parte

offesa era comunque in possesso della cartella clinica relativa all'intervento subito nel 1999, che riteneva imperito e imprudente e ben conosceva l'identità dei sanitari che l'avevano avuta in cura.

In altre parole una volta scoperta la presenza di una fistola la paziente già da quel momento era in possesso di tutti gli elementi soggettivi ed oggettivi per conferire un incarico di consulenza mirato a stabilirne l'origine. La conoscenza delle modalità di svolgimento dell'intervento riparatore nulla poteva aggiungere alla conoscenza del danno e della causa di esso, ricollegabili al primo intervento subito.

Il termine per sporgere querela poteva semmai decorrere dall'asserita conferma della presenza della fistola e risoluzione chirurgica del 17.01.01, ossia nel mese di aprile 2001, mentre l'atto che aveva dato impulso al processo era stato depositato il 12.06.2001. Il giudice sulla richiesta di improcedibilità dell'azione penale per tardività della querela ha invece ritenuto la tempestività dell'atto, sul presupposto che sarebbe emerso "in forma chiara solo dalla relazione medico legale datata 01.06.2001 la comunicazione all'interessata di possibili responsabilità dei medici imputati, poco rilevando per il resto il fatto della pregressa conoscenza dell'esistenza di una fistola, in assenza di elementi in alcun modo addotti dalla difesa, che le dovessero far indurre un'origine connessa a condotte colpose altrui".

La negligenza della persona offesa e il suo ingiustificato ritardo nell'attivarsi al fine di conseguire una compiuta conoscenza degli elementi utili a determinarsi al fine della querela è stata invece oggetto di una più rigorosa pronuncia confermativa di una mutata sensibilità giuridica conseguente ai numerosi richiami sul punto da parte della dottrina e dell'avvocatura.

Il procedimento in oggetto si è aperto a seguito di querela presentata il 03.07.2003, lamentando la paziente che nel corso di un intervento di revisione della cavità uterina effettuato dall'imputato il giorno 11.06.2002 aveva subito una lesione dell'utero, con conseguente shock emorragico, per la cui soluzione altri medici avevano successivamente praticato, a distanza di poche ore, un intervento di isterectomia con annessiectomia. Alla querela era allegata una relazione di perizia psichiatrica e psicodiagnostica datata 27.06.2003 basata su esami effettuati il 04.06.2006 riportanti esiti psicopatologici conseguenti all'intervento.

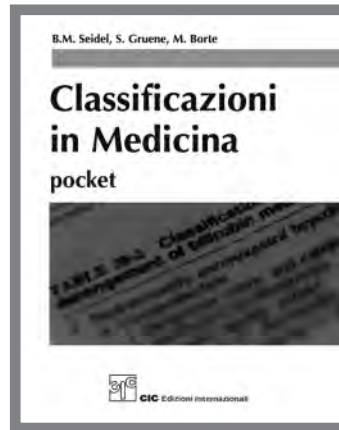
Il giudice rilevava in sentenza che le lesioni di cui al processo si erano in ipotesi verificate in conseguenza dell'errato intervento di RCU e successiva isterectomia, praticata lo stesso giorno, mentre la querela era stata presentata a distanza di oltre un anno.

Il giudice pur ammettendo che il termine dell'art. 124cp decorre non dalla data della consumazione del reato, ma dal giorno in cui il querelante ha piena cognizione di tutti gli elementi che consentono la valutazione dell'esistenza del reato stesso (CASS. 20.01.2000 N. 3315, CASS. 19.12.2005 N. 3943), ha giudicato che tuttavia nel caso di specie "la stessa natura degli interventi subiti dalla paziente faceva ritenere che ella fin dall'11.06.2002, o comunque entro un ristretto margine temporale da tale data, avesse piena conoscenza sia delle lesioni subite che delle conseguenze fisiche e psichiche ad esse necessariamente correlate".

La citata sentenza ha poi messo in luce "È infatti ben noto, anche al di fuori dell'ambito strettamente professionale che l'asportazione dell'utero comporta l'incapacità di procreare e la menopausa anticipata con tutte le relative conseguenze anche a livello psicologico".

In motivazione si legge poi che in presenza di tali elementi, nessun rilievo ai fini della decorrenza del termine per proporre una querela poteva avere l'allegata relazione del consulente tecnico di parte e che "considerato che il reato per cui si procede (lesioni colpose) è perseguibile a querela di parte, occorre dichiarare l'improcedibilità dell'azione penale".

In accoglimento dell'eccezione della difesa pertanto è stata emessa una sentenza di proscioglimento prima di affrontare l'istruttoria dibattimentale ex art. 469cpp per difetto di querela, ossia per mancanza della condizione di procedibilità. Tale sentenza, poiché pronunciata in pubblica udienza, dopo la costituzione delle parti, è considerata vera e propria sentenza dibattimentale: una bella soddisfazione!



B.M. Seidel
S. Gruene
M. Borte

CLASSIFICAZIONI IN MEDICINA POCKET

Volume di 476 pagine
Brossurato
f.to cm. 9,5 x 12,5

€ 18,00



TESTO UNICO DEI CONTRATTI DI LAVORO DELLA DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE 1996-2006

A cura di
Riccardo Cassi
e Giancarlo Faletti

Volume di 168 pagine
Brossurato
f.to cm. 15 x 31

€ 25,00



CIC Edizioni Internazionali

MAJORANA: SCENARIO DI UNA SCOMPARSA

Vincenzo Savatteri,
Luciana Fici,
Mariella Quinci



Ettore Majorana era "l'Uomo-cane" di Mazara del Vallo? È un'ipotesi suggestiva, che cercheremo di analizzare dal punto di vista della moderna ricerca criminologica. L'Uomo-cane a cui si farà riferimento in questa ricostruzione di scenario era un barbone, Tommaso Lipari, vissuto tra il 1940 e il 1973 a Mazara del Vallo. Affermava di venire dalla Tunisia e, da classico barbone, mangiava quel che trovava, rovistando tra i rifiuti. Arrivò a Mazara all'inizio del 1940, dormiva all'aperto nei pressi dei ruderi del Castello Normanno. L'unico oggetto che possedeva era un bastone munito di uno spillo all'estremità inferiore, con il quale raccoglieva mozziconi con cui si preparava le sigarette, che poi fumava. Interessante appare l'elemento di comportamento che riguardava il non chiedere mai, e a nessuno, l'elemosina, rifiutando qualunque aiuto od offerta venisse a lui fatta.

Le uniche notizie di Tommaso Lipari ci dicono che era un muratore, che era nato a Tunisi il 14 aprile del 1900. Null'altro si sa del Lipari.

La connessione con la figura di Ettore Majorana si deve al mazarese Edoardo Romeo, che così testimonia: "Mi disse di chiamarsi Ettore Majorana e di essere un ex-professore di matematica e fisica".

Fu proprio perché convinto di questa tesi che Edoardo Romeo, insieme col fratello, si rivolse all'allora Procuratore di Marsala, Paolo Borsellino, chiedendo di accertare la verità.

Il Giudice accertò che, un mese dopo la scomparsa di Majorana, un certo Tommaso Lipari usciva dalla prigione di Favignana. Poiché l'Uomo-cane, per un banale episodio, era finito in prigione nel 1948, fu facile confrontare le firme apposte dai due nei registri carcerari, anche se in momenti diversi. Il giudice Borsellino considerò le

firme molto simili e pertanto, convinto che Tommaso Lipari e l'"Uomo-cane" fossero la stessa persona, chiuse l'inchiesta.

Bisogna, comunque, dire che l'inchiesta del Giudice Borsellino si basò sul fatto che Tommaso Lipari fu scarcerato 14 giorni dopo la scomparsa di Majorana e sulla comparazione delle due firme apposte sul registro del carcere di Favignana e pertanto quanto affermato dai fratelli Romeo appariva in conclusione non attendibile.

L'inchiesta non dimostrò che Tommaso Lipari non era Majorana, ma semplicemente che le due firme apposte nei registri carcerari erano della stessa persona. Non è tuttavia improbabile che Majorana abbia incontrato il Lipari 14 giorni dopo essere scomparso dalla scena e abbia concordato con lui lo scambio di identità.

Majorana era un misantropo, la sua personalità appare perfettamente compatibile con lo stile di vita e il comportamento del barbone mazarese, che rifiutava il contatto umano e, come vedremo in seguito, viveva in un mondo tutto suo, rifiutando anche le minime comodità quotidiane. L'ipotesi Tommaso Lipari/Majorana ha quindi la stessa valenza di tutte le altre che non hanno riscontri certi e si basano sul si dice, forse, si somiglia, ecc (ipotesi argentina, convento, ecc.), anche se appare più compatibile con la personalità del fisico italiano.

Per ricostruire uno scenario plausibile, che collochi la figura dell'Uomo-cane all'interno del caso Majorana, è necessario tornare indietro nel tempo, all'epoca della scomparsa dello scienziato. La cronaca della scomparsa di Majorana rappresenta un enigma pieno di apparenti contraddizioni. Tutte le ipotesi formulate all'epoca della scomparsa sono valide. Le ipotesi spaziano dall'omicidio, al suicidio, al rapimento, all'allontanamento volontario.

Majorana non era un uomo qualunque, la sua intelligenza gli impediva improvvisazioni, pertanto si può ragionevolmente pensare che qualunque gesto avesse fatto Majorana lo avrebbe programmato scrupolosamente, tenendo conto di tutte le variabili.

Le ultime ore di Ettore Majorana sono state accuratamente ricostruite, nei limiti del possibile, dai fratelli, dai cugini, dalla Questura di Napoli, dalla Capitaneria di Porto, dal Servizio Segreto Fascista. A Napoli Majorana svolse alcune lezioni, poi improvvisamente, il 25 marzo 1938, Majorana riscosse tutti gli stipendi, che non aveva mai ritirato da quando aveva ottenuto la cattedra, e si imbarcò sul postale diretto a Palermo.

Scese all'albergo «Sole» e, su carta intestata dell'albergo, scrisse al professor Carrelli, direttore della Facoltà di Fisica a Napoli, una lettera drammatica: ...«Caro Antonio, ho deciso di togliermi la vita. L'ho deciso perché non sento un'autentica necessità di stare al mondo e credo che il mondo farà benissimo a meno di me. Sono molto stanco. Tu che mi conosci, puoi comprendere che la mia delusione non è quella di una ragazza ibseniana. Il problema è molto più arduo e profondo».

Imbucò la lettera al mattino. La sera probabilmente ebbe un ripensamento e telegrafò allo stesso Carrelli:

«Annulla notizia che ti ho dato. Scriverò ancora».

Invece non scrisse più. Dal punto di vista della sequenza dei fatti emerge una illogicità che può essere spiegata come un tentativo di depistaggio. Un soggetto che intende suicidarsi non ritira lo stipendio, ma si allontana e mette in atto il suo proposito senza alcuna considerazione per se stesso. Il fatto che Majorana abbia ritirato non uno ma tutti i suoi stipendi maturati fa pensare che nel proposito dello scienziato la somma di denaro fosse indispensabile per il suo scopo, che probabilmente non era il suicidio. La sera stessa del suo arrivo Ettore Majorana ripartì da Palermo col postale diretto a Napoli. A bordo s'incontrò con il matematico palermitano Vittorio Strazzeri, col quale scambiò qualche frase.

L'indomani mattina Majorana fu scorto da due camerieri di bordo in procinto di sbarcare. Non aveva bagaglio, solo una piccola borsa da viaggio.

Il professor Carrelli, che aveva ricevuto prima il telegramma per lui incomprensibile e poi la lettera, informò il fratello di Majorana, Luciano, e insieme al fratello dello scienziato si precipitarono all'albergo Bologna di Napoli, dove alloggiava Majorana.

I testimoni videro che la camera era in ordine, come era stata lasciata tre giorni prima: le valige erano chiuse e ordinate sul tavolo, e sulla valigia più in alto una lettera con un laconico indirizzo: «Per la mia famiglia». Conteneva lo stesso proposito suicida espresso al professore, ma con una motivazione più profonda: «Io non voglio far male a nessuno, e perciò in ogni caso non riprenderò l'insegnamento».

Enrico Fermi interessò direttamente Mussolini, sollecitando con una lettera «le più febbrili ricerche dello scomparso». Sul dossier relativo al «caso Majorana» Mussolini scrisse, di suo pugno a matita rossa: « Voglio che si trovi ». Ma Majorana non fu trovato. Sono gli ultimi elementi che l'indagine sulla scomparsa, interrotta tre mesi più tardi, riuscirà a raccogliere.

Dal 1938 ad oggi si è parlato spesso del «caso Majorana». Le domande che emergono sono: perché Majorana scomparve, forse perché era depresso?; perché aveva compreso che dietro gli esperimenti di Roma si celava la chiave per la conquista dell'energia atomica?; perché «sapeva già le conseguenze delle ricerche sull'atomo»?.

Qualche mese dopo la scomparsa di Majorana, Fermi, approfittando del viaggio a Stoccolma per ritirare il suo premio Nobel, lasciava l'Italia per sempre e raggiungeva gli Stati Uniti, dove avrebbe giocato un ruolo di primo piano nella costruzione della bomba atomica. In quei giorni uno scienziato tedesco, Otto Hahn, riusciva a dimostrare che gli esperimenti dei «ragazzi di via Panisperna» erano stati molto più importanti di quanto si fosse pensato: si era trattato di una «scissione nucleare», il primo passo per la conquista dell'energia atomica.

Forse le scoperte di Fermi e Majorana avrebbero consentito a Mussolini e Hitler la costruzione per primi della bomba atomica e Majorana, che non nutriva certamente sentimenti politici vicini al fascismo, non lo poteva permettere. A questo punto sembra affiorare una nuova «traccia». Majorana, da finissimo matematico come era, potrebbe aver pianificato la sua scomparsa secondo uno schema detto a croce speculare: doppio viaggio di andata e ritorno; costruzione della possibilità di ipotesi suicidaria nulla mantenendo un contraddittorio logico; doppia identità Lipari/Majorana. In primo luogo, Majorana potrebbe aver fatto uso dello schema logico della diagonale, secondo cui ogni possibile affermazione di realtà ed anche ogni momento concreto si contraddicono,