

## Etica ed organizzazione

La Sanità pubblica italiana è oggi dicotomica: da un lato il territorio, dall'altro l'ospedale. Due mondi separati in casa (la "casa salute"), spesso antitetici, quasi sempre costretti a collaborare in modo forzoso. Mondo convenzionato e mondo della dipendenza rappresentano due tipologie di lavoro potenzialmente interferenti con l'etica professionale medica.

Il "mondo convenzionato" ha regole piuttosto incerte in tema di doveri: orari di lavoro, ambiti di autonomia, emergenza, ecc. Anche il meccanismo di pagamento "a quota capitaria" può favorire comportamenti distorti verso il paziente.

Le regole comportamentali non sono quindi uniformi, ma soggettive. Il paziente ha pochi diritti certi (a partire dall'orario di visita in ambulatorio, per finire alle visite domiciliari). Certo, ci sono le prestazioni "incentivanti", ma anch'esse possono indurre comportamenti distorti. L'effetto "budget", poi, rischia di influenzare sia l'uso dei farmaci che il ricorso a diagnostiche ambulatoriali costose.

Il "mondo dipendente" ha regole certe in tema di doveri: dall'orario di lavoro, ai carichi di lavoro, all'emergenza, all'ambulatorio divisionale (liste di attesa), alle consulenze, ai programmi di presenza oraria mensile. Si tratta di un lavoro specialistico in continuo aumento: dal Pronto soccorso alle degenze (con l'obbligo di un turn-over elevato), alle sale operatorie, al day-hospital, alla day-surgery, all'emergenza sottopagata ed iperrischiosa, alle carenze o scoperture di organico, al tecnico spesso disumanizzante.

È un mondo che deve operare su ritmi elevati, perché il lavoro c'è e va comunque svolto. L'ospedale è spesso interpretato, in alcune realtà territoriali, come una cittadella in un deserto rappresentato dagli altri servizi sanitari.

Pare paradossale, ma in tutto questo gran lavorare, in questo turbinio di accertamenti e di interventi, si finisce spesso di trascurare proprio la visita clinica, il colloquio con i Colleghi e con il paziente stesso.

Le malattie, soprattutto quelle croniche, sono espressione di un complesso quadro patologico e necessitano di un processo di cura, non di interventi temporanei.

"Processare la malattia" significa seguirla con attenzione, cura, professionalità e costanza, evitando posizioni ex-cathedra e coinvolgendo il malato. E qui crolla o si fortifica il S.S.N., perché è proprio nel corretto, o non-corretto, rapporto tra medico e paziente che il S.S.N. garantisce (o meno) a ciascuno "l'assicurazione sanitaria pubblica". Solo nell'incontro vero, insieme paritario e fiduciario, tra medico e paziente c'è la garanzia di un buon S.S.N.

All'aumento dei bisogni sanitari, per decenni, si è risposto con l'aumento non pianificato delle tecnologie. Come se la tecnologia fosse tutto e come se l'intero processo terapeutico si esaurisse con un esame TAC o PET in più. L'assenza di linee-guida e la scomparsa dei "clinici di una volta" ha visto regredire la medicina solistica verso una medicina specialistica, troppo specialistica e parcellizzata.

Ma il malato, oggi, non ha bisogno di diagnosi analitiche "per singoli pezzi", ma di una visione sanitaria globale, quella dei vecchi clinici e dei vecchi medici di famiglia, che sapevano fare la "sintesi clinica".

Oggi si sarebbe addirittura tentati di delegare la sintesi clinica al computer, naturalmente programmato in modo "intelligente".

Incominciamo allora a chiederci se etica professionale non sia anche questa: accettare i propri limiti e chiedere consigli e sintesi clinica a chi ne sa più di noi. La medicina è cambiata, perché sono cambiate le patologie. Oggi il malato ha quasi sempre pluripatologie: senescenza, ipertensione, disturbi della nutrizione, cardiopatie, diabete, vasculopatie, uremia, neoplasie, ecc. E pluripatologia significa pluricompetenza.

È proprio il dovere professionale verso il paziente, da parte di tutte le singole competenze, che impongono le sintesi cliniche collegiali, in cui tutti fanno lavorare la propria testa, con tutta la fatica necessaria, e non il proprio computer.

Ed allora: l'oncologo non abbandonerà più il "neoplastico", che non ha risposto agli schemi anglosassoni, con l'odiosa espressione "non è proponibile ulteriore approccio terapeutico"; il cardiopatico grave non sarà lasciato morire in autoambulanza perché "non ci sono posti letto disponibili"; il diabetico, soggetto pluripatologia per eccellenza, non sarà lasciato senza il necessario coordinamento clinico, ecc.

C'è, ci deve essere, insomma, un'etica professionale spicciola, quotidiana, individuale, che non ci è stata insegnata ma che abbiamo imparato dalla pratica clinica, che può essere sorretta dalla nostra religiosità o dalla nostra morale laica, che prescinde da sostegni da parte dello Stato, delle Regioni, delle aziende sanitarie, ecc., ma che ci indirizza, come bussola sapiente, anche nei momenti più drammatici della nostra vita professionale: il malato terminale, il grado di informazione da dare, la pressione dei familiari, il timore della Magistratura, le oggettive carenze del sistema sanitario.

## I pericoli potenziali per l'etica professionale in Sanità

Abbiamo, oggi, troppe Sanità in Italia: pubblica, religiosa, privata, convenzionata, universitaria, di ricerca clinica, ecc. Ma quel che è ancora peggio è che non sono tra di loro armonizzate e integrate, e questo è un pericolo anche per l'etica professionale, oltre che per l'efficienza e l'economicità "di sistema".

La Sanità pubblica è oggi condizionata dalle risorse sanitarie (limitate) e dalla aziendalizzazione (falsa, ma spinta). Le risorse economiche, carenti, limitano le scelte sanitarie regionali e creano potenziali conflitti etici. Paradossalmente, oggi, l'aziendalizzazione è considerata un valore superiore a quello dello stesso Servizio sanitario. È un profilo ambiguo, che contraddice la funzione primaria della Sanità: dare salute.

Siamo circondati da un neo-meccanicismo. Si punta al pandeterminismo genetico ed al bio-molecolare. Ma l'uomo non è fatto solo di geni, ma di anima, di personalità, di esperienze vissute. La malattia è un evento della vita. Selezioneremo, domani, le scelte mediche sulla base del corredo genetico? Modificheremo l'approccio con le persone per "colpa" dei geni?

Siamo consapevoli che saranno le risorse economiche a definire i futuri modelli sanitari, e non viceversa. Inoltre ribadiamo

in modo deciso che l'efficienza non è immorale, ma che chi fa solo economie non è neppure un buon economista!

Nel S.S.N., l'economia può certo interferire con l'etica: in una "azienda anomala", come sono le aziende sanitarie, l'economia è solo una variabile (e non un dogma) e l'economicismo è un problema grave e pericoloso. Anche la "tecnocrazia" può essere al servizio del clinico, oppure può essergli di ostacolo, se gli impedisce di andare al di là del dato numerico e/o del riscontro anatomico.

L'aziendalizzazione sanitaria dovrebbe essere al servizio della Sanità e non viceversa. Così come il federalismo sanitario dovrebbe avere come elemento base "la comunità", e non la struttura politica.

## Proposte operative

### Paziente al centro del sistema

Le teste dei sanitari debbono essere piene di nozioni (informazioni, esperienze), ma anche di valori. "Valore" è oggi un concetto desueto, da recuperare. Come si definiscono, e praticano, i valori in Sanità? Secondo me, incominciando col cambiare la collocazione del paziente nel Servizio sanitario.

All'inizio del Novecento, la persona-malata era succube del medico e del prestigio del camice. All'inizio del 2000 è invece un "paziente impaziente". È un soggetto che dà al medico una fiducia limitata perché conosce (o crede di conoscere) la medicina (magari a dispense), perché conosce (o crede di conoscere) i propri diritti, perché è privo di sudditanza psicologica (il medico è un professionista come tanti).

Ed allora da qui, occorre partire: dalla consapevolezza che il paziente di oggi rivendica pesantemente i suoi diritti sanitari. Ed allora riconosciamogli anche la titolarità di doveri sanitari. Come? Mettendolo al centro del sistema.

Per anni si è discusso se al centro del sistema sanitario dovesse stare il medico o l'amministratore. No, al centro del sistema deve stare l'uomo, con i suoi diritti ed i suoi doveri sanitari. I diritti saranno: l'informazione completa; l'accesso alla diagnostica e alla terapia; la documentazione clinica; la condivisione delle scelte che attengono alla propria salute e vita. I doveri saranno: stili di vita congrui; la custodia della documentazione clinica; l'impegno terapeutico.

Se gli atti medici significativi richiedono oggi un consenso (scritto e motivato) da parte del paziente, non si vede perché lo stesso paziente (diagnosticata che sia una certa patologia e fissato che sia un determinato programma terapeutico) non debba sottoscrivere un impegno personale a rispettare le prescrizioni, almeno per le patologie più importanti.

In certi Paesi anglosassoni, stili di vita inadeguati precludono "terapie vitali" (dialisi, trapianti, ecc.). Siamo in un Paese latino, ma è evidente che lo spreco di risorse da parte di alcuni, ridurrà le risorse per gli altri. Tutto ciò è eticamente corretto, in un sistema a risorse economiche fisse e costanti?

### Patto medico-paziente attraverso specifico progetto di educazione e formazione

Ecco quindi la necessità di un patto medico-paziente come

base per una nuova etica professionale. Un patto tra maggiorenni, responsabili e consapevoli che il sistema-salute si regge sulla professionalità, sulla condivisione e sul consenso. Il coinvolgimento del paziente richiede un lungo percorso formativo, a partire dall'età scolare (educazione sanitaria).

Da qualche parte, tuttavia, occorre cominciare, ad esempio utilizzando la prassi di tutti i giorni: a) gli esami dati in disponibilità al paziente, come le informative sulle modalità di utilizzo del sistema sanitario locale (linee-guida, opuscoli, moduli, CUP, modalità di accesso al Pronto soccorso ed ai servizi ambulatoriali specialistici, ecc.); b) le lettere di dimissione consegnate direttamente al medico di medicina generale; c) coinvolgimento nelle opportunità offerte dall'informatica applicata al sistema-salute; d) eventuale compartecipazione ai costi delle prestazioni sanitarie godute, ecc. Paziente più consapevole significa paziente più problematico. Tocca a noi medici attivare meccanismi che trasformino il paziente da querelante a collaborante, da questionante a partner.

Oggi c'è una crisi nei rapporti tra uomo e uomo, che si riflette nella crisi dei rapporti tra medico e paziente. L'organizzazione sanitaria si è disumanizzata ed ha perso il senso profondo del suo esistere. Occorre fare un passo indietro, recuperando alcuni valori essenziali: l'umanizzazione, la cultura del lavoro, le competenze adeguate ai bisogni, il rispetto della vita e della morte. Non è un problema di leggi, vecchie o nuove, ma di coscienza individuale e collettiva, che potrebbe essere recuperata con un progetto di educazione e formazione specifica che coinvolga entrambi i soggetti della diade medico-paziente.

### Istituzione di una "Carta dei valori"

Ma occorre anche creare una "Carta dei valori" (aziendale e regionale) basata su tre dimensioni: a) tecnico-scientifica; b) gestionale (risorse economiche ed umane); c) solidaristica (testimonianza).

Una Carta dei valori: da contrapporre all'aziendalizzazione brutale (efficienza senza umanità) ed alla spersonalizzazione delle prestazioni; basata sulla concezione solistica della persona e sul "continuum" del processo di cura; che delinea i diritti ed i doveri dei due elementi essenziali del sistema, cioè il paziente e il medico. Diritti e doveri da recuperare e da condividere.

Umanizzare il processo di cura significa sviluppare un processo culturale e personale diverso da quello attuale. Significa abbandonare la cultura della neutralità (quella che tratta in modo asettico "l'organismo malato") per passare ad un modello nuovo ed efficace: quello che coniuga il coinvolgimento del paziente con una solidarietà "adulta e matura" dell'operatore. Una vera "azienda dei servizi sanitari" ed un vero medico-olistico dovrebbero puntare a questo non facile obiettivo.

Solo un "nuovo medico", o meglio un "medico nuovo", potrà evitare di essere travolto dagli aspetti negativi dell'aziendalizzazione. Per evitare la "medicina difensiva e minimalistica" c'è un solo modo: il coinvolgimento attivo del paziente, processo faticoso ma inevitabile.

Stefano Biasioli  
Presidente nazionale CIMO-ASMD

# TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA

Amalia Sartori

**L**a politica dell'Unione europea in materia di salute pubblica e coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale tra i Paesi membri ha raggiunto, recentemente, una serie di importanti risultati, alcuni dei quali ricchi di conseguenze per la vita pratica dei cittadini europei.

In generale, oltre alle azioni avviate nel campo dei prodotti farmaceutici e dei dispositivi sanitari - con lo scopo, tra l'altro, di migliorare l'informazione dei pazienti e degli operatori sanitari - le Istituzioni comunitarie stanno lavorando per la creazione del nuovo Centro europeo per la prevenzione delle malattie trasmissibili. Tale Centro, che dovrebbe essere istituito entro l'anno, avrà lo scopo di migliorare il sistema di sorveglianza e la capacità di reazione dell'Ue alle minacce poste dalle malattie virali, come ad esempio la Sars e l'influenza aviaria, coordinando l'attività dei Centri nazionali.

Tuttavia, la decisione di maggior interesse è certamente quella riguardante la Tessera europea di assicurazione malattia, istituita dall'Ue per dare attuazione al piano d'azione per la mobilità volto ad eliminare entro il 2005 i principali ostacoli alla mobilità professionale e geografica nell'Unione.

La Tessera europea è infatti diretta a sostituire tutti gli attuali moduli cartacei necessari per poter usufruire di cure sanitarie in un altro Stato membro, durante un soggiorno temporaneo (ossia dovuto a un distacco, a studi, viaggi d'affari e turistici, al trasporto stradale o alla ricerca di un posto di lavoro).

L'introduzione della Tessera europea di assicurazione malattia è strettamente collegata al tema più generale della libera circolazione delle persone e della mobilità internazionale dei pazienti, che continua ad essere al centro delle discussioni e della riflessione comunitaria e sul quale è prevista, nella primavera 2004, la pubblicazione di un'apposita Comunicazione della Commissione europea.

In base alle decisioni adottate il 17 e 18 giugno 2003, la Commissione europea ha disposto l'introduzione progressiva, a partire dal 1° giugno 2004, di un modello unico di "carta/tessera" europea di assicurazione malattia, con l'obiettivo di semplificare la vita dei cittadini, degli operatori sanitari (medici, ospedali) e degli enti mutualistici e di previdenza sociale dell'Ue. Questa Tessera, unica e personale, è destinata a sostituire tutti gli attuali moduli cartacei necessari per poter usufruire di cure sanitarie durante un soggiorno temporaneo in un altro Stato

membro.

Il modulo "E 111", necessario per i soggiorni turistici, nonché tutti gli altri moduli richiesti per i soggiorni temporanei - distacco dei dipendenti in un altro Paese (E 128), trasporto stradale internazionale (E 110), studi (E 128) e ricerca di un posto di lavoro (E 129) - saranno sostituiti ed integrati in maniera permanente nella nuova Tessera che, a seconda dello Stato di appartenenza del cittadino, potrà essere un documento autonomo ovvero, come si prevede accadrà normalmente, verrà integrata nella Tessera sanitaria di cui il cittadino già dispone.

Come si è detto, la Tessera proposta risponde all'esigenza di garantire ed attuare completamente il principio della libera circolazione delle persone e della libera prestazione dei servizi nell'Unione europea. La sua introduzione, per esempio, consentirà ai pazienti che devono pagare cure sanitarie dispensate all'estero di essere rimborsati più velocemente dal proprio sistema di previdenza sociale.

In particolare, l'introduzione della Tessera determinerà una serie di adeguamenti normativi - che saranno definitivamente approvati dal Consiglio dei Ministri Ue nella riunione del prossimo 4 marzo - i quali favoriranno il cittadino che potrà beneficiare non più solo delle cure urgenti ed immediatamente necessarie, bensì di tutte le cure richieste dal suo stato di salute.

Inoltre, i Regolamenti 1408/71 e 574/72 verranno modificati nel senso di garantire il diritto del cittadino all'accesso diretto alle cure,

TESSERA EUROPEA



determinando l'illegittimità di quelle procedure e prescrizioni specifiche che in alcuni Stati membri attualmente si aggiungono alla presentazione dell'attestato da parte del cittadino bisognoso di assistenza medica. Si tratta, ad esempio, dell'obbligo di passare attraverso l'istituzione sanitaria o di sicurezza sociale del luogo di soggiorno prima di ricorrere ad un prestatario delle cure. In caso di soggiorno breve in altro Paese, un simile obbligo è spesso irrealistico, addirittura un vero ostacolo all'accesso alle cure e alla libera circolazione delle persone. Numerosi Stati hanno finora rinunciato a punire il mancato rispetto di tale tipo di procedura. Tale obbligo è peraltro spesso ignorato dai pazienti, che in buona fede hanno ritenuto che il semplice possesso dell'attestato garantisca loro un accesso alle cure in caso di bisogno, nello Stato membro di soggiorno temporaneo.

### IL CALENDARIO DI ATTUAZIONE PREVISTO

L'Europa è caratterizzata da una grande diversità (legata alla competenza nazionale in questo settore) in materia di organizzazione dei sistemi di cure sanitarie e di sicurezza sociale. Il progetto di Tessera europea si iscrive in questa diversità e non ha per obiettivo un'armonizzazione dei dispositivi esistenti.

Attualmente, le tessere/carte di assicurazione malattia sono utilizzate in modo molto diverso nei sistemi sanitari e di sicurezza sociale. Alcuni Paesi (Belgio, Francia, Germania, Spagna, Slovenia) hanno già distribuito carte elettroniche (cosiddette "intelligenti") su larga scala, mentre altri Paesi si trovano in fase di progettazione (Grecia e Repubblica Ceca).

In altri Paesi ancora (Irlanda, Regno Unito e la maggior parte dei nuovi Paesi membri), l'utilizzo della carta è piuttosto scarso o inesistente.

Allo scopo di tener conto di tale situazione, la Commissione CE ha proposto la regola in base alla quale la carta in un primo tempo sarà emessa in un "formato leggibile ad occhio nudo" (con un chip per i paesi che desiderano sviluppare l'interoperabilità dei loro sistemi).

Secondo le modalità di attuazione previste dalle Decisioni comunitarie, l'introduzione della Tessera europea di Assicurazione Malattia avverrà in tre fasi: preparazione tecnico-giuridica; diffusione; passaggio ad un supporto elettronico.

#### 1. Preparazione tecnica e giuridica (entro il 31 maggio 2004)

Durante tale periodo, l'Ue ed i singoli SM (Stati membri) – sulla base di un apposito "Piano nazionale di introduzione" (cfr. art. 4 Dec. CE 191/03) – provvedono ad adattare la loro legislazione ed organizzano i loro servizi in modo da consentire la distribuzione e l'impiego della Tessera europea a partire dal 1° giugno 2004;

#### 2. Attivazione delle carte (dal 1° giugno 2004 al 31/12/2006)

Questa seconda fase si articola a sua volta in 2 momenti:

a) Dal 1° giugno 2004 la nuova Tessera europea dovrà essere accettata da tutti gli Stati membri. Al riguardo va precisato che

alla data dell'1/06/2004 non vi è l'obbligo di emissione della Tessera, ma solo un obbligo di accettazione. Cioè ciascun SM si obbliga a riconoscere ed accettare la carta degli altri, potendo invece chiedere di usufruire di un periodo di proroga nell'immissione della propria Tessera.

La proroga della scadenza può essere richiesta, conformemente all'art. 5 della Dec CE 191/03 dagli Stati membri che attualmente non utilizzano questo tipo di carte. Tali proroghe, tuttavia, non possono superare i 18 mesi, ossia non oltre il 31 dicembre 2005.

Sulla base delle comunicazioni e richieste ricevute, la Commissione amministrativa della CE provvederà a formare un elenco degli SM le cui istituzioni potranno continuare a rilasciare moduli cartacei E 111, indicando altresì il termine di scadenza del periodo transitorio da essi previsto.

Al riguardo si prevede che la maggioranza degli SM sarà in grado di attivare la carta entro la data dell'1/06/2004, così come anche alcuni dei nuovi Stati aderenti (es. la Slovenia).

Relativamente all'Italia, considerato il diverso grado di preparazione che caratterizza l'organizzazione sanitaria delle Regioni, si è ritenuto preferibile avvalersi della proroga, per cui la Tessera di assicurazione malattia verrà introdotta progressivamente e le ASL continueranno a rilasciare il modello cartaceo anche dopo il 1° giugno 2004. Conseguentemente,

durante questa prima fase di attuazione, e fino al 31/12/2005, potranno convivere modelli cartacei E 111 e la nuova Tessera, la quale dovrà però poter essere "leggibile ad occhio nudo", cioè le relative informazioni dovranno poter essere leggibili direttamente ma potranno anche essere contenute in un chip. Ciò al fine di consentire ai Paesi che non ne sono dotati, di poter comunque leggere le carte e permettere a

quelli già attrezzati di sfruttare il supporto elettronico.

b) Applicazione della carta europea a tutti i Paesi membri. Dal 1° gennaio 2006 tutti gli SM dovranno aver introdotto la propria Tessera europea di assicurazione malattia.

#### 3. Informatizzazione della Carta europea (dal 1° gennaio 2008).

La Ce si augura che a partire dal 2008 si possa passare all'introduzione di carte elettroniche "intelligenti" in tutti i Paesi membri. Fino a questo momento, comunque, tutte le carte di assicurazione malattia dovranno poter essere leggibili anche ad occhio nudo.

Si segnala, infine, che in alcune Regioni frontaliere dell'Ue questi sistemi elettronici esistono già per le cure sanitarie programmate in un altro Stato membro – E 112 – tuttavia, considerati i diversi contesti internazionali e le diverse tecnologie utilizzate, la Commissione ritiene che questa fase non possa essere avviata in tempi brevi.

On. Amalia Sartori  
Parlamentare Europeo



# POLIZZA SANITARIA INTEGRATIVA ENPAM-GENERALI

Stefano Biasoli



La polizza ENPAM-GENERALI è stata proposta agli iscritti nel dicembre 1999: la condizione per la sua operatività era costituita dal raggiungimento di 200.000 adesioni fra iscritti attivi e pensionati.

A maggio 2000, le adesioni risultavano solo 130.000: ciò nonostante, dal 1° giugno 2000 è stata ugualmente attivata la polizza (n. 81302502), subito estesa anche ai familiari dei medici, pur se con alcune limitazioni.

Gli aspetti favorevoli della polizza in esame sono: adesione senza visite preliminari; assenza di un periodo di "vacatio"; possibilità di scelta delle strutture sanitarie, senza limitazioni; nessun limite di età; premio di 100.000 lire/anno per un massimale di 500 milioni di vecchie lire; detraibilità fiscale.

Per i familiari, il limite di 500 milioni vale per il nucleo familiare nel suo complesso, escluso il medico, per il quale invece il massimale di 500 milioni è personale. Per i familiari esiste anche un'altra limitazione, cioè non è consentita l'attivazione della polizza al di là dei 76 anni di età.

## PREMI E PRESTAZIONI

I premi aggiornati, in ragione d'anno, per la polizza-base sono:

- € 52,00 per il solo iscritto;
- € 103,00 (cioè 52 + 51), se l'iscritto, pensionato ENPAM, iscrive anche un familiare;

- € 155,00 (cioè 52 + 103), se l'iscritto iscrive anche un familiare;
- € 259,00 (cioè 52 + 207), se l'iscritto iscrive anche due familiari;
- € 310,00 (cioè 52 + 258), se l'iscritto iscrive tre o più familiari.

Dalla copertura assicurativa della polizza-base sono escluse sia la piccola chirurgia che le piccole patologie mediche. Le principali prestazioni garantite al medico dalla polizza-base sono senza limiti di età e geografici e consistono nel:

- rimborso del grande intervento chirurgico, di cui all'allegato A delle condizioni di polizza. Il rimborso avviene secondo la tariffa nazionale (G.U. del 17/02/92) e copre tutte le spese (medici, personale infermieristico, analisi cliniche e strumentali, FKT) effettuate nei 90 giorni antecedenti il ricovero e nei 120 giorni successivi allo stesso e in relazione allo stesso;
- rimborso dei grandi eventi morbosi (di cui all'allegato A delle condizioni di polizza) a condizione che determinino la cessazione definitiva dell'attività professionale:
  - a) con ricovero (rimborso delle spese come sopra, ma nei limiti di 30 giorni pre-ricovero e di 180 giorni post-ricovero, e per un massimale post-ricovero di 20 milioni);
  - b) senza ricovero, con copertura di tutte le spese (medici, assistenza infer-

mieristica, analisi, indagine, FKT). Tuttavia le prestazioni infermieristiche sono coperte solo per 180 giorni dopo la prima diagnosi di malattia e per un massimale di 30 milioni;

- in alternativa al rimborso, si può godere dell'indennità sostitutiva, rappresentata da 200.000 lire/die per 150 giorni per la chirurgia e da 150.000 lire/die per 180 giorni per le patologie mediche, esclusi i primi tre giorni di ricovero. Evidentemente bisogna presentare all'Assicurazione tutta la documentazione giustificativa (cartella clinica, visite specialistiche, prescrizioni, ricevute, fatture, ecc.).

## Giova ricordare che:

- esiste una franchigia (scoperto) del 20% (minimo: 510 euro; massimo: 5.150 euro);
- la diagnosi del grande evento morboso va effettuata per la prima volta dopo l'entrata in vigore della polizza e solo se la malattia ha determinato la cessazione dell'attività professionale;
- la coesistenza di più polizze dà adito a non cumulo di rimborsabilità. Sono altresì previste le seguenti prestazioni:
  - spese per l'eventuale accompagnatore (150.000 lire/die per 15 giorni in Italia; 200.000 lire/die per 20 giorni all'estero);
  - rimborso trasporto in ambulanza in

## IL MEDICO OSPEDALIERO E DEL TERRITORIO

ospedale (massimale di 3 milioni di vecchie lire);

- rimborso spese funerarie post-intervento chirurgico (fino a 10 milioni di vecchie lire);
  - rimborsi per trattamenti domiciliari;
  - rimborso per protesi ortopediche, con limite di 5.165 euro;
  - rimborso anche del ricovero in day-hospital;
  - anticipo del 50% del preventivo di degenza.
- Nel 2002, a seguito dell'introduzione dell'euro e per far fronte alle richieste di maggior copertura assicurativa, è stata offerta una seconda polizza sanitaria (cosiddetta di II livello).

### I premi annuali per la polizza di II livello sono:

- € 160,00 per il solo iscritto;
- € 310,00 (cioè 160 + 150) per l'iscritto più un familiare;
- € 430,00 (cioè 160 + 270) per l'iscritto più due familiari;
- € 550,00 (cioè 160 + 390) per l'iscritto più tre (o più) familiari.

Le prestazioni aggiuntive, cioè oltre a quelle già garantite dalla polizza-base, sono le seguenti:

- rientrano nel rischio assicurato anche tutti gli interventi chirurgici, compresi quelli lievi, anche in day-surgery;
- l'indennità sostitutiva vale anche in corso di ricoveri in day-hospital;
- le terapie oncologiche vengono rimborsate fino a 5.200 euro;
- rimane la franchigia del 20% e il limite massimo per le protesi ortopediche a 5.165 euro;
- l'anticipo all'assicurato del preventivo di ricovero arriva all'80%.

Occorre, infine, ricordare che per "grande evento morboso" si intende una patologia che determina invalidità pari o superiore al 66%, sia per gli attivi iscritti che per i pensionati ENPAM.

### CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Analizzata la polizza, è possibile fare alcune considerazioni:

1. i medici non ritengono evidentemente di aver bisogno di polizze sanitarie integrative (nel 2003, ha aderito solo il 22,8% dell'intera categoria);

2. anche i familiari dei medici pensano di non avere particolari necessità sanitarie (nel 2003, sono stati solo 40.000 gli aderenti);

3. polizza a basso costo significa, forse, polizza di poca utilità? Infatti:

a) sono escluse le visite specialistiche e le indagini diagnostiche preventive;

b) sono escluse le chirurgie minori (ernie e similari);

c) sono escluse le patologie mediche invalidanti meno del 66% ed il limite di 6 mesi per la rimborsabilità delle invalidità superiori al 66% è un limite oggettivamente pesante;

d) la franchigia è di una certa consistenza (da 510 a 5.150 euro);

4. tra i vantaggi ci sono tuttavia la detraibilità fiscale del premio e la facilità di accensione della polizza.

Per il futuro bisogna tuttavia porsi alcune domande:

- polizze analoghe a quella ENPAM-GENERALI possono, o no, valere anche per altre categorie, ossia per professionisti non sanitari?
- come tutelarsi per il rischio-malattia a fronte di un S.S.N. che riduce la copertura gratuita?
- ha senso spendere estemporaneamente

per ticket vari, o per il professionista in attività libero-professionale?

- è opportuno contrarre una copertura assicurativa (ad esempio, Fondo Sanità), che consenta una libera scelta all'interno dello stesso S.S.N.?

C'è poi un problema di fondo da risolvere. Se, a mie spese, evito di costare al S.S.N., ovvero se pago per avere prestazioni che dovrebbero essermi garantite dallo Stato per un certo DRG, perché questo stesso DRG non mi dovrebbe, comunque, essere riconosciuto totalmente, anche se opto per strutture private?

Ovvero, se aderisco ad un Fondo sanitario (alleggerendo così il carico sul S.S.N.), perché non mi dovrebbe essere riconosciuto almeno un bonus da poter utilizzare per altre prestazioni ambulatoriali, o per non pagare un certo numero di ticket, o per scavalcare le liste di attesa?

E perché non dovrebbero essere possibili convenzioni privilegiate, cioè a prezzi di favore, con medici in regime di libera professione intramoenia?

Tutti problemi e proposte da affrontare celermente per cercare di anticipare il futuro.

## INPDAP e CUD 2004

Marco Perelli Ercolini

Sta arrivando in questi giorni ai pensionati ospedalieri un voluminoso "bustone" inviato dall'INPDAP, a firma del Direttore generale, contenente il prospetto analitico riepilogativo della pensione di gennaio, valido per tutto il 2004, con gli aggiornamenti al costo della vita, secondo il meccanismo della perequazione automatica, e, con molta tempestività, anche il CUD 2004.

Non altrettanto tempestivi sono invece, in certe strutture periferiche, i calcoli delle pensioni definitive o il pagamento agli eredi delle competenze (rateo della pensione in corso e tredicesima mensilità maturata) spettanti per il decesso del titolare della pensione.

Ricordiamo che quest'anno il tasso stabilito in via provvisoria (con conguaglio a fine anno in caso di scostamenti) per gli aumenti dei trattamenti è stato fissato al 2,5% e compete in via scalare secondo l'importo della pensione: 2,5 per cento per l'importo della pensione fino a € 1.206,36; 2,25 per cento per l'importo compreso tra € 1.206,37 e 2.010,60; 1,875 per cento per le somme di pensione eccedenti

€ 2.010,60.

Un siffatto meccanismo, con diminuzione dell'indice di perequazione in rapporto al reddito crescente del percettore, con gli anni comporta il progressivo impoverimento del potere di acquisto della pensione stessa, che diventa così un mero debito di valuta e non di valore. A ciò si aggiunga che l'indice ISTAT del costo della vita non rispecchia, oggi, la reale svalutazione monetaria in atto. Un nodo non risolto sta nel trattamento di fine rapporto di coloro che hanno lasciato il servizio dopo il 2002. Infatti, per motivi di copertura economica, non è stata ancora varata la norma di salvaguardia per questi ex lavoratori, per i quali si applicano (nel trattamento fiscale) le aliquote IRPEF disposte con la legge finanziaria 2003 e la no tax area, con l'effetto negativo di un maggior prelievo fiscale.

Inoltre l'INPDAP, nei trattamenti premio di fine servizio, dallo scorso anno non scomputa più l'alleggerimento dell'imponibile del 40,9636 per cento per i periodi riscattati.

## QUALI PROSPETTIVE PER I FONDI SANITARI

Stefano Biasoli



### INTRODUZIONE

Il Servizio sanitario nazionale, mediamente di buona qualità sia per le tecnologie che per il livello dei professionisti che operano in esso, sta pericolosamente arretrando per un insieme di fattori dirompenti:

1. il sottofinanziamento del sistema pubblico (5,8% del PIL; 8,4% comprendendo anche la spesa privata) in una condizione di federalismo sanitario incompleto;
2. il D.Lgs. 229/99 (riforma Bindi), con il suo assetto gestionale inadeguato;
3. l'appiattimento dei professionisti, privati anche della libertà professionale;
4. un'organizzazione di sistema rigida e burocratizzata, incapace di rispondere alle nuove richieste sanitarie (più attività ambulatoriale e meno attività sui ricoverati);
5. l'invecchiamento della popolazione, con l'esplosione delle patologie croniche, ecc.

Tutti motivi che inducono a valutare l'opportunità, per alcune categorie, di istituire od accedere a fondi sanitari integrativi. Oggi la spesa sanitaria privata vale circa il 2,5% del PIL: in 10 anni questo valore si è spontaneamente triplicato. Non è tanto aumentata l'offerta sanitaria privata, quanto la voglia degli italiani di scavalcare le liste di attesa e la burocrazia per ottenere prestazioni di qualità, in tempi rapidi, in orari comodi, in strutture moderne e rispettose della privacy.

Stiamo parlando di spesa sanitaria privata (ossia legata a scelte individuali) e di spesa sanitaria organizzata, attraverso l'intervento di intere categorie professionali (avvocati, notai, giornalisti, managers, medici, ecc.).

Anche i medici (dipendenti e convenzionati), consci delle lacune crescenti del sistema pubblico, hanno creato una polizza sanitaria integrativa (quella ENPAM - GENERALI) per risolvere vari aspetti sanitari, sanitario-alberghieri e socio-sanitari, che il S.S.N., già oggi, spesso non è in grado di garantire. Polizza sanitaria o fondo sanitario sono teoricamente integrativi del S.S.N., ma possono anche diventare sostitutivi dello stesso. Di fronte ad un S.S.N. che ridurrà progressivamente i livelli essenziali di assistenza (LEA), emerge l'esigenza (specie per le categorie economicamente più forti) di mantenere invariato, anche domani o dopodomani, l'odierno livello di sicurezza sanitaria.

### I FONDI SANITARI INTEGRATIVI (FSI)

Esistono due tipi di FSI (ex D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni):

- a) i fondi integrativi del S.S.N. (ex art. 9 del D.Lgs. anzidetto), cosiddetti "fondi doc.";
- b) i fondi di assistenza sanitaria, sia integrativi che sostitutivi del S.S.N., detti "fondi non doc."

Secondo il Legislatore, i fondi doc avrebbero dovuto progressivamente sostituire quelli "non doc", attraverso incentivi fiscali. In realtà, nonostante che la normativa favorisca i "fondi doc", ad oggi esistono solo "fondi non doc".

L'ultima manovra finanziaria (quella per il 2004), ha mantenuto le detrazioni fiscali per i fondi non doc entro il limite annuo di 3.615,20 euro. In prospettiva, i limiti di detraibilità dei fondi non doc dovrebbero scendere, e crescere quelli dei fondi doc.

Tuttavia qualcosa si muove, o si muoverà, con i nuovi contratti di lavoro in corso di definizione. Infatti il 2004 dovrebbe essere l'anno nel quale prenderanno finalmente il via i primi fondi contrattuali di categoria integrativi del sistema sanitario.

Come noto, la nuova definizione normativa della materia, con la suddivisione della tipologia dei fondi sanitari tra quelli "doc" e quelli "non doc", ha creato notevoli difficoltà per lo sviluppo di questo importante segmento del welfare integrativo.

In particolare, dopo il completamento della parte relativa al trattamento fiscale e il varo dei decreti che hanno definito i livelli essenziali di assistenza (LEA), non si è ancora provveduto a completare la normativa soprattutto per quanto riguarda i nodi critici riferiti ai meccanismi di costituzione dei nuovi fondi.

La materia dei fondi integrativi per molti versi sembra aver imboccato una strada simile a quella che hanno dovuto percorrere i fondi-pensione negoziali. Come si ricorda, dopo l'approvazione del D.Lgs. 124/1993, si è dovuto lungamente attendere fino all'estate del 1997, per assistere all'emanazione dei decreti attuativi indispensabili per disporre di tutte le condizioni necessarie per la partenza dei nuovi fondi pensione.

In quel caso, il Legislatore fu fortemente sollecitato dall'azione contrattuale delle parti sociali che avevano definito le condizioni negoziali per la partenza dei fondi pensione nelle

principali categorie dell'industria (chimici e metalmeccanici in testa).

Oggi una soluzione analoga potrebbe determinarsi anche con riferimento alla partita dei fondi sanitari integrativi. Il 1° gennaio del prossimo anno sarà operativo Faschim, il fondo sanitario riservato ai lavoratori del settore chimico, la cui previsione era stata definita nel rinnovo contrattuale del febbraio 2002. Allo stesso modo il 14 luglio scorso è stato siglato l'accordo degli alimentaristi, che riguarda 300.000 lavoratori del settore. I fondi sanitari integrativi possono essere costituiti nelle seguenti 4 forme:

1. come soggetti giuridici di natura associativa ai sensi dell'art. 36 del codice civile (*associazioni non riconosciute*), distinti dai soggetti promotori dell'iniziativa;
2. come soggetti dotati di personalità giuridica, ai sensi dell'art. 12 del codice civile (*associazioni riconosciute e fondazioni*); in tal caso il procedimento per il riconoscimento rientra nelle competenze del Ministro della Sanità, ovvero della Regione, quando si tratti di persona giuridica le cui finalità statutarie si esauriscono nell'ambito territoriale decentrato;
3. come soggetti dotati di personalità giuridica ai sensi della legge n. 3.816 del 1886 (*società di mutuo soccorso*);
4. come patrimonio di destinazione, separato e autonomo, nell'ambito del patrimonio dell'imprenditore nel cui ambito sono istituiti, con gli effetti di cui all'art. 2117 del codice civile (definizione di un patrimonio di destinazione).

La normativa prevede per la costituzione degli Organi di amministrazione e di controllo di fondi sanitari istituiti entro un ambito negoziale, il criterio di partecipazione paritetica dei rappresentanti dei lavoratori e dei datori di lavoro. I componenti di questi Organi devono essere in possesso di determinati requisiti di onorabilità e professionalità.

#### LE FINALITÀ DEI FONDI SANITARI E LA RELATIVA GESTIONE

I fondi sanitari sono destinati a realizzare il livello di copertura complementare del sistema sanitario. La loro funzione è quindi quella di intervenire a completamento delle prestazioni di base, assicurando ai cittadini una copertura per tutte quelle aree di prestazioni escluse totalmente o parzialmente dal sistema pubblico, e perciò interamente o in parte a carico delle famiglie.

Seguendo questa impostazione, la normativa ha definito in via prioritaria l'area di intervento dei fondi sanitari nell'integrazione alle prestazioni essenziali ed uniformi erogate dal sistema sanitario di base. Questa indicazione è accompagnata da una specifica dettagliata delle prestazioni che rientrano nel campo di intervento dei fondi sanitari.

In questo modo il Legislatore ha scelto di orientare i fondi sanitari verso una funzione integrativa e non sostitutiva delle prestazioni assicurate dal sistema di base. La funzione di orientare i fondi verso questo obiettivo è stata assegnata alla fiscalità, che assegna un trattamento tributario differenziato agli schemi definiti secondo questo modello, rispetto a quelli che assicurano un range di prestazioni diverso rispetto a quello indicato. In generale, l'area di intervento dei fondi sanitari riguarda:

- le prestazioni aggiuntive;
- le prestazioni erogate dal S.S.N. comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza (LEA) per la sola quota a carico dell'iscritto;
- le prestazioni socio-sanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la sola quota a carico dell'iscritto.

La definizione del "prestazioni aggiuntive non comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza" costituisce uno dei problemi di maggiore criticità dell'impianto dei nuovi fondi sanitari.

Da essa dipende in larga misura la possibilità di fornire prestazioni che incontrino l'interesse dei potenziali aderenti. In particolare, i livelli di efficienza del sistema sanitario nazionale, e la sua non uniformità su scala territoriale, spingono gli utenti a ricercare nelle forme integrative la copertura di prestazioni, anche teoricamente sostitutive di quelle erogate dal sistema di base, realizzate in strutture pubbliche o private, in regime di libera professione.

La materia è demandata ad un apposito intervento normativo del Ministero della Salute che deve esplicitare e dettagliare le prestazioni ammesse. In via generale, comunque, la normativa indica tre aree di intervento.

1. le prestazioni di medicina non convenzionate, ancorché erogate da strutture non accreditate;
2. le cure termali, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale;
3. l'assistenza odontoiatrica per le prestazioni non a carico del S.S.N. e con l'esclusione dei programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e protesica a determinati soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.

L'affidamento in gestione dei fondi deve essere motivato da ragioni di convenienza tecnico-economica, da indicare nei relativi atti deliberativi che, in merito, devono adottare gli Organi di amministrazione statutariamente competenti.

Le convenzioni devono prevedere:

- gli obiettivi e le linee di indirizzo dell'attività dei soggetti convenzionati;
- gli obblighi dei soggetti convenzionati e quello della rendicontazione periodica sull'andamento della gestione e delle prestazioni erogate;
- la tutela del diritto alle prestazioni degli iscritti e dei familiari;
- la prestazione di idonea garanzia;
- i termini e le modalità attraverso cui il fondo esercita la facoltà di recesso.

La gestione dei fondi può essere inoltre affidata agli enti territoriali e agli enti locali, previa delibera dei competenti Organi secondo le previsioni delle norme regolamentari, mentre le Regioni e le Province autonome regolamentano la gestione secondo la disciplina stabilita in materia.

Infine, un ulteriore recente difficoltà per il decollo dei fondi sanitari integrativi negoziali è rappresentata dalla carenza di risorse destinate ai rinnovi contrattuali della nostra categoria, circostanza che impedisce di fatto di devolvere quota-parte di tali risorse a favore dei fondi sanitari stessi, visto che già i nostri livelli retributivi non riescono a mantenere almeno l'invarianza del loro potere reale di acquisto.

## LA DEVOLUTION IN ONCOLOGIA

Mario Ferrera

**I**n Italia ogni anno poco più di 280 mila persone si ammalano di cancro (153 mila maschi e 127 mila femmine) e 152 mila ne muoiono (89 mila uomini e 63 mila donne), come testimoniano gli ultimi dati raccolti dai Registri Tumori Italiani e pubblicati nella seconda edizione di un volumetto tanto piccolo quanto prezioso, "Fatti e cifre dei tumori in Italia", vera miniera di informazioni per chi si occupa di oncologia.

I dati pubblicati riguardano gli indicatori epidemiologici classici (l'incidenza, cioè i nuovi casi di tumori diagnosticati ogni anno; la prevalenza, cioè le persone ammalate; la mortalità, cioè il numero di persone che muoiono ogni anno per malattia neoplastica e infine la sopravvivenza, cioè la percentuale di persone sopravvissute a 5 anni dalla diagnosi).

I dati si riferiscono agli anni '90 per l'incidenza e le stime di prevalenza, al 1998 per la mortalità e, infine, i casi diagnosticati entro il 1994 costituiscono la base per lo studio della sopravvivenza a 5 anni.

Aumenta il numero delle diagnosi per tumore, cresce in entrambi i sessi la probabilità di ammalarsi, effetto dell'invecchiamento della popolazione, ma anche di un aumento reale del rischio di ammalarsi.

Anche sul problema-cancro il nostro Paese risente delle ataviche diversità tra Nord e Sud del Paese. Al Nord vi è una maggiore incidenza e mortalità per tumore rispetto al Centro ed al Sud d'Italia. Anche il Nord presenta al suo interno delle diffe-

renze in termini di incidenza e mortalità: maggiori nel Nord-Est rispetto alle altre Regioni del Nord.

Oggi, questi dati debbono fare i conti con un andamento che gli esperti definiscono di "controtendenza nel drammatizzarne il significato": cioè, è sì vero che al Sud vi è una minore incidenza di tumori rispetto al Nord, però essa aumenta "parallelamente", tendendo anzi ad avvicinarsi a quella del Nord.

La mortalità, al contrario, tende a diminuire al Nord ed al Centro del Paese, mentre nel Sud d'Italia tende ad aumentare. Se quest'ultimo trend non dovesse invertirsi nei prossimi anni, assisteremo ad un sorpasso del Sud sul resto del Paese nella mortalità per tumori.

Il trend in aumento della mortalità per tumori potrebbe in parte essere spiegato da una crescita reale dell'incidenza dei tumori, che si presenta al Sud con un certo ritardo rispetto al Nord, ma in parte anche dal miglioramento delle statistiche di mortalità, che ha visto crollare al Sud le cosiddette cause di morte mal definite, cioè da causa non accertata, come suggerisce la prof.ssa Cusimano del Servizio Dipartimentale di Epidemiologia della AUSL 6, docente presso l'Università di Palermo.

Le Regioni meridionali, è questo il dato preoccupante che emerge dai Registri Tumori, si candidano a perdere il primato di oasi felici nel pianeta-cancro, avvicinandosi al non invidiabile primato che oggi spetta al Nord del Paese.

Le differenze tra Nord e Sud riguardano anche la sopravviven-



za, minore al Sud (ma i dati si basano soltanto su 300 mila persone) rispetto al Nord, dove la popolazione osservata è di 6 milioni e 700 mila abitanti: questo fatto, non senza polemiche, è attribuito alla molta strada che il Sud deve ancora fare rispetto alla prevenzione e alla accessibilità a terapie avanzate.

È anche vero, però, che l'incidenza deve fare, oggi, i conti con il fatto che per molti tumori vi è una anticipazione della diagnosi, conseguenza sia delle campagne di screening che della maggiore sensibilità dei mezzi diagnostici oggi disponibili. Aumentano pertanto le diagnosi per i tumori della mammella, del colon-retto, e prostata, ed in fasi sempre più precoci della malattia. A tal proposito gli epidemiologi concludono che "l'aumento complessivo dell'incidenza è la somma di un rallentato aumento del rischio e di un accelerato aumento dell'anticipazione diagnostica".

Analizzando sempre l'indicatore "incidenza", esso presenta una flessione nella crescita in tutti i Registri Tumori, tranne che in quello di Ragusa, sino ad oggi punto di riferimento per l'Italia insulare e meridionale.

#### DIFFERENZE GEOGRAFICHE PER TUMORE

##### **Tumori dell'esofago:**

come quelli della gola e della bocca, sono causati dal fumo di tabacco e dal consumo di bevande alcoliche. Più frequenti sul versante alpino delle Regioni del Nord-Italia. Dimezzati rispetto a 20 anni fa, mantengono una elevata frequenza nel Veneto, Trentino e Friuli, bassissima al Centro e al Sud.

##### **Tumori dello stomaco:**

in netta diminuzione in Italia, come nel resto degli altri Paesi industrializzati.

##### **Tumori colonrettali:**

aumentati in tutte le Regioni italiane, tranne che nel meridione. L'andamento geografico viene spiegato con l'effetto protettivo che la dieta mediterranea ha rispetto a questo tumore.

##### **Tumori primitivi del fegato:**

al Nord il consumo di alcool, al Sud le pregresse epatiti infettive, rappresentano preponderanti fattori di rischio. L'elevato consumo di alcool spiegherebbe l'elevata incidenza di tumori pancreatici al Nord-Est d'Italia.

##### **Tumori del polmone e della mammella:**

hanno una sovrapponibile distribuzione geografica. La minore incidenza nel meridione è spiegabile con la minore abitudine al fumo presente nel Sud d'Italia, mentre per il carcinoma della mammella femminile varrebbero specificità di tipo biologico e comportamentali delle Regioni meridionali. Per il tumore della mammella dati recenti del Registro Tumori della mammella in Provincia di Palermo rilevano un'incidenza maggiore nelle donne che vivono a Palermo-città rispetto alle donne che vivono negli altri Comuni della Provincia e nel resto della Sicilia, se rapportati al Registro Tumori di Ragusa. Per la dott.ssa Adele Traina, Responsabile del Registro Tumori della mammella in Provincia di Palermo "questi dati suggeriscono che la

differenza nell'incidenza del cancro al seno tra la grande città e la sua Provincia è collegata fortemente ai cambiamenti nello stile di vita ed all'abbandono dell'abitudine siciliana di nutrizione". Segno evidente di come il mutare delle abitudini di vita giocherà un ruolo importante nei prossimi anni nel ridurre il divario con il Nord-Italia.

##### **Tumore della prostata:**

merita un discorso a parte. La diffusione del test del PSA ha completamente alterato l'effettivo aumento del rischio per questo tipo di tumore, portando ad una anticipazione diagnostica ancora non ben definita in termini di efficacia e di sopravvivenza.

#### CONCLUSIONE

Permangono notevoli differenze da Regione a Regione, tra Sud e Nord, in termini di mortalità per tumori.

L'incidenza tende invece ad attenuarsi per via di quella riduzione del trend

tra Nord e Sud, con un Sud che tende ad assomigliare sempre più al Nord industriale, ricco e con una Sanità certamente più evoluta.

Si attenuano le differenze di rischio per alcuni tumori (stomaco, polmone negli uomini, collo dell'utero) nel senso che sia al Nord che al Sud vi è una diminuzione, mentre per altri tumori (colon-retto, mammella, prostata) il Sud tende a presentare gli stessi "profili di rischio" del Nord. Un dato preoccupante, se a questo si aggiungono altri due elementi, cioè la mortalità e la sopravvivenza.



# IL RISCHIO PROFESSIONALE E L'ERRORE MEDICO

Riccardo Cassi

**I**n Italia, come nel resto del mondo, si assiste ad un crescente contenzioso sia penale che civile per presunti errori medici. Tale situazione è in parte giustificata dalle maggiori aspettative legate all'evoluzione dei mezzi diagnostici e terapeutici e alla maggiore richiesta di salute da parte della popolazione; ma altri fattori, alcuni tipicamente italiani, incidono su una situazione che sta diventando insostenibile sia per i medici e gli altri operatori sanitari che per i cittadini, che sempre più rischiano di non poter ottenere un giusto riconoscimento in tempi accettabili per eventuali danni subiti.

L'errore in medicina non significa necessariamente "colpa", perché l'errore è insito in un'attività che si confronta con una realtà dinamica, spesso imprevedibile, come il paziente. L'errore è ineliminabile in qualunque attività professionale ed in qualunque specialità medica. Anche ottimizzando la qualità della struttura, anche aumentando le conoscenze dei medici, non si possono eliminare del tutto gli "eventi avversi".

Le recenti statistiche assicurative dimostrano che ogni medico ha, nel corso della sua attività professionale, l'80% almeno di probabilità di essere chiamato a rispondere di un presunto errore professionale; anche nel caso venisse riconosciuto innocente, questa esperienza lo segnerà profondamente, oltre a causargli notevoli spese legali e peritali.

La CIMO sta da alcuni anni sensibilizzando le istituzioni, i soggetti coinvolti e soprattutto gli operatori sanitari, con numerose iniziative per cercare di trovare insieme soluzioni idonee al problema del rischio professionale.

## Aspetti contrattuali

Al medico del S.S.N., in tema di colpa, viene applicato il concetto di danno ingiusto contenuto nel D.P.R. 3/57 (concernente le norme degli impiegati civili dello Stato), riportato acriticamente in tutte le normative successive (D.P.R. 761/79 e contratti, fino all'ultimo dell'8/06/2000), che esclude la copertura assicurativa da parte delle aziende per i casi di colpa grave, in quanto considerata, in quel contesto, come conseguenza di inosservanza di leggi o regolamenti, e non piuttosto di comportamento professionale imperito, imprudente o negligente.

È una previsione assolutamente discriminatoria e penalizzante nei confronti dei medici, perché non tiene conto del fatto che essi svolgono un'attività professionale con un rischio elevato di errore e che l'orientamento giurisprudenziale si è notevolmente modificato negli ultimi trent'anni, passando da una tolleranza forse eccessiva circa l'operato del medico ad una colpevolizzazione anch'essa eccessiva.

Inoltre, fino a pochi anni fa, le Compagnie assicurative comprendevano nelle polizze aziendali anche la copertura della

colpa grave, ma l'aumento dei premi ha fatto sì che la Corte dei Conti costringesse poi le aziende ad esercitare il diritto di rivalsa sul proprio dipendente.

Purtroppo le determinazioni cui è giunta la Commissione ex art. 24 del vigente CCNL di area medica, sono rimaste lettera morta, sia per la colpevole inerzia delle Regioni, alle quali spettava di emanare le disposizioni applicative, sia per un inopportuno intervento della Authority per la concorrenza.

La CIMO chiede con forza che nel prossimo contratto sia prevista l'obbligatorietà per tutte le aziende sanitarie della copertura assicurativa del rischio professionale del personale medico e veterinario dirigente e l'abolizione della possibilità di rivalsa nei loro confronti in caso di colpa grave.

## Aspetti legislativi

In Italia il procedimento penale e quello civile in tema di rischio sanitario sono spesso interconnessi, quindi è fin troppo facile per la parte lesa segnalare il fatto all'Autorità giudiziaria che, per l'obbligatorietà dell'azione penale, procede autonomamente, rendendo impossibile al medico di rivalersi, in caso di riconosciuta innocenza, su chi lo ha accusato ingiustamente. Occorre ridefinire ruolo e criteri di scelta del consulente tecnico di ufficio, funzione che troppo spesso viene ancora oggi affidata a medici incompetenti nella specifica branca interessata nel caso in questione (a maggior ragione in una medicina che è sempre più specialistica e tecnologica), ma che diventano di fatto gli artefici principali della eventuale condanna od assoluzione dell'incolpato.

La CIMO ha chiesto una modifica delle norme relative alle lesioni colpose conseguenti ad errori professionali, che tengano conto dell'evoluzione della medicina e delle aspettative di salute della popolazione.

Sul piano civile, occorre prevedere il ricorso obbligatorio ai Collegi di conciliazione, favorendo la composizione delle vertenze, evitando il ricorso ai processi e riducendo i tempi ed i costi delle controversie, con indubbi vantaggi per tutti (medici, cittadini e Compagnie assicurative).

Infine, sempre più al medico viene attribuita una responsabilità contrattuale e non extracontrattuale, con riflessi negativi in termini di prescrizione e di onere della prova, pur operando egli nell'ambito di un S.S.N., al quale il cittadino si rivolge.

È il Servizio, quindi, che deve essere garante della qualità delle prestazioni che offre e di cui deve rispondere; a nessuno verrebbe in mente di chiedere i danni all'ingegnere che ha progettato una macchina, anziché all'Azienda che l'ha prodotta: sarà poi l'Azienda a provvedere eventualmente nei confronti dei propri dipendenti.

La medicina, in particolare quella ospedaliera, richiede sempre

più una integrazione di professionalità e di competenze che rispondono ad un modello organizzativo complesso: perché solo raramente i responsabili dell'azienda sanitaria (direttore generale, direttore sanitario, Capo-dipartimento) vengono chiamati a rispondere in tema di eventi avversi?

### Aspetti assicurativi

Molte Compagnie assicurative sono uscite dal settore, mentre quelle rimaste hanno notevolmente elevato i premi, lamentando perdite eccessive di gestione. Occorrono regole nuove, chiare, facilmente applicabili.

Non è accettabile che un medico dipendente debba destinare somme consistenti, tra l'altro fiscalmente non detraibili (come invece può fare il Collega libero-professionista), per garantire tranquillità alla propria famiglia; ma non è neanche accettabile che le Compagnie assicurative rifiutino di garantire un rischio che è anche tutela del più debole, il cittadino vittima di un evento avverso.

Un altro problema è dovuto al succedersi negli anni di diverse Compagnie, o di diverse condizioni (loss of currency oppure claim's made).

L'assicurazione, quindi, deve coprire adeguatamente e completamente il rischio, senza clausole che limitino o annullino le garanzie; il pagamento del premio deve essere interamente a carico dell'azienda; le Compagnie, da parte loro, devono avere certezza dei costi e dei tempi, quindi tariffari certi e processi rapidi.

### Aspetti professionali

Oggi la "colpa professionale" può comportare per il medico l'apertura di ben cinque procedimenti: penale; civile da parte del presunto danneggiato; civile da parte dell'ASL per l'esercizio del diritto di rivalsa; interno all'azienda, con potenziale risoluzione del rapporto di lavoro; ordinistico.

La conseguenza inevitabile è rappresentata dallo sviluppo crescente della cosiddetta "medicina difensiva", che aumenta i costi sanitari e priva il cittadino di possibili trattamenti solo perché affetto da "patologie a rischio".

Il medico risponde in caso di dolo o di colpa grave, deve tenere una condotta lineare e corretta: vi è colpa professionale se viene dimostrata imperizia, imprudenza o negligenza nell'esercizio professionale.

Il fatto che l'evento avverso non sia eliminabile, non esime il medico dal mettere in atto quanto è necessario ad evitarlo; vanno quindi avviate le procedure necessarie per far sì che gli errori non si ripetano, ovvero vanno ricercate tutte le condizioni di rischio che esistono nel modo di operare del singolo e dell'équipe.

Il medico ha precisi doveri professionali: aggiornamento, comportamenti idonei, strumenti di lavoro adeguati; le carenze della struttura non giustificano l'errore, quindi il medico deve avere il coraggio di denunciarle, rifiutandosi di mettere in pericolo la salute del paziente, anche a costo di rimetterci nella carriera; a fronte di un evento avverso, il Giudice giustamente lo riterrà responsabile.

La formazione va realizzata in modo integrato e finalizzata al proprio aggiornamento culturale, non solo al raggiungimento strumentale dei crediti ECM.

### Aspetti organizzativi

Una giurisprudenza che solo raramente ha chiamato in causa i responsabili aziendali, ha favorito un disinteresse da parte di questi nei confronti della prevenzione del rischio; questa impostazione non ha ragione di essere in un S.S.N. che si fa garante nei confronti dei cittadini della qualità delle prestazioni che eroga attraverso i propri dipendenti.

Le aziende devono intervenire decisamente nella prevenzione del rischio e nella gestione dei sinistri malauguratamente sopravvenuti.

La prevenzione riveste diversi aspetti più propriamente organizzativi, come la eliminazione di tutte le potenziali cause di evento avverso: attrezzature vecchie; scarsa manutenzione; personale insufficiente a coprire i turni, garantendo nel contempo i riposi; pronta disponibilità al posto della guardia; pronte disponibilità su più presidi; guardie interspecialità; specialità sotto standard, come è per i punti-nascita che non raggiungono i 200 parti/anno, ecc.

L'azienda deve soprattutto garantire il rispetto degli standards previsti dalle legislazioni regionali, che molto spesso vengono trascurati, identificandosi nell'ASL il ruolo conflittuale e congiunto di controllore-controllato; esistono ancora oggi ospedali che, se si trattasse di strutture private, in base alle norme regionali non otterrebbero mai l'autorizzazione.

Ma le aziende devono "fare prevenzione" anche con la formazione obbligatoria dei propri dipendenti, con il controllo delle procedure, come ad esempio: la verifica della completezza della stesura della cartella clinica, per la parte medica e per quella infermieristica, che troppo spesso procedono come due corpi separati e discordanti; l'adozione di linee-guida sui percorsi diagnostici e terapeutici e sulla validità del consenso informato, inteso non come semplice firma su un modulo pre-stampato, ma come acquisizione di una comprensione da parte del paziente dei rischi ai quali quasi tutte le scelte cliniche purtroppo lo espongono.

Diventa inoltre indispensabile prevedere, in ogni azienda, una Unità di gestione del rischio, cui affidare:

- l'identificazione delle situazioni organizzative a rischio;
- la promozione della stesura e codifica di linee-guida, condizionate dagli specialisti, sulle procedure;
- l'analisi degli eventi avversi occorsi nell'azienda;
- la consulenza nei confronti delle varie U.O.;
- una prima valutazione dell'evento avverso e la gestione in prima istanza delle richieste dei cittadini-utenti.

In conclusione, occorre acquisire un approccio diverso al problema; preso atto della possibilità che l'errore medico si verifichi, occorre intervenire su più fronti per: eliminare le possibili cause di rischio, soprattutto sotto l'aspetto organizzativo; prevedere norme che, senza rendere il medico impunito, tengano conto delle caratteristiche della professione e lo rendano sereno sotto tutti i profili anche nell'esercizio di attività estremamente impegnative e rischiose; garantire al cittadino-utente un giusto e tempestivo risarcimento in caso risulti essere stato vittima di un evento avverso.

# FATTORI DI RISCHIO CLINICO IN ONCOLOGIA MEDICA

Mario Ferrera

Dal punto di vista strettamente giuridico la responsabilità professionale dell'oncologo non si discosta da quella di altre figure mediche, tranne che per alcune peculiarità:

- diverso significato della prognosi derivante da omessa diagnosi precoce;
- mancato rispetto dei protocolli diagnostici e terapeutici, nel senso di terapie chirurgiche inutilmente demolitive rispetto ad altre più conservative;
- importanti effetti iatrogeni secondari a radioterapia e/o polichemioterapia adiuvante;
- "confusione diagnostica" con quadri clinici non maligni, erroneamente inquadrati in ambito oncologico.

Nella maggior parte dei casi l'oncologo medico interviene in seconda battuta, dopo che la diagnosi di tumore viene formulata da altri specialisti o dopo che questi hanno esaurito il loro armamentario terapeutico.

Sul modello americano, in Centri oncologici avanzati l'oncologo medico opera di concerto con chirurgo, anatomopatologo e radioterapista in una visione unitaria del paziente oncologico.

Nei casi di presunta responsabilità professionale dell'oncologo medico, ai fini della formulazione del giudizio, sono presi in considerazione due elementi: l'inquadramento diagnostico, cioè a dire come si è fatta diagnosi di tumore, e l'indirizzo clinico-prognostico formulato. Vista la natura del tutto particolare delle patologie neoplastiche, l'indirizzo prognostico *quoad vitam* è prevalente, se non esclusivo, rispetto a quello *quoad valetudinem*.

Un errore diagnostico o terapeutico, ovvero il semplice ritardo diagnostico possono avere conseguenze e ricadute negative sulla prognosi con ripercussioni sfavorevoli ai fini della progressione della malattia e delle percentuali di sopravvivenza. Indipendentemente dal tipo di approccio oncologico (sia curativo, che palliativo o adiuvante) all'oncologo viene richiesto di curare anche altri due aspetti: il controllo del dolo-

re e la qualità di vita del malato oncologico. La presa in carico, inoltre, non si limita alla gestione del paziente in fase acuta, in base a quanto previsto dai protocolli terapeutici, ma anche al controllo e prevenzione degli effetti collaterali delle terapie antitumorali e nel riconoscimento, durante il follow-up, delle recidive neoplastiche.

I contenziosi medico-legali non risparmiano naturalmente il settore oncologico, anzi sono in costante aumento. È passato il tempo in cui il paziente affetto da cancro, consapevole della ineluttabilità della propria malattia, accettava ogni tipo di terapia alla quale era sottoposto.

## Principali fattori di rischio in oncologia

### I. ERRORI NELLADIAGNOSI

Mancato riconoscimento della malattia neoplastica:

- esami diagnostici erroneamente interpretati come negativi;
- esami insufficienti per formulare una diagnosi;
- reperto istologico dato per negativo ad un primo esame;
- ritardo nella diagnosi;
- ritardo nel trattamento.

Inadeguato trattamento della malattia:

- terapia antitumorale somministrata a paziente non neoplastico;
- terapia antitumorale somministrata a paziente con storia di cancro per patologia sopraggiunta interpretata come recidiva;
- protocollo terapeutico non indicato per il tipo di tumore in causa;
- chemioterapia a dosaggi inefficaci;
- trattamento complessivamente insufficiente;
- mancato trattamento.

Da queste osservazioni scaturiscono tre considerazioni:

- a) nessun trattamento chemioterapico o radioterapico andrà intrapreso in mancanza di un referto anatomopatologico incontrovertibile e compatibile con il quadro clinico;
- b) il referto anatomopatologico andrà sempre allegato alla



cartella clinica in copia originale, specie se la diagnosi è stata formulata in altra sede;

c) porre attenzione ad iniziare una chemioterapia in presenza di presunte metastasi secondarie a patologia neoplastica ad origine non nota.

## II. TOSSICITÀ DA FARMACI:

- rischio di sottodosaggio dei farmaci;
- rischio di sovradosaggio dei farmaci;
- rischio di stravasamento dei farmaci (necrosi tissutale);
- errore nella somministrazione dei farmaci;
- mancato riconoscimento degli effetti midollari e sistemici dei farmaci, ecc.

Proprio per i rischi connessi alla chemioterapia, essa va preceduta da una puntuale informazione al paziente sui rischi ed effetti collaterali di farmaci che hanno sicuramente una loro precisa tossicità, ai fini della necessaria acquisizione del consenso da parte della persona interessata.

I pazienti in giovane età, prima della chemioterapia, vanno informati della possibilità di conservare lo sperma in vista di una futura fecondazione artificiale. Il consenso va richiesto anche per eventuali terapie di supporto o per le emotrasfusioni, qualora si rendessero necessarie in corso di chemioterapia. L'inserimento del paziente in terapie sperimentali o non codificate dai protocolli internazionali deve passare al vaglio dei Comitati etici ed essere, naturalmente, condiviso ed accettato dal paziente. Un dato di fatto, legato all'innalzamento della aspettativa di vita, è l'aumento dell'incidenza della malattia neoplastica nell'anziano. Cresce, pertanto, anche il numero di contenziosi che riguardano le persone in questa fascia di età, non sempre dipendente da errori clinici.

## Gestione del rischio in oncologia

*Presa in carico del paziente neoplastico:* la condivisione delle scelte sia diagnostiche che terapeutiche tra diverse figure professionali (chirurgo, internista, anatomopatologo, oncologo) difficilmente porta a decisioni cariche di rischi. L'oncologo seguirà il paziente nel follow-up, legando il paziente ai controlli, pronto a coinvolgere altri Colleghi in base all'evoluzione della malattia. Si tratta di un approccio ormai consolidato nei Centri specialistici di eccellenza. Spesso l'oncologo diventa "l'ultima spiaggia" per un trattamento che può essere soltanto palliativo. La specializzazione nel settore rimane la miglior garanzia per contenere il rischio professionale.

*Protocolli e linee-guida:* vanno adattati sempre alle condizioni cliniche del paziente per quanto attiene dosaggi e periodicità delle somministrazioni. La chemioterapia dovrebbe iniziare entro una settimana dalla diagnosi, la radioterapia non oltre le due settimane, per ridurre il rischio di estensione della malattia.

*Sistema interno di reporting:* impiego di adeguato personale di supporto per i day-hospital oncologici, con annotazione in apposite schede di tutti gli eventi avversi.

*Comunicazione:* il paziente va costantemente informato sull'andamento del trattamento e sui risultati eventualmente attesi. Lo stretto follow-up è condizione per prevenire eventuali riprese della malattia.



## L'IPOTESI EUTANASICA PROPRIA

*Eutanasia attiva su soggetto consenziente, o eutanasia volontaria:* nell'eutanasia volontaria entra in gioco la volontà del paziente di riappropriarsi della propria morte (attraverso la rinuncia alla quota-parte di vita residua, giudicata indegna di essere vissuta), prevedendone sviluppi e modalità, gestendola razionalmente, organizzandola amministrativamente.

L'eutanasia volontaria e attiva su soggetto consenziente acquista la valenza di un "suicidio razionale", ma a differenza del suicidio razionale non è un atto propriamente individuale, appartenente alla sfera privata, quindi non giuridica, di esistenza.

Infatti gli elementi costitutivi dell'eutanasia attiva su soggetto consenziente sono:

- a) la pretesa di un soggetto, pienamente responsabile, di essere soppresso al realizzarsi di circostanze da lui stesso precedentemente e puntualmente determinate e definite;
- b) l'impegno di un operatore, delegato a realizzare il "piano di morte" (preferibilmente medico e preferibilmente indicato dal soggetto stesso);
- c) l'interesse pubblico dell'ordinamento a controllare la validità della richiesta e la correttezza tecnico-professionale del suo adempimento.

Ecco quindi la "questione principale" al centro della soluzione del problema: come orientarsi riguardo alla sospensione dei trattamenti di fine-vita, nel caso di un malato terminale incapace di intendere e di volere? La risposta, solo apparentemente semplice, è: attraverso il testamento biologico o le "direttive anticipate di trattamento"; ovvero attraverso la procura sanitaria, mediante la quale l'infermo, quando è ancora lucido, nomina un proprio fiduciario, una sorta di delegato per la Sanità, affidandogli il compito di assumere, in nome e per suo conto, le decisioni che il futuro potrà richiedere.

Ma entrambe le soluzioni sono problematiche e ricche di ambiguità:

- 1) testamento biologico o "direttive anticipate di trattamento": come prevedere anticipatamente tutte le ipotesi che si potrebbero manifestare sul piano clinico e della valutazione prognostica? Quanti e quali "no" si potranno anticipatamente dire rispetto alle future cure chirurgiche, di alleviamento del dolore, di rifiuto delle terapie di sostegno vitale (segnatamente della rianimazione cardio-polmonare) e della alimentazione e nutrizione artificiali, ecc.? E tali direttive saranno vincolanti per il curante e/o i curanti? E se non saranno vincolanti, quali diritti avrà il malato terminale circa la gestione del proprio modo di morire? Come rendere, insomma, effettivamente attuale e informato il consenso del paziente terminale rispetto alle cure dei momenti finali della propria vita, cioè come dilatare in modo efficace nel tempo il suo potere di autodeterminazione circa la propria salute e vita?

- 2) Procura sanitaria: anche il "delegato" incontrerà delle diffi-

# L'EUTANASIA E IL MEDICO

(PARTE SECONDA)

Carlo Sizia

coltà. Infatti:

- dovrà anch'egli attenersi alle direttive anticipate dettategli dal paziente;
- dovrà valutare se tali direttive sono applicabili-adattabili alla situazione clinica vissuta dal paziente terminale ed essere puntualmente informato dai curanti sull'evoluzione del quadro clinico-prognostico del delegante;
- dovrà decidere in nome e per conto del malato, perseguendo rigorosamente ed esclusivamente il bene di costui;
- è immaginabile un limite generale alle potestà del mandatario di fronte al rifiuto nei confronti delle cure palliative o di sostegno vitale per il paziente, specie in caso di orientamento e valutazioni difformi da quelle dei curanti. In tali circostanze il mandatario, in assenza di specifiche disposizioni scritte dell'assistito, sarà costretto ad affrontare (è presumibile) gli stessi vincoli che operano con riguardo al rappresentante legale: occorrerà, cioè, una preventiva autorizzazione dell'autorità giudiziaria.

## LE CURE PALLIATIVE

La questione della medicina e delle cure palliative sorge di fronte a situazioni patologiche clinicamente irreversibili, di solito particolarmente complesse per il correlato di sofferenza che comportano e per l'impegno emotivo che richiedono a sanitari e familiari. In tali casi è necessario evitare sia la sterile reazione di impotenza e di frustrazione (che si manifesta con l'abbandono del paziente a se stesso) che il cosiddetto accanimento terapeutico.

La scelta della medicina palliativa nasce dalla constatazione che anche quando non è più possibile "guarire", è ancora possibile "curare", nel senso di assistere-prendersi cura.

Le principali ragioni per promuovere un vasto programma di cure palliative sono le seguenti:

- 1) il numero dei pazienti necessitanti di cure palliative è in aumento (maggiori incidenze di patologie cronico-invalidanti; prolungamento del tempo-medio di sopravvivenza conseguente alla maggior efficacia di terapie sintomatiche medico-chirurgiche, progressi dei protocolli finalizzati ad una diagnosi precoce, ecc.);
- 2) le cure palliative sono la migliore risposta possibile ad una eventuale richiesta di interventi eutanasi;
- 3) esse prevencono, e rappresentano l'alternativa, anche rispetto all'accanimento terapeutico;
- 4) rappresentano una risposta adeguata, continuativa, proporzionata, rispetto al controllo del dolore, al sostegno rispetto alla sofferenza fisica e psicologica del malato e della sua famiglia;
- 5) consentono continuità di cure anche in ambiente domiciliare (ADI).

Presupposti operativi per il successo di un programma di cure palliative sono: a) la possibilità di garantire continuità di cure tra strutture di ricovero per acuti, hospice e ambiente domici-

liare; b) coinvolgimento del medico di famiglia nel programma di cura; c) costituzione di équipes multidisciplinari specializzate; d) capacità di agire in modo sinergico e integrato tra diverse professionalità mediche, sanitarie ed amministrative, laureate o non.

## L'OPPORTUNITÀ DI UNA LEGISLAZIONE IN MATERIA DI INTERVENTI EUTANASICI

Con le premesse anzidette, ritengo che oggi sia opportuno, e forse addirittura inevitabile, che intervenga una disciplina legislativa in materia di interventi eutanasi nei confronti dei pazienti terminali per le seguenti ragioni:

- per garantire maggior rispetto per i bisogni e i diritti delle persone vicine a morte, consapevole come sono che un'alta percentuale dei pazienti terminali è lasciata senza adeguate informazioni circa la propria condizione ed è costretta a subire inutili sofferenze prima di morire;
- perché siamo ad anni-luce dal poter disporre di una adeguata rete di cure palliative o di strutture specificatamente dedicate (hospice) ai malati terminali;
- perché sarebbe ipocrita, in assenza di una disciplina di legge equilibrata e prudente in materia, limitarsi allo status quo, nel quale le pratiche eutanasiche sono reato ai sensi dell'art. 579 c.p. (omicidio del consenziente) e dell'art. 580 c.p. (istigazione o aiuto al suicidio), intervenendo eventualmente solo per incoraggiare nel contempo la magistratura inquirente: a esercitare il proprio potere discrezionale di non perseguire le attività eutanasiche; od ammettere il motivo pietoso tra le condizioni di non punibilità del reato; ovvero ancora ad includere le considerazioni del motivo tra le circostanze attenuanti;
- perché già oggi i medici, in piena scienza e coscienza, eseguono pratiche eutanasiche e non è giusto lasciarli esposti ad una normativa di legge assolutamente generica e aspecifica, e per questo sproporzionatamente rigorosa;
- perché certamente oggi sul fronte variegato e "carbonaro" degli interventi eutanasi si compiono leggerezze, sotterfugi, abusi, ed è, quindi, urgente sottoporre a verifica preventiva la congruità delle richieste di intervento eutanasi ed a controllo successivo la correttezza e regolarità professionale e amministrativa degli adempimenti conseguenti;
- perché è importante e urgente che si introducano regole codificate ed equilibrate che fungano da valvola di sicurezza rispetto al carico di tensione che si accumula all'interno del rapporto duale medico-paziente e medico-familiari del paziente, tensione che inevitabilmente si crea nella fase terminale delle malattie inguaribili, essendo determinata da senso di incompiutezza, delusione, depressione e angoscia nel paziente; da impotenza, senso di colpa, frustrazione nel medico; da paura, incomprensione, ritorsione nei parenti della persona malata, e che rischia di far perdere serenità e oggettività di valutazione anche da parte dei professionisti della salute, cioè i medici;



■ perché non sono credibili le previsioni “catastrofiste” degli oppositori ad una regolamentazione di legge sull'eutanasia limitata ai malati terminali, secondo cui con tale eventualità si finirebbe per imboccare una “china scivolosa” che porterebbe, pressoché inevitabilmente, a compiere abusi ed errori a danno dei neonati, dei malformati, dei vecchi, degli invalidi, degli infermi di mente, ecc.;

■ e che non siano credibili le previsioni anzidette di catastrofe imminente e inevitabile, lo dimostrano i provvedimenti presi in materia da una serie di Paesi europei: Spagna, dove l'eutanasia ed il suicidio assistito non sono più considerati omicidio dal 1995; Francia, dove l'eutanasia è ancora illegale, ma si distingue tra eutanasia passiva (sostanzialmente consentita) ed eutanasia attiva (proibita); Germania, dove l'eutanasia è consentita per i pazienti in coma irreversibile e se corrisponde alla loro volontà pregressa ed è approvata dai tribunali tutori; Gran Bretagna, dove l'eutanasia ed il suicidio assistito sono ancora illegali, ma dove la giustizia ha autorizzato alcuni medici ad abbreviare la vita di malati tenuti in vita artificialmente; Svezia, dove l'assistenza al suicidio non è punibile ed i medici, in casi estremi, possono spegnere le macchine per la respirazione artificiale; Danimarca, dove i malati in modo incurabile, o i traumatizzati gravi, possono chiedere di sospendere il trattamento medico, ecc. Ma anche nei due Paesi europei che sono andati più avanti sul fronte della legislazione eutanasia (cioè Belgio ed Olanda) non si sono registrate catastrofi né sotto l'aspetto della frequenza né degli abusi del ricorso a tali pratiche. Nell'ultimo anno le pratiche eutanasiche in Belgio sono state circa 170, in Olanda si è partiti nell'anno 2000 con più di 2000 pratiche, ma da allora sono in costante diminuzione;

■ certo la eventuale legislazione eutanasiche deve essere limitata a ben determinati casi e procedere con grande circospezione e prudenza. Come avviene in Olanda, dove l'eutanasia è ancora reato, ma dove i medici che riferiscano di aver eseguito tale atto non vengano perseguiti, se è possibile dimostrare che sono rispettati i seguenti criteri: a) il paziente ha avanzato una richiesta di eutanasia volontaria, ponderata, persistente ed esplicita; b) il dottore aveva con il paziente una relazione sufficientemente stretta da permettergli di valutare che la richiesta fosse tanto volontaria, quanto ben ponderata; c) secondo la prevalente opinione medica, la sofferenza del paziente era insopportabile e senza prospettive concrete di miglioramento; d) il dottore ed il paziente hanno discusso le alternative all'eutanasia; e) il dottore ha consultato almeno un altro medico con un punto di vista indipendente; f) l'eutanasia è stata eseguita in accordo con la buona pratica medica. Anche in Belgio la regolamentazione dell'eutanasia è circostanziata e severa, anche per prevenire la possibilità che tale Paese diventi meta di tragici “viaggi della speranza”. Anche in quel Paese, tuttavia, la legislazione dell'eutanasia è tuttora motivo di polemiche e la normativa relativa non è ancora stabilizzata, essendo pendenti ricorsi di incostituzionalità presso il Consiglio di Stato. Anche fuori dall'Europa, ad esempio in Oregon, nel 1997 i cittadini hanno approvato per la seconda volta il Death with Dignity Act, che rende legale il suicidio legalmente assistito purché conforme ai seguenti requisiti: 1) che il paziente sia sano di mente; 2) che gli rimangano meno di sei mesi vita; 3) che avanzi una richiesta sia orale che scritta in merito; 4) che due

dottori convengano sulla presenza di tali condizioni e sul fatto che il paziente non sia troppo depresso per esprimere un giudizio circa la auspicabilità di morire.

### CONCLUSIONI

Sarei folle se pensassi che regolamentare aspetti così delicati della nostra vita personale e professionale sia cosa facile, o che si possa affrontare legislativamente il tema senza porre in essere garanzie o vincoli rigorosi. Tuttavia ritengo che sia irresponsabile che il Legislatore non intervenga, con correttezza e prudenza, in materia di eutanasia diretta volontaria o suicidio medicalmente assistito, a maggior ragione dopo che è già intervenuto (più di 20 anni fa) per legiferare sull'interruzione volontaria di gravidanza, che non solleva certo minori problemi morali.

Mi rendo altresì conto come si possa rischiare di trasformare l'evento-morte da fatto naturale e tragico in una pratica sanitario-amministrativa, quindi di derubricare la morte a decesso. Ma ritengo anche che risponda all'essenza della professione medica sentire pietà e compassione per l'uomo che soffre, e quindi prestare assistenza alla persona che chiede aiuto, in modo inequivoco, per essere liberata da una vita che giudica ormai priva di ogni dignità, al punto di preferirle la morte.

Nessuno può pretendere, naturalmente, che la Chiesa ed i cristiani modifichino le loro leggi e i principi del loro credo: evidentemente la normativa eutanasiche non può essere imposta a nessuno; sia chi chiedesse l'eutanasia in qualche modo legalizzata (nei limiti anzidetti), sia coloro che la praticassero, su mandato del paziente, dovrebbero comunque aderirvi in piena libertà e coscienza.

Credo, infine, che i principi ispiratori di una prudente e moderna legislazione eutanasiche siano già tutti contenuti nelle attuali norme del nostro Codice di deontologia medica, che certamente sono orientate a demedicalizzare la morte, rompendo nel contempo fuorvianti identità, sia quella di coloro che considerano la morte alla stessa stregua di una malattia, sia quella di coloro che si illudono che la morte possa essere una cura o una guarigione.

### BIBLIOGRAFIA

1. *La Costituzione della Repubblica italiana, con annotazioni di Luigi Cattani, Edizioni Cetim, 1986.*
2. *Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana, a cura del Comitato Nazionale per la Bioetica. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'informazione e l'editoria (1995).*
3. *Codice di deontologia medica, approvato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri nel 1998.*
4. *Eutanasia e suicidio assistito (Gerald Dworkin, Raymond G. Frey, Sissela Bok), Edizioni di Comunità, Torino (2001).*
5. *“Il Sole - 24 Ore - Sanità” n. 37/2003, pag. 2 e 3;*
6. *“Management” di Novembre 2003 (pagg. 19-25), inserto al n. 44/2003 de “Il Sole - 24 Ore - Sanità”*

*La prima parte è apparsa nel numero 1/2004*

# LA DIFFICILE ACQUISIZIONE DEL “CONSENSO INFORMATO” SPECIALISTICO

Carlo Sizia

## Premesse

Il vigente Codice di deontologia medica ha recepito in pieno il nuovo modello filosofico di relazione medico-paziente rappresentato dal consenso informato, requisito centrale per valorizzare l'etica della libertà e dell'autonomia della persona circa scelte che attengono a valori fondamentali, come la propria salute e vita, rispetto al modello tradizionale della medicina paternalistica, che aveva nell'etica della beneficienza, autogestita dal medico nella sua solitaria responsabilità professionale, il vero caposaldo.

È proprio dal 2° e 3° comma dell'art. 32 del vigente Codice deontologico a proposito della “Acquisizione del consenso” che nasce il problema di una modulistica certificativa dell'informazione data al cittadino al fine di acquisirne il consenso alle attività diagnostiche e/o terapeutiche propostegli nelle varie situazioni cliniche.

Infatti l'art. 32 non dispone solo (comma 1°) che “Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso informato del paziente”, ma anche (comma 3°) che “Il procedimento diagnostico e/o il trattamento terapeutico che possano comportare grave rischio per l'incolumità della persona, devono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conseguenze, cui deve fare seguito una opportuna documentazione del consenso” e (comma 2°) che “Il consenso, espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione inequivoca della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'art. 30”.

La legge prevede esplicitamente la forma scritta del consen-

so nei casi di: trasfusione di sangue; sperimentazione clinica; accertamento diagnostico AIDS; impiego di radiazioni ionizzanti.

Se si parla di modulistica per l'informazione e il consenso non è certo per burocratizzare tali processi, ma per preservare la persona-malata dal rischio di veder violato il proprio diritto all'autodeterminazione e, in via indiretta, per tutelare il medico in caso di disputa legale successiva ad eventuali danni derivanti al paziente dalle attività diagnostiche e/o terapeutiche autorizzate.

È quindi ragionevole porsi il problema di definire un “modulo tipo” per la raccolta del consenso informato specialistico o, più modestamente, di indicare una “traccia” per favorire l'acquisizione più completa e corretta possibile della documentazione circa l'informazione e il consenso alle pratiche diagnostiche e terapeutiche di tipo specialistico da eseguire sul paziente ospedalizzato.

A tal fine, è utile partire da una analisi su un campione delle modulistiche oggi in vigore in alcuni ospedali italiani.

## Le principali lacune delle attuali modulistiche

Ho analizzato circa 50 moduli di consenso informato relativi a svariate procedure per: accertamento bioptico, esami ematochimici, trasfusioni di sangue, per posizionamento di catetere venoso centrale, per trapianto di fegato e altri interventi chirurgici, per accertamenti e cure medico-specialistiche, per somministrazioni di farmaci con potenziali effetti tossici, ecc. L'analisi ha riguardato piccoli e grandi ospedali, reparti ospedalieri e cliniche universitarie, reparti di degenza di medicina e chirurgia generale, ovvero di specialità (neurologia, otorinol-

ringoiatria, ostetricia e ginecologia, reumatologia, dermatologia, pediatria, ecc.), moduli per l'età pediatrica e relative patologie e per le età adulte o senili, e relative patologie, moduli in uso nei servizi di diagnostica di laboratorio, ovvero di diagnostica per immagine, ecc.

Ecco, a mio giudizio, le principali lacune riscontrate:

- 1. si tratta spesso di moduli così generici e aspecifici da poter essere usati indifferentemente per interventi, ad esempio, di unghia incarnita, ernia inguinale, fimosi, ecc., ovvero per interventi complessi tipo trapianti di fegato, sostituzione di arco aortico, ecc. In realtà si parla di "informazione ricevuta" su benefici attesi, eventuali complicanze, rischi, esiti, nonché di possibili alternative diagnostiche e terapeutiche, ecc., ma senza specificare quali siano in concreto i benefici, i rischi, le alternative, nel caso in questione. Manca, insomma, un rapporto ragionevole tra qualità e quantità dell'informazione rispetto all'intervento in questione, nella sua specificità ed unicità;
- 2. spesso l'informazione è data per iscritto ed in modo impersonale. Si tratta quindi di comunicazione monca ed unidirezionale, senza possibilità di contraddittorio, né di eventuali chiarimenti e approfondimenti. È quindi da dubitare che il consenso che ne seguirà possa essere espresso nella pienezza dei suoi significati;
- 3. a volte il modulo di consenso (ad esempio, alla somministrazione di mezzo di contrasto endovena) è proposto unitariamente alle indicazioni per la preparazione intestinale all'esame dell'urografia. Avolte uno stesso modulo è proposto per il consenso all'intervento, per la eventuale trasfusione di sangue, per la conservazione e catalogazione di parte dei tessuti prelevati o asportati, ecc.;
- 4. molto spesso il modulo si presenta gravemente incompleto: mancano ad esempio la data di nascita, la nazionalità e la "lingua parlata" dal o dalla paziente; mancano i fattori aggravanti (ad esempio: ipertensione, dismetabolismi, menomazioni, gravi disfunzioni di organi e apparati vitali, ecc.) rispetto alla patologia specificamente individuata che richiede l'accertamento o il trattamento per cui si richiede il consenso; manca solitamente il consenso a sospendere o a modificare l'intervento, come già programmato, di fronte a situazioni sopraggiunte impreviste o imprevedibili; manca l'informazione sulle principali possibili conseguenze del "non intervento", ecc., ecc.;
- 5. talvolta l'acquisizione del consenso viene documentata direttamente in cartella clinica; altre volte sul modulo del consenso è specificato che esso è collegato alla cartella clinica n. ...; qualche volta sul modulo si fa riferimento a fascicoli o libretti informativi messi a disposizione dei pazienti su patologie, o gruppi di patologie, per favorire la preparazione al consenso;
- 6. spesso il medico che ha fornito l'informazione e raccolto il consenso non è lo stesso medico che, di fatto, eseguirà l'accertamento o l'intervento in questione;

- 7. molto spesso vengono trascurate queste specificazioni: le modalità esecutive dell'intervento (ad esempio: per via laparotomica, o per via laparoscopica, per via addominale, per via vaginale, ecc.), nonché la qualifica dei medici, e loro ruolo funzionale, nell'intervento in questione;

- 8. raramente, in calce al modulo, sono riportati spazi dedicati:
  - alla dichiarazione del paziente sulla piena comprensione dell'informazione acquisita, compresa quella relativa ai quesiti da lui posti, nonché sul suo grado attuale di libertà e consapevolezza circa il consenso concesso;
  - ad una data, successiva a quella della iniziale acquisizione del consenso (che coincide con il momento della programmazione dell'accertamento o intervento in questione) per l'eventuale conferma o revoca del consenso precedentemente dato (cioè nell'imminenza dell'esecuzione dell'accertamento o intervento stessi), o quando tra il 1° e il 2° colloquio per il consenso sia opportuno porre una pausa di riflessione (come in caso di intervento per sterilizzazione tubarica);
  - ad un giudizio del medico responsabile della procedura del consenso informato circa le condizioni psichiche dimostrate dal paziente (grado di lucidità, autonomia e capacità relazionali) al momento dell'informazione;
  - ad eventuali firme di testimoni presenti all'acquisizione del consenso informato;
  - alla seguente specificazione: "copia della presente documentazione originale è stata consegnata al paziente";

- 9. quasi mai ho visto riportata la specificazione che, in caso di rifiuto della procedura diagnostica o terapeutica proposta dai curanti da parte dei genitori esercitanti la patria potestà sul figlio di minore età o da parte del legale rappresentante di persona interdetta o inabilitata, l'Ospedale provvederà alla immediata segnalazione del caso all'Autorità giudiziaria competente, riservandosi, ove se ne presentassero le necessità per situazioni gravi e di emergenza, di procedere comunque al trattamento necessario al fine di evitare un grave danno alla persona ricoverata;

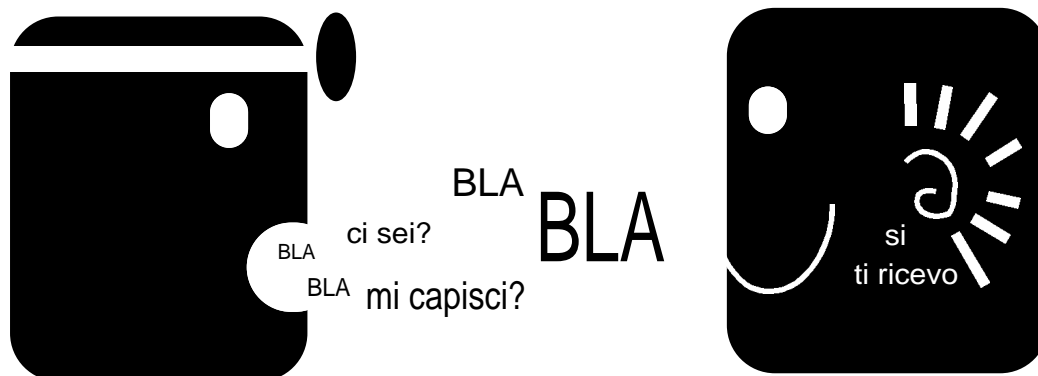
- 10. in generale, ho visto, nei moduli esaminati, oltre a numerosi errori di battitura (che certo depongono negativamente sull'accuratezza della procedura), una certa fretta di giungere alla parte finale, quella della firma del "consenso liberatorio", quasi che il consenso o il rifiuto rispetto agli accertamenti e trattamenti proposti non siano condizionati dalla precisione, puntualità, completezza della informazione propedeutica.

A tale convinzione sono giunto dopo aver visto alcuni moduli compilati: la firma del paziente non manca mai, ma ricorrono troppi spazi bianchi, compreso quello della data del consenso, dei benefici attesi e dei rischi connessi, e addirittura quello riferito alla procedura di cui si richiede il consenso. Uguale disordine, disattenzione, pressapochismo ho notato nella conservazione e catalogazione dei moduli, una volta compilati.

## PER UNA COMUNICAZIONE EFFICACE

tra gli operatori e con i fruitori del S.S.N.

Luigi Dal Sasso e Chiara Marangon



Con le riforme via via succedutesi, il S.S.N. si è trasformato in un sistema di aziende, governate dalle rispettive holding regionali. Nel modello veneto, le aziende contengono sia i servizi territoriali che quelli ospedalieri. Tutti gli strumenti di programmazione finora emanati, nazionali o regionali, hanno cercato di garantire la continuità assistenziale e l'integrazione fra tutti gli attori del processo.

Si è creata così una "rete dei servizi", un sistema organizzativo che vuol mettere in relazione tutte le realtà che, a qualunque titolo, entrano nella filiera delle attività assistenziali. I capisaldi classici, rappresentati da: ospedale; case di riposo, RSA e altre strutture residenziali extraospedaliere; centri diurni; servizi domiciliari, ecc., devono essere un sistema integrato di attori protagonisti e rappresentano una realtà organizzativa con elevato grado di complessità.

Affinché in una organizzazione complessa le cose funzionino, è necessario che ciascuno sappia dove si colloca nello scacchiere, con quali compiti, con chi deve relazionarsi e comunicare per armonizzarsi e integrarsi al meglio nel servizio.

Perché occorre comunicare? Perché in una organizzazione complessa esistono logiche e procedure diverse fra reparti/servizi/uffici e tanto maggiore è la complessità dell'organizzazione, tanto maggiore è l'esigenza di capire per gestire e operare bene.

È essenziale pertanto che in un'azienda che produce servizi e si occupa della salute della popolazione, la comunicazione fra Colleghi medici (ma anche con gli altri operatori della sanità e con gli utenti - pazienti) rappresenti la premessa indispensabile per il corretto funzionamento dei servizi. Nessuno può dire "faccio la mia parte, del resto non mi preoccupo". La comunicazione fra medici è comunque un processo che si

sviluppa secondo le regole generali:

- esiste una **emittente** che, avendo qualcosa da dire, elabora un messaggio; l'emittente trasforma il messaggio in parole, gesti, espressioni e lo trasmette. La trasmissione può essere orale o scritta. Comunque è accompagnata da atteggiamenti non verbali, a volte più significativi del testo trasmesso. Nel nostro caso sono importanti messaggi non verbali quali il negarsi al telefono, comunicare con freddezza, tenere ben evidenti le distanze nell'incontro personale, scrivere un testo di invio o di risposta incompleto, con calligrafia illeggibile e con sigle non conosciute dall'altra parte, ecc;
- il **ricevente** riceve il messaggio, lo decodifica e compie le azioni contenute nel messaggio. Le risposte che recepisce l'emittente definiscono il significato assegnato alla comunicazione.

Quali sono le possibilità/opportunità di comunicazione per i medici? Esse sono principalmente: incontri personali; colloqui telefonici; documenti scritti (1. scheda di ricovero; 2. lettera di dimissione; 3. richiesta di indagini; 4. richiesta di consulenza; 5. referti medici e di laboratorio; 6. referti strumentali; 7. cartella clinica; 8. scheda sanitaria individuale; 9. libretto sanitario personale); fax; e-mail; internet; riunioni sul caso; UVMD (unità di valutazione multidimensionale), ecc.

È certo che i canali di comunicazione esistono, anzi sono numerosi. Da qualche anno si è anche provveduto a regolamentare la diffusione delle notizie, per tutelare la privacy. Perché allora la comunicazione è così carente? Perché gli operatori, medici e non, si capiscono poco?

Diversi sono i motivi di divergenza:

- a. le parti non hanno la stessa visione dei fatti;
- b. le parti hanno informazioni separate;

- c. le parti percepiscono l'avvenimento in modi diversi;
- d. le parti hanno punti di vista diversi sulla propria autorità e potere;
- e. una parte dà più importanza a certi aspetti rispetto ad un'altra.

La comunicazione fra Colleghi è considerata tanto importante al punto che la Convenzione nazionale dei Medici di Medicina Generale (MMG) la richiama e ne precisa i contenuti nei seguenti articoli:

Art. 14 (Programmazione e monitoraggio delle attività): il MMG entra di diritto nell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali;

Art. 15 (Equipaggi territoriali): vengono istituite per realizzare forme di integrazione professionali;

Art. 31 (Compiti del medico con compensi a quota fissa): viene previsto il consulto con lo specialista e l'accesso del medico di famiglia presso gli ambienti di ricovero in fase di accettazione, di degenza e di dimissione del paziente;

Art. 34: viene richiamato il consulto con lo specialista;

Art. 35 (Rapporti tra il medico di famiglia e l'ospedale): molto dettagliatamente vengono descritte le modalità di comunicazione fra il MMG e l'Ospedale, il rispetto delle norme di prescrizione diretta di controlli, la relazione di dimissione, le dimissioni protette. Si parla anche della costituzione di una Commissione per dirimere i casi controversi e i conflitti fra medici ospedalieri e di medicina generale;

Art. 37 (Richiesta di indagini specialistiche, proposte di ricovero o di cure termali): viene descritto come si compila la richiesta di indagini, come si formula la risposta al quesito diagnostico, come si compila la scheda di accesso in ospedale;

Art. 40 (Forme associative dell'assistenza primaria): tra l'altro si esplicita che i MMG si associano anche per condividere percorsi assistenziali, linee guida, attuare momenti di verifica periodica;

Art. 42: parla della necessità che si crei collegamento con i medici di continuità assistenziale;

Art. 72 (Programmi di attività e livelli di spesa programmati): si richiama la necessità della verifica fra pari.

Oltre a questi articoli della Convenzione, ricordiamo la Circolare n. 15 del 23 Ottobre 1996 del Ministro della Sanità, una delle tante disposizioni urgenti per il risanamento della finanza pubblica, nella quale si raccomanda lo scambio di informazioni fra il medico ospedaliero e il medico curante.

Perché allora la comunicazione non funziona bene? Perché ci scambiamo molte notizie, ma poche informazioni utili. I messaggi che ci scambiamo non sono, cioè, finalizzati. Le notizie sono parole, scritti, non finalizzati a qualche scopo. Le informazioni finalizzate sono quelle che rispondono a domande precise. Comunicazione si realizza quando si crea relazione effettiva-efficace fra le parti. Fra Colleghi deve esistere almeno informazione finalizzata. Evidentemente oggi non è ancora così.

Ad esempio: le schede di accesso in ospedale sono povere di informazioni utili sui problemi del paziente; le lettere di dimis-

sione sono ricche di dati di laboratorio e di referti specialistici incomprensibili ai più; le richieste di consulenza non indicano il motivo per cui la consulenza è richiesta; lettere di consulenti rimandano il parere all'esecuzione di ulteriori esami; ancora tante di queste lettere sono scritte a mano con scrittura poco leggibile, ecc. Tutto ciò perché i medici si scambiano notizie, ma non si danno informazioni e tanto meno - o tanto poco - ragionano insieme sullo stesso problema di salute del paziente.

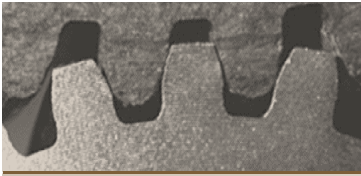
Negli ultimi tempi viene sempre più invocata la figura del MMG come regista dell'assistenza. Si vede in questo professionista colui su cui far convergere la responsabilità dell'individuazione e della delimitazione dei problemi dell'utente-paziente. Ai medici oggi viene richiesto non solo competenza tecnica, ma anche la capacità di determinare i problemi del paziente e di stabilirne le priorità. Al centro della comunicazione, allora, deve esserci un reale scambio di informazioni davvero finalizzate; solo così saranno utili tutti gli strumenti che la tecnologia oggi offre, telemedicina compresa.

Tutte le nuove forme di assistenza oggi in vigore tendono giustamente a mettere al centro dell'attenzione il cittadino (centralità del paziente). Le dimissioni protette dall'ospedale, gli inserimenti in servizi diurni o residenziali cercano di dare risposte precise alle reali esigenze degli assistiti. C'è un rischio in tutto questo. E consiste nel fatto che per ottenere questi servizi, per accedere a questi percorsi è necessario compilare nuovi moduli, riempire tanti formulari, nati con le più buone intenzioni, che però aumentano di molto il tasso di burocratizzazione del lavoro.

Anche per questi aspetti servirà un'attenta e consapevole partecipazione degli attori coinvolti nelle unità di valutazione multidimensionali per "socializzare" le conoscenze in proprio possesso e ottenere così un migliore progetto assistenziale per il nostro assistito. Ogni scheda compilata non deve essere vista come un peso addizionale. Il compito non è esaurito dopo la compilazione di moduli o questionari, ma ogni caso va accompagnato con un'adeguata esposizione delle motivazioni e dei problemi che giustificano la richiesta stessa.

Entrare in relazione con gli altri operatori della sanità e dell'assistenza diventa un aspetto delicato e prioritario del nostro lavoro. La comunicazione, quindi, non può più essere considerata un optional, ma diventa un problema serio e impegnativo. L'obiettivo non è fare molta comunicazione, ma fare buona comunicazione e ciò succederà se torneremo a ragionare per individuare e risolvere i veri problemi del paziente, bandendo sia gli automatismi frettolosi che gli appesantimenti burocratici inutili.

*Luigi Dal Sasso - CIMO-ASMD Legnago (VR)*  
*Chiara Marangon - CIMO-ASMD Vicenza*



## IL LEGISLATORE PROPONE E IL GIUDICE DISPONE

Vania Cirese

**A**l giorno d'oggi benché siano sostanzialmente mutate sia le tipologie dei reati che le regole procedurali, quando un cliente si rivolge all'avvocato per affidargli la difesa tecnica in un processo penale che lo riguarda come indagato o come persona offesa dal reato, innanzi tutto si vanno ad esaminare la cosiddetta "competenza" e la "procedibilità", cioè se si tratti di un reato (colposo o doloso) giudicabile dal giudice in composizione monocratica o collegiale e se sia "d'ufficio" o a "querela", per le note diverse conseguenze ricollegabili. Ma possiamo ancora seguire questo metodo? Nei primi colloqui con il cliente in vista della scelta della strategia difensiva, spesso da parte dei medici (cui per evidenti ragioni ormai non sfuggono più questi "criteri" giuridici e punti nodali del processo) sorge spontanea una domanda, che gli avvocati penalisti si sentono porre sempre più frequentemente: "ma la querela non va presentata entro tre mesi dal fatto? L'intervento chirurgico è stato effettuato più di un anno fa!", o ancora: "ma la paziente mi ha assicurato che non rimprovera me, che mi è riconoscente per averle salvato (la vita, l'organo...), che ha querelato unicamente il dott....., come mai sono stato coinvolto io?".

Una volta appurato lo stato del processo (indagini preliminari, incidente probatorio, dibattimento) e le norme che si assumono violate, qualora si tratti di lesioni colpose anche aggravate (art. 590 c.p.) essendo indubbia la procedibilità a querela, (ipotesi che è difficilmente ricollegata alla singola colpa professionale salvo la violazione di norme antinfortunistiche), può procedersi alla scoperta dell'arcano mistero, affermando come Democrito: "in realtà nulla sappiamo, poiché la verità sta nel profondo".

Prima di affrontare il problema si rende tuttavia necessaria una premessa: cos'è realmente la querela; qual'è il suo fondamento?; qual'è la sua natura giuridica e la sua disciplina?

Orbene, la querela è stata prevista dal

codice penale come un "diritto soggettivo" della persona offesa dal reato, un "atto processuale" di natura negoziale. Non è l'esplicazione di un diritto di accusa privata, idonea ad investire direttamente il giudice, ma è una dichiarazione di volontà che tende a rimuovere l'ostacolo della perseguibilità di determinati fatti delittuosi. La dottrina e la giurisprudenza hanno riconosciuto alla querela la funzione di rimuovere un ostacolo al promuovimento dell'azione penale, garantendo alla persona offesa il diritto di valutare il disvalore dell'atto in suo danno, l'entità, la portata delle conseguenze negative per la privacy, derivanti dall'esercizio dell'azione penale.

In altre parole, l'ordinamento rimette all'offeso la determinazione dell'illiceità o meno del fatto, ovvero l'opportunità o meno di mettere in moto la macchina giudiziaria anche in considerazione del fatto che lo *strepitus fori* potrebbe provocare un inconveniente maggiore della soddisfazione giudiziaria.

Il fondamento dell'istituto va ravvisato nella convergenza dell'interesse pubblico in quello privato, tuttavia la regola è rappresentata dalla perseguibilità d'ufficio, mentre quella a querela costituisce l'eccezione, così da dover essere espressamente stabilita dalla legge. Il tema della natura giuridica della querela (condizione di punibilità: sostanziale; condizione di procedibilità: processuale) si riverbera necessariamente sulle conseguenze relative alla fattispecie concreta (prescrizione, effetti nel processo civile, in tema di risarcimento del danno).

Ad esempio, allorché l'azione penale è stata esercitata ed il giudice, a seguito delle indagini svolte, ha dichiarato improcedibile l'azione penale per mancanza di querela (e ciò sia in sede dibattimentale che istruttoria), la decorrenza della prescrizione in sede civile decorre non dal momento del fatto, né dalla data di decadenza del diritto di proporre querela, ma dalla data della pronuncia del giudice penale che ha accertato che lo stesso è

perseguibile a querela.

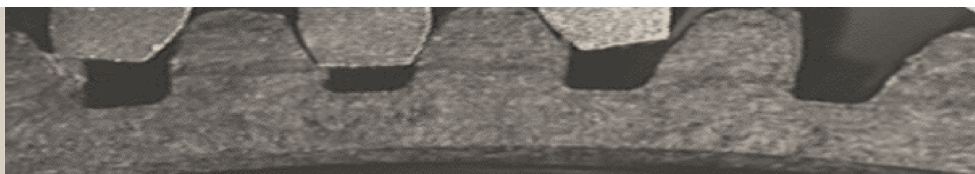
Anche secondo le Sez. Un. Cass. Civ. la prescrizione del diritto al risarcimento del danno comincia a decorrere dalla data del provvedimento di archiviazione. La titolarità del diritto di querela va correlata al soggetto giuridico offeso dal reato, la cui lesione o esposizione al pericolo costituisce l'essenza dell'interesse giuridico protetto dalla norma penale e la ratio dell'incriminazione.

Tale soggetto va distinto dal danneggiato, che è colui al quale il reato ha cagionato un danno di indole civile e pertanto può coincidere (paziente maggiorenne che abbia riportato una lesione in proprio), ma può anche essere una persona diversa da quella offesa (genitore esercente la potestà sul neonato leso). Va notato che gli eredi legittimi dell'incapace vanno considerati danneggiati, non persone offese dal reato, con la conseguenza che non sono titolari del diritto di proporre querela.

Tralasciando per ragioni di opportunità l'analisi del contenuto e della forma dell'atto di querela, vale la pena soffermarsi sul "termine per proporre querela" (art. 124 c.p.) e "sull'estensione della querela" (art. 123 c.p.), essendo temi la cui previsione e interpretazione suscitano ampi dibattiti per la mancanza di univocità di indirizzo ed i rischi connessi a valutazioni troppo estese.

Riguardo al termine, l'art. 124 c.p. prescrive che il diritto di querela deve essere esercitato entro tre mesi dal giorno della notizia del fatto che costituisce reato: tale termine è stato costantemente ritenuto perentorio dalla dottrina, secondo la quale, quindi, la sua inottemperanza è causa di decadenza.

Il termine di tre mesi soddisfa le personali esigenze della persona offesa, riconoscendole un periodo di tempo sufficientemente lungo per compiere le proprie valutazioni circa l'opportunità o meno di presentare querela, ma soddisfa altresì l'esigenza di non lasciare impregiudicata per un periodo indeterminato la perseguibilità di un reato.



L'esigenza di certezza del diritto giustifica la natura di termine perentorio, soggetto a decadenza (altrimenti un soggetto si troverebbe ad essere perennemente esposto alla possibilità di essere querelato).

In senso conforme, il *dies ad quem*, se festivo, non ammette proroga al successivo non festivo, non è ammissibile alcuna restituzione nel termine, né è stato ritenuto applicabile il regime della sospensione del termine feriale.

Quando le persone sono più di una, il termine per ciascuna di esse decorre dalla personale conoscenza del fatto-reato.

Come notato, il *dies a quo* da cui far decorrere il termine di tre mesi per la presentazione della querela è rappresentato dalla notizia del fatto che costituisce reato. Orbene, la giurisprudenza è costante nel ritenere che per "notizia del fatto" si deve intendere la piena e sicura conoscenza di tutti gli elementi indispensabili per la valutazione dell'esistenza del reato, cioè la notizia completa, diretta, precisa. In tema di notizia del reato, e quindi di conoscenza concreta dello stesso, sorgono notevoli perplessità (anche con riferimento alla ratio che informa il termine di decadenza) per i prevalenti e pericolosi orientamenti giurisprudenziali che ormai fanno dilatare *ad libitum* il termine di presentazione della querela.

Assistiamo pertanto al deplorabile fenomeno, avallato dalle decisioni dei giudici, di pazienti il cui intervento omissivo o ritenuto errato risale ad uno o più anni addietro, che per disinteresse non hanno ritirato la propria cartella clinica e preso i contatti con un legale o un consulente tecnico in tempo utile (e cioè entro i previsti 3 mesi per sporgere querela), i quali si giovano di termini insindacabili e più lunghi, pur ritenuti tempestivi, perché la conoscenza del fatto è fatta risalire alla data del timbro di "consegna o ricezione" della cartella o dell'elaborato scritto da un medico legale, che esprime il proprio parere sulla vicenda, chiaro escamotage per aggirare l'ostacolo di un termine ormai decorso e preclusivo dell'azione.

Così, per fornire uno dei tanti esempi, l'azione penale non è dichiarata (come sarebbe giusto fare) improcedibile per tardività della querela relativamente ad un intervento dell'autunno 1999, seguito da una successiva operazione (di riparazione del danno) ai primi del 2001, quando la querela interviene a distanza di più di un

anno in base all'incondivisibile ragionamento che il paziente richiese (per sua inerzia) le cartelle cliniche un anno dopo e un anno e mezzo dopo affidò l'incarico ad un consulente di parte per verificare la sussistenza di condotte censurabili da parte dei sanitari che l'ebbero in cura, a nulla valendo il rilievo che la CT di parte avrebbe dovuto essere affidata almeno immediatamente dopo l'intervento "riparatore", e non a distanza di mesi/anni dallo stesso. Va osservato che mentre la giurisprudenza precedente sanciva che diversamente opinando i termini della presentazione della querela verrebbero di fatto ad essere dilatati a piacimento delle P.O., in assoluto dispregio della regola secondo cui la querela deve essere presentata nel termine di tre mesi dalla conoscenza del fatto, attualmente, a parte il criterio che la prova del fatto di tempestività deve essere fornita da chi la deduce, gli orientamenti dominanti denotano un atteggiamento di assoluta indulgenza nei confronti del paziente, anche a costo di un'eccessiva e scorretta interpretazione dell'art. 124 c.p., non rilevano i giudici l'improcedibilità anche innanzi a palesi inequivoci espedienti per procrastinare il termine di presentazione della querela.

Per concludere, va segnalato l'ulteriore pericolo cui si può vedere esposto un sanitario per la ragione apparentemente incomprensibile di trovarsi coinvolto in un processo di lesioni colpose, nel caso in cui la querela non sia stata sporta nei suoi confronti, ma nei confronti di altri. Ciò può purtroppo avvenire! Per il principio dell'indivisibilità della querela, in base al quale nessuna improcedibilità è ravvisabile allorché la persona offesa abbia proposto querela soltanto contro alcuni soggetti attivi, escludendone consapevolmente altri, posto che la querela dispiega *ope legis* i propri effetti nei confronti di tutti i compartecipi del reato, a prescindere dalla volontà del querelante: invero la querela rimuove un ostacolo alla procedibilità del reato, restando al pubblico ministero il potere di accertamento e perseguibilità dei reati, sicché la querela tempestivamente proposta conserva valore nei confronti di coloro che, non indicati inizialmente, risultino poi autori o compartecipi del reato. Invero la querela è condizione di punibilità del fatto-reato e non di uno, o taluno soltanto, degli autori.

In altre parole, la querela non determina

direttamente il promuovimento dell'azione penale, in quanto l'obbligo di promuoverla ha fonte esclusiva nella legge. In essa è insito il potere di provocare obbligatoriamente da parte dell'accusa l'esame della fondatezza o meno della notizia criminis. Nella querela si intendono tutti i fatti esposti, non già il colpevole: da un lato quindi non è necessaria la menzione o l'identificazione dell'autore, dall'altro non è ammissibile una querela nei confronti di uno solo tra più correi. È questa la cd estensione di diritto a tutti i concorrenti stabilita nell'art. 123 c.p. La querela si estende a tutti coloro che hanno commesso il reato per il principio dell'unicità del reato concorsuale.

Per le caratteristiche del diritto di querela, purtroppo, può accadere che (indipendentemente dall'intenzione del querelante di non voler procedere penalmente nei confronti di qualcuno) un sanitario, pur non querelato, venga sottoposto ad indagini per la vicenda processuale che coinvolge un altro collega querelato, o che addirittura venga rinviato a giudizio per i fatti esposti in querela a carico di altri, in concorso con questi o autonomamente.

L'attenzione va rivolta allora alla delimitazione dell'effetto estensivo della querela al fine di circoscrivere prudentemente l'ambito. Va rammentato infatti che, secondo la Cassazione, l'art. 123 c.p. non opera allorché l'evento sia da ascrivere a condotte indipendenti tra loro, quindi a più cause poste in essere da una pluralità di persone. In tali fattispecie la querela sporta nei confronti di taluno non può estendersi anche ad altri. Invero perché si realizzi un unico reato occorre che i soggetti attivi siano consapevoli di partecipare all'azione altrui contribuendo alla produzione dell'evento voluto (concorso nel reato doloso), ovvero abbiano coscienza di partecipare all'azione di altri che al pari della loro è causa dell'evento non voluto (cooperazione nel delitto colposo).

Se invece l'evento è cagionato da una mera coincidenza di cause non collegate ad alcun vincolo, non ricorre un unico reato bensì più fatti criminosi per i quali valgono le regole ordinarie. Oggi, che il paziente in una struttura è seguito da più sanitari e passa anche in più reparti specialistici, la questione non è di poco conto in caso di querela per lesioni colpose.

Vania Cirese  
Avvocato

## L'EVOLUZIONE STRATEGICA DEI CENTRI UNIFICATI DI PRENOTAZIONE

Maurizio Dal Maso

Il ruolo strategico delle Direzioni sanitarie aziendali si attua attraverso tre azioni principali: governare l'appropriatezza delle azioni sanitarie, pianificarne lo sviluppo (*technology assessment*) e attuare il governo clinico inteso come "l'insieme delle modalità e degli strumenti attraverso cui realizzare ed implementare procedure cliniche e pratiche mediche basate su prove di efficacia ed evidenza scientifica nel rispetto dei vincoli, anche finanziari, riconosciuti. Si potrebbe dire che il nuovo ruolo del Direttore sanitario aziendale è quello di essere contemporaneamente un comunicatore, un mediatore ed un gestore esperto.

In particolare la necessità di coniugare "clinical governance" e "technology assessment" in azioni di innovazione organizzativa porta, ad esempio, alla consapevolezza che l'introduzione dell'Information & Communication Technology (ICT) nel sistema sanitario ha promosso maggiore libertà e autonomia, ma ha certamente richiesto un tempo eccessivo. Il risultato è che esiste tuttora una difformità fra diverse aree geografiche e fra le strutture sanitarie all'interno delle stesse aree dovuta al fatto che solo alcune componenti dispongono di specifiche applicazioni informatiche, ma nel complesso l'intero sistema non è omogeneo da un punto di vista strutturale e funzionale.

Il mondo dei servizi sanitari è un "insieme complesso" di risorse umane e strumentali il cui fine è migliorare la stato di salute e il livello di benessere della popolazione ma tuttora stenta a divenire "sistema", accontentandosi di essere semplicemente la somma di parti separate, e questo spiega perché, spesso, si riesca a valutare solo l'impegno e il rispetto formale dei compiti e delle funzioni e non il raggiungimento reale ed efficiente degli obiettivi prefissati. Per diventare sistema ci deve essere, invece, una forte connessione, una rete di comunicazione con un flusso continuo ed accessibile di informazioni che vanno dal centro alla periferia e viceversa, in continuo aggiornamento.

Le tecnologie telecomunicative possono portare ad un profondo cambiamento dei sistemi di assistenza sanitaria e delle tecniche utilizzate nei percorsi di prevenzione, diagnosi, cura delle malattie e di assistenza alla persona. L'efficacia di questi interventi è tuttavia subordinata a tre condizioni, e cioè che il progetto organizzativo-innovativo venga prima del progetto tecnologico, che gli interventi innovativi siano sostitutivi del vecchio sistema e che l'introduzione nei percorsi sanitari delle tecnologie telematiche possa essere supportata da una nuova rete organizzativa che raccordi ospedale e territorio, erogatori pubblici e privati e tutte le strutture ospedaliere ai vari livelli. Questo è, ad esempio, il nuovo compito dei CUP (Centri

Unificati di Prenotazione), specie se a valenza metropolitana o regionale, che sono caratterizzati da una molteplicità di canali d'accesso, da una pluralità di soggetti istituzionali coinvolti e da una diversificazione della tipologia di servizi prenotabili o direttamente erogabili, che dove sono stati realizzati hanno portato una forte innovazione aziendale. L'implementazione delle reti sanitarie integrate multiservizi, che è il vero obiettivo di pianificazione strategica, rappresenta la risposta alla esigenza, sempre più avvertita in sede di programmazione sanitaria, di coniugare qualità, efficacia, efficienza, diffusione e accessibilità dei servizi agli utenti con i relativi costi di gestione. Queste reti sono la risposta operativa per raggiungere l'uso ottimale delle risorse in un settore che ha la costante necessità di migliorare le sue prestazioni. Esse rappresentano la possibilità reale di conciliare fra loro due obiettivi divergenti quali la concentrazione dei servizi, per garantire la qualità tecnica e il suo miglioramento continuo, e la diffusione territoriale allo scopo di facilitare gli accessi e realizzare una vera equità di ingresso nel sistema.

Il nuovo ruolo dei CUP, o meglio dei Centri Servizi CUP, è quello di accentrare le richieste di accesso all'assistenza sanitaria e, trasformandole in prenotazioni, favorire la razionalizzazione e la standardizzazione del sistema distributivo sanitario. Esiste la possibilità di creare un sistema integrato di accesso secondo le logiche della grande distribuzione prevedendo l'utilizzo di tecnologie interattive multicanali (computer, telefonia fissa e mobile, video-telefonia, fax, Internet, sms, e-mail, caselle vocali) assicurando il massimo della professionalità nella organizzazione di "vendita" correttamente intesa per quanto riguarda il mondo sanitario.

L'evoluzione organizzativa delle Aziende prevede che si vengano a creare dei CUP interni ed esterni, dove quelli esterni continueranno a funzionare secondo gli standard usuali e in una logica di front-office per gli utenti, ma quelli interni alle strutture sanitarie, ospedali in particolare, saranno di supporto alle nuove procedure di accesso e gestione previste nel percorso clinico-assistenziale del paziente: prestazioni di secondo livello/accesso, consulenze interne al DEA, prestazioni intermedie di pazienti ricoverati, procedure di preospedalizzazione, liste di attesa dei ricoveri programmati in regime ordinario, day surgery /day hospital o di chirurgia ambulatoriale.

I sistemi CUP potranno gestire e tracciare tutte le prestazioni diagnostiche e specialistiche indipendentemente dal regime ambulatoriale o di ricovero dell'utente. Per realizzare ciò è evidente che bisognerà strutturare un Centro Servizi CUP in grado di svolgere funzioni di coordinamento complessivo del sistema degli accessi, di gestione delle agende di prenotazione e del

Call Center, importante canale d'ingresso per ogni tipo di richiesta degli utenti, nonché di supporto al front-office : help desk per operatori di sportello, farmacie e medici prescrittori; task force di intervento sui punti di prenotazione; coordinamento delle normative e delle procedure aziendali ed interaziendali, con l'obiettivo di garantire e mantenere nel tempo l'omogeneità e l'effettiva unitarietà del servizio. Inoltre un Centro Servizi così specializzato, proprio perché dotato di tecnologie uniche nelle Aziende, potrà svolgere anche altri compiti come, ad esempio, attivare campagne di Customer Relation Management ovvero supportare progetti di Cause Related Marketing, e quindi migliorare non solo la prestazione connessa alla sua specifica operatività, ma essere in grado di supportare all'interno delle Aziende nuovi e strategici settori di attività.

Per questo non si può più parlare semplicemente di CUP aziendali perché questo strumento già oggi si è tramutato in un punto tecnologicamente così avanzato da richiedere una nuova collocazione all'interno delle Aziende sanitarie o ospedaliere. Il CUP è diventato lo strumento essenziale per il governo della domanda, della offerta, dei processi di produzione, del Controllo di gestione, della Qualità, della Comunicazione ed Informazione. All'interno di esso agiscono ormai professionalità diverse che per la prima volta possono raccordarsi funzionalmente secondo una logica di processo all'interno di una stessa Azienda: Direzione sanitaria aziendale o di presidio ospedaliero, Distretti, Sistema informativo e Tecnologie informatiche, Controllo di gestione, Ufficio Relazioni con l'Utenza, Convenzioni per le prestazioni sanitarie, Gestioni economiche e finanziarie ed altre ancora.

L'integrazione con l'URP, ad esempio, diventa essenziale perché l'attivazione del Call Center all'interno del Centro Servizi CUP, condizione ormai assolutamente irrinunciabile, apre un canale diretto di tale portata fra i cittadini e l'Azienda che il contatto fra il punto di prenotazione telefonica e quello della informazione aziendale diventa obbligatorio. Dunque la rigida suddivisione di alcune funzioni nelle diverse unità operative viene ad essere superata nei fatti e bisognerà ristrutturare la propria organizzazione interna alla ricerca di nuove sinergie e ottimizzazioni, anche di bilancio.

Esiste la possibilità di raccogliere nel "data base CUP", soprattutto se questo è già di livello metropolitano, tutte le informazioni relative alla attività ambulatoriali e strutturare opportuni applicativi (Data Warehouse e strumenti di Business Intelligence) in grado di integrare queste informazioni con altre, ad esempio quelle originate dal flusso informativo dei ricoveri per cui si potrebbe finalmente, per la prima volta, arrivare a tracciare il percorso clinico-assistenziale integrato del paziente. Gli strumenti informatici in uso nel Centro Servizi CUP possono essere così avanzati da potere servire anche per altri usi, permettendo di dedicare alcuni servizi ad altre attività e concentrare tutte le funzioni di raccolta ed elaborazione statistiche dei dati al suo interno e predisporre, ad esempio, i flussi informativi per i debiti regionali o nazionali. A questo proposito è importante ricordare che si stima che entro il 2005 la quantità di informazioni di una grande Azienda raggiungerà i 100 terabyte. Di questi dati l'85% non viene considerato e del restante 15% solo 1/3 delle informazioni viene

analizzato per incrementare il business.

È evidente che nel caso delle Aziende sanitarie il business non coincide con l'utile, ma deve intendersi come una continua ricerca, supportata da informazioni strategiche, per ottimizzare l'uso delle limitate risorse disponibili. Ovviamente tutte queste nuove funzioni si devono affiancare a quelle istituzionali previste nel Centro Servizi di un CUP metropolitano, che non coincide con la semplice somma dei sistemi di prenotazione aziendali, dove i problemi organizzativi che originano dalla sua realizzazione e funzionamento sono complessi e derivano dalla presenza di più Aziende, ciascuna con proprie procedure interne e interpretazioni normative.

Ricondurre a unitarietà tutte queste diversità, ma soprattutto garantire che l'unitarietà non si dissolva a poco a poco in nuovi particolarismi, è un compito delicato e complesso e può essere svolto solo da un'entità organizzativa che, pur essendo espressione delle Aziende coinvolte ed essendo da esse governata, abbia una sua autonomia operativa e sia orientata alla ricerca di soluzioni unitarie di fronte alle molteplici problematiche organizzativo-gestionali che derivano dal quotidiano funzionamento del servizio. Tramite l'azione del Centro Servizi è quindi possibile garantire l'omogeneità di una serie di elementi il cui funzionamento ottimale è indispensabile, quali, ad esempio:

- il catalogo (nomenclatore) unificato delle prestazioni ed i relativi tariffari;
- le normative da applicare in tutti gli ambiti dove vi siano le funzioni di prenotazione, tariffazione ed incasso;
- le modalità operative di prenotazione applicate dagli operatori di sportello di tutte le Aziende coinvolte ovvero tutte le procedure di formazione continua del personale. Pur garantendo l'autonomia organizzativa dei servizi erogatori, tutto ciò rende possibile un coordinamento ed una omogeneizzazione nella descrizione e gestione dell'offerta sanitaria in un ambito territoriale esteso. All'interno di un sistema CUP metropolitano, la cosiddetta "gestione centralizzata delle agende", che non significa assolutamente la gestione centralizzata dell'offerta sanitaria delle singole Aziende che ne rimangono le uniche proprietarie, è resa necessaria dall'esigenza di evitare disservizi all'utenza, derivanti da:
  - differenti denominazioni di prestazioni con relativa impossibilità di un confronto di prime disponibilità;
  - differenti modalità di descrivere, presso servizi diversi, le agende di erogazione di prestazioni analoghe, con conseguente difficoltà di reperire in rete tutti coloro che le erogano, e quindi limitando la possibilità di scelta del cittadino;
  - chiusure di agende, o forti riduzioni di offerta rispetto a prestazioni critiche, senza adeguata programmazione o contrattazione su base aziendale.

Questa gestione unificata delle agende presenta un ulteriore vantaggio in quanto non necessita di personale specializzato

>>> continua a pag. 35