

# IL DISEGNO DI LEGGE TURCO: UN AMMODERNAMENTO SOLO APPARENTE

Stefano Biasoli

## ANALISI

Il 16 novembre 2007, in un sol colpo, il Consiglio dei Ministri ha approvato due schemi di disegni di legge collegati alla finanziaria 2008, entrambi fortemente voluti dal Ministro Turco.

Si tratta di un disegno di legge sulla non autosufficienza (che è una delega di una decina di articoli contenente: misure per le famiglie ed i poveri; l'anticipazione dell'arrivo dei LEA specifici per i non autosufficienti e la previsione di una ricognizione delle risorse già a disposizione del SSN e dei Comuni, da aggiungere al Fondo nazionale per la non autosufficienza), nonché del disegno di legge per "l'ammmodernamento del SSN".

Vediamo i tratti essenziali di quest'ultimo provvedimento, nel testo (per ora provvisorio di schema di disegno di legge) approvato dal Consiglio dei Ministri anzidetto, che vorrebbe aggiornare la riforma Bindi della Sanità pubblica italiana (cioè il D.Lgs. 502/92 e sue successive modificazioni fino al D.Lgs. 229/99).

I cardini del "cambiamento" sono rappresentati: dal potenziamento delle cure primarie e dell'integrazione socio-sanitaria; dalla prevenzione e dall'adozione di corretti stili di vita; dalla centralità della persona grazie a forme di partecipazione (saranno infatti garantiti momenti di "valutazione civica" in tutte le articolazioni del SSN); da maggiore responsabilità e trasparenza nelle procedure di scelta dei direttori generali e dei primari.

La "regia" del nuovo SSN sarà affidata al neonato "Sistema nazionale di valutazione" (che dovrà essere messo a punto tramite un D.M. della Salute entro 180 giorni dall'entrata in vigore della legge), che sarà lo strumento di verifica delle politiche sanitarie sul territorio, attraverso il quale il Ministero della Salute coordinerà le attività valutative del Nsis (Nuovo sistema informativo sanitario), l'attività svolta dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (evoluzione della vecchia Agenzia per i servizi sanitari regionali), le attività di ricerca dell'Iss (Istituto superiore di sanità) e



dell'Aifa (Agenzia italiana per il farmaco) e le valutazioni del Comitato per la verifica dell'erogazione dei LEA.

Naturalmente i LEA continueranno ad essere definiti contestualmente al finanziamento del SSN, mentre il PSN da triennale diventerà quinquennale.

L'art. 6 del provvedimento in esame prevede due deleghe al Governo (da esercitare entro 3 mesi dall'approvazione definitiva della legge): una in materia di assistenza primaria e di emergenza sanitaria territoriale ed una per la definizione del ruolo delle farmacie, pubbliche e private.

La prima delle deleghe anzidette dovrà istituire "l'Area omogenea di medicina generale, cui afferiscono i medici appartenenti ai settori dell'assistenza primaria, della continuità assistenziale e della medicina dei servizi, da qualificare come liberi professionisti convenzionati con il SSN, cui sono affidati compiti di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, sia individuali che collettivi, nonché di organizzazione, insegnamento, formazione e ricerca".

Nell'ambito del distretto sanitario l'erogazione delle attività di medicina generale e di pediatria saranno erogate attraverso l'istituzione delle Unità di medicina generale e delle Unità di pediatria, con tanto di figura medica (rispettivamente medico di medicina generale o pediatra) individuata per la "funzione di coordinamento".

I medici privi di specialità e con almeno tre anni di attività anche non continuativa nell'ambito delle prestazioni convenzionali di medicina generale potranno essere ammessi in soprannumero (senza borsa di studio) ai Corsi di formazione in medicina generale.

Le Unità di medicina generale (formate da almeno 15 medici, con 15.000 o più assistiti) garantiranno "assistenza ambulatoriale in tutti i giorni della settimana nell'arco delle 12 ore diurne e l'assistenza domiciliare continua, diurna e notturna". Delle Unità di pediatria, che avranno sostanzialmente gli stessi compiti assistenziali delle Unità di medicina generale, evidentemente a favore degli utenti in età pediatrica, faranno parte, oltre che i pediatri di libera scelta convenzionati, anche "i medici pediatri privi di incarico, iscritti negli elenchi della Regione", nonché gli specializzandi in pediatria al 4° e 5° anno del Corso "per un periodo di tirocinio minimo di otto mesi l'anno".

Ai fini dell'accesso ai ruoli della dirigenza medica operante nei Dipartimenti di emergenza ed urgenza, le Regioni potranno considerare valida, quale requisito di accesso, "in alternativa al requisito della specializzazione, l'esperienza maturata nei servizi dell'emergenza territoriale, per un periodo di almeno cinque anni, con rapporto convenzionale".

Il Collegio di direzione sarà elevato al rango di "Organo" dell'azienda (come è già per il direttore generale ed il

Collegio sindacale), mentre il Consiglio dei sanitari diventerà "Consiglio delle professioni sanitarie". Le Regioni disciplineranno l'attività e la composizione del Collegio di direzione, con la specificazione che dall'attività di tale Organismo non devono "derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica".

L'iter per la scelta del direttore generale sarà il seguente: le Regioni renderanno nota l'attivazione delle procedure; i candidati aspiranti presenteranno i curricula ed i requisiti di esperienza e competenza maturati in attività tecnico-manageriali (per 5-8 anni); una Commissione di tre membri scelti dalle Regioni individuerà una terna di aspiranti in possesso di "requisiti di competenza ed esperienza meglio rispondenti alle caratteristiche dell'incarico"; la Regione nominerà il direttore generale "tra la terna degli aspiranti, individuando il candidato che presenta le caratteristiche più adeguate all'incarico", dopo che i curricula degli aspiranti selezionati saranno stati pubblicati sui siti Internet dell'ASL e della Regione; entro 18 mesi dalla nomina i direttori generali dovranno produrre "il certificato di frequenza di un Corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria".

I distretti avranno un proprio budget ed autonomia gestionale.

L'attribuzione dell'incarico di struttura complessa dovrà seguire questo iter: bando pubblico in G.U. con indicazione delle competenze professionali ed i requisiti curriculari richiesti; una Commissione di 5 membri (Direttore del dipartimento interessato in qualità di Presidente, più altri quattro componenti scelti dal Collegio di direzione, di cui uno interno all'azienda e tre nell'ambito di una rosa di otto direttori di struttura complessa appartenenti alla stessa disciplina individuati attraverso pubblico sorteggio tra il personale del SSN iscritto negli elenchi della Regione) selezionerà "non più di tre candidati in possesso delle migliori caratteristiche curriculari in riferimento all'incarico da conferire"; le ASL renderanno noti, attraverso i loro siti Internet, i curricula dei candidati selezionati; i candidati selezionati saranno sottoposti ad un colloquio attitudinale in base a criteri fissati dalla Regione, gestito dalla Commissione e svolto alla presenza del direttore generale; infine il direttore generale individuerà il candidato cui conferire l'incarico con motivazione scritta; i direttori responsabili di struttura complessa saranno valutati entro un anno dalla nomina.

La direzione delle strutture complesse e delle "strutture semplici dipartimentali con autonomia gestionale" comporterà l'esclusività di rapporto. Per gli altri incarichi è consentito, a domanda, al termine dell'impegno assunto con il contratto individuale di lavoro (e quindi non più ogni anno), transitare

dal rapporto esclusivo a quello non esclusivo e viceversa, con effetti giuridici ed economici che decorrono dal 1° giorno del mese successivo. Le nuove disposizioni sull'esclusività di rapporto decorreranno dalla data di pubblicazione in G.U. della legge in esame per gli incarichi assegnati successivamente alla predetta data, e a decorrere dal rinnovo degli incarichi per quelli attualmente in vigore alla medesima data. È confermato che il dipartimento è "il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle ASL e delle aziende ospedaliere" e che il direttore del dipartimento è "nominato dal direttore generale, sentito il Comitato di dipartimento ed il Collegio di direzione entro una terna di dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento". Il direttore di dipartimento rimarrà "titolare della struttura complessa cui è preposto".

## COMMENTI

Come vedete, tutto quanto rientra nella "moda del politicamente corretto" è stato prontamente assimilato dal Ministro Turco (enfasi sulla partecipazione totale dei cittadini e sul ruolo sanitario dei Sindaci; connotazione assembleare degli Organi tecnico-consultivi; valorizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale; incompatibilità-esclusività coatta per i direttori di struttura complessa e delle strutture semplici dipartimentali, ecc.) ma in tema di selezione tecnico-meritocratica dei direttori generali e dei primari il Ministro della Salute non ha saputo fare di più di quel che ho appena evidenziato, cioè quasi nulla, infatti prevale ancora, e chiaramente, il vecchio indirizzo della scelta politico-discrezionale.

Inoltre si era tanto criticato, da parte di tecnici e politici della Sanità, il fatto che le precedenti riforme sanitarie avessero esagerato nel medicalizzare-ospedalizzare la tutela della salute, oggi però si caricaturizza il difetto, visto che addirittura si tenta di "ospedalizzare il territorio" (anche in termini lessicali, oltre che nella sostanza).

In realtà il problema essenziale non è quello di dare più peso alle voci dei cittadini o alle migliaia di Sindaci, ma quello di raccordare meglio il territorio con l'ospedale, per incidere in modo significativo sui codici bianchi, sulle liste di attesa, sui LEA, sui DRG. Se non si risolve questo nodo cruciale non si ammoderna nulla: oggi il territorio riceve almeno il 55% delle risorse del SSN, ma non produce altrettanto in termini di salute, o se preferite di fatturato. In termini schietti, non si può pensare di gestire il territorio senza una reale copertura obbligatoria delle 168 (=24x7) ore settimanali; e ciò non è oggettivamente facile con una regola organizzativa basata sulla convenzione.

Ma la riforma-Turco non risolve altri nodi essenziali: quale

tipo di direttore generale si vuole (responsabile di tutto, quindi onnipotente, oppure povero funzionario di una Regione che interpreta in modo arrogante il proprio potere sanitario?); quali tipi di Organi tecnico-consultivi si vogliono (paravento delle scelte autonome dei direttori generali o contributo effettivo alle scelte gestionali?); quale tipo di distretto si prefigura (piccolo o grande?; strumento di integrazione socio sanitaria o solo di coordinamento dell'assistenza sanitaria territoriale?; attivo per 6, 12 o 24 ore al giorno?; articolazione strutturale o solo funzionale?); che tipi di dipartimenti si vogliono (strutturali o funzionali?; di organo o di generica affinità?) e che ruolo deve avere il Comitato di dipartimento?

È chiaro che lasciando insoluti questi nodi, e lasciando alle Regioni la disciplina della "composizione e delle funzioni del Comitato di dipartimento", così come degli Organismi tecnico-consultivi, il Servizio sanitario nazionale perderà la sua identità nazionale, per assumere l'aspetto disordinato e disomogeneo di un insieme di diverse realtà sanitarie regionali.

Assai poco significative risultano, poi, le disposizioni in materia di formazione in medicina generale e di formazione specialistica dei medici, che invece richiedono una rivoluzione per rendere compiuta ed efficace la formazione di tali essenziali operatori sanitari.

E neppure vi è cenno di una "apertura" della gerarchia e della carriera medica, assolutamente necessaria nelle Unità operative complesse, dove non tutti gli operatori possono avere le stesse competenze e responsabilità, e così si rimane nella logica anacronistica e suicida dell'unico livello della dirigenza del ruolo sanitario.

Inoltre la selezione della dirigenza gestionale, e della dirigenza professionale apicale, deve essere veramente oggettiva e trasparente, legata cioè ad un concorso che esiti in un punteggio ed in una graduatoria di merito. Il criterio della "terna di selezionati" da specifiche Commissioni, all'interno della quale "pescare" liberamente, è già stata sperimentata, ma con risultati catastrofici, perché favorisce largamente "l'amico dell'amico" o "l'unto della politica", quasi mai il migliore.

Tutto ciò determina: l'abbassamento del livello professionale e proprio negli incarichi di massima responsabilità; la crescente interferenza della "politichetta"; l'impossibilità, per gli esclusi, di ricorrere contro scelte illogiche, se non proprio illegittime o corrotte.

Anche l'obbligo di esclusività, coincidente con la durata dell'incarico apicale, risponde ad una logica politico-ideologica, comprensibile ma di chiaro sapore demagogico, che si risolverà in un danno per le strutture sanitarie pubbliche, con esodo dei professionisti più qualificati ed esperti. Infatti l'at-

tuale valore dell'indennità di esclusività di rapporto non compensa il reddito di un fiorente studio medico, specie nelle branche chirurgiche o nelle alte specializzazioni. Se poi si aggiunge l'imminente divieto di quella valvola di sicurezza rappresentata dalla possibilità della cosiddetta "intramoenia allargata", la miscela diventa veramente esplosiva.

Il disegno di legge, infine, prevede una serie di norme in materia di sicurezza delle cure nelle strutture sanitarie, in particolare attraverso "l'adozione di un sistema per la gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti, incluso il rischio di infezioni nosocomiali", nonché attraverso l'attivazione di un servizio di ingegneria clinica per garantire l'uso sicuro dei dispositivi medici.

Viene anche introdotta la responsabilità civile a carico della struttura "per la responsabilità civile per danni a persone causati dal personale medico e non medico" ed è previsto che le Regioni organizzino nelle aziende misure per la definizione stragiudiziale delle controversie tra pazienti e strutture su danni per prestazioni fornite da operatori del SSN, misure che devono accorciare i tempi e definire le vertenze con "imparzialità e professionalità".

Il vero pericolo, tuttavia, è che queste norme vengano prese "alla leggera", ovvero che le Unità di risk management vengano lasciate nelle mani di burocrati ed igienisti, anziché di clinici esperti e qualificati specialisti medico-legali.

In definitiva, un disegno di legge deludente, simile alle numerose bozze che lo avevano preceduto, incapace di affrancarsi dalle pesanti eredità della riforma sanitaria Bindi. Non è tuttavia che mi aspettassi molto di più dal Ministro Turco, considerato che è pur sempre "nipote", politicamente parlando, di Togliatti, Longo, Natta, Occhetto, ovvero "sorella" di D'Alema e Veltroni, tutti compagni formatisi nel Partito comunista italiano, oggi "democratici" per definizione, ma non proprio liberali e progressisti in senso lato e laico. E le scorie del comunismo, e del catto-comunismo, sono risaputamente pervicaci.

Mi aspettavo, invece, un ruolo più incisivo da parte del Sottosegretario Serafino Zucchelli, che almeno i problemi della categoria medica e del settore sanitario li conosce per esperienza personale. Che significato può avere, quindi, la sua permanenza in tale posizione istituzionale?

Speriamo allora che il disegno di legge non giunga in porto, ovvero venga radicalmente emendato in tempo utile: nel testo attuale, veramente non serve né agli utenti né al Servizio sanitario.

## RICERCA SUI PRIMATI NON UMANI

Amalia Sartori



Una recente dichiarazione scritta approvata dal Parlamento Europeo ha riaperto il dibattito sull'impiego dei primati negli esperimenti scientifici.

Sullo sfondo della dichiarazione vi è il riesame, da parte della Commissione Europea, della direttiva 86/609/CEE sulla protezione degli animali da laboratorio.

La direttiva, che risale al 1986, aveva fatto oggetto di un parere del Comitato Direttivo Scientifico dell'Unione Europea nel 2002 nel quale si poteva leggere un doppio approccio. Da un lato l'utilizzo di Primati Non Umani (PNU) doveva venir deciso caso per caso sulla base di sei criteri chiave che tenevano conto dell'oggetto della sperimentazione, della possibilità di usare metodi alternativi, di considerazioni etiche, dei problemi derivanti dal non utilizzo dei PNU, dalle condizioni di alloggio e benessere degli animali, dal fatto che lo stesso studio fosse o meno già stato realizzato o già in atto in un altro laboratorio. Dall'altro il Comitato considerava necessario continuare tali sperimentazioni per due ragioni:

1. Assicurare l'innocuità. Molti nuovi vaccini o sostanze biologiche devono essere sottoposti a test di specificità e innocuità in un sistema immunitario "quasi umano" prima di subire test clinici.

2. Determinare l'efficacia dei modelli di primati non umani per infezioni per cui non esistono altri modelli animali adatti. I cosiddetti studi di "prova di principio" sono essenziali per catalizzare interesse e capitale di sviluppo per il progresso e le sperimentazioni cliniche.\*

La maggioranza degli esperimenti compiuti sugli animali sono quelli per i test di tossicità obbligatori per legge, cioè quei test che dovrebbero accertare la pericolosità di una data sostanza chimica per l'uomo. Altri esperimenti sono quelli compiuti invece nella ricerca biomedica di base mentre una piccola percentuale di esperimenti resta a scopo didattico-dimostrativo. Da settembre del 2004, nell'Unione europea è vietata la sperimentazione animale, a partire dalla legislazione concernente i prodotti cosmetici finiti. Da quel momento, si è osservato il graduale inserimento di analoghi divieti per singoli ingredienti o combinazioni di ingredienti che rientrano nella composizione di una vasta gamma di articoli, che spazia dai prodotti cosmetici, ai detersivi, a quelli per l'igiene orale e personale. A partire da marzo del 2009, l'industria cosmetica non potrà più usare la sperimentazione animale in nessuna fase del processo produttivo, anche in assenza di metodi alternativi. Alla stessa data entrerà in vigore il divieto di commercializzazione di qualsiasi prodotto contenente ingredienti sperimentati sugli animali. L'unica eccezione sarà costituita da determinati test di tossicità, ma anche questi saranno messi definitivamente al bando dopo il 2013.

La Commissione si adopera attivamente per coordinare le attività di ricerca e convalida dei test alternativi non solo all'interno dell'Unione, ma anche in ambito internazionale. Su base multilaterale in seno all'OCSE, nel 2004 ha adottato una prima serie di metodi alternativi per sostituire i test sugli animali.

Anche la collaborazione bilaterale con gli Stati Uniti sta dando i suoi frutti. A giugno del 2004, la Commissione europea e la FDA statunitense hanno fissato di comune accordo un calendario per la futura cooperazione. Lo stesso dialogo si è instaurato tra il centro europeo per la convalida dei metodi alternativi (ECVAM) e l'equivalente organismo americano, che si scambiano informazioni già nelle fasi iniziali del processo di convalida dei metodi di sperimentazione per agevolare la reciproca adozione dei test e lo scambio delle buone prassi. Grazie a queste azioni sono già stati convalidati metodi alternativi per valutare gli effetti in termini di corrosione della pelle, assorbimento cutaneo e reazioni acute di fototossicità. Il programma di ricerca pluriennale dell'Unione sovvenziona lo sviluppo di nuovi test in vitro. Attualmente, finanzia diversi progetti per un importo totale di 39 milioni di euro.

I Metodi validati dal Centro Europeo per la Convalida fino ad oggi sono i seguenti:

- *Artificial skin models per l'irritazione cutanea* *Reduced Local Lymph Node Assay (rLLNA) for skin sensitisation per valutare la sensibilizzazione cutanea;*
- *Statement on the conclusion of the ICCVAM retrospective study on Organotypic in vitro assays as screening tests to identify potential ocular corrosives and severe eye irritants;*
- *Micronucleus Test as an Alternative to the In Vitro Chromosome Abberation Assay for Genotoxicity Testing;*
- *SkinEthic™ Human Skin Model for Skin Corrosivity Testing* *Five In Vitro Pyrogen Tests;*
- *Testing Strategy to Reduce the Use of Fish in Acute Aquatic Toxicity Testing;*
- *The Colony Forming Unit-Granulocyte/Macrophage (CFU-GM) Assay for Predicting Acute Neutropenia in Humans;*
- *ELISA test for batch potency testing of erysipelas vaccines;*
- *Embryonic stem cell test for embryotoxicity;*
- *Micromass embryotoxicity assay;*
- *Whole rat embryo embryotoxicity assay;*
- *CORROSITEX assay for skin corrosivity;*
- *ELISA test for batch potency testing of tetanus vaccines for human use;*
- *Toxin Binding Inhibition (ToBI) test for batch potency testing of tetanus vaccines for human use;*
- *Local Lymph Node Assay for skin sensitisation (LLNA);*
- *3T3 Neutral Red Uptake (NRU) phototoxicity test;*
- *In vitro production of monoclonal antibodies;*
- *EpiSkin™ skin corrosivity test;*
- *Rat Transcutaneous Electrical Resistance (TER) skin corrosivity test.*

Si tratta, soprattutto di test di tossicità in vitro - test per la corrosione cutanea e per la fototossicità. Vengono utilizzate per lo più cellule derivate da embrioni di topo, modelli di pelle umana, pelle di ratti uccisi "in modo umano". Nel modello di pelle la sostanza chimica viene applicata su un modello di pelle umana tridimensionale.

Ne discende il problema della disponibilità di tessuti e organi umani per la ricerca fortemente sentito, in Europa, infatti non sono disponibili abbastanza tessuti per soddisfare la richiesta delle industrie e dei centri di ricerca pubblici. Nella maggior parte dei Paesi europei, mentre il sistema per la donazione di organi per i trapianti è ben organizzato, non c'è alcuna linea guida sulla distribuzione del materiale non trapiantabile a fini di ricerca (tranne che per la stessa ricerca sui trapianti).

*Amalia Sartori  
Europarlamentare*

\* Comitato Direttivo dell'Unione Europea, The need for non-human primates in biomedical Research, [http://ec.europa.eu/food/fs/sc/ssc/out253\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/food/fs/sc/ssc/out253_en.pdf), 4-5 aprile 2002, p; 2.

# SANITÀ EUROPEA: POCHE

La CIMO ha ospitato a Roma nello scorso mese di ottobre l'Assemblea Generale della FEMS (Federazione Europea dei Medici Ospedalieri), di cui il nostro Sindacato è uno dei membri fondatori. Una complessa e perfetta organizzazione diretta da Riccardo Cassi e da Vincenzo Costa ha accolto più di 50 delegati, rappresentanti 20 sindacati medici di 12 Paesi. L'Assemblea Generale nei due giorni di lavoro ha discusso sui molteplici problemi non solo della categoria ma più in generale della Sanità europea. Purtroppo tante le ombre e poche le luci, ma vediamo con ordine.

## Revisione della Direttiva UE sul tempo di lavoro

Forse sarà la causa del primo sciopero europeo di categoria! Come più volte riferito su queste pagine, la volontà di alcuni Paesi (Gran Bretagna, Germania, Polonia) della Commissione europea (CE) di rivedere la direttiva 93/104 concernente la durata e la gestione del tempo di lavoro potrebbe portare ad alterare sensibilmente in peggio la qualità del lavoro in Sanità e le condizioni di lavoro degli operatori.

Come è noto tali modifiche, chieste in nome di una logica liberista e mercantile, aprirebbero la strada a una deregulation contrattuale gravida di conseguenze.

Da un lato la riconferma dell' "opt-out" (rinuncia su base volontaria del lavoratore alla norma dell'orario massimo di 48 ore settimanali stabilita dalla Direttiva 93/104) porterebbe al persistere e all'aggravarsi di pericolose abitudini ricattatorie verso i Colleghi contrattualmente più deboli (precari, tirocinanti, ecc.) e in un mezzo per selezionare Colleghi "disposti a tutto", dall'altro l'ancor più grave problema del conteggio del tempo di lavoro, volendo la proposta di revisione della Direttiva distinguere tra "tempo lavorato" e "tempo in attesa".

Pesanti sarebbero le ricadute sui Colleghi che fanno guardie, specie notturne. Infatti, usando un esempio più volte citato, un medico chiamato alle 24, alle 2 e alle 4 di una notte di guardia a praticare tre banali suture in Pronto Soccorso perderebbe praticamente una notte di sonno riposato per vedersi poi conteggiare da 40 a 60 minuti complessivi di lavoro! Il Presidente della FEMS Claude Wetzel (rappresentante del sindacato degli anestesisti francesi) ha riferito come l'iter della revisione della direttiva sia pressoché bloccato (per fortuna) per l'opposizione di Francia, Italia, Grecia e altri Paesi. D'altra parte – afferma Wetzel – sarebbe incomprensibile vedere la CE sostenere con grandi spese una ambiziosa stra-

tegia per la sicurezza dei pazienti in Europa (progetto SIMPATIE) e poi renderla più fragile con misure sull'orario di lavoro che i più recenti report (JAMA, 9, 975-83 e 984-92, 2007) considerano aumentare la mortalità nei pazienti ospedalizzati.

Wetzel ha concluso, tra gli applausi di tutti i presenti, che se i decisori politici della CE non volessero intendere la voce della ragione, questo tema sarà l'occasione del primo grande sciopero su scala europea. In data successiva all'Assemblea FEMS, e precisamente al Consiglio europeo del 6 dicembre u.s., solo l'energica opposizione di Italia e Spagna hanno permesso di bloccare l'approvazione di modifica della Direttiva, che sembrava cosa ormai fatta.

Ciò è avvenuto anche per l'energica e attiva azione di lobbying dei sindacati medici europei, che ha visto la FEMS come capofila e parte determinante.

La patata bollente è stata scaricata sul prossimo semestre di Presidenza europea, affidata al Portogallo. Comunque, *estote parati!*

## Medici e pazienti della UE: i nuovi migranti?

Anche questo è un tema già ampiamente riportato in precedenti note e pertanto mi limiterò alle sole novità in materia. I lavori romani della FEMS, nell'affrontare questa problematica di migrazione di professionisti della salute e di pazienti da est verso l'ovest della UE, hanno ribadito come anche in questo settore bisogna fare i conti con la cosiddetta



## LUCI E MOLTE OMBRE

Ivo Spagnoli

“strategia di Lisbona”, cioè quando nel marzo 2000 l’UE, a Lisbona appunto, dichiarò solennemente di voler fare dell’Europa “l’economia più competitiva e più dinamica al mondo”. Al di là delle solenni e belle parole, a Roma è stato ribadito come questa strategia sia il regno del libero mercato e della deregulation, anche nell’ambito della Sanità pubblica. Sotto la spinta di molteplici organizzazioni (mediche, dei pazienti, ecc.) del tutto recentemente la Sanità non è stata compresa (come lo era in un primo tempo, al pari di qualsiasi attività mercantile) nella direttiva europea sui Servizi (nota come “De Bolkestein”).

D’altra parte questo vuoto giuridico ha spinto sia il PE che la CJCE a chiedere alla Commissione di redigere una direttiva sui servizi della Sanità. Un gruppo di lavoro FEMS ha seguito i lavori di redazione di questa direttiva e i primi segnali sono di grande preoccupazione.

Il presidente Wetzel ha anticipato questa indiscrezione: la mobilità dei pazienti sarà permessa solo a quelli che avranno i mezzi finanziari per esercitarla. A questo punto Wetzel si è chiesto: come verranno curati nei Paesi dell’Est quei cittadini di reddito modesto, impossibilitati al “turismo sanitario”, che si troveranno in un sistema sanitario degradato con i rari medici non migrati a Occidente?

### Il concetto di “flexicurity” e le conclusioni della FEMS

Il neologismo francese “flexicurity” ha tenuto banco durante i lavoratori preparatori promossi dalla CE per moderniz-

zare il diritto di lavoro nella UE con la redazione dell’ormai famoso “Libro Verde”. Il neologismo trae origine dalla teoria secondo la quale una ulteriore maggiore flessibilità nel mercato del lavoro sia perfettamente coniugabile, anzi sinergica, con il concetto di sicurezza di reimpiego in caso di intervenuta disoccupazione. Questo concetto, che la CE preconizza adattabile anche ai medici dipendenti, è stato stigmatizzato dall’Assemblea Generale della FEMS come il peggior rischio di instabilità normativa per i medici ospedalieri, poiché introdurrebbe una contrattualistica diretta tra la parte datoriale e il medico.

In tal modo avrebbe fine la negoziazione a livello nazionale, isolando il medico nel negoziare sulle sue condizioni di lavoro (normativa, condizioni economiche, ecc.).

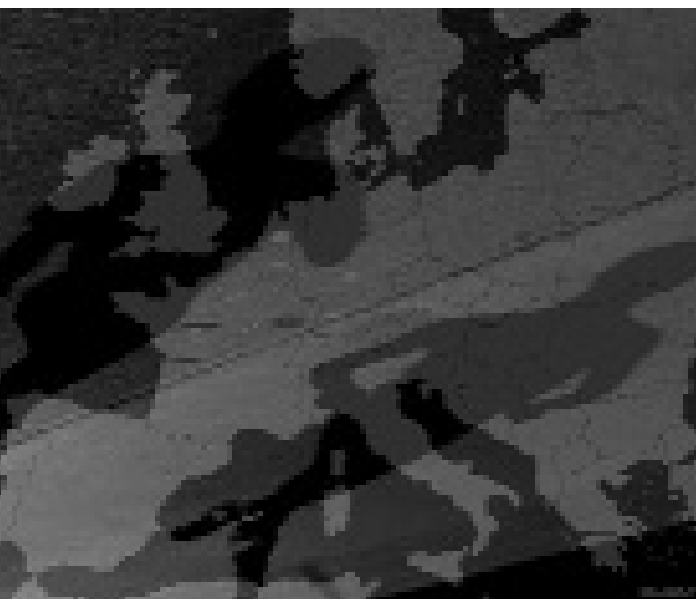
Come si può ben comprendere il panorama della Sanità europea, testimoniato a Roma dalle varie delegazioni, è gravido di problemi complessi, che, in una spirale di sinergie negative, raggiungono una massa critica di difficile governabilità. Molti delegati FEMS hanno ribadito che per cercare una governance del sistema occorre implementare rigorose e condivise regole di qualità (razionalizzazione dei curricula universitari, seria verifica periodica della preparazione degli operatori sanitari) e di equità (pari opportunità per i cittadini europei a cure adeguate nel loro Paese).

Ma - come affermato da Wetzel nella parte conclusiva della sua relazione-qualità ed equità non saranno regole sufficienti per raggiungere il massimo di garanzie per il cittadino-paziente europeo se non saranno accompagnate da un’accreciuta giustizia sociale, indispensabile per quella rivoluzione antropocentrica che sola potrà arrestare la deriva meccanicistica e mercantile della medicina e porre il cittadino europeo e la sua Persona in uno spazio comune di coesione.

Concetti utopici, quelli enunciati dal presidente della FEMS? Può essere, ma come diceva Carlo Cattaneo, un europeista ante litteram, i popoli che non hanno grandi pensieri producono piccole opere.

Ivo Spagnoli

Responsabile nazionale Esteri CIMO-ASMD



## PARLAMENTO EUROPEO CONTRO LE DISCRIMINAZIONI

Amalia Sartori

Dislessia, discalculia, disfasia e disprassia sono entrate, insieme ai disturbi da deficit dell'attenzione, tra i nuovi obiettivi del Parlamento Europeo che ha chiesto a Consiglio e Commissione di adoperarsi per comprendere, identificare e curare questi problemi che colpiscono circa il 10% dei bambini europei, quasi 40 milioni di persone.

Se i disturbi sono noti, tanto da essere riconosciuti anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, poco è stato fatto per comprenderne le cause e ancor meno per individuare soluzioni a livello comunitario.

La principale difficoltà legata a questo tipo di malattie sta nel fatto che possono presentarsi con livelli molto diversi di gravità, si passa da forme molto lievi di dislessia/discalculia, a forme che non possono che essere curate da personale specializzato.

Tali disturbi vengono spesso confusi con altri problemi non patologici e spesso il malato viene accusato di svogliatezza, pigrizia e disattenzione. La conseguenza della non individuazione della malattia determina spesso un trauma psicologico nel bambino adolescente. Nei casi più gravi è alla base di relazioni familiari e sociali conflittuali, precoce abbandono scolastico, delinquenza e bullismo nelle scuole. Tenuto conto di queste problematiche, il Parlamento ha voluto esortare le altre istituzioni

ad individuare elementi comuni per delineare una politica omogenea a livello comunitario.

Il primo passo è stato compiuto attraverso un'interrogazione parlamentare della Commissione per i Diritti delle Donne, con l'obiettivo di richiedere alla Commissione Europea di raccogliere dati sulle patologie, implicazioni, ecc., e sui diversi tratta-



menti accordati dai Sistemi Sanitari Nazionali degli Stati membri, anche in termini di inquadramento e classificazione delle patologie. Infatti se alcuni Stati Membri riconoscono dislessia, discalculia, disfasia e disprassia come malattie, e, in alcuni casi addirittura come handicap, altri non hanno ancora provveduto ad accordare alcuna forma di inquadramento.

Una legislazione specifica sui disturbi di apprendimento è pre-

sente in Belgio, Danimarca (in questo Paese il primo intervento legislativo in materia risale al 1943), Gran Bretagna, Grecia, Paesi Bassi e in Spagna. In Francia è in corso di elaborazione, mentre in Germania nella maggior parte dei Lander si applica una Circolare ministeriale sulle difficoltà di lettura e scrittura, ma solo alcuni Lander hanno una legislazione specifica. Il secondo passo è stato la Dichiarazione scritta 64/2007, adottata ufficialmente dal Parlamento Europeo, e che richiede di accordare maggiore visibilità ed attenzione a tali problematiche. Il Parlamento esorta a considerare, nella maniera dovuta, i disturbi "dis" nei vari programmi educativi comunitari, ad elaborare una carta dei bambini "dis", ed a creare una rete interdisciplinare europea per i disturbi specifici dell'apprendimento.

Ulteriore elemento importante, spingere verso l'individuazione di un inquadramento unitario della patologia. In particolare si è chiesto di individuare modi per facilitare l'integrazione dei soggetti affetti da tali disturbi dell'apprendimento, anche attraverso programmi specifici per supportare il percorso di studi, compresi quelli universitari, e l'accesso al mondo del lavoro.

*Amalia Sartori,  
Europarlamentare*

# LA SITUAZIONE ECONOMICA “NON È BUONA”

Enrico Hüllweck

Che l'Italia sia in crisi è un dato inoppugnabile e uno degli aspetti più preoccupanti di questo periodo (che corrisponde al primo biennio del Governo Prodi) è l'impennata dei tassi di interesse annui applicati dalle banche ai cosiddetti “mutui a tasso variabile”. Si è passati dal 3,25% al 5,63% dell'agosto 2007 e si sta andando verso un drammatico 6%. Tutto ciò ha provocato una crisi di insolvenza in molte famiglie italiane, tale da far crescere i pignoramenti e le esecuzioni immobiliari del 20% al Nord e del 25% nel Sud d'Italia.

Dobbiamo sapere che il caro-casa pesa su quasi 4 milioni di famiglie italiane, delle quali un milione e settecento mila pagano un affitto, mentre 2 milioni pagano a fine mese la rata di un mutuo acceso presso una banca.

Ora, proprio perché il 91% dei mutui sottoscritti dalle famiglie italiane è “a tasso variabile”, sta esplodendo una crisi senza precedenti a fronte della crescita di questo balzello, con il determinarsi di uno scenario di disperazione, di vergogna e di crisi in migliaia e migliaia di famiglie, dove questo fattore va a peggiorare l'eventuale clima di tensione intrafamiliare, portando a un incremento dei fallimenti delle unioni matrimoniali.

Ovviamente questa crisi di povertà fiorisce anche per il concomitante stato di crisi economica e occupazionale del Paese, ragione per cui la crescita dei tassi gravanti sui mutui diventa, per molte famiglie, insostenibile.

Va detto, per dovere di cronaca, che il boom di sottoscrizioni di mutui a tasso variabile è un fenomeno tutto italiano: nel resto d'Europa questa metodologia è applicata in una percentuale di meno del 50% di quanto avviene in Italia, dove le banche hanno mal consigliato i loro clienti e tendono a respingere le richieste di rinegoziazione dei mutui, preferendo troppo spesso puntare al recupero coatto del credito, vendendo all'asta l'immobile ipotecato.

La crescita del numero di famiglie italiane in crisi economica e, quindi, classificate come “famiglie debitorie insolventi” sta diventando peraltro un business per alcuni settori del mondo finanziario, sia che i mutui-casa vengano rinegoziati prolungando il pagamento d'interessi per molti anni, sia che si ricorra a ulteriori prestiti presso altri operatori per evitare la perdita della propria abitazione.

Cominciano a diffondersi mutui di tutti i tipi, dai cosiddetti “mutui subprime” ai “reverse mortgage”, specie di vitalizi ipotecari che vengono proposti alle persone anziane che ricevono soldi ipotecando la loro casa fino al giorno della morte (con successivo disastro per i familiari superstiti, che si trovano costretti ad accendere mutui di altra natura per tentare di riscattare e mantenere la casa alla morte del congiunto anziano).

Quanto ai mutui subprime, va detto che questi mutui stanno sconvolgendo i mercati finanziari. Tali mutui, concessi disinvoltamente a persone che non riescono a far fronte ai tassi d'interesse collegati, diventano un pericolo tanto per chi li accende quanto per chi li concede. I prestiti subprime, inventati in USA, hanno generato prestiti d'auto, carte di credito e situazioni di indebitamento sempre più grande, legate a un largo ventaglio di strumenti creditizi che innescano circuiti crescenti di povertà a spirale. Gli esperti ci spiegano che, in questo modo, si creano da un lato “debiti a grappolo” e dall'altro lato “catene di creditori a grappolo”. Tutto ciò in una situazione poco conosciuta e sommersa, che però coinvolge un numero incredibile di famiglie indebitate e irreversibilmente insolventi.

Ma perché le famiglie italiane diventano sempre più povere? Certamente incide la riduzione dei guadagni, la perdita del potere di acquisto del denaro, l'aumento delle tasse, degli affitti, delle spese per la salute o per l'assistenza ad anziani sempre più longevi, ma incide anche un irresponsabile spreco che tutti noi attuiamo perché storditi dalla moderna organizzazione del mercato e dalla pubblicità delle vendite.

Mille trucchi scientifici ci stimolano a spendere. Si pensi (tanto per citare cose minimali) ai super market dove vigono alcune regole. Per esempio quella di cambiare spesso di posto la merce, così il consumatore, per cercarla, vede anche altre cose. Più il cliente gira, più il carrello si riempie. Naturalmente negli scaffali bassi si mettono i prodotti dove c'è minor guadagno, mentre i prodotti di più ovvio consumo (come zucchero e sale) vengono quasi nascosti per costringere il cliente a girare e a farsi ingoiare da prodotti che non aveva in mente di comprare.

A ciò si aggiunge una totale ignoranza sulla congruità dei prezzi. Eccettuata una piccola percentuale di consumatori (per lo più donne fra i 45 e i 60 anni) la maggior parte compra seguendo l'istinto. Cresce così la spesa aggravata dai cedimenti alla pubblicità e alle offerte scontate. Le grandi catene di distribuzione delle merci hanno inventato anche le cosiddette "carte revolving" per pagare a credito merci, che altrimenti non si riuscirebbe a pagare. Così l'indebitamento cresce sotto altre forme.

Va detto che il fenomeno di sovraindebitamento di massa delle famiglie è stato avvertito in ritardo (e quindi con effetti più gravi) prevalentemente dalle famiglie con reddito autonomo, rispetto alle famiglie a reddito fisso salariale per lavoro dipendente, più allenate a confrontare l'aumento delle uscite con un reddito fisso e quindi ben noto.

Paradossalmente il dramma si è rivelato più acuto, quindi, nelle famiglie a reddito autonomo variabile, trovatesi impreparate a controllare il proprio bilancio mensile. In questa tipologia di famiglie hanno inciso prevalentemente fattori come l'inasprimento fiscale, la stretta creditizia, il crollo del mercato, l'illusoria fiducia nelle capacità reddituali future.

Nella fascia delle famiglie al lavoro dipendente, invece, ha giocato forte una specie di avvicinamento border line a una condizione definibile di "povertà" per l'aumento dei costi in generale.

Nella galassia delle povertà familiari si potrebbero poi ricercare tanti, ulteriori, fattori. Si pensi ai "bamboccioni" che restano in casa anche oltre i trent'anni, perché senza lavoro o perché reduci da matrimoni falliti. Si pensi a quelle famiglie che "tirano avanti" anche grazie alla pensione del nonno. Ebbene, quando il nonno muore c'è la crisi (aggravata se l'anziano, come abbiamo spiegato in precedenza, ha contratto un mutuo vitalizio, il cosiddetto reverse mortgage, ipotecando la casa che rischia, alla sua morte, di venire sequestrata da chi ha concesso il mutuo se non si provvede a riscattarla subito. Ed è difficile che questo tipo di famiglia disponga di sufficiente e immediata liquidità).

Alcuni analisti sostengono che un'altra causa dell'indebitamento delle famiglie risieda nella perdita da parte delle donne della capacità di gestire il rapporto entrate-uscite nel bilancio familiare, anche perché il nuovo stile di vita della donna (più lavoratrice fuori casa che "angelo del focolare") la rende più simile all'uomo smarrendo (cosa tipica dei maschi) la consapevolezza della gerarchia dei bisogni familiari.

Come si può vedere, quindi, nel problema povertà delle

famiglie italiane c'è spazio anche per lo psicologo che ci segnala altri elementi di drammatica curiosità. Ne citiamo due: il primo è la nascita del cosiddetto "parco buoi", termine con il quale gli addetti ai lavori definiscono quei risparmiatori che, disponendo di piccole cifre, si sono affidati ai titoli azionari e di Stato, così come un giocatore d'azzardo cerca di sfidare il banco, dimenticando che il banco vince sempre. La bastonata di questi "buoi" è stata forse resa ancor più pesante, come dice Massimo Mucchetti nel libro "Licenziare i padroni", dal comportamento di certi gruppi industriali (FIAT, Olivetti, Montedison, Pirelli, Italcementi, ecc..., ecc..., che tra il 1986 e il 2001 hanno dirottato ricchezza per 60 mila miliardi di vecchie lire) e dai vari scandali finanziari, tipo Cirio, Parmalat, ecc... .

Questi poveri "buoi" sarebbero stati inoltre particolarmente tosati dalle privatizzazioni delle aziende che, messe sul mercato, sono crollate finendo in un imprevisto mare di debiti. Si pensi a Telecom: il titolo sale all'annuncio della privatizzazione, gli speculatori acquistano azioni facendo debiti bancari, le quotazioni salgono ancora ma improvvisamente i compratori riversano sulla nuova società il debito contratto per l'acquisto e il titolo crolla. Così i buoi vengono macellati.

Sempre lo psicologo ci dirà poi che la nuova povertà delle famiglie italiane ha fatto esplodere il ricorso incontrollato (tanto legale quanto clandestino) al gioco d'azzardo. Purtroppo lo Stato ha ampliato le forme di adescamento al gioco d'azzardo legale (Lotto, Bingo, Gratta e vinci e nuove tipologie di gioco) creando una marea di disperati che lentamente, ma inesorabilmente finiscono catturati dal gioco d'azzardo illegale e clandestino. Dicono gli esperti che il gioco d'azzardo è un business di media pari a mille euro per ciascun nucleo familiare interessato e sono interessati il 56% delle famiglie dello strato sociale medio basso, il 47% di quelle povere, il 66% dei disoccupati. Forse abbiamo tutti bisogno di una società un po' più seria.

*Enrico Hüllweck  
Sindaco di Vicenza*

## SCUOLA DI FORMAZIONE SINDACALE "ALBERTO CLIVATI" (PROGRAMMA 2008)

Anche quest'anno la Scuola "Alberto Clivati" ha un programma di Corsi di formazione accreditati, di alto profilo.

Si è voluto indirizzare la formazione, come sempre, su due canali: quello della managerialità e dell'approccio alle problematiche professionali e sindacali, e quello più specifico di tecnica sindacale.

I Corsi in programma sono: "La Qualità: abbattere il rischio per abbattere i costi" previsto per il 24/25 gennaio, con la partecipazione non solo di esponenti sindacali, ma anche di manager di settori diversi da quello medico per una valutazione approfondita del significato da dare alla ricerca della "Qualità".

Il 7/8 marzo è previsto il Corso sulle "Tecniche comportamentali per generare il rapporto di fiducia"; in particolare verrà approfondita la tecnica dell'uso del gesto e della voce, le tecniche di esposizione di argomenti sindacali e non, nelle diverse condizioni che il medico sindacalista si trova ad affrontare.

Il 13/14 giugno sarà la volta del Corso dal titolo "Dall'ansia alla assicurazione". Pur nella veste professionale, tale Corso intende introdurre tecniche di vendita, cioè di idee che possano ingenerare negli Altri un convincimento ad intraprendere un percorso da noi indicato: più sinteticamente tecniche di tesseraamento per fare iscritti.

Nella sostanza, per il sindacalista come per il medico non è solo importante prescrivere la terapia o conoscere i problemi sindacali, quanto far eseguire al paziente tale terapia e di converso riuscire a fare proselitismo al fine di rafforzare il nostro Sindacato.

Dal 16 settembre si replica l'esperienza sulla "Leadership" previsti 4 giorni full immersion, fra teoria e pratica, nello scenario di un posto incantevole quale quello del "Club nautico di Roma" (Ostia).

L'esperienza precedente è stata esaltante e auguriamo

che sia altrettanto questa, cioè conclusione di un percorso formativo che vede il suo traguardo proprio nella consapevolezza di assumere le responsabilità di un leader, sia nella professione quanto nel sindacato.

Per dicembre si spera di fare un grande Corso-convegno sulle "Sanità regionali a confronto", con la partecipazione dei Segretari regionali di Regioni del Nord, Centro e Sud Italia, nel quale inviteremo esponenti politici della sanità regionale delle diverse realtà di questa Italia tanto lunga e diversa.

Altri progetti sono in cantiere, per esempio un Corso sulla condizione di lavoro delle donne medico, ed altri sulle tecniche comportamentali.

Per adesso un grande ringraziamento va alla Presidenza CIMO per aver voluto ancora una volta dedicare una sostanziosa fetta di risorse a questa "Scuola", che deve formare sindacalisti capaci di rendere il messaggio CIMO-ASMD il più diffuso possibile ed il più condiviso.

Se lo sforzo produrrà gli effetti sperati, la CIMO-ASMD sarà grande nei contenuti e nei numeri ed è questo che noi tutti ci auguriamo.

I Corsi sono previsti in una nuova sede, sempre in Roma, presso l'albergo Golden Tulip, sede certamente più prestigiosa e confortevole. Si tratta di Corsi tutti accreditati ECM.

Arrivederci sui banchi di Scuola a tutti Voi, che avete creduto e credete nella CIMO-ASMD.

*Riccardo Spampinato*

# FACILITY MANAGEMENT E SANITÀ: COSA E PERCHÉ?

Maurizio Dal Maso

Il Facility Management (FM) è la disciplina aziendale che si occupa del coordinamento dello spazio fisico e del lavoro con le risorse umane con l'attività propria dell'Azienda. Nasce dall'esperienza pratica operata nel settore dei servizi di supporto alle imprese negli anni '70 prima negli USA poi negli anni '80 nel Regno Unito e dagli anni '90 anche in Italia. Integra i principi della gestione economica e finanziaria d'azienda, dell'architettura e delle scienze comportamentali e ingegneristiche.

Si tratta di un approccio multidisciplinare di progettazione, pianificazione e gestione integrata di tutti i servizi "non core" legati al patrimonio immobiliare, servizi che sono di supporto alle attività strategiche "core" e che risultano necessari al funzionamento efficace ed efficiente di una organizzazione. Unisce l'insieme delle attività che vanno dalla gestione del patrimonio alla manutenzione degli edifici e degli impianti, dalla gestione dell'energia ai servizi di pulizia, fino ai servizi informatici. Rappresenta un mercato in forte evoluzione e con grande potenzialità in Italia e in Europa. Il successo del FM nasce dal fatto che con lo sviluppo di un nuovo e diverso know how organizzativo è possibile ottimizzare le attività migliorandone la qualità e riducendo i costi complessivi fino al 30%. Questo mercato nella PA viene stimato dal CRESME (Centro Ricerche Economiche Sociali di Mercato per l'edilizia ed il territorio) attorno ai 30-35 milioni di euro e in costante crescita nei prossimi 5 anni come evidenziato dalla Tabella 1.

Nella Tabella 2 sono mostrati i committenti dei servizi di Facility Management. Bandi di gara pubblicati nel perio-

do gennaio-settembre 2007- Classifica per numero di bandi (importi in mln di euro).

L'oggettiva crescita del FM nel Servizio sanitario in Italia, in linea con quello che è successo in altri Paesi europei, presenta però alcuni ostacoli che si riconducono a due fattori principali quali un ritardo di conoscenza da parte dei possibili committenti di tutti gli aspetti positivi, e negativi, collegati a queste nuove forme di gestione e, da parte degli operatori del FM, di una incompleta assunzione di responsabilità nel condividere fino in fondo la nuova mission comune di enti diversi e la resistenza a diventare stabilmente partner e non semplici fornitori di beni o servizi.

In questo certamente non aiuta il fatto che tuttora è difficile trovare dei "Facility managers", figura professionale tecnico-gestionale che può trovare impiego sul versante della domanda e dell'offerta. Una precisazione deve essere fatta per chiarire la differenza tra FM e Global Service. I due termini, spesso erroneamente confusi fra loro, indicano concetti diversi perché il Global Service è una formula contrattuale adottata come soluzione gestionale all'interno della disciplina generale detta FM. Il Global Service porta un approccio innovativo poiché sposta l'obiettivo del servizio dalla fornitura di una prestazione alla garanzia del raggiungimento di un risultato, cosa molto importante nelle organizzazioni sanitarie dove ancora il concetto di lavoro, ovvero utilizzo di risorse per raggiungere un obiettivo, non è uniformemente compreso, diffuso e applicato. Le tappe da seguire per una corretta implementazione di un *Global Service* all'interno di una struttura sanitaria sono :

**TABELLA 1. L'EVOLUZIONE DEL MERCATO ITALIANO DEL FACILITY MANAGEMENT (MIL. EURO) (DAGLI ANNI 2000)**

|   | Domanda Potenziale | Fornitura (Miliardi) |               |               |               |               |                |
|---|--------------------|----------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
|   |                    | 2000                 |               | 2001          |               | 2002          |                |
|   |                    | Min.                 | Max.          | Min.          | Max.          | Min.          | Max.           |
| Industria                                     | 28.917             | 11.281               | 8.028         | 17.278        | 20.288        | 27.180*       | 30.289         |
| Istituzioni, Enti, enti pubblici              | 33.268             | 5.435                | 8.793         | 11.548        | 12.380        | 20.379        | 25.474         |
| Commercio                                     | 18.553             | 248                  | 1.575         | 2.825         | 4.145         | 8.018         | 8.252          |
| Costruzioni, manutenzione alla casa e servizi | 12.888             | 2.282                | 3.027         | 3.288         | 8.287         | 8.744         | 17.128         |
| Impianti di servizi pubblici                  | 7.083              | 1.134                | 1.247         | 2.427         | 3.287         | 3.288         | 4.283          |
| Alberghi e ristoranti                         | 5.040              | 851                  | 1.128         | 1.485         | 2.155         | 3.257         | 4.158          |
| <b>Totale</b>                                 | <b>106.227</b>     | <b>17.224</b>        | <b>22.878</b> | <b>47.128</b> | <b>68.248</b> | <b>88.277</b> | <b>106.228</b> |

**Tabella 2**

|                                   | Valori assoluti |                       |              | Compendio: % |                       |              |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------------|--------------|--------------|-----------------------|--------------|
|                                   | Totale          | di cui                |              | Totale       | di cui                |              |
|                                   |                 | con importo segnalato | in quilibrio |              | con importo segnalato | in quilibrio |
| Comuni                            | 17.004          | 16.474                | 96,9         | 47,1         | 47,1                  | 100,0        |
| Aziende SANL                      | 1.669           | 1.379                 | 82,5         | 8,9          | 8,9                   | 18,9         |
| Province                          | 1.574           | 1.574                 | 100,0        | 7,4          | 7,4                   | 15,7         |
| Comuni segnalati                  | 1.387           | 856                   | 61,8         | 7,1          | 7,1                   | 15,4         |
| Aziende segnalate                 | 1.302           | 817                   | 62,8         | 7,1          | 7,1                   | 15,2         |
| Comuni in equilibrio              | 1.181           | 1.181                 | 100,0        | 6,7          | 6,7                   | 14,3         |
| Comuni della rete ospedaliera     | 710             | 574                   | 80,8         | 3,9          | 3,9                   | 8,3          |
| Aziende ospedaliere segnalate     | 689             | 589                   | 85,6         | 3,9          | 3,9                   | 8,3          |
| Regioni                           | 486             | 486                   | 100,0        | 2,8          | 2,8                   | 6,0          |
| Province                          | 474             | 467                   | 98,5         | 2,8          | 2,8                   | 6,0          |
| Aziende per industria ospedaliera | 469             | 469                   | 100,0        | 2,7          | 2,7                   | 5,8          |
| Comuni della rete ospedaliera     | 177             | 177                   | 100,0        | 1,1          | 1,1                   | 2,3          |
| <b>Totale</b>                     | <b>19.292</b>   | <b>18.491</b>         | <b>95,8</b>  | <b>10,0</b>  | <b>10,0</b>           | <b>21,0</b>  |

Fonte: Osservatorio Nazionale del Facility Management - elaborazione Cresme, 2007.

1. analisi dei costi e dei processi esistenti;
2. reperimento delle risorse necessarie;
3. identificazione dei fabbisogni;
4. determinazione dei livelli di servizio;
5. definizione dei servizi di governo;
6. definizione delle procedure operative;
7. definizione del sistema di controllo;
8. stesura del service level agreement;
9. scelta del fornitore ed implementazione.

Il maggiore problema nel *Global Service* consiste nella difficoltà di valutare il raggiungimento dei risultati. Per questo sono indispensabili due elementi chiave quali il *Service Level Agreement* (SLA - accordi sui livelli di servizio) e il sistema di reporting. Il primo è un documento che contiene le aspettative del cliente in termini di qualità del servizio atteso, mentre il secondo rappresenta lo strumento di misura dei risultati attraverso indicatori o Key

*Performance Indicator* (KPI) del livello complessivo del servizio e dei livelli tecnici e di costo delle prestazioni. I requisiti di un buon KPI sono la sinteticità, l'univocità, la semplicità di interpretazione, la facilità di calcolo e di reperibilità (Cotts, 1999).

A fronte di svantaggi comuni ad altre forme di esternalizzazione quali la perdita del controllo, la riduzione del potere negoziale, la demotivazione del personale interno e i rischi di una mancata riduzione dei costi, il *Global Service* porta degli indiscutibili vantaggi, mostrati nella Tabella 3 ricavata da dati della A.S.S.R. (Monitor, 2003).

In generale i vantaggi dell'utilizzo del FM nelle Aziende sanitarie sono la possibilità di concentrare l'attenzione sul core business aziendale, la possibilità di supplire alla mancanza di risorse specializzate, la necessità di sfruttare i rapidi cambiamenti tecnologici, la flessibilità interna e la riduzione dei costi con servizi migliori a costi

**Tabella 3**

|                         | Uffici Servizi e Tecnologie (44 Vantaggi Azioni)  |
|-------------------------|---|
| Governo del bene        | <input type="checkbox"/> controllo chiaro sul costo-fornitore e sul servizio reale, limitati gli indizi e controlli sulle attività manufattive; |
|                         | <input type="checkbox"/> servizio clienti e clienti gestiti in modo più efficace e con più qualità;   |
|                         | <input type="checkbox"/> standardizzazione delle strutture di servizio;   |
|                         | <input type="checkbox"/> interazione unico specializzato;   |
| Operativo-gestionale    | <input type="checkbox"/> risparmio e riduzione costi gestione;  |
|                         | <input type="checkbox"/> gestione e della manutenzione (sviluppo);  |
|                         | <input type="checkbox"/> gestione di comunità ospedaliere;  |
| Protezione Investimenti | <input type="checkbox"/> tempo di attesa ridotto e riduzione costi della gestione della manutenzione di strutture;                              |
|                         | <input type="checkbox"/> riduzione dei costi di gestione per la gestione e manutenzione;  |
|                         | <input type="checkbox"/> alta qualità dei servizi ospedaliere ed ospedalieri;   |
|                         | <input type="checkbox"/> costruzione degli investimenti futuri;   |
|                         | <input type="checkbox"/> risparmio sui costi di gestione;   |
|                         | <input type="checkbox"/> qualità dei servizi e degli interventi (servizi in servizio) ospedaliere;  |

| Tabella 4. Linee guida per l'externalizzazione delle attività (1997) |   |
|--|---|
| 1  | conoscimento della del top management nelle uscite di re-organizzazione.  |
| 2  | valutazione opportuna e precisa dell'impatto sulla risorsa umana;   |
| 3  | specificazione dei livelli di servizio attesi in termini di compatibilità;  |
| 4  | analisi di opportunità e di fattibilità per la gestione e la manutenzione di oggetti complessivi (gestione degli Assets); |
| 5  | contenuto preventivo delle direttive proposte di valorizzazione;  |
| 6  | valutazione pluriennale della offerta della amministrazione;  |
| 7  | promozione della competitività;   |
| 8  | sviluppo e manutenzione delle risorse umane e organizzative.  |

inferiori e un livello di qualità uguale, o superiore, oltre ad una rapida capacità di adeguamento alle nuove esigenze aziendali.

Già nel 1997 l'OCSE definì delle linee guida per l'externalizzazione di attività nei servizi pubblici, che sono mostrate nella Tabella 4.

Nella Tabella 5 sono mostrati, invece, i settori di utilizzo del FM in base a dati recenti elaborati dal Ministero della Salute.

Una considerazione particolare merita il concetto di partnership che le Società che fanno FM devono accettare nel momento in cui iniziano a collaborare con le Aziende sanitarie e che le obbligano a condividere alcuni aspetti essenziali, in una logica di ricerca di obiettivi comuni, pur con mission aziendali diverse, tra cui il focus sull'obiettivo, lo scenario win-win (non più "io" win, "tu" lose), un orizzonte temporale di azione (e quindi di ritorno dell'investimento) medio-lungo, le pratiche di risk sharing e fidelizzazione, gli scenari di ricerca e sviluppo e la proposta continua di soluzioni innovative.

Più in generale le considerazioni che le Direzioni aziendali devono fare nel momento della scelta decisionale "make or buy" in attività o servizi "non core" sono connesse al fatto di avere chiari gli obiettivi (clinici, organizzativi, di sicurezza, economici), mantenere un forte governo dei processi, controllare rigorosamente i processi di organizzazione ed integrazione, monitorare costantemente risultati e costi operativi e sapere di non potere eliminare tutti i

problemi operativi con la sola externalizzazione. D'altra parte gli ostacoli attesi in queste scelte sono, sinteticamente: la difficoltà di gestione del rapporto terzo, di misurazione dei risultati, le difficoltà istituzionali, le problematiche sindacali e la demotivazione del personale interno. Peraltro i risultati attesi sono di primaria importanza e sono connessi ai seguenti fattori: focalizzazione sul core business aziendale, riduzione dei costi di produzione, incremento di competenze interne, incremento qualità e innovazione nel sistema, incremento della flessibilità operativa, miglioramento dell'efficienza e la riduzione dei vincoli connessi alla gestione tuttora troppo burocratica e solo in parte meritocratica del personale interno aziendale. La realtà italiana sul FM appare evidenziata in una indagine della A.S.S.R. del 2003 da cui risultava che in un campione di 144 fra Aziende sanitarie, ospedaliere, Policlinici Universitari e IRCCS, l'87% delle strutture era soddisfatto della scelta di FM fatta. Il punto interessante però non era dato dal 13% di strutture completamente insoddisfatte, ma dalla percentuale di soddisfazione medio-bassa di oltre il 50% delle aziende indagate che si erano dichiarate soddisfatte. Su questo punto sarà necessaria una riflessione particolare per capire dove agire e migliorare sul versante della domanda e cosa chiedere di più e di diverso ai partner privati. È infatti logico condividere, come già evidenziato da Michel Porter nel 1985, la strategia di ricerca delle attività generatrici di valore come l'insieme di risorse e di processi fra loro eterogenei, rivolti all'ottenimento di un risultato identificabile all'interno di una processo di produzione che, in sanità, è la base di ogni attività e che rappresenta, o dovrebbe rappresentare, la sequenza strutturata di attività finalizzate alla produzione di un servizio che ha valore per il cliente finale.

Maurizio Dal Maso  
Tesoriere FEMS

Tabella 5. Settori di utilizzo del FM.

|                         |   |
|-------------------------|---|
| servizi integrati (16%) | impianti (21%)<br>manutenzione (29%)<br>lavanderia (18%)<br>trasporti (18%)<br>pulizia (7%) |
| servizi sociali (20%)   | immobili e impianti (27%)<br>manutenzione (27%)<br>tecnologia e strumentazione (29%)        |
| utenze (29%)            | energia elettrica (26%)<br>acqua calda (26%)<br>fibre ottiche (14%)                         |

## QUANDO IL PARTO CESAREO È UNA RICHIESTA MATERNA

Mario Ferrera

È un dato di fatto che il ricorso al taglio cesareo sia in costante aumento, tanto da essere, il nostro Paese, al primo posto in Europa per numero di cesarei. Ciò ha stimolato, in un recente passato, discussioni e dibattiti non solo in ambito specialistico sulla liceità ed opportunità di tale tendenza e sulla necessità di una revisione degli standard ostetrici in materia di ricorso al parto cesareo.

Discussioni alimentate anche dai risvolti economici legati al tipo di remunerazione del parto cesareo rispetto al parto naturale.

La media nazionale dei cesarei a livello nazionale era nel 1993 del 24,3%, pur con marcate differenze da Regione a Regione, che vedono prevalere il Meridione (30%) rispetto all'Italia settentrionale (20%). I dati dell'OMS sulla mortalità perinatale non indicano miglioramenti allorché la percentuale di cesarei superi il 15%, cifra, come detto prima, ben al di sotto della percentuale raggiunta nel nostro Paese (attorno al 40%).

Il progressivo aumento del taglio cesareo va di pari passo con l'incremento delle indicazioni elettive al parto addominale, riconducibili principalmente al progressivo aumento dell'età media in cui si ha la prima gravidanza o allorché la stessa è il risultato di terapie anti-infertilità, condizioni che contribuiscono ad alimentare quell'attesa del "parto senza problemi", con la nascita di un bambino in perfette condizioni.

Non va trascurato il fatto che in una percentuale di casi il ricorso al taglio cesareo è il frutto di un atteggiamento "difensivo", e se vogliamo anche "autoprotettivo", dello specialista ostetrico, preoccupato dal rischio di una sofferenza fetale intrapartum, con le possibili sequele neurologiche fetali, che alimentano il contenzioso giudiziario, in cui viene sempre più chiamata in causa la responsabilità del medico, piuttosto che il ruolo (richiamato in letteratura) di fattori incidenti e preesistenti al travaglio di parto.

Tra le indicazioni vanno anche inseriti i pregressi tagli cesarei, che spingono l'ostetrico a ricorrere alla via addo-

minale per scongiurare una eventuale deiscenza della precedente isterotomia in corso di travaglio, con il rischio di dover rispondere in sede giudiziaria di un intervento demolitivo, qualora esso si rendesse indispensabile.

Per ritornare al nostro tema, vi è poi un'indicazione al cesareo richiesto dalla donna stessa, preoccupata del parto per via vaginale, più doloroso e traumatico sia per la madre che per il feto.

Se andiamo ad analizzare i dati della letteratura, scopriamo che il parto cesareo, nonostante tutti i progressi possibili ed immaginabili della chirurgia ostetrica e dell'anestesiologia, non può essere considerato un intervento privo di rischi, ma piuttosto va inserito tra gli interventi chirurgici e come tale gravato di rischi e complicanze, per quanto rare.

Non va taciuto tuttavia che anche il parto vaginale è gravato da complicanze, sia materne che fetali, legate allo strumentario a cui si deve talvolta far ricorso (forcipe, ventosa ostetrica).

È pertanto innegabile che in questi anni, oltre al fattore dolore, si è diffusa nelle donne una certa contrarietà all'uso di strumentario chirurgico durante il parto vaginale, in quanto traumatizzante per madre e figlio, mentre la perfetta cicatrizzazione della ferita chirurgica e la minimizzazione dei rischi legati all'intervento chirurgico ha incrementato le richieste, da parte della donna, di partorire con il taglio cesareo anche al di fuori di qualsiasi indicazione di tipo strettamente medico.

In tale contesto, qual è e quale deve essere la posizione del medico dinanzi ad una richiesta da parte della donna? Quando l'indicazione medica al cesareo coincide con l'orientamento della donna, il problema non sussiste, ma nel caso in cui la richiesta della donna sia dettata da motivazioni legate all'ansia, alla paura del dolore, o dei rischi sul feto, come deve comportarsi il medico? Quale strade sono percorribili?

Informazione: da un lato il medico ha l'obbligo di informare che il taglio cesareo, dati statistici alla mano, espone



a maggiori rischi in termini di mortalità e morbilità materna rispetto al parto vaginale.

Codice deontologico: se la paziente insiste nella sua richiesta, il ginecologo può fare appello alla sua libertà ed autonomia decisionale, che gli consentirebbe di esercitare una sorta di obiezione di coscienza “qualora il medico venga richiesto di interventi sanitari che contrastino con la sua coscienza o con il convincimento clinico”.

Omissione di soccorso: il rifiuto del ginecologo a praticare un taglio cesareo richiesto dalla paziente in travaglio di parto può comportare il rischio di dover rispondere di omissione di soccorso (art. 593 c.p.), o di rifiuto o di omissioni di atti di ufficio (art. 328 c.p.)?

In questi anni si è assistito ad una radicale trasformazione del rapporto medico-paziente, al centro del quale vi è “l'autonomia decisionale del malato rispetto alle scelte terapeutiche”. A ciò ha contribuito la valorizzazione del dettato costituzionale di cui agli artt. 2, 13, 32 della Costituzione, che garantiscono i “diritti inviolabili dell'uomo e la libera scelta nei riguardi dei trattamenti sanitari”. Dal punto di vista strettamente giuridico il medico, dinanzi ad una richiesta, pur non sussistendo indicazioni mediche, ha tutta una serie di argomentazioni a favore o contro l'accoglimento di una tale richiesta.

Coloro i quali sono contrari a considerare legittima la richiesta di taglio cesareo esclusivamente su motivazioni non mediche, ma legate alla volontà della donna, pongono le seguenti motivazioni:

- a) il medico deve sempre agire secondo scienza e coscienza ed in piena libertà;
- b) il medico può rifiutare la propria opera professionale (Codice deontologico);
- c) interpretazione restrittiva dell'art. 5 c.c., che vieta di disporre del proprio corpo;
- d) la prevalenza statistica dei maggiori rischi rispetto al parto vaginale;
- e) rischio per il medico di dover rispondere di un intervento chirurgico non strettamente necessario dal punto di vista medico.

I favorevoli riconoscono legittima la richiesta al cesareo per le seguenti motivazioni:

- a) principio dell'autodeterminazione, sancito dalla Costituzione;
- b) ipotesi di reato per il medico che rifiuti la prestazione sanitaria;
- c) non contrasto con l'art. 5 c.c.;
- d) ridotta incidenza di conseguenze o complicanze proprie del parto vaginale, che bilancia il rischio della procedura chirurgica. Sul piano giuridico sussiste il contrasto tra

l'art. 5 c.c. che vieta “atti che comportino una diminuzione permanente della propria integrità fisica” e l'art. 50 c.p., che stabilisce la non punibilità per chi “lede o pone in pericolo un diritto con il consenso della persona che può validamente disporne”.

Nel caso di richiesta di un taglio cesareo si potrebbe anche prospettare, in via teorica, un interesse del coniuge ad optare per tale scelta, considerando che il parto vaginale può avere conseguenze sulla dinamica del rapporto sessuale, legata ad esiti cicatriziali da lacerazioni vaginali.

La legittimità del cesareo si baserebbe sul fatto che tale procedura non rientrerebbe nelle previsioni dell'art. 5 c.c. in quanto non comporta alcuna compromissione permanente dell'integrità fisica, e non è in contrasto con la morale corrente, anzi le richieste di tale procedura sono in aumento.

Se è il dolore il solo elemento alla base della richiesta, il medico ha il dovere di informare che oggi sussistono le anestesie loco-regionali che permettono di ovviare a tale problema.

Qualora nel proprio ospedale non sia possibile tale procedura anestesiológica, lo stesso ginecologo ha il dovere di indirizzare la paziente presso idonea struttura (Corte di Cassazione n. 364, 1997).

In conclusione, trattandosi di un'esplicita richiesta dettata dal consenso della paziente non sussistono elementi in contrasto con l'art. 5 c.c., in quanto l'atto chirurgico, rispondendo all'obiettivo di tutelare il diritto alla salute, ha una precisa finalità terapeutica, né tanto meno viene leso un diritto della persona (art. 50 c.p., che riguarda il consenso dell'avente diritto). Un intervento come il taglio cesareo, non comportando una menomazione fisica permanente e in quanto finalizzato al benessere psicofisico della donna che ricorre a tale procedura per tutelare la propria salute psichica ed evitare rischi al feto, viene unanimemente considerato lecito per il ginecologo che accoglie tale richiesta.

Ciò non toglie il dovere del medico di informare in modo dettagliato, offrendo alla paziente spunti di riflessione. Se tuttavia la donna insiste nella propria richiesta di taglio cesareo, il ginecologo (come molti sostengono) non dovrà sottrarsi a tale richiesta, considerando che anche nel parto per via vaginale esiste pur sempre un certo margine di imprevedibilità.

*Mario Ferrera  
Presidente Collegio dei Revisori  
dei Conti CIMO-ASMD*

## LE CESSAZIONI DAL SERVIZIO NEL 2008

Umberto Celotto

Con l'approvazione del provvedimento sul Welfare, in collegamento alla legge finanziaria 2008, ha preso il via la nuova legge di riforma delle pensioni (la quinta dal 1992).

Si sono resi necessari circa 18 mesi di consultazioni, più decisioni del Consiglio dei Ministri, un referendum approvativo da parte dei lavoratori interessati e più di una riscrittura, in Parlamento, conclusa dal rituale maxiemendamento.

Indubbiamente, non un grosso parto, a differenza di quanto già operatosi con la legge n. 335/1995, che aveva coinvolto una larga fascia di nuove regole come quelle su invalidità, reversibilità, accrediti figurativi, prosecuzione volontaria e così via.

Tutto ciò anche in dipendenza del fatto che la nuova disciplina è stata largamente intessuta con aspetti politici del tutto estranei alla materia ed, altresì, che la stessa riforma è corsa in precario equilibrio tra le esigenze finanziarie reclamate dall'Europa e le più che legittime aspettative dei lavoratori e delle parti sociali a riguardo. Comunque, va preso atto della nuova disciplina che puntualizza requisiti e condizioni nel prossimo quinquennio: sul piano generale, ne risulta un appesantimento del dettato normativo per il conseguimento della prestazione ma, soprattutto, un inasprimento della situazione pensionistica delle future generazioni.

Va anche preso atto che rimane superata sia la disciplina della legge n.449/1997, sia quella della legge Maroni n. 243/2004, che consentivano anche la possibilità di andare in pensione con 57 anni di età e 35 anni di servizio, a tutto il 2007.

Procediamo alla disamina delle nuove regole, limitandoci per il momento alle cessazioni dal servizio con diritto a pensione possibili nel 2008, con riserva di progressiva illustrazione delle residue novità.

1. Il primo riguardo è per le pensioni di vecchiaia per le quali si prevede la maturazione del trattamento al limite dei 65 anni per gli uomini e dei 60 anni per le donne, con richiesta di soli 20 anni di servizio utile (servizio effettivo, riscatti, ricongiunzioni, accrediti figurativi, servizio militare). Restano così confermati i precedenti requisiti, compreso quello per le donne, largamente in pericolo per lungo tempo. Detti limiti, giova ricordare, sono anche liberatori dal divieto di cumulo.

L'unica novità, a riguardo, è l'imposizione di "finestra", prima esclusa del tutto per le pensioni di vecchiaia e per quelle con 40 anni di servizio. È una pesante limitazione per il fatto che obbliga ad un trattenimento oltre i limiti massimi di collocamento previsti da norme regolamentari o contrattuali delle varie categorie. Viene solo concessa una "finestra" a cadenza trimestrale (come già in vigore, finora, per le pensioni anticipate) che, tuttavia, obbliga sostanzialmente ad un'ulteriore permanenza in servizio, anche fino a 6 mesi.

2. Per quanto riguarda le pensioni anticipate (prima dei 65 anni, per gli uomini, e prima dei 60, per le donne) vanno registrati inasprimenti dei requisiti richiesti per vari segmenti temporali, nell'arco del quinquennio 2008-2012 e dal 2013 in poi.

Viene, innanzitutto, stabilito un primo periodo che segna un passaggio più graduale dal vecchio al nuovo sistema. Pertanto, per le cessazioni possibili nel 2008 (ma anche nel primo semestre del 2009) viene richiesta solo un'elevazione del requisito anagrafico a 58 anni, fermo restando il requisito di servizio a 35 anni.

In aggravamento, viene però decretato un passaggio alla finestra a cadenza semestrale: in concreto, tenendo conto di ciò, nell'accennato periodo sarà possibile cessare dal servizio avendo un'età compresa tra 58 anni e mezzo e 59 anni circa.

Qualcosa di meno dello "scalone", ma non tale da giustificare una maggiore spesa previdenziale di quasi 10 miliardi di euro a regime, risorse che avrebbero potuto essere destinate a maggiore utilità dei lavoratori.

3. Sempre per le pensioni anticipate, nel periodo successivo, l'inasprimento dei requisiti è decisamente più rilevante: infatti, oltre ad un'ulteriore progressiva elevazione del requisito anagrafico, dovrà tenersi conto che viene previsto un limite di età prima del quale non è possibile la cessazione e che il periodo di servizio richiesto, in ogni caso, non potrà essere inferiore ai 35 anni.

Inoltre, viene ancora richiesto che si raggiunga un limite di "quota", ovvero un complesso di età e servizio, componibile a scelta ma, tuttavia, non inferiore ad un certo numero di anni.

Con riguardo a ciò, nel periodo dal 1/07/2009 al 31/12/2010 l'età richiesta sale a 59 anni e la quota è fissata a 95, la cui composizione potrebbe richiedere, a tale

età, 36 anni di servizio.

Nel periodo successivo, e cioè per gli anni 2011 e 2012, i requisiti richiesti saranno: età non inferiore a 60 anni e servizio non inferiore a 35 anni; la quota richiesta è pari a 96, con l'opportuna composizione, nel rispetto dei predetti limiti.

In detto segmento, c'è da ricordare il miglior vantaggio per le dipendenti donne che potranno far valere, al raggiungimento dei 60 anni, la richiesta di pensione di vecchiaia, per la quale è richiesto un periodo di servizio di soli 20 anni e la non necessità della quota.

Poi, dal 2013, sia pure in subordine ad una verifica della situazione previdenziale all'epoca, viene ancora incrementata la difficoltà ad un esito anticipato, richiedendosi un requisito anagrafico di 61 anni ed una quota di 97 che postula, anche qui, più di 35 anni di servizio. Da ricordare sempre, anche per queste altre forme di anticipo, la finestra semestrale.

Resta fermo l'effetto liberatorio del raggiungimento dei 40 anni di servizio indipendentemente dall'età, tuttavia con sottoposizione a finestra trimestrale, come sopra detto.

4. Per coloro che dovessero aver raggiunto, al 31/12/2007, i requisiti della normativa previgente (57 età/35 servizio), rimane da fare un'importante precisazione: in via interpretativa si è dato avviso favorevole al vigore della precedente norma della legge 243/2004, che riconosce, appunto a chi ha maturato i requisiti previdenti anzidetti entro il 31/12/2007, di avere la libertà di esodo in qualsiasi periodo successivo alla predetta data, nonostante il variare dei requisiti stessi con la presente riforma, o in via successiva.

È evidente la disparità di trattamento con le pensioni di vecchiaia, penalizzate dall'introduzione della finestra, pur avendo pari o forse superiore titolo di tutela. È pertanto da sperare che anche per quest'ultimo gruppo possa rinvenirsi una idonea soluzione che non aggravi il limite di collocamento, già all'età massima (65 anni per gli uomini e 60 per le donne).

5. Al quadro di requisiti sopraindicati viene consentita dalla nuova legge una sola deroga, quella a favore dei lavoratori "usurati". Il riguardo specifico è ai lavoratori individuati nel decreto Salvi del 1999 (lavoratori addetti ad attività particolarmente usuranti), quelli impegnati nei lavori con turni notturni, gli addetti a linee a catena e quelli addetti a mezzi pubblici pesanti. Si tratta, comunque, di un numero limitato di beneficiari, per ovvi motivi di contenimento dei costi. I dettagli applicativi di questa deroga saranno oggetto di uno o più decreti legislativi

vi da emanare entro il 31/03/2008.

Per detti lavoratori l'esodo anticipato verrebbe consentito - al momento e fino a tutto il 2010 - con gli attuali requisiti (57 età/35 servizio) salvo successiva, ulteriore modulazione che potrà consentire l'esodo degli stessi lavoratori usurati in possesso di requisiti anagrafici inferiori di 3 punti rispetto a quelli richiesti alla generalità di lavoratori.

In proposito, è intuibile che la deroga in questione sarà motivo di richiesta da parte di altre categorie e sindacati, con prevedibile conflittualità o aggravamento della spesa.

6. Non ci sono variazioni, invece, per il conseguimento dei trattamenti di inabilità, che rimangono ancorati agli attuali limiti (20, 15, ovvero 5 anni di servizio). Ferma restando l'esclusione della finestra.

In conclusione, sono queste le limitazioni derivanti dalla nuova riforma per il diritto a pensione.

Resta confermata l'età dei 65 anni (60 per le donne) per le pensioni di vecchiaia, con l'aggiunta però di una finestra trimestrale, con l'esclusione dalla perequazione automatica per il 2008 per le pensioni di livello medio e con contributo di solidarietà per le pensioni di livello più elevato; viene rafforzata, per le pensioni anticipate, di 4 punti (da 57 a 61 anni) l'età anagrafica, con superamento anche dei 35 anni per il servizio.

Un altro "scalone", quindi, sia pure di diversa progressione nell'arco del prossimo quinquennio, che toglie tuttavia ancor più respiro all'anticipo del trattamento per la generalità dei dipendenti; rende possibilità pressoché nulla all'anticipo della pensione per i nuovi assunti e per i precari, coll'estensione dei requisiti dei lavoratori dipendenti, in rapporto allo specifico carattere precario o alternato di esso.

Continua così il percorso costante al rimando sempre più in alto del momento del conseguimento del trattamento e continua altresì anche il processo di omogeneizzazione delle regole, per tutte le categorie e per tutte le gestioni, alla normativa dell'assicurazione obbligatoria.

## TUTTI I MEDICI SANNO DAVVERO COMUNICARE E TENERE RELAZIONI POSITIVE?

Luigi Dal Sasso e Chiara Marangon

La Regione Veneto ha comunicato con una relazione i risultati di uno studio relativo agli anni 2002-2006 sull'andamento dei reclami scritti pervenuti alle Aziende sanitarie e ospedaliere della Regione.

Gli aspetti presi in considerazione dai cittadini utenti e classificati dagli URP, hanno riguardato:

- aspetti relazionali (cortesia, gentilezza, cura della persona, pazienza, rispetto, disponibilità, congruità del comportamento, riconoscibilità degli operatori);
- aspetti tecnico professionali (prestazioni clinico sanitarie);
- informazione e organizzazione interna (sui servizi, sulle prestazioni, sugli orari, adeguatezza della segnaletica, informazioni ai familiari, leggibilità della documentazione, possibilità di conoscere le liste di attesa);
- aspetti strutturali e strumentali (accessibilità fisica ai servizi e barriere architettoniche, parcheggi, dislocazione territoriale dei servizi);
- tempo di attesa per ottenere prestazioni medico specialistiche e/o diagnostiche;
- aspetti burocratico amministrativi (procedure per l'erogazione di prestazioni sanitarie, per ottenere documentazione, certificazioni amministrative, per pagamenti o rimborsi ticket, trasparenza sull'iter delle pratiche);
- aspetti alberghieri e confort (qualità, temperatura e orario dei pasti, adeguatezza e pulizia dei servizi igienici,

numero di letti nelle stanze di degenza, pulizia, silenziosità, adeguatezza e gradevolezza degli ambienti).

Il totale dei reclami scritti "complessi" (per reclamo "complesso" si intende quello che non viene "semplicemente" risolto dall'operatore URP, in via breve e orale) è stato negli anni:

| Anno | Numero reclami | incidenza su prestazioni ambulatoriali e ricoveri ogni 100.000 prestazioni o ricoveri |
|------|----------------|---|
| 2002 | 2880           | 5.2   |
| 2003 | 3285           | 5.7   |
| 2004 | 3626           | 6.1   |
| 2005 | 4238           | 6.5   |
| 2006 | 4107           | 6.1   |

Questi reclami vengono riferiti – per la Regione Veneto – ad un numero di ricoveri annui che varia da 740.000 a 790.000 e ad un numero di prestazioni ambulatoriali che nel 2006 si è avvicinato ai 68 milioni. Verrebbe pertanto da dichiarare che tale numerosità di reclami non è affatto rilevante. Però non è la percentuale delle segnalazioni che vogliamo considerare, ma la tipologia degli argomenti adottati dal denunciante per segnalare la sua insoddisfazione.

Una parte di rilievo viene occupata da mancanza di atten-



zioni “relazionali” con gli utenti (disponibilità al dialogo, cortesia, riconoscibilità degli operatori, ecc.) e da insufficiente informazione sul servizio o sulla prestazione che si stava erogando.

Normalmente, di fronte ad una segnalazione scritta da parte del cittadino, è nostra cura inoltrare per conoscenza la nota anche ai direttori delle Unità operative coinvolte affinché possano esporre anche il loro punto di vista relativamente all'accaduto.

La segnalazione viene estesa anche ai diretti interessati affinché – comunque – l'occasione serva per analizzare il comportamento tenuto anche in una sola occasione e per rivedere eventualmente il modello organizzativo del proprio servizio.

Una segnalazione, per quanto banale e di poco rilievo, è comunque una spia che può essere intelligentemente utilizzata per rimediare ad eventuali storture organizzative o di comunicazione, evitando in seguito possibili incidenti di maggior rilievo. Potrebbero essere considerate alla stregua dei “near error” degli studi osservazionali di risk management.

Alcuni direttori colgono infatti l'occasione per rimediare – se fosse il caso – ad eventuali carenze. Altri direttori, invece, non colgono anche in una simile occasione l'opportunità per migliorare il proprio servizio e ci fanno presente che dedicare tutto il tempo preteso dall'interlocutore per dare tutte le informazioni richieste, nonché illustrare pazientemente il percorso terapeutico complesso per arrivare ad un determinato traguardo, richiede una quantità di tempo che il professionista non ha, e certe pretese di informazione del cittadino sono da ritenersi eccessive.

Questi Colleghi non riescono a capire che il tempo che non riesci a trovare “prima” per dare giuste informazioni, lo perdi in quantità molto abbondante “dopo” per correr dietro a ricostruire le modalità dello svolgimento dei fatti e trovare le dovute spiegazioni al reclamo. A volte si tratta di trovare “giustificazioni”. Alcuni di noi – talora con fare troppo permaloso - vedono nella segnalazione una accusa diretta e personale, e si sentono capri espiatori anche per mancanze o carenze del sistema, non riuscendo a cogliere nella segnalazione una opportunità per rimettere ordine – qualora ce ne fosse bisogno – nelle lacune organizzative, relazionali, caratteriali, che sicuramente ci sono in una organizzazione delicata e complessa come la nostra.

È pur vero che, con tempi di ricovero e visite ambulatoriali sempre più brevi, non è sempre facile dedicare la giusta attenzione all'aspetto relazionale e di informazione (ci riferiamo al consenso informato). Questo viene spesso

percepito come un ulteriore aggravio burocratico e non come un diritto del paziente e compito imprescindibile del medico.

Nonostante il gran parlare di comunicazione e dell'importanza della stessa, nonostante la numerosità dei Corsi di formazione su questo argomento, una parte della nostra categoria è ancora molto carente di disponibilità ad entrare in relazione vera con l'assistito e farsi carico davvero del problema per cui è venuto ad interpellarci.

Costantino Iandolo a lungo si è sforzato di spiegare che “parlare con il paziente” è diverso dal “parlare al paziente”. Per il secondo aspetto tutti possiamo ritenerci “abilitati”; per il primo solo alcuni riescono a realizzare una comunicazione vera.

Non sono molte le denunce per imperizia, davvero poco numerosi i lamenti per incapacità a fare il proprio lavoro, però siamo poco attenti alla relazione, aspetto oggi portato in primo piano e considerato argomento di rilievo da parte di tutta l'opinione pubblica.

Il problema non è comunque solo di casa nostra. L'importanza di avere, accanto alle conoscenze mediche, anche buone capacità nel rapporto con i propri pazienti, è stata riconosciuta ufficialmente da diversi anni in Canada e negli Stati Uniti, con l'introduzione di una valutazione nazionale delle capacità di comunicazione, di raccolta della storia clinica e di esame del malato. Alcuni ricercatori canadesi sono andati a vedere se c'era corrispondenza tra il punteggio ottenuto in occasione di tale valutazione e i successivi reclami. Il risultato della ricerca è stato pubblicato su JAMA (Tamblyn R. et al “Physician scores on a national skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. JAMA 2007;298:1001) ed ha coinvolto 3400 medici. E' stato evidenziato che una bassa valutazione sulle capacità di comunicazione si associava ad un maggior numero di reclami e il rischio di essere oggetto di proteste era maggiore tra i professionisti che avevano ottenuto i risultati più bassi.

Come categoria siamo pure carenti nella comunicazione tra Colleghi. Nonostante le belle dichiarazioni di principio scritte anche nel Codice deontologico, molti medici si lamentano di non riuscire a trovare il tale Collega per chiedere un parere, per dare una comunicazione o chiarimento riguardante il successivo invio di un paziente, per chiedere precisazioni su una consulenza ricevuta. E quest'ultima evenienza è anche una fortunata evenienza, perché talora le consulenze forniscono risposte illeggibili, con acronimi noti solo allo scrivente, con firme irriconoscibili e naturalmente senza timbri.

Sia chiaro, non è questa la normalità delle situazioni, però

non sono neppure evenienze così rare da considerarle eccezionali.

Le cose dovrebbero migliorare con l'adozione di strumenti informatici per cui le consulenze potrebbero essere richieste in via informatica e pure con questa via potrebbe arrivare la risposta.

In tal caso la scrittura a carattere di stampa sarà finalmente leggibile e la tracciabilità della prestazione sarà meglio garantita, ponendo fine a diatribe sul tempo di attesa fra la richiesta di consulenza e la sua erogazione.

Sono situazioni che segnalano una nostra ritrosia a comunicare in maniera trasparente anche con il Collega. Se costretto scrivo quel tanto cui non mi posso sottrarre, ma se quanto scrivo serve davvero a risolvere il problema esposto diventa marginale nelle mie preoccupazioni.

Sono proprio questi atteggiamenti che generano disorganizzazione, allungamento dei tempi per risolvere il caso, nervosismo e ansie per i pazienti e azioni di "scaricabarile" tra Colleghi. È proprio così difficile capire che il tempo speso per dare giuste informazioni, per fare "buona" informazione non è "tempo perso" ma un buon investimento, sia perché le giuste informazioni non le dovrai più dare in seguito e secondariamente perché anche questi comportamenti oggi vengono tenuti in considerazione per esprimere un giudizio di soddisfazione e apprezzamento per l'operatore, per l'Unità operativa di appartenenza e per il Sistema sanitario nel suo complesso?

È necessario recuperare credibilità a partire dalla qualità delle informazioni e dalla credibilità di quanto sosteniamo. Oggi le informazioni scientifiche divulgate dai "media", legate a fatti di cronaca spesso occasionali, hanno un impatto sulla popolazione maggiore rispetto alla nostra voce ufficiale. Pertanto investire quanto serve nella buona ed efficace comunicazione diventa oggi una priorità non più eludibile.

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



B. Manger

## CHECKLIST REUMATOLOGIA


A cura di K.L. Schmidt

Con la collaborazione di  
R. Häfner, B. Helmich,  
H. Schulze-Koops,  
K. Tillmann, H. Truckenbrodt

Terza edizione  
completamente riveduta

Volume di 586 pagine

€ 70,00

 **cic** Edizioni Internazionali

## IL SINDACATO E IL PROCESSO PENALE: NUOVI INTERVENTI DI TUTELA

Vania Cirese

Con l'obiettivo di conseguire una tutela sempre più efficace della classe medica la CIMO ASMD, accanto alle numerose iniziative già intraprese e programmate, ha verificato la possibilità di intervenire in proprio nei processi penali là dove l'evento infausto sia derivato da cause ascrivibili a carenze strutturali o gestionali dell'ente, indipendentemente da censure all'operato dei sanitari.

Il quesito ha trovato risposta affermativa, esistendo due distinte azioni esperibili in proprio dal sindacato nel processo penale.

Il sindacato, gli enti e le associazioni esponenziali, rappresentativi degli interessi lesi dal reato, possono infatti, nei casi previsti dalla legge e precisati dalla giurisprudenza, conseguire l'esercizio delle facoltà e dei diritti spettanti all'offeso da reato, mediante "atto di intervento", oppure costituirsi parte civile mediante dichiarazione scritta. Le due azioni hanno presupposti e, soprattutto, effetti diversi, dal momento che solo nel secondo caso l'ente diventa "parte" processuale a pieno titolo.

Per quanto concerne la prima ipotesi, l'art. 91 c.p.p. stabilisce che "gli enti e le associazioni senza scopo di lucro ai quali anteriormente alla commissione del fatto per cui si procede sono state riconosciute in forza di legge finalità di tutela degli interessi lesi dal reato possono esercitare in ogni stato e grado del procedimento i diritti e le facoltà attribuiti alle persone offese dal reato". Tale norma, unitamente all'art. 92 c.p.p., subordina dunque l'ingresso dell'ente nel procedimento penale alla presenza di tre requisiti: l'ente, in primo luogo, non deve avere scopo di lucro; è poi necessario il riconoscimento all'ente, antecedente alla commissione del reato, in forza di legge, delle finalità di tutela degli interessi lesi dal reato; infine vi deve essere il consenso della persona offesa. Il requisito del «riconoscimento» in particolare assolve alla funzione di impedire l'ingresso nel procedimento penale ad enti che non offrano sufficienti garanzie di affidabilità ed una oggettiva idoneità a tutelare gli interessi lesi dal reato.

La recente legge 3 agosto 2007, n. 123 (26), Testo unico e tutela della salute e della sicurezza sul lavoro, recante all'art. 1 la delega al Governo per il riassetto e la riforma della normativa in materia di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro, introduce quale principio e criterio direttivo del futuro Testo Unico, «il riconoscimento ad organizzazioni sindacali e associazioni dei familiari delle vittime della possibilità

di esercitare, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 91 e 92 del codice di procedura penale, i diritti e le facoltà attribuiti alla persona offesa, con riferimento ai reati commessi con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene del lavoro o che abbiano determinato una malattia professionale» (comma 2, lett. f, n. 5). Con tale previsione il legislatore intende riconoscere formalmente ai sindacati e alle associazioni dei familiari delle vittime di infortuni sul lavoro le finalità di tutela degli interessi lesi dal reato, allo scopo di permettere loro la partecipazione al procedimento penale. Tale finalità è riconosciuta in relazione a due categorie di illeciti: ai reati commessi con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene del lavoro ed ai reati che abbiano determinato una malattia professionale. Le finalità di tutela degli interessi lesi dal reato devono essere precedentemente possedute dal sindacato e non possono derivargli dalla legge che ne opera il riconoscimento, in questo caso dal T.U. di attuazione della delega contenuta nella legge n. 123 del 2007.

Alla domanda se i sindacati abbiano o meno una funzione istituzionale o statutaria di tutela di questi interessi, non può che darsi una risposta affermativa, atteso che la funzione tradizionale dei sindacati è particolarmente ampia e coincide con la tutela dei diritti connessi ai rapporti di lavoro di tutti gli appartenenti alla categoria, a prescindere dall'affiliazione. Pertanto, nell'ampiezza di funzioni proprie del sindacato, riconosciute dalla Costituzione e dalla legge, o incorporate negli Statuti delle organizzazioni stesse, può essere fatta rientrare anche la tutela della sicurezza e della salute del lavoro e di conseguenza la finalità di tutela degli interessi che i reati offensivi di tali beni vanno a ledere.

I diritti e le facoltà spettanti alla persona offesa dal reato sono però, nella fase dibattimentale del processo, alquanto limitati (es. può presentare memorie in ogni stato e grado del processo), essendo la medesima titolare di un potere per lo più di impulso nei confronti del PM. Inoltre, la coincidenza di poteri tra la persona offesa e l'ente esponenziale non è perfetta dal momento che quest'ultimo non ha diritto all'informazione di garanzia di cui all'art. 369 c.p.p. e, per altro verso, non ha la facoltà di assumere le iniziative previste dall'art. 505 c.p.p., né quella di chiedere la lettura integrale degli atti del fascicolo del dibattimento ai sensi dell'art. 511, comma 6 c.p.p.

In conclusione i poteri riconosciuti all'ente intervenuto nel

dibattimento si riducono essenzialmente ad un'attività di proposta probatoria, limitandone l'efficacia.

Ben diversi sono i poteri riconosciuti alla "parte civile" che, a parte la possibilità di nominare un suo difensore, gode di diritti e facoltà analoghe a quelle della Pubblica Accusa e dell'imputato. Poiché titolare del diritto di chiedere le restituzioni ed il risarcimento del danno in sede penale è unicamente il soggetto che abbia subito un nocimento in conseguenza dal reato (art. 185 c.p.), per valutare l'ammissibilità della costituzione di parte civile del sindacato occorre verificare se, nel caso concreto, il sindacato sia stato danneggiato in proprio dalle condotte costituenti reato.

La costituzione di parte civile pertanto è possibile quando dall'offesa all'interesse tutelato dall'ente derivi, in modo diretto ed immediato, una lesione del diritto di personalità dell'ente, con riferimento allo scopo ed ai suoi componenti.

La dottrina ha assunto posizioni diverse; la giurisprudenza, dal suo canto, ha chiarito che la legittimazione attiva a costituirsi parte civile deve essere valutata caso per caso, al fine di verificare la sussistenza dei requisiti normativamente previsti dagli art. 185 c.p. e 74 e ss. C.p.p. e che non vi sarebbe nessuna previsione di legge ostativa alla costituzione di parte civile del sindacato nel processo penale. Appare utile riportare il contenuto di una pronuncia significativa: con un'ordinanza del 24/4/2004, il GUP di Milano ha chiarito che l'intervento previsto per gli enti e le associazioni dal nuovo codice di procedura penale non esclude che tali sodalizi possano costituirsi parte civile ogni qualvolta abbiano subito un danno da un reato, vale a dire quando dal reato abbiano ricevuto un pregiudizio a un interesse proprio.

"Devesi invero condividere l'orientamento giurisprudenziale espresso dalla Suprema Corte secondo cui l'azione civile può essere esercitata nel processo penale da tutti i soggetti che abbiano riportato un danno ad un proprio diritto soggettivo, eziologicamente riferibile all'azione od omissione dell'autore del fatto costituente reato" (v. Cass. Sez. V sent. 5613 del 12-5-2000).

Con specifico riferimento alla legittimazione degli enti ed associazioni a costituirsi parte civile nel processo penale, è generalmente condiviso il principio secondo cui quando l'interesse diffuso tutelato da enti o associazioni non è astrattamente connotato, ma si concretizza in una determinata realtà storica di cui il sodalizio ha fatto il proprio scopo, diventando la ragione e, perciò, l'elemento costitutivo di esso, è ammissibile la costituzione di parte civile di tale ente, sempre che dal reato sia derivata una lesione di un diritto soggettivo inerente allo scopo specifico perseguito. Nella ricorrenza di tali presupposti è stato ritenuto configurabile un diritto soggettivo dell'ente alla tutela dell'interesse collettivo perseguito ed

inoltre è ipotizzabile una lesione del diritto della personalità dell'ente conseguente all'offesa "diretta ed immediata" dello scopo sociale costituente la finalità propria del sodalizio (cfr. Cass. Sez. III sent. 8699 del 26.9.96).

Sulla base di tali premesse, il GIP ha ritenuto in primo luogo ravvisabile in capo alla organizzazione sindacale FILT-Milano un diritto soggettivo alla tutela dell'interesse collettivo alla protezione e al miglioramento dei diritti economici, professionali, sociali e morali dei lavoratori dei trasporti operanti in Milano, e delle loro condizioni di vita e di lavoro, interesse assunto dalla suddetta Federazione, ai sensi dell'art. 2 del relativo Statuto, quale ragione stessa della propria esistenza; in secondo luogo, ha ritenuto che "la condotta illecita contestata agli imputati (reati di cui agli artt. 12 comma 5 e 22 comma 10 D. L.vo 286/98) favorendo l'occupazione, peraltro sul territorio di Milano, luogo di operatività della costituita Federazione e in epoca temporale in cui la stessa svolgeva la propria attività, di un rilevante numero di lavoratori irregolari clandestini come tali privi della possibilità di rivendicare diritti sindacali e di avvalersi dei trattamenti economici e normativi previsti dalla contrattazione collettiva del settore dei trasporti, abbia determinato sia una lesione dell'interesse proprio dell'ente FILT-Milano al conseguimento dei fini istituzionali e alla tutela del proprio prestigio nei confronti degli associati, compromettendo oggettivamente le possibilità di intervento e quindi di perseguimento dei propri scopi, sia dell'interesse collettivo di cui è portatore, ossia dell'interesse proprio del gruppo dei lavoratori rappresentati dalla Federazione, a veder garantiti e tutelati i diritti economici e professionali della categoria dei lavoratori dei trasporti nei rapporti di lavoro instaurati sul territorio di Milano, luogo di concreta operatività dell'ente". Tale caso dimostra che la lesione del diritto di personalità del sindacato e dell'interesse collettivo dallo stesso rappresentato rende configurabile un concreto danno derivante dal reato contestato.

Il sindacato potrà dunque, a seconda dei casi, costituirsi parte civile qualora ritenga di aver subito un danno dalle condotte costituenti reato o, in caso contrario, intervenire in quei processi che ritenga, per la materia trattata o per i soggetti coinvolti, comunque meritevoli di una sua partecipazione. Ci si riferisce in particolare ai casi di eventi infausti derivanti da carenze strutturali dell'ente, cattiva gestione delle risorse, inadeguata amministrazione dei responsabili dell'ospedale, carente programmazione della turnazione, carichi di lavoro eccessivi, mancato monitoraggio dei rischi, ecc.

Vania Cirese  
Avvocato

## ATTENZIONE AL NUOVO DDL DI RIFORMA DEL SSN CHE INIZIA IL CAMMINO PARLAMENTARE

Giancarlo Faletti

Approvato dal Governo il 16/11/07 e comunicato alla presidenza del Senato il 11/12/07, approda all'esame parlamentare (nella specie, a partire dal Senato) il ddl Turco-Mussi-Lanzillotta-Padoa Schioppa-Nicolais-Chiti relativo a "Interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio sanitario nazionale. Deleghe al Governo in materia di assistenza primaria e di emergenza sanitaria territoriale, riorganizzazione degli enti vigilati, farmacie, riordino della normativa di settore".

Si tratta di un normativo sul quale sarà necessario appuntare più di uno sguardo nel seguirne l'iter parlamentare, ammesso che, dopo la pausa di fine anno e la verifica di maggioranza, il Governo sia in grado di proseguire nel suo piuttosto faticato cammino.

Seguendo il contenuto della relazione governativa di accompagnamento (che esprime il punto di vista dei proponenti), siamo in grado, in questo primo approccio, di comprendere il senso dell'iniziativa e la volontà con essa perseguita. Se sarà possibile, nei numeri a venire della rivista, daremo più specifico conto delle norme di più diretto interesse per la categoria medico dirigenziale.

L'impalcatura del provvedimento è costituita da ventitrè articoli suddivisi in due capi: il capo I, che consta di sei articoli, concerne i principi del Servizio sanitario nazionale; il Capo II, che consta di diciassette articoli, detta disposizioni in materia di efficienza e funzionalità del Servizio sanitario Nazionale.

Il disegno di legge nasce dall'esigenza di migliorare la qualità e la sicurezza delle risposte assicurate dal Servizio sanitario nazionale. A distanza di trent'anni dalla sua istituzione, e quasi a un decennio dall'entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, il Governo ritiene che occorra intervenire attraverso misure che, da un lato, confermano i principi di unicità, universalità ed equità del sistema, e dall'altro li adeguano al mutato scenario sociale e istituzionale. Il disegno di legge, infatti, ha il compito di adeguare gli strumenti di governo del sistema sanitario al quadro istituzionale disegnato dalla riforma del titolo V della parte seconda della Costituzione. Programmazione nazionale, livelli essenziali di assisten-

za, sede di confronto permanente tra Stato e Regioni, partecipazione degli enti locali, Sistema nazionale di valutazione sono oggi – secondo il Governo – i tasselli di un modello di governo entro il quale le decisioni sono assunte insieme e responsabilmente da Stato, Regioni ed enti locali.

È confermato l'orientamento al modello di gestione aziendale dei servizi, che si consolida attraverso la pratica del governo clinico quale forma di partecipazione dei professionisti alla direzione delle aziende. Attraverso il governo clinico lo sviluppo gestionale dell'azienda mantiene come obiettivo l'impiego efficiente delle risorse, ma si arricchisce dell'attenzione alla qualità e alla sicurezza delle prestazioni: il contributo tecnico-professionale di medici e sanitari garantisce il management aziendale sul versante dell'appropriatezza delle cure e, contemporaneamente, assicura al paziente la presa in carico personalizzata, la continuità delle cure, il coinvolgimento nel percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale.

Il disegno di legge – secondo i proponenti – intende costruire le premesse per condurre il Servizio sanitario nazionale verso la risposta a un bisogno di salute che si evolve e richiede il potenziamento delle cure primarie e dell'integrazione socio-sanitaria. Il prolungamento delle aspettative di vita, l'invecchiamento della popolazione e il conseguente incremento delle malattie croniche e degenerative impongono una riorganizzazione dei servizi. L'istituzione delle Unità di medicina generale e delle Unità di pediatria risponde all'esigenza di garantire una offerta adeguata di assistenza sul territorio. A questo impegno si associa quello per la presa in carico integrata dei bisogni socio-sanitari e per la continuità dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali.

In tale ambito, è richiesto a Regioni e Comuni di definire le soluzioni organizzative più adeguate per garantire l'accesso unitario alla rete dei servizi socio-sanitari, a partire da una coerente articolazione territoriale per i distretti sanitari e per gli ambiti territoriali sociali.

In una concezione moderna del diritto alla salute, la centralità della persona non coincide solo con la sommini-

strazione di cure appropriate, ma anche con una più pronunciata attenzione al ruolo che ricoprono la prevenzione e l'adozione di corretti stili di vita.

Tale approccio oltrepassa i confini della politica sanitaria per coinvolgere le politiche pubbliche nel loro insieme, in coerenza con le politiche dell'Unione europea e le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità, di modo che sia compito del Governo la promozione di un'azione collegiale volta al potenziamento dei determinanti della salute più rilevanti, con particolare riferimento alle cronicità e alle disuguaglianze sociali di salute.

«Guadagnare salute» è lo strumento operativo identificato dal disegno di legge per orientare le politiche e gli interventi non sanitari delle istituzioni e dei soggetti sociali e per monitorare e verificare i risultati conseguiti.

Un'accezione ampia della salute, intesa come benessere complessivo della persona, induce ad affrontare altre conseguenze connesse all'allungamento delle aspettative di vita: la garanzia della qualità della vita in tutte le sue fasi, comprese quelle terminali, anche quando vi è la consapevolezza che il decesso è prossimo oppure che il paziente è costretto a convivere con una patologia cronica. In questa ottica, il disegno di legge inserisce tra i principi ispiratori del Servizio Sanitario Nazionale quello della dignità della persona e della qualità della vita in tutte le sue fasi. La centralità della persona traccia l'impianto del disegno di legge anche in chiave proattiva nelle diverse forme di partecipazione: del singolo alle scelte riguardanti la propria salute e il proprio percorso assistenziale; dei cittadini associati alle attività di programmazione e di valutazione della qualità e sicurezza dei servizi. La partecipazione diventa un processo che alimenta in maniera costante la funzione di valutazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Il disegno di legge stabilisce una regia nazionale, sebbene partecipata da tutti i livelli di governo, per l'attività di valutazione dell'impatto delle politiche sanitarie, attraverso l'istituzione del Sistema nazionale di valutazione. La valutazione si afferma altresì come funzione diffusa e partecipata al livello di singola azienda sanitaria, dal momento che cittadini e Comuni partecipano, in sede di programmazione e di incarico dei direttori generali, alla definizione dei criteri con i quali misurare i risultati ottenuti dalle aziende. Il ruolo dei Comuni è valorizzato laddove si prevede che l'ente possa chiedere conto al direttore generale dell'impatto delle strategie sanitarie sul proprio territorio, così da realizzare una programmazione che sia effettivamente condivisa.

Infine, due ulteriori fattori concorrono – secondo i proponenti - a completare il quadro delle misure di ammoder-

namento del Servizio Sanitario Nazionale: il concreto rafforzamento dei principi di responsabilità e trasparenza, sia per quanto attiene alle procedure di selezione dei manager e dei responsabili di unità complesse, sia per quanto concerne la rendicontazione delle scelte di gestione delle aziende sanitarie, in maniera da favorire la valorizzazione del merito nell'accesso agli incarichi e l'accessibilità alle informazioni per i cittadini.

Il disegno di legge detta disposizioni in materia di scelta dei direttori generali delle aziende e di procedure selettive per la dirigenza medica, toccando così un profilo di fondamentale importanza per restituire fiducia e credibilità nell'operato degli organi e delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale e per allineare la normativa con le più recenti indicazioni della Corte costituzionale, la quale ha affermato «che i direttori generali delle ASL siano nominati fra persone in possesso di specifici requisiti culturali e professionali e siano soggetti a periodiche verifiche degli obiettivi e dei risultati aziendali conseguiti» (sentenza n. 104 del 23 marzo 2007). Il disegno di legge stabilisce modalità selettive per i direttori generali, nelle quali prevale il piano valutativo tecnico e la discrezionalità politica delle Regioni è limitata oltre la soglia rappresentata dall'esame delle competenze professionali.

Anche per i dirigenti di Unità complesse prevale la valutazione tecnica, peraltro garantita dal sorteggio delle Commissioni di selezione (sic!). La logica del merito si ricollega all'obiettivo di trasparenza attraverso la pubblicazione anche sui siti internet dei curricula dei concorrenti.

Il disegno di legge ribadisce, in sostanza, gli orientamenti del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, aggiornandone la strumentazione a fronte di esigenze insopprimibili che sono nel frattempo maturate. Questa conferma, tuttavia, non esclude la necessità di prendere atto che l'evoluzione del contesto socio-sanitario e della sensibilità degli operatori e dei cittadini verso obiettivi di qualità e sicurezza, nonché le rilevanti trasformazioni istituzionali, richiedono uno sforzo per il miglioramento delle risposte ai bisogni assistenziali e di salute.

Questi gli auspici che ci consentono di dare inizio al nuovo anno (peraltro, bisestile) incrociando le dita. Auguri!

Giancarlo Faletti  
Avvocato

## ISTITUZIONE UFFICIO NAZIONALE DI TUTELA LEGALE PENALE CIMO-ASMD

Il Consiglio di Presidenza della CIMO-ASMD ha deciso di attivare, a far data da gennaio 2008, un Ufficio nazionale di tutela legale penale CIMO-ASMD per tutti i propri iscritti. L'Ufficio è coordinato dall'avv. Vania Cirese, di Roma, penalista. Al fine di evitare confusione e disservizi, Vi preghiamo di leggere con attenzione le coordinate per il corretto utilizzo del nuovo Servizio. Il Servizio di tutela legale penale CIMO-ASMD si articola su 2 livelli:

### I Livello - Gratuito

parere gratuito (telefonico, orale, scritto; eventuale colloquio con il legale c/o la Sede CIMO-ASMD di Roma) a favore del nostro iscritto.

### II Livello -Contratto

(a pagamento da parte del singolo medico)

tra nostro iscritto e legale, per l'assistenza legale propriamente detta.

Per poter usufruire del Servizio, il medico interessato dovrà dimostrare l'appartenenza alla CIMO-ASMD (numero di iscrizione o fotocopia della trattenuta CIMO-ASMD in busta paga).

#### Modalità di intervento

Il singolo medico, iscritto alla CIMO-ASMD, può accedere al Servizio di tutela penale CIMO-ASMD, articolato – come già precisato – in 2 livelli operativi.

#### I Livello (Gratuito)

##### 1. Richiesta di intervento al "CIMO Penal Legal Aid"

- La richiesta va rivolta al Servizio penale CIMO-ASMD, attraverso il cellulare dedicato, il cui numero va richiesto alla CIMO Nazionale (06/6788404). Detto cellulare verrà attivato 1 h. al giorno (dalle ore 14,00 alle ore 15,00) dal lunedì al venerdì.

##### 2. Formulazione parere da parte del nostro legale

- Parere orale: immediato.
- Parere scritto: entro giorni 3 lavorativi (primo orientamento sulla problematica).
- Accordo telefonico per eventuale colloquio diretto con il legale CIMO-ASMD presso la nostra Sede nazionale.

##### 3. Eventuale colloquio diretto presso Sede nazionale CIMO-ASMD con il legale (giovedì 15.00-18.00):

durata max 30 minuti e previo accordo con la nostra Sede nazionale (06.6788404).

##### 4. Valutazione assistenza legale

- Assistenza diretta: legale CIMO-ASMD della Sede nazionale

- Assistenza diretta: legale CIMO-ASMD della Sede nazionale + legale di fiducia del medico
- Assistenza indiretta: legale di fiducia del medico + consulenza e supporto CIMO-ASMD Penal Legal Aid

#### II Livello (Pagamento)

1. Stipula del contratto tra il legale e il medico-cliente, per stabilire le modalità della difesa e il pagamento della stessa (es. privatamente, tramite assicurazione, ecc.)
2. Avvio della assistenza legale (difesa in Giudizio), previo accordo con il singolo medico e rilascio del mandato difensivo.

#### STRUTTURA DELL'UFFICIO DI TUTELA LEGALE PENALE CIMO-ASMD

##### 1. Coordinatore Nazionale:

Avv. Vania Cirese (Roma) penalista

##### 2. Team legale:

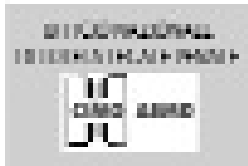
Avv.ti Fabrizio Scagliotti e Giancarlo Faletti, civilisti-amministrativisti

##### 3. Team medico legale

(in via di formazione)

##### 4. Team medico-specialistico

(Consulenti tecnici)



Nei fatti ci sarà:

**A. Istituzione di una Rete nazionale CIMO-ASMD di Consulenti tecnici (medici legali e medici specialisti) di comprovata esperienza**

- Ogni Segreteria regionale potrà inviare il nominativo di n. 3 medici legali esperti ed iscritti CIMO-ASMD, con indicazione del numero telefonico, residenza ed indirizzo e-mail, che potranno essere impegnati in attività di assistenza (2° livello).
- Richiesta alle Società Scientifiche più importanti della nomina di alcuni esperti per branca specialistica, incrementando così le varie forme di possibili collaborazioni.

**B. Piano di comunicazione per l'offerta del nuovo Servizio agli iscritti CIMO-ASMD**

- Comunicati stampa su giornali / riviste locali
- Sito internet – area dedicata – pagina web
- Pubblicazioni CIMO-ASMD
- Intervista con le TV /radio locali con il Presidente CIMO-ASMD (o suo delegato), Segretario regionale della Regione interessata e Responsabile dell'Ufficio.
- Giornata di studio su 1 tema di interesse (es. consenso informato, cartelle cliniche), in cui si presenta l'Ufficio e si apre la campagna di nuove adesioni CIMO-ASMD.

L'avvio del Servizio è previsto per il 15 gennaio 2008.

## Destinazione del 5 ‰ a vantaggio della S.P.E.ME.

Caro Collega, iscritto CIMO-ASMD, come sai, essere socio CIMO-ASMD dà diritto ad essere anche socio di S.P.E.ME., la Società scientifica collegata alla CIMO-ASMD, che ci permette di organizzare Corsi di formazione ECM gratuiti per gli iscritti al nostro Sindacato.

Recentemente il Ministero delle Finanze ha inserito la S.P.E.ME. tra le Società scientifiche ammesse alla destinazione del 5 per mille dell'IRPEF.

Ti invitiamo caldamente, pertanto, a sottoscrivere la scelta per la suddetta destinazione del 5 per mille dell'IRPEF a favore della S.P.E.ME., nello spazio appositamente destinato che si trova all'interno dei modelli fiscali che Ti riguardano (modello 730 o modello unico PF o CUD). Basterà apporre la Tua firma ed il Codice fiscale della S.P.E.ME., cioè 97209070586.

Ti ricordiamo che la scelta della destinazione del 5 per mille dell'IRPEF, e quella dell'8 per mille, sono indipendenti fra di loro e quindi possono essere espresse entrambe contemporaneamente.

Il Consiglio di Presidenza CIMO-ASMD ed il Consiglio direttivo S.P.E.ME. hanno deliberato che il ricavato sarà esclusivamente impiegato per la formazione dei medici iscritti CIMO-ASMD/S.P.E.ME.

Ricorda che se non farai la scelta anzidetta, il Tuo 5 per mille rimarrà comunque allo Stato.

*Il Presidente nazionale CIMO-ASMD  
Dott. Stefano Biasioli*

*Il Presidente nazionale S.P.E.ME.,  
Dott. Alberto Catalano*

## UTILIZZO DELLE LINEE GUIDA: PROFILI DI RESPONSABILITÀ ED IMPLICAZIONI MEDICO LEGALI

Michele Poerio

*Il dubbio e il possibile errore, ecco il fascino;  
il coefficiente individuale, ecco l'insidia;  
l'infinita e mai egualmente ripetentesi  
molteplicità delle forme dei morbi, ecco la sfinge*

**Cesare Frugoni**

La rivoluzione copernicana introdotta nel mondo sanitario dalla cosiddetta "aziendalizzazione" del SSN e la necessità del contenimento e della razionalizzazione della spesa sanitaria, ha determinato una profonda revisione critica della pratica medica.

Le decisioni del singolo medico, fino a qualche tempo fa sottratte ad ogni confronto in virtù di una autonomia professionale storicamente e deontologicamente consolidata, sono state oggetto di una accurata valutazione quali-quantitativa. E proprio in questo contesto che si inserisce il dibattito sulle linee guida al fine di operare scelte appropriate nelle procedure diagnostiche e terapeutiche con il miglior rapporto costo-beneficio e costo-efficacia. Abbiamo assistito, negli ultimi tempi, ad un continuo aumento di interventi legislativi statali e di iniziative ministeriali e regionali su diversi settori sanitari, in molti dei quali l'attività diagnostica assume un ruolo fondamentale.

Solo a titolo esemplificativo ricordiamo: a) la raccolta, il trattamento e la somministrazione del sangue; b) i prelievi ed i trapianti di organi; c) la radiologia diagnostica ed interventistica e la radio-protezione; d) le tossicodipendenze e l'impiego terapeutico di farmaci classificati come stupefacenti; e) gli accertamenti diagnostici in materia di infezione da HIV; f) la classificazione dei farmaci e le prestazioni essenziali a carico del SSN (LEA); g) le procedure diagnostiche e preventive in gravidanza; h) la fecondazione medicalmente assistita (regolamentata dalla recente legge n. 40/2004) ecc.ecc.

Adirittura sono stati regolamentati i rapporti tra utenti ed istituzioni che erogano i servizi sanitari con la "Carta dei Servizi Pubblici Sanitari (DPCM del 19/05/1995)".

Emblematico è il preambolo di questo DPCM laddove attribuisce (... al "cittadino un potere di controllo diretto sulla qualità dei servizi erogati"); DPCM che nell'allegato n.8 (nel quale sono elencati ben 100 diritti riconosciuti al cittadino) colloca al primo posto il "diritto a ricevere una diagnosi accurata e coscienziosa" e quindi "il diritto ad avere informazioni corrette, chiare ed esaustive sulla diagnosi...".

Chiaramente questi presupposti di ordine normativo-regolamentari possono attivare, nella prospettiva delle responsabilità di ordine giuridico, la colpa specifica per inosservanza di leggi, regolamenti e discipline previste dall'art. 43 c.p.

Colpa che fino a non molti anni orsono non trovava pratica applicabilità nel campo della medicina, ma che, allo stato, sta assumendo crescente importanza specie per la progressiva "standardizzazione" (legata anche alle esigenze economiche) che il governo della sanità pubblica impone alle decisioni mediche.

Ad esempio, l'ASL 6 del Friuli ha preteso da 4 medici di base il rimborso di 10.000 euro per prescrizioni di farmaci eccedenti gli standard prefissati.

A tali possibili conseguenze medico-legali (colpa per inosservanza di leggi, regolamenti e discipline) va collegata la crescente diffusione – anche dipendentemente da esigenze economiche, ma certo non solamente per ciò – di procedure diagnostiche basate su linee guida promosse da società scientifiche, consensus conferences, comitati di coordinamento clinico e gruppi di ricerca, nonché organismi sanitari della pubblica amministrazione.

Premesso che qualsiasi attività medica si concretizza nelle diverse fasi della diagnosi, prognosi e terapia, è evidente che ciascuna di queste è esposta al rischio

dell'errore e quindi della colpa.

Il medico può, pertanto, incorrere in un errore diagnostico, con conseguente responsabilità a causa di una scarsa conoscenza culturale e tecnica in rapporto all'evoluzione della scienza medica, o per scarsa diligenza nella raccolta anamnestica o nell'esame del malato, o per imprecisa ed inadeguata interpretazione della sintomatologia, sia pur rilevata, o dal mancato utilizzo di mezzi tecnico-diagnostici, a meno che non ricorrano situazioni di emergenza.

Riportiamo a tale proposito la seguente giurisprudenza:

*“Ricorre la responsabilità extracontrattuale a titolo di colpa (negligenza ed imperizia) del medico radiologo che, a l'esito di una radiografia alla mammella in cui evidenziava una ghiandola mammaria in involuzione adiposa con sovvertimento della struttura ghiandola, non abbia prescritto alla paziente ulteriori esami diagnostici e clinici, impedendo così la diagnosi precoce di un tumore al seno” (Tribunale di Orvieto del 15/05/97 in rassegna giurisprudenza umbra 1997, 732).*

*“è correttamente motivata la decisione di merito la quale ritenga sussistere la colpa grave (per negligenza) del medico il quale, chiamato ad intervenire chirurgicamente su una tumefazione al seno, decida di asportare l'intera ghiandola mammaria senza previamente eseguire l'esame istologico intraoperatorio” (Cassazione 212/1998 n°12233).*

*“Ricorre la responsabilità extracontrattuale per colpa grave del medico ginecologo (in concorso con la USL) che, per effetto di una manovra estrattiva negligenza, condotta abbia provocato gravissime lesioni al neonato (lacerando l'utero della partoriente, in seguito deceduta), senza che ricorressero le ragioni giustificative di un parto strumentale e senza che il medico avesse eseguito gli esami del caso” (Tribunale di Terni 15/12/1995).*

*“In tema di lesioni colpose incombe sul fisioterapista, nell'espletamento della sua attività professionale, un obbligo di accertamento delle condizioni del paziente traumatizzato prima di compiere manovre riabilitative che possono rivelarsi dannose, sicché, in mancanza di apposita documentazione medica (eventualmente non prodotta da paziente), lo stesso fisioterapista ha il dovere di assumere tutte le informazioni richieste dal trattamento che si accinge a praticare” (Cassazione 27/1998).*

*“In presenza di un corteo sintomatologico non univoco, il verificarsi dell'evento più grave deve essere temuto e, opportunamente, accertato e scongiurato. La scelta di una struttura non attrezzata a fronteggiare tale evenienza costituisce colpa professionale medica” (Pretore di S. Giovanni Rotondo del 24/03/1999).*

*“Risponde del reato di lesioni colpose ex articolo 590, secondo comma, cp, il radiologo di una struttura ospedaliera il quale, avendo eseguito periodicamente dei controlli mammografici cui si era sottoposta una paziente per la prevenzione del cancro al seno, non abbia diagnosticato la presenza di un carcinoma e, in particolare, prescritto alla medesima ulteriori esami strumentali, quali ecografia, esame istologico o citologico attraverso ago aspirazione o biopsia, così non prevenendo il progressivo aggravarsi della malattia “. (Pretura di Modena, Sezione distaccata di Carpi del 7/06/1999)*

*“Il dovere obiettivo di diligenza, che contrassegna il delitto colposo, può aver a contenuto anche un obbligo di preventiva informazione nonché quello di ricorrere alle altrui speciali competenze, sicché versa nella cosiddetta “colpa per assunzione” colui che, non essendo del tutto all'altezza del compito “assunto”, esegua un'opera senza farsi carico di premunirsi di tutti i dati tecnici necessari per dominarla, secondo la standard di diligenza, capacità e conoscenze richieste per il corretto svolgimento del ruolo stesso. E sempre nel caso, ovviamente, che quell'opera diventi fonte di danno anche a causa della mancata acquisizione dei dati o conoscenze specialistiche” (Corte di Cassazione 6/12/1990).*

Esistono però dei limiti anche per gli accertamenti diagnostici quando possano sussistere rischi per la salute del paziente. È indubitabile che una diagnosi esatta rappresenti il necessario presupposto per una terapia o intervento chirurgico appropriato, tuttavia, soprattutto nelle indagini cosiddette invasive, il rischio deve essere giustificato, se altro tipo di accertamenti avrebbero permesso analoga diagnosi.

Ed il Barni giustamente osserva *“Anche nelle migliori mani nessun atto medico è privo di complicanze, a volte gravi. È pertanto una precisa responsabilità del medico quella di evitare gli esami inutili e di rispettare le reali indicazioni per gli esami invasivi o comunque potenzialmente nocivi (incluso quindi l'uso di esami radiologici convenzionali e TC) ....”*

Talora è bene non eseguire indagini o terapie tecnologicamente avanzate perché i rischi potenziali non sono

controbilanciati da reali vantaggi e possono anzi contribuire ad un peggioramento della qualità della vita del paziente od al suo decesso.

In proposito la Cassazione ha così sentenziato *“deve considerarsi colposa perché negligente e imperita la condotta del medico che prescriva e somministri medicinali potenzialmente idonei ad interferire su funzioni essenziali della persona senza verificarne preventivamente, con i mezzi scientifici a disposizione, la tollerabilità da parte del paziente e l'inesistenza di controindicazioni e senza verificarne gli effetti nel corso della terapia”*. (Cassazione 28705/2003).

Occorrerà, pertanto, effettuare sempre una valutazione comparativa tra il vantaggio diagnostico che l'accertamento comporta ed il danno che ne potrebbe derivare. Ad esempio la biopsia renale che secondo alcuni AA è opportuna nelle sindromi ipertensive per accertare se si tratti di una forma primaria o secondaria, mentre secondo altri AA il rischio emorragico non compenserebbe il vantaggio diagnostico.

In questi casi, proprio per i diversi orientamenti delle diverse scuole, nessuna colpa potrà essere addebitata in caso di danno derivante da tali accertamenti.

Come al momento diagnostico segue quello prognostico, a questo segue la scelta terapeutica. Chiaramente ad una diagnosi errata consegue un errore prognostico oltre che terapeutico così come se la diagnosi e la prognosi sono esatte anche la terapia dovrebbe essere esatta, per cui un errore in questa fase sarà meno scusabile. L'errore prognostico, comunque, può verificarsi anche con diagnosi esatta, ed è punibile solo in quanto comporti un danno che sarebbe stato evitabile, come, per esempio, nel caso di una neoplasia che, pur esattamente diagnostica, sia stata sottovalutata nei suoi sviluppi e non ne sia seguito l'intervento chirurgico immediato. Chiaramente se il danno che ne è conseguito poteva essere evitato con l'intervento sussiste colpa e responsabilità.

In caso di diversi orientamenti delle varie scuole, il medico è libero nella scelta del trattamento. Tale libertà non è, però, assoluta ed incensurabile in sede giudiziaria. Citiamo, infatti, la seguente massima della Cassazione del 10/06/1998: *“In tema di responsabilità per colpa professionale del sanitario il margine di discrezionalità di quest'ultimo in ordine alla diagnosi ed alla terapia si riduce, fino ad annullarsi, allorché le manifestazioni della malattia sono così vistose ed univoche, che il non rilevarle appaia incompatibile con il minimo di preparazione ed esperienza*

*richiesto dalla specializzazione conseguita”*.

Il medico è, pertanto, libero nella scelta tra più indirizzi terapeutici praticabili, purché suffragate dalla scienza e dalla tecnica.

Tuttavia il medico può prescindere dall'indirizzo terapeutico comunemente seguito purché *“la scelta alternativa abbia un solido fondamento scientifico ed appaia indicata nel caso concreto”* come emerge dalla massima tratta dalla sentenza del Pretore di Cagliari del 7/03/1995 *“Pur riconoscendosi in capo al sanitario un certo margine di discrezionalità tecnica nelle scelte terapeutiche, tuttavia questa non può essere illimitata. In particolare, la facoltà di astenersi dal praticare un trattamento terapeutico comunemente eseguito non esclude la necessità che la scelta alternativa abbia un solido fondamento scientifico ed appaia indicata nel caso concreto. In ogni caso il medico deve attenersi alle generali regole di prudenza che devono essere osservate da tutti gli operatori sanitari, ancor più quando si tratti di un soggetto professionalmente qualificato quale un primario ospedaliero”*.

Come pure sentenziato dalla Corte di Appello di Milano *“... Nella particolare fattispecie che forma oggetto di esame, il campo operatorio si presentava - come risulta dalla cartella clinica - particolarmente complesso.... nell'esercizio del proprio potere discrezionale, il chirurgo è insomma libero di seguire gli insegnamenti della scuola cui appartiene, ma a condizione che il rischio che fa correre al paziente sia sotto al suo costante controllo in ogni momento della sua evoluzione, altrimenti non si tratta più di discrezionalità, ma solo di arbitrio: un arbitrio che non può essere reso legittimo da alcun insegnamento dottrinario o scientifico, essendo questi ultimi accettabili sotto il piano del dibattito accademico, non anche quando come nel caso di specie, sia in gioco la vita umana. Ritiene la Corte che l'omissione dell'unico strumento che con un certo margine di sicurezza (o anche solo di elevata probabilità) poteva consentire di evidenziare nella loggia sottoepatica spandimenti di bile capaci di provocare il coloperitoneo (vale a dire il drenaggio di sicurezza della loggia sottoepatica) deve, nell'interesse dell'ammalato, essere usata sempre con circospezione, e munita di adeguate garanzie di controllo nel decorso post operatorio”*.

E dalla Cassazione (8/9/1998 n. 8875 *“In tema di responsabilità medica, se nel corso di un trattamento terapeutico o di un intervento, venga a palesarsi una situazione la cui evoluzione può comportare rischi per*

*la salute del paziente, il medico che abbia a disposizione metodi idonei ad evitare che la situazione pericolosa si determini, non può non impiegarli, essendo suo dovere professionale applicare metodi che salvaguardino la salute del paziente anziché metodi che possano esporla solo a rischio. Da ciò consegue che, ove egli opti per un trattamento terapeutico o per un metodo di intervento rischioso e la situazione pericolosa si determina ed egli non riesce a superarla senza danno, la colpa si radica già nella scelta iniziale”.*

In definitiva se il medico segue l'indirizzo terapeutico generalmente consigliato dalla scienza medica è perciò solo libero da responsabilità; nel caso preferisca intraprendere strade non collaudate dalla scienza ufficiale, in caso di esito infausto, egli dovrà dimostrare la validità o le controindicazioni dell'altro nel caso concreto. A questa funzione devono provvedere le c.d. linee guida le quali in buona sostanza devono essere considerate come delle raccomandazioni formulate da Società scientifiche o da gruppi autorevoli di esperti, spesso riuniti nelle cosiddette Consensus Conferences al fine di interpretare multiformi informazioni scientifiche e di raccordarle criticamente e sinteticamente e di fornire utili orientamenti nella pratica clinica.

Si tratta di uno strumento che certamente può aiutare il medico e che può indicare comportamenti di massima e non può mai costituire prescrizioni o ordini.

Introna ha giustamente osservato: “... la medicina, benché tecnologizzata, conserva ancora una forte componente di “arte” cioè la personalizzazione che ogni medico conferisce al suo agire in ciascun caso singolo sulla base della propria esperienza e della propria sensibilità professionale.

*I protocolli non possono pertanto avere un valore imperativo...”.*

In buona sostanza le linee guida possono rappresentare uno strumento utile in particolari circostanze, ma non dobbiamo nasconderci che esse costituiscono un pericolo: il pericolo di trasformare la medicina da una disciplina razionale, in una semplice, pedestre, piatta ripetizione e applicazione di ricette stilate da altri.

A ciò si aggiunga il pericolo più grosso in quanto la magistratura potrebbe essere portata a giudicare, ove venga constatata l'imperizia del medico, solo sulla base delle linee-guida.

Però, è oramai consolidata la prassi giudiziaria di valutare la condotta del medico basandosi sulle indicazioni delle linee guida, ma con l'ausilio del C.T (consulente tecnico) medico-legale, il che aggiunge perico-

lo a pericolo in assenza del C.T. di branca specialistica. È, quindi, fuori di dubbio che le linee guida non possono essere considerate come delle gabbie nelle quali costringere l'irrinunciabile flessibilità della pratica clinica, ma come raccomandazioni di comportamento clinico elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura, frutto della cultura della medicina basata sulle evidenze (la c.d. “evidence based medicine”) tese ad aiutare i medici ed i pazienti a decidere sulle modalità assistenziali nelle diverse situazioni cliniche, segnatamente sotto il profilo dell'efficacia e dell'efficienza.

Questo paradigma vale anche nel caso in cui il cosiddetto “gold standard” assuma il più cogente valore prescrittivo di protocolli diagnostici e terapeutici emanati da autorità sanitarie. Una delle prime di queste direttive fu il D.P.R. del 31/08/1981 che prescrisse l'utilizzo di “percorsi diagnostico-terapeutici”, la mancata adesione ai quali – tuttavia con l'esplicita eccezione di “giustificati motivi” - fu addirittura sanzionata amministrativamente nella successiva legge 662 del 23/12/1996.

La valutazione di comportamenti sanitari non conformi a standard operativi predeterminati da protocolli o da linee guida non può essere certo affrontata, né tanto meno risolta, in termini generali, ma soltanto caso per caso.

Tanto per esemplificare, è evidente che l'omissione o l'attuazione in forma inadeguata della profilassi anti-trombotica in un traumatizzato che non abbia diatesi trombofilica, ma che sia a rischio di emorragia, ancorché non conforme allo standard delle linee guida, può trovare massima giustificazione in questi due fattori. Pertanto, anche ove si verificasse una trombo-embolia, una decisione del genere non potrebbe essere biasimata, perché assunta nel doveroso rispetto di un razionale bilancio rischi/benefici.

Spetta, quindi, sempre e comunque al medico, sia sotto il profilo deontologico che più strettamente giuridico, valutare caso per caso se quei principi, pur sempre astratti, contenuti nelle linee guida, siano applicati a quel caso concreto da trattare, secondo il principio deontologico della c.d. libertà di cura fondato sulla sua esperienza e professionalità. Si deve, tuttavia, aggiungere la fin troppo ovvia raccomandazione che il medico lasci documentata motivazione delle ragioni di tale inosservanza, precisando i peculiari presupposti che l'hanno indotto ad assumere opinioni/decisioni cliniche difformi rispetto allo standard medesimo.

E su questo principio si fonda la seguente decisione della Corte d'Appello di Milano del 15/10/1996:

*“La trasfusione di sangue può provocare epatite da virus come conseguenza non imprevedibile né impensabile per cui essa va eseguita con prudenza e solo quando le condizioni del malato si avvicinano alla soglia dell'emergenza sulla base del bilancio rischio-beneficio. Pertanto l'emotrasfusione va eseguita quando è “se non indispensabile, almeno necessaria”. Costituisce colpa professionale medica una condotta diversa.”*

Da prendere in considerazione, infine, la fase post-operatoria molto importante ai fini di un buon esito dell'intervento, perché errori o negligenze in questa delicata fase possono comportare gravi conseguenze, come affermato in giurisprudenza *“nel post-operatorio, la vigilanza deve essere massima per il rischio di complicanze.... in presenza di segnali di stress circolatorio e di malessere progressivo, vanno effettuati tempestivamente tutti gli accertamenti strumentali necessari per individuare causa dell'ipotensione, dovendosi temere l'insorgenza di una emorragia iatrogena subdola. Costituisce colpa professionale medica una condotta diversa”* (Pretore di San Giovanni Rotondo del 25/11/1999).

Citiamo a tale proposito anche la sentenza della Cassazione Civile dell'11/03/2002 n°3492: *“In tema di risarcimento del danno medico chirurgo nell'adempimento delle obbligazioni contrattuali inerenti alla propria attività professionale è tenuto ad una diligenza che non è solo quella del buon padre di famiglia ex art. 1176 C.C., ma è quella specifica del debitore qualificato, come prescritto dal 2° comma, la quale comporta il rispetto di tutte le regole e gli accorgimenti che nel loro insieme costituiscono la conoscenza della professione medica, ivi compreso l'obbligo di sorveglianza sulla salute del soggetto operato anche nella fase post operatoria”*.

In questo contesto giurisprudenziale che considera le linee guida uno strumento che può indicare comportamenti di massima e non può mai costituire prescrizioni o ordini, appare dissonante, oltre che pericolosa come precedente, l'interpretazione che il TAR Lazio con il suo pronunciamento del 23 maggio 2005 n° 4047 ha dato sulle “linee guida in materia di procreazione assistita”.

Alcune strutture sanitarie specializzate in “medicina della riproduzione” avevano presentato ricorso avverso le suddette linee guida perché ritenute illegittime, in

quanto esse non potevano avere valore di legge perché, essendo state emanate tramite atto amministrativo, non potevano essere ritenute vincolanti.

Le linee guida, in sintesi, dovrebbero essere equiparabili a “circolari” dal contenuto meramente interpretativo, che forniscono, cioè, raccomandazioni non vincolanti su aspetti relativi alle buone pratiche mediche.

La problematica centrale che ha interessato il TAR è stata, dunque, quella di individuare la natura giuridica da conferire alle linee guida. E la sezione III ter ha inopinatamente concluso che esse debbano considerarsi a tutti gli effetti vincolanti.

Tale ragionamento non appare secondo numerosi AA giuridicamente soddisfacente: se è vero, infatti, che l'art. 7 della legge n°40/2004 prevede espressamente la vincolatività delle linee guida attuative, ciò non avrebbe dovuto esimere il legislatore dal provvedere a tali linee guida mediante un provvedimento legislativo, invece di attuarlo attraverso un atto amministrativo. In conclusione, ritengo che si debbano realizzare delle linee guida “leggere”, prevedendo per ciascuna di esse ogni possibile alternativa diagnostico-terapeutica.

C.L. Cazzullo, F. Poterzio



f.to cm. 17x24 - pagine 160

€ 25.00



CIC Edizioni Internazionali

## ATTUALITÀ IN MATERIA DI RISK MANAGEMENT

Francesco Chiappetta

Parlare di “qualità delle cure” oggi significa parlare non solo di efficienza ed efficacia delle prestazioni, ma anche e soprattutto di sicurezza del servizio offerto.

Il termine “sicurezza”, in tutto il mondo imprenditoriale e non diversamente nelle aziende sanitarie, evoca immediatamente il rispetto di protocolli, regolamenti e disposizioni legislative, come il decreto 262, spostando l’attenzione sugli aspetti prettamente strutturali e tecnologici del problema, o sulla sorveglianza sanitaria degli operatori coinvolti, piuttosto che sulla sicurezza del paziente.

Se il paziente che si rivolge alla struttura sanitaria con una domanda di assistenza che migliori la sua condizione di salute, riceve al contrario un danno dall’atto sanitario, si assiste al fallimento non solo della singola prestazione, ma dell’intero sistema, che viene meno allo scopo per il quale è stato concepito.

In effetti è ormai tempo di pensare alla sicurezza come ad un requisito del sistema e all’evento avverso come al frutto di una interazione tra fattori tecnici, organizzativi e di processo, piuttosto che alla conseguenza di un singolo errore umano.

Gli ultimi fatti di cronaca evidenziano come quello dell’errore in medicina sia un tema di scottante attualità con molteplici ripercussioni sulla qualità delle cure, sulla tutela dei professionisti e sulla spesa sanitaria, oltre che naturalmente con implicazioni di natura etica.

Considerando come attendibile una percentuale di errori attorno al 4%, nel nostro Paese, dove vengono ricoverate ogni anno circa 8 milioni di persone, almeno 320.000 andrebbero incontro ad una malattia o ad un danno ascrivibile a errore medico, ed il numero dei morti oscillerebbe tra 14.000 e 50.000, creando un aumento notevole delle spese sostenute dalle aziende sanitarie e dalle assicurazioni.

L’aumento delle denunce e delle richieste di risarcimento alle imprese di assicurazioni, infatti, ha contribuito alla crescita dell’entità dei risarcimenti e soprattutto a rendere più incerti i confini della responsabilità medica. Si stima che per ogni 100 euro di premi incassati dalle

Compagnie, queste ultime abbiano sostenuto spese e rimborsi per risarcimenti per un ammontare pari a 180 euro per l’RC dei medici e 240 per le strutture sanitarie.

Tuttavia queste informazioni, sebbene non forniscono dati certi e scientificamente provati, hanno però contribuito ad accrescere anche in Italia l’interesse per l’errore in medicina e a dare avvio ad alcune iniziative pratiche a livello nazionale ed internazionale.

In passato quasi tutte le aziende ospedaliere hanno adottato un approccio prevalentemente amministrativo al problema del rischio, limitandosi alla stipula della relativa polizza assicurativa, anziché centrato su una logica orientata alla prevenzione e fondata sulla convinzione che gli errori rappresentano, se adeguatamente analizzati, preziose opportunità di apprendimento.

L’adozione di meccanismi di prevenzione, la revisione critica dei processi, la messa a punto di protocolli per la riduzione del risk, l’addestramento degli operatori ad adottare comportamenti corretti e validati, ecc., riduce il rischio di errore, consentendo di agire in anticipo, prima che il danno si verifichi.

I vantaggi offerti dallo sviluppo e applicazione di un sistema di gestione del rischio sono molteplici ed hanno ricadute positive: sulla qualità dell’assistenza, riducendo i rischi legati al processo diagnostico, terapeutico-assistenziale e offrendo maggiori garanzie di sicurezza al paziente; sui professionisti che operano nell’organizzazione, tutelandoli rispetto alle accuse di malpractice; sull’immagine dell’azienda; sui premi assicurativi.

La SI-IES, Istituto Europeo Servizi, Società che svolge attività di consulenza economico-finanziaria, strategica e tecnologica per Imprese pubbliche e private che intendono intraprendere il processo di innovazione, nella sua



divisione assicurativa non è rimasta indifferente alle problematiche del risk management ospedaliero e sta cercando di creare delle casistiche che consentano di mettere nelle condizioni l'operatore di avvalersi di un Vademecum di comportamento, che certamente può essere di grande aiuto per il personale ospedaliero e può diventare anche uno strumento di controllo e di qualità dei servizi offerti.

Nello specifico, la SI-IES sta mettendo a punto un sistema che si avvale, oltre che di un dettagliato e manifesto Codice di comportamento, anche di un'avanzata tecnologia quale l'RFID (radio frequency identification), in gergo tecnico denominata TAG, che permetterebbe, utilizzando ad esempio all'interno di una sala operatoria, di verificare in maniera rapida lo stato dell'arte, dalla strumentazione fino all'intervento chirurgico.

Tale verifica può essere fatta attraverso l'utilizzo di un normale lettore (PDA/palmare); per di più è possibile trasferire detta procedura anche su di un normale telefono cellulare, assumendo un ruolo di Education/FAD-formazione a distanza, creando un valore aggiunto al servizio fornito. Inoltre, sempre nell'ambito del risk-management ospedaliero, la SI-IES propone ai suoi clienti l'utilizzo di alcuni sigilli, il cui indice di qualità viene espresso dalla sfragistica moderna, nei punti strategici della struttura ospedaliera, per poter fornire un ulteriore strumento di prevenzione e controllo.

Muovendosi verso la riorganizzazione del sistema ospedaliero, il passo avanti che la SI-IES intende fare, dunque, è verso l'Ania (Associazione nazionale italiana assicuratori) venendo incontro alla sua volontà di stabilire una collaborazione tra le Compagnie assicurative e gli operatori sanitari per ridurre i sinistri, creando anche un giusto equilibrio tra premio e risarcimento. La proposta fatta dalla SI-IES, infatti, mira a creare un sistema che non intende solo ricercare la causa dell'errore o la colpevolezza dell'operatore direttamente coinvolto, che in realtà è solamente l'ultimo e più debole anello degli eventi che hanno innescato l'errore, e conseguentemente il danno.

Al contrario vorrebbe creare un procedimento che renda possibile la rilevazione di tutti gli errori, anche di quelli che non hanno generato un evento avverso, consentendone l'analisi approfondita e la ricerca delle cause, al fine di prevenire il ripetersi delle stesse condizioni di rischio, o di limitare il danno quando questo si è ormai verificato.

La scarsa visibilità degli errori, che nella maggior parte dei casi non vengono segnalati dal professionista, frenato dal timore di essere giudicato negativamente dai Colleghi e/o dal timore delle ripercussioni medico-legali, è solo

uno degli ostacoli al cambiamento. Per promuovere il cambiamento culturale utile all'avvio di un sistema di gestione del rischio, è fondamentale una leadership forte che individui come prioritario l'obiettivo di garantire la sicurezza delle prestazioni sanitarie per il paziente, attraverso sistemi di risk-management che prevedano, se necessario, anche la profonda revisione e modifica dei processi.

Il Ministro della Salute, Livia Turco, ha recentemente presentato un provvedimento che, tra l'altro, affronta l'aspetto della sicurezza nelle strutture sanitarie e della gestione del rischio clinico, nonché quello della attività libero-professionale intramuraria e della esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario del SSN. Questo ddl prevede l'apertura delle ASL e degli Ospedali a nuove funzioni aziendali "anti-errore" e la creazione di spazi ad hoc per la libera professione intramuraria, cioè quella esercitata all'interno delle strutture del Servizio sanitario nazionale.

Tutto ciò con due obiettivi: rafforzare la sicurezza dei pazienti, rispetto ad apparecchiature ed impianti ospedalieri, e offrire servizi aggiuntivi ai cittadini, con possibilità di ridurre le liste di attesa e consentendo nello stesso tempo ai medici di esercitare la libera professione in condizioni adeguate.

Il ddl comprende anche norme per facilitare la soluzione stragiudiziale delle vertenze per danni derivanti da prestazioni sanitarie e accelerare così il risarcimento che spetta al cittadino. Infatti scatterà anche a carico delle aziende accreditate la responsabilità civile per danni ai pazienti, anche per le prestazioni in libera professione intramuraria. In alternativa, si potrà anche ricorrere a garanzie equivalenti, purchè non costino di più.

Per quanto riguarda, poi, l'esclusività, per i dirigenti di struttura complessa (ex primari) l'esclusiva sarà secca per l'intera durata del loro contratto individuale, così come per la direzione di strutture semplici dipartimentali con autonomia gestionale. Per tutti gli altri incarichi dirigenziali del ruolo sanitario, è consentita la scelta tra rapporto esclusivo e non, e viceversa, ma solo alla scadenza dei contratti individuali.

Le novità in materia di sicurezza procedono lentamente, ma parrebbero nella direzione giusta.

*Francesco Chiappetta*

*Docente di diritto europeo dell'informazione  
e della comunicazione*

*Link Campus university of Malta-Roma*

# Sogni sospesi

Carlo Sizia

Ho letto, durante le ultime feste natalizie e con vero piacere, il libro di poesie "Sogni sospesi", opera letteraria di un mio vecchio "maestro", il dott. prof. Nevio Nigro, professore universitario, che mi ha insegnato molto durante il periodo della mia specializzazione in Pediatria presso l'Università degli Studi di Torino (alla fine degli anni '60). È tradizione piuttosto consolidata che i cultori dell'arte medica eccellano anche in altre "arti", in particolare nelle arti letterarie ed, in questo caso, nella "vena poetica".

C'è, nella poesia del prof. Nigro, una delicatezza di tocco, un'eleganza della parola, una musicalità, una capacità di rendere trasparenti i sentimenti, che mi hanno incantato. Leggendo, mi son venute in mente, ripetutamente, le note di Brahms.

Nella poetica di Nigro c'è una essenzialità che può fare a meno di ampie costruzioni sintattiche, direi da "pittore impressionista", ed una capacità straordinaria di rendere i chiaroscuri dell'anima, in particolare di esternare la malinconia e la speranza.

Raramente ho letto versi più coinvolgenti di questi:

da **"Senza titolo"**

*Non piango goivinezza.  
Ma sempre  
ovunque vado la ripenso.*

da **"Incontro"**

*L'età delle rose  
non muove a ritroso.  
Quella che vidi bella  
non è che un ricordo spossato.*

da **"La giovinezza"**

*Pareva di altri  
lo sprofondare dei giorni.  
Il verde era sempre era sempre con noi.*

da **"Seguimi"**

*Possiedo la tua assenza.  
Perciò vieni.*

da **"Autunno"**

*Chissà come sarà  
quest'autunno  
che viene.*

da **"Prima o poi"**

*Prima o poi  
giunge un tempo  
in cui parlare  
o tacere  
è lo stesso.  
Un tempo  
di sonnolenta  
penombra  
senza pace  
né guerra.*

## Sogni sospesi

Viva commozione sanno poi trasmettere alcune poesie di Nigro laddove, come in "Ricordo del padre" riesce a tratteggiare in modo emblematico il faticoso iter di elaborazione del lutto per la perdita della persona cara. Come è reso bene il passaggio, quasi miracoloso, dalla speranza nell'aldilà alla certezza che è data solo dalla fede. Ugualmente commoventi i versi in ricordo dell'amico scomparso (Claudio).

Ed uguale efficacia espressiva realizza la poesia di Nigro quando vuol evocare immagini di chiara sensualità, tuttavia mai volgari:

Ecco spiegate le ragioni che, a mio giudizio, hanno consentito all'arte poetica di Nigro di meritare già tanti premi e riconoscimenti: si tratta di una danza di parole, ricomposte in versi garbati, che nascono spontanei dalla sensibilità, dalla passione e dalla sofferenza di un vero Poeta. Rivedo, in questi versi, lo stesso impegno, l'attenzione, lo scrupolo che sono stati del prof. Nigro medico e professore: arte e classe, cioè insieme di intuito, partecipazione emotiva, genialità.

Il libro "Sogni sospesi" di Nevio Nigro è stato curato da Edizioni Artescrittura, Roma e costa 12 euro.

## da "Ricordo del padre"

*Soffrire.*

*E poi risollevarsi lento:*

*non più pensare.*

*Ti rivedrò.*

*Non so il giorno,*

*né l'ora,*

*ma lo so.*

*Accompagnami intanto*

*con la tua vecchia mano,*

*con la tua mente giovane,*

*con la tua voce*

*sempre vicina.*

*Arrivederci.*

## da "Claudio (Bologna)"

*Sotto gli antichi portici*

*cammina*

*la tua morte.*

*Compagna*

*è la tua voce*

*silenziosa.*

*Anche per me*

*la luce*

*si fa opaca...*

*Ma*

*ti rivedrò.*

*Ancora*

*ti vedrò!*

## da "Flamenco"

*Come una gonna rossa*

*in un flamenco*

*quando scopre le gambe*

*e il tacco batte*

*così dovresti essere*

*vita*

*per farti amare.*

*Una gonna rossa*

*che allontani il tempo*

*ballandoti davanti.*