

Etica... segue da pag. 6

non si limita alla mera spartizione dei posti di DG ma, spesso, interviene nella composizione complessiva delle terne dirigenziali (DG, DS, DA) per cui – ad esempio – ad un DG di Alleanza Nazionale si affianca un DS di Forza Italia ed un DA della Lega. E le terne vengono poi variamente composte, con decine di combinazioni (se si includono l'UDC e le forze minori), nelle Regioni guidate del Centro-destra. In quelle di Centro-sinistra, invece, le terne sono più omogenee perché, finora, ai dominanti DS si associa qualche Margherita e qualche altro “cespuglio”.

C'è da scandalizzarsi? In questa Italia, in cui il dovere, l'etica, il bene pubblico e la trasparenza sembrano essere diventate opzioni soggettive e non obblighi, molti non si scandalizzano più.

Se l'Italia di oggi è quella espressa dalla “casta” e dalla televisione, è evidente come il problema dei valori – nel Paese come nella Sanità – possa apparire anacronistico e superato. Nel caos etico generale, nell'assenza totale di regole, nella vita vissuta come “apparire” e non come “essere”, tutto fa brodo. Tutto viene accettato, anzi subito, senza rigurgiti di coscienza o sprazzi di moralità, in spregio alle decine di disposizioni di legge sull'obbligo di trasparenza ed imparzialità nell'amministrazione della cosa pubblica. Non facciamo confusioni e non fraintendetemi: nessuno nega alla politica il suo ruolo fondamentale, quello di scegliere e di decidere, per il bene del Paese e delle singole Regioni. Ciò vale in tutti i campi, Sanità inclusa.

Ma le scelte politiche debbono essere trasparenti, corrette e verificabili, sempre. Così non è oggi, nella sanità tutta, nazionale o regionale che sia. Le scelte nazionali non sono trasparenti. Se lo fossero, oggi 7 Regioni sarebbero già state commissariate per bancarotta sanitaria, mentre ciò non è avvenuto. E così, con la fiscalità generale, pagheremo – a piè di lista – i debiti sanitari di quelle Regioni che non sono state capaci di riorganizzarsi, come invece molte altre hanno fatto, con risultati diversi ma con uno sforzo gestionale evidente e documentato.

Le scelte regionali non sono trasparenti. Se lo fossero, lo spazio dato alla sanità privata sarebbe – ovunque – frutto di una libera concorrenza e non di fattori “accidentali”. Ad esempio, quelli che privilegiano – nel Sud – l'attività dialitica privata rispetto a quella

pubblica. Ad esempio, quelli che non hanno mai portato ad una reale integrazione tra le funzioni assistenziali del pubblico, del privato convenzionato, degli enti religiosi, degli IRCCS, dei policlinici universitari. Ma non sono integrati neppure i percorsi di carriera, le normative contrattuali, le tariffe, le norme sulla sicurezza degli utenti e degli operatori.

Le scelte sanitarie poco trasparenti favoriscono iniziative ed attività opache, tanto più pericolose quanto più grande è la massa di denaro che la sanità muove. Si tratta: del 70-80% del bilancio regionale; di 128.000 unità circa tra medici e dirigenti sanitari; di oltre 650.000 “famiglie sanitarie”; del 7% (scarso) del PIL nazionale e del 15-18% del fatturato industriale. Una massa enorme di denaro, utilizzabile per assunzioni, per “services”, per acquisti, per manutenzioni, per attività edili e financo per smaltimento dei rifiuti. Sullo sfondo, e purtroppo in modo sfuocato, il paziente e l'attività assistenziale. In primo piano spiccano le scelte gestionali, spesso opache perché dovute alle interferenze politiche. A Benevento, come a Venezia. Interferenze sulle nomine, sulle grosse attrezzature (mal distribuite sul territorio e spesso in sovrannumero), sulla distribuzione dei fondi economici contrattuali, sulla programmazione ospedaliera e territoriale.

Queste scelte gestionali opache sono figlie delle attuali regole sanitarie, da cambiare urgentemente (16 anni dopo la riforma De Lorenzo) per evitare che l'opacità gestionale produca una ferita mortale al Servizio sanitario pubblico. Non stiamo drammatizzando: chi, come noi medici, fa quotidianamente la vita di corsia, sa bene quale sia oggi il clima di lavoro.

Medici e professionisti sanitari lavorano “sottotraccia”, evitando di esporsi. Non è solo un problema di rischio clinico. No, la scelta del “basso profilo operativo” nasce dalla palese volontà di non scontrarsi con le scelte gestionali, anche se non condivisibili o se palesemente errate. Nel mondo medico c'è oggi omertà: omertà per evitare problemi sul lavoro. Omertà implica: la non iscrizione ad un qualunque sindacato; la non formalizzazione di un dissenso aperto su budget e strategie, aziendali e di reparto; la mancata denuncia (all'amministrazione) di carenze strutturali ed organizzative. Omertà significa paura di inimicarsi il “potente” di turno, per qualunque motivo, anche il più banale.

Basso profilo, per una professione qual è quella medica, significa – anche – riduzione della qualità delle prestazioni erogate. “Faccio ciò che posso e

non ciò che dovrei fare..... se le risorse gestionali mi fossero state correttamente assegnate”. “Mi adeguo ad un trend qualitativo in ribasso. Perché a chi mi comanda interessa solo la quantità (liste di attesa) e non la qualità dell’atto medico”.

A questo ci ha portato la cosiddetta “seconda repubblica”. La lottizzazione sfrenata e la pesante interferenza nelle scelte gestionali – di alto e basso livello – hanno travolto l’orgoglio medico, quello basato sulle conoscenze e sul “saper fare bene”. L’aziendalismo, sfrenato e fasullo, e l’ingerenza politica (si è passati da quella dei sindaci a quella dei proconsoli locali) hanno ridotto la qualità professionale delle terne dirigenziali delle aziende sanitarie ed, a caduta, anche quella dei direttori di dipartimento e dei responsabili di Unità operativa complessa.

La monocrazia autoreferenziale ha preso il posto della democrazia e – financo – della oligarchia. Con le regole di oggi, se lo vuole, un Governatore muove da solo l’intera sanità della sua Regione, senza un controllo. Perché non è un controllo vero ed efficace quello elettorale, che avviene solo dopo 5 anni, ma nel frattempo, quel Governatore (e quel suo Gruppo) si sarà impadronito dell’intero sistema regionale.

Perché? Perché mancano i contrappesi reali. Infatti esistono Regioni con un Piano sanitario regionale scaduto da 12 anni; esistono Giunte regionali dove, da anni, tutte le delibere sanitarie (= 98% delle stesse) sono assunte all’unanimità; esistono Giunte regionali che regalano 22 milioni di euro/anno alla medicina convenzionata (ossia a medici non dipendenti, gratificati ciascuno con 6000 euro/anno) mentre si nega qualunque bonus economico ai medici dipendenti ospedalieri di quella stessa Regione, cui spetta l’onere di effettuare – oltre all’attività istituzionale – 100 milioni di prestazioni ambulatoriali/anno. Chi richiede le prestazioni, quindi, è premiato, mentre chi le fa, non è neppure interpellato! E non può certo definirsi trasparente una politica sanitaria che sta distruggendo la medicina dipendente, sempre più caricata di compiti (oneri) impropri, che spetterebbero invece alla medicina territoriale, nell’ambito di una diversa organizzazione del personale (medico e non) e delle strutture.

Non si può fare a meno dell’etica anche nel sindacato e nel sindacalismo, soprattutto medico. Urge quindi una maxidose di eticità in un mondo sanitario imbastardito dalla lottizzazione selvaggia, resa possibile e giustificabile dal ruolo che le norme

hanno disegnato per la politica sanitaria nazionale e – soprattutto – regionale. Ed allora la CIMO (oggi, come nel passato) dice in modo chiaro che vanno cambiate quelle norme sanitarie che hanno consentito centinaia di comportamenti e di decisioni, anche laddove non manifestamente illegittime, eticamente devastanti.

Vanno, in fretta, cambiate le regole relative all’aziendalizzazione sanitaria. In fretta, prima che il nostro SSN perda la sua universalità ed il buon rapporto tra efficienza ed efficacia, facendo la fine ingloriosa del suo modello: il Servizio sanitario inglese.

Ci chiediamo se questa politica inserirà o meno questi temi nel contesto della battaglia elettorale e, soprattutto, nell’operato del prossimo governo. Ce lo chiediamo, perché – noi medici della CIMO – riteniamo che i temi sanitari non debbano mai avere una connotazione politica di parte e debbano sempre essere trasversali alla politica. Così oggi non è, né a Roma né a Bolzano, con quel guazzabuglio di problemi che è sotto gli occhi di tutti.

Malasanità? Non prendiamoci in giro. Si tratta, prevalentemente, di malapolitica, perché non tocca ai medici ma ai politici chiudere gli ospedali ed i servizi pericolosi. Perché tocca alla “buona politica” scegliere il professionista migliore e non il professionista con la tessera. Perché spetta alla “buona politica” spiegare alla gente che è preferibile un parto sicuro in una struttura un po’ più distante e scomoda rispetto ad un parto “a rischio” nella struttura (piccola) più vicina. Perché spetta alla “buona politica” capire che una moderna rete poliambulatoriale è spesso preferibile a tanti ospedaletti che insistono nell’ambito di una unica ASL.

C’è bisogno di una robusta iniezione di etica in politica ed in sanità: questa è la richiesta primaria del nostro sindacato alla “nuova politica”.

## ROTTURA DI UN RAPPORTO

Giuseppe Riccardo Spampinato



Perché noi oggi ci poniamo un problema di umanizzazione della medicina? Da dove nasce la domanda? Sembrerebbe un rapporto scontato l'incontro tra "l'umano" e il medico. In realtà lo è sempre stato nell'immaginario della gente, come nella coscienza degli operatori sanitari, nei Codici deontologici come nell'etica medica, nella medicina scientifica come nella medicina operativa, nella legalità come nella giurisprudenza medica. Oggi sentiamo il bisogno di parlarne, di volgere l'attenzione a quel rapporto perché percepiamo che esso non è più così ovvio e naturale. È come se quel rapporto si fosse rotto. Ne è sintomo rappresentativo la problematizzazione del giuramento ippocra-

tico, espressione da sempre della profondità umana della medicina. Non che il passato non conoscesse situazioni di frattura del medico dall'umano, ma erano circoscritte e contingenti. Oggi il problema è di ordine culturale: quella frattura è specchio di una mentalità, di un modo diverso di vedere e di valutare; un modo pervasivo delle coscienze. Da una parte – sul versante medico – lo sviluppo esponenziale delle bioscienze e delle biotecnologie porta a una concezione meno sapienziale e più funzionale della medicina e della sua operatività. Conta più l'abilità tecnica, che la qualità etica. La professionalità è misurata in termini di successi e risultati, non di bontà e fedeltà. Ci si rap-

porta al paziente sul modello dei prodotti sempre più sofisticati dell'ingegno e delle tecniche. E che cos'è la vita? Un meccanismo particolarmente complesso, che la medicina conosce con progressiva dovizia di particolari e su cui è in grado d'intervenire sempre di più, ma niente più di un meccanismo.

L'approccio medico è parametrato sulla grammatica delle varie funzioni, sempre meno sulla semantica della vita, della sua dignità, del suo valore. È un approccio che va estendendosi dalla terapia alla profilassi, e da questa all'intera esistenza delle persone, in un contesto di medicalizzazione estensiva del vivere umano e dei suoi problemi. Il medico si offre a garanzia di pre-

stazioni e performance di vitalità, di efficienza, di estetica, di godibilità del vivere; si offre in particolare a soddisfazione del desiderio di un figlio con ogni mezzo e di un figlio senza difetti, come del rifiuto di un figlio; si offre a garanzia del “sesso sicuro” come alla richiesta di cambiamento di sesso; si presta a tutto il tecnicamente possibile, fino al congedo da una vita considerata “non più degna d’essere vissuta”.

D’altra parte – sul versante umano – una concezione non più assoluta della persona e dei beni umani porta a una relativizzazione progressiva della vita, così da non proporsi più agli occhi del medico nella sua inviolabilità e indisponibilità ma nella sua manipolabilità. Non il valore in sé e per sé, ma l’indice di qualità dice della dignità di una vita. Di qui lo scivolamento verso quella cultura eugenetica, edonica ed eutanasi che tende a considerare e apprezzare una vita non per il suo valore ma per le sue qualità. Così da distinguere tra vite che valgono e vite che non valgono; tra vite che meritano di essere vissute e vite che non meritano, o non meritano più. È cosa buona la qualità della vita, innalzare gli standard di qualità del vivere, ma il problema è la sua interpretazione riduttiva, selettiva: una qualità della vita intesa e perseguita come vita di qualità.

La deriva funzionalistica ed efficientistica dell’attività medica, da una parte, e la deriva relativistica della cultura della vita, dall’altra, pongono un problema di umanità e umanizzazione della medicina oggi. Il problema non è

teorico, perché dire medicina non è dire un’idea. È dire un’attività, una prassi, e quindi una persona che ne è il soggetto. Questo per dire che l’umanità e l’umanizzazione della medicina è imprescindibile dal modo in cui il medico intende e vive la sua professione; dal background di logos, di telos e di axios, vale a dire di significati, di finalità e di valori che strutturano la sua coscienza e danno forma alla sua professione. Egli non è un semplice operatore, un impiegato, un funzionario della medicina. Questo dovrebbe dirsi già di ogni professione. Ma vale in modo singolare per l’arte medica.

Per due motivi: anzitutto perché l’attività medica è un’attività interpersonale in modo unico ed eminente. È vero che non c’è professione che non sia a beneficio di altri. Ma in ogni altra professione – eccezion fatta per il sacerdote e il maestro – il beneficiario non è necessariamente incontrato. Questo può essere un destinatario indiretto, lontano e anonimo. L’incontro personale non entra nello statuto, non appartiene all’essenza di altre professioni.

Non c’è esercizio della medicina, invece, senza incontro con l’altro, senza rapporto personale. Il medico non incontra prima di tutto mezzi, macchine, cose, carte, ma incontra persone. L’altro come persona entra nel “costitutivo proprio dell’arte medica”. E, per giunta, in una condizione di debolezza, di sofferenza e di bisogno, in cui il malato incontra il medico consegnandosi interamente nelle sue mani. Nessuna altra professione conosce un così intenso indice di

prossimità ed un così elevato grado di fiducia e affidamento. Prossimità che prende forma di alleanza terapeutica, la quale scandisce la relazione medico-malato.

È questa estrema prossimità l’essenza e l’asse portante dell’attività medica. È in essa il valore e l’indice primo dell’umano in medicina, il segno rivelatore della carica di umanità di un medico e del potenziale umano di una struttura sanitaria, costituita prima di tutto dai medici che vi operano. Essi non sono, non possono essere sotto il principio mercantile della domanda e dell’offerta. Perché un ambulatorio, una clinica, un ospedale non possono “funzionare” come un’azienda o un mercato, a soddisfazione della domanda di utenti e committenti. Il medico non è un produttore e venditore di prestazioni e prodotti, offerti indifferentemente alla libertà di desiderio e di scelta di fruitori e consumatori. Egli non è un mero prestatore d’opera, ad appagamento di aspettative e richieste di utenti e acquirenti. Questo per la inomologabilità della posta in gioco. Nell’attività mercantile sono in gioco cose e strumenti. Nell’attività medica è in gioco la vita. Cose e strumenti hanno valore di oggetto e di mezzo: valgono relativamente ad altro, al grado di utilità e gradimento. La vita ha valore di soggetto e di fine: vale per se stessa, in quanto vita di un essere dal volto umano, semplicemente per il suo “esserci”, indipendentemente da alcun “modo di essere”: embrione o bambino, malato o sano, efficiente o incapace, in fase nascente o terminale. Valore

legato alla spiritualità dell'individuo umano. La sua vita infatti non è semplicemente bios, come nelle piante, e neppure psyche aggiuntivo, come negli animali. A fare la differenza è il pneuma, l'anima spirituale, espressione insieme del conoscere e del volere, mediante cui il vivente umano "sporge sullo psicofisico", diventando ad esso inomologabile ed irriducibile.

Il rischio è di un'adequazione passiva al trend reificatore e salutistico della vita, nella persuasione che anche la vita umana sia sotto il principio di utilità e godibilità di un bene, al cui massimo rendimento la medicina si dirige, mentre sotto un grado minimo concorre alla dismissione.

Da dove viene e verso dove va allora l'umanizzazione della medicina? Esattamente da dove viene e verso dove va l'oggetto delle sue cure: la vita umana. Viene questa da una bontà in sé e per sé che ne fa un bene inviolabile e indisponibile? O viene da una bontà relativa, che assimila la vita a un bene di consumo?

Nel primo caso l'umanizzazione della medicina va verso l'attenzione e il rispetto della vita sempre, in ogni condizione e fase del suo essere al mondo, a tutela e cura della salute possibile, al tempo stesso distante sia da abbandono che da accanimento terapeutico; va verso una qualità della vita che ne rispetta e cura l'identità e l'integrità genetica e fisica; va verso una solidarietà sanitaria e terapeutica che apre a tutti i benefici della medicina.

Nel secondo caso va verso una stima selettiva e discriminatoria del valore della vita; va verso una medicalizzazione ad oltran-

za dei disagi umani, a soddisfazione e soluzione di aspettative ed ansie; va verso una concezione e una pratica salutistica della cura medica, e una concezione quantistica, utilitaria ed ergica della qualità della vita.

Ciò significa che l'umanizzazione della medicina interpella i medici. Non è né una questione astratta e generica, né è appannaggio di una classe politica e amministrativa che decide gli assetti e le priorità sanitarie. L'umanizzazione della medicina viene prima di tutto dall'interiorità della coscienza, dalla risposta di ciascuno alla domanda fondamentale e primaria: qual è il valore della vita che ispira la "mia" prassi medica, l'operare di "noi" medici dello stesso dipartimento, della stessa clinica, dello stesso ospedale? Se è vero che è il pensiero a muovere la prassi, allora non possiamo rinunciare a pensare, per adeguarci a ideologie e opinioni prevalenti, in particolare all'ideologia radical-libertaria, il pensiero dominante oggi nel nostro vecchio continente; matrice di un'etica medica liberistica, che antepone al bene della vita il bene della libertà, così da piegarla alle volontà, per essa primarie, di chiunque rivendica un potere sulla vita propria o altrui.

Un medico, oltre e prima della competenza tecnica, deve curare la competenza umana. Per questa occorre un'intelligenza libera, un'intelligenza a tutto campo, aperta alla verità tutta intera: un'intelligenza cognitiva, di carattere scientifico, aperta all'indagine bio-medica e alla sua conversione e applicazione tecnologica; ed insieme un'intel-

ligenza contemplativa, capace di osare il mistero, accedere al valore trascendente della vita, e al compito di gratuità e di fedeltà che esprime e suscita.

Un'intelligenza, questa, che appartiene alle possibilità umane, perché appartiene allo spirito dell'uomo di elevarsi alle altezze del vero, del bene e del bello, e aprirsi alla contemplazione e allo stupore del mistero, del mistero della vita: alla luce di verità, di bontà e di bellezza che essa significa, e di amore che essa comporta.

Un'intelligenza oggi impedita e preclusa da un sapere empiristico e meccanicistico, che coltiva una concezione edonica e utilitaria della vita e della medicina, nonché da visioni panvitalistiche, incapaci di cogliere e far valere il valore personale della vita, dissolto in un tutto vitale indifferenziato e anonimo, in cui i diversi viventi si confondono e s'assomigliano. Per questa decurtazione e sviamento della ragione, l'uomo non ha occhi per vedere in ogni vivente umano la dignità singolare e inalienabile che gli è propria, e rischia così di farsi padrone e arbitro della vita, bene indisponibile per chiunque.

*(spunti di riflessione liberamente tratti dalla lezione del Prof. Mauro Cozzoli, Ordinario di Teologia morale, tenuta presso l'AMCI di Catania in data 7/12/2007)*

## LE INFORMAZIONI AI PAZIENTI

La politica farmaceutica e l'accesso ai farmaci è una delle questioni attualmente più dibattute in Europa sia per l'importanza delle sue ricadute sulla salute e la protezione dei consumatori, sia per il ruolo strategico che il settore farmaceutico riveste nel campo dell'innovazione e per la competitività del sistema economico europeo.

Sotto questo profilo, infatti, occorre ricordare che negli ultimi cinquanta anni l'industria farmaceutica si è rivelata uno dei comparti industriali più innovativi. La cosiddetta "rivoluzione terapeutica" resa possibile dalla stretta collaborazione tra ricerca accademica e industriale ha prodotto una mole immensa di conoscenze sulle patologie e i nuovi presidi terapeutici. L'innovazione farmaceutica, quindi, può senz'altro essere considerata uno dei principali fattori dello sviluppo economico, sociale e culturale dei moderni sistemi avanzati. In questo contesto, l'informazione ai pazienti per garantire l'accesso a farmaci sicuri, appropriati ed a prezzi sostenibili per i sistemi sanitari riveste un ruolo fondamentale per raggiungere gli obiettivi dettati dalla Strategia di Lisbona per la crescita e lo sviluppo, in quanto un'adeguata comunicazione sulla reale efficacia dei farmaci per migliorare la qualità delle cure, sul loro utilizzo e sulla fornitura dei servizi medici incide su due fattori:

- da un lato favorisce il miglioramento della salute dei cittadini riducendo il rischio dell'utilizzo non adeguato dei farmaci e dell'interazioni tra farmaci;
- dall'altro agisce positivamente sull'economia degli stati membri, perché abbreviando i tempi di cura e riducendo il rischio di malattia permette la riduzione della spesa farmaceutica nazionale.

Se tutti sono d'accordo sul ruolo che svolge una buona informazione farmaceutica dei pazienti e degli stessi operatori sanitari molto meno accordo vi è, invece, sulle modalità con cui ciò dovrebbe avvenire e sulle proposte di modifica dell'attuale regime legale europeo. Su questo punto, infatti, il punto di vista dell'industria farmaceutica - sostenuta per certi aspetti dalla Direzione Industria della Commissione europea - e le Associazioni dei consumatori e delle mutue sanitarie, divergono sostanzialmente. A partire dal concetto di informazione e pubblicità dei farmaci.

Il punto di discussione, infatti, è se e in che misura le imprese farmaceutiche possano essere autorizzate a fare pubblicità diretta dei loro prodotti, cioè a fornire direttamente informazioni ai consumatori relativamente alla qualità ed agli effetti dei farmaci. Pratica questa che, attualmente, è consentita solo

per i prodotti generici esenti da prescrizione mentre sui farmaci soggetti a ricetta medica le imprese farmaceutiche non possono fare pubblicità o fornire informazioni dirette ai consumatori.

Non è la prima volta che la politica farmaceutica europea si è confrontata su questa problematica. Secondo la legislazione comunitaria vigente, per garantire una maggiore tutela dei consumatori, le politiche di informazioni farmaceutiche sono gestite dai Governi nazionali. Da diversi anni tuttavia, le compagnie farmaceutiche fanno pressione nei confronti della Commissione europea per ottenere una maggiore autonomia nella redazione della pubblicità (advertising) e dei foglietti



illustrativi dei medicinali. Ed è proprio per ostacolare l'intraprendenza del settore farmaceutico, che già nel 2003, il Parlamento europeo non aveva approvato la proposta di legalizzare la pubblicità diretta ai consumatori dei medicinali di prescrizione.

Tuttavia il bisogno di informazione è tale che sull'argomento sono state immediatamente riproposte, da più parti, nuove e diverse soluzioni. Dall'ipotesi di affidare questo ruolo all'EMA (l'Agenzia Europea del farmaco con sede a Londra) all'introduzione di "meccanismi di autoregolamentazione" da parte dell'Industria Farmaceutica.

Dal canto suo la Commissione Europea - che le Associazioni dei consumatori non esitano ad accusare di avere una visione eccessivamente imprenditoriale e guardare troppo al fattore economico legato all'industria dei farmaci - ha moltiplicato in questi anni le consultazioni per meglio interpretare

Amalia Sartori

i bisogni dell'opinione pubblica e trovare una soluzione equilibrata. Inoltre, in linea con le raccomandazioni contenute nel report dell' High Level Group on Innovation and the Provision of Medicines (il "G10 Medicines") del maggio 2002 ha promosso la creazione del European Pharmaceutical Forum (EPF), una piattaforma di alto livello politico, con il compito di redigere proposte per la Commissione al fine di migliorare la competitività dell'industria farmaceutica affinché possa contribuire agli obiettivi sociali e di salute pubblica.

Attualmente uno specifico Gruppo di lavoro "Information to patients", dell'EPF sta lavorando alla stesura di una serie di

tank europei restano però molto critici verso il suo operato e i risultati finora raggiunti. Tra questi molto attivi sono HAI Europe (Health Action International Europe), ISDB (International Society of Drugs Bulletins), BEUC (Bureau Européen des Unions de Consommateurs), AIM (Association Internazionale de la Mutualité) e Medicine in Europe Forum che nell'Ottobre 2006 hanno pubblicato una Dichiarazione Congiunta sulle Informazioni Sanitarie. Il documento presenta un'accurata analisi dei bisogni dei cittadini in termini di informazioni sanitarie, le soluzioni già esistenti in Europa e fornisce raccomandazioni per migliorare le informazioni ai pazienti nell'UE. Le proposte formulate nel 2006 sono state nuovamente riprese lo scorso autunno in una serie di prese di posizione delle Associazioni europee dei consumatori che ribadiscono la necessità di:

- assicurare la trasparenza delle Agenzie dei prodotti medicinali, garantendo accesso ai dati sui risultati delle sperimentazioni farmacologiche e di farmacovigilanza;
- obbligare le industrie farmaceutiche a adempiere alle proprie obbligazioni relative al packaging dei farmaci, in particolare in termini di etichetta e di foglietti informativi;
- sviluppare e rinforzare le fonti di informazioni in termini di comunicabilità, facilità di accesso per i cittadini, permettendo ai pazienti e ai cittadini di informarsi facilmente sulle possibilità di cura (portali internet nazionali relativi a ospedali, farmaci, ecc);
- ottimizzare la comunicazione tra pazienti e professionisti della salute;
- includere i pazienti come attori nel sistema di farmacovigilanza;
- considerare i bisogni individuali dei pazienti, non fermandosi ad effettuare campagne informative generiche ma affrontando i bisogni delle singole categorie e elaborare sistemi che migliorino il rapporto vis-à-vis tra paziente e professionisti sanitari;
- mettere fine alla confusione dei ruoli tra industria farmaceutica (responsabile per il labelling dei farmaci); autorità sanitarie (report su informazioni sanitarie, malattie e trattamenti di cura), professionisti sanitari, pazienti, consumatori e associazioni.

raccomandazioni per la Commissione, basate sulle esperienze internazionali più innovative nel campo dell'informazione ai pazienti. Il gruppo di lavoro ha rilevato che i tre ambiti principali in cui l'informazione ai pazienti dovrebbe essere migliorata sono la farmacia e prodotti farmaceutici; l'impiego dei farmaci negli ospedali; la formazione dei medici di famiglia.

È chiaro comunque che la politica farmaceutica, anche a livello europeo, rispecchia una forte ambiguità. Se da una parte la tutela dei consumatori e la tutela della salute dei cittadini spetta alla Direzione Generale "Salute e Protezione dei Consumatori", dall'altra l'industria farmaceutica riceve direttive e risponde alle linee guida della Direzione Generale "Imprese".

L'auspicio è dunque che l'EPF riesca a conciliare queste due anime della politica farmaceutica. Molte associazioni e think

Amalia Sartori  
Europarlamentare

# LA GESTIONE DEL BAMBINO NEL RISPETTO DELLE SUE NECESSITÀ

Enrico Hüllweck

La gestione organizzata del mondo dell'infanzia è un problema sociale, del quale possono essere messi in risalto ora gli aspetti medici, ora quelli culturali e formativi, ora quelli affettivi e sentimentali, ma è inutile nasconderci che il problema di fondo è e resta quello di tipo sociale, chiarendo bene che il più delle volte la vera finalità non è data dal benessere del bambino, ma è quella di creare facilitazioni e condizioni più vantaggiose per il "modus vivendi" della società adulta.

Un recente intervento legislativo di autocritica da parte del Parlamento australiano, ha condannato il comportamento fin qui tenuto dai colonizzatori bianchi che, con lo scopo istituzionalmente dichiarato di creare una società adulta futura perfettamente in linea con il concetto di "normalità occidentale", avevano attuato per legge l'eradicazione dei bambini aborigeni dalle famiglie delle popolazioni autoctone indigene. Questi bambini furono portati per lungo tempo in collegi, orfanotrofi o famiglie bianche, allo scopo di essere allevati come inglesi bianchi. Tecnicamente e brutalmente parlando, la cosa poteva avere in sé anche alcuni aspetti di logicità positiva, ma mi sembra orribile pensare che, per civilizzare in modo spiccio e veloce dei bambini, li si possa rapire alle loro famiglie che non li vedranno più e li piangeranno come orfani perduti.

Eticamente il gesto in sé non si discosta molto dalla trovata eugenetica dei vecchi nazisti che, per mettere al mondo una nuova razza ariana, facevano andare a letto le SS con belle ragazze biondissime che, una volta ingravidate, non avrebbero mai più rivisto, così come queste ragazze non avrebbero mai più rivisto i figli, una volta concepiti.

Ma, senza dover scomodare gli esempi più gravi di un filo conduttore che mette in fila tutti i modi noti con i quali la società cerca di selezionare eugeneticamente, culturalmente e comportamentalmente i bambini al solo scopo di difendere se stessa, varrebbe la pena di cominciare ad analizzare con coraggio la realtà attuale che si prospetta a quei bambini che vivono nella nostra società: una società apparentemente piena di premure nei loro confronti. Qualche giorno fa, nel mio ambulatorio pediatrico, spiegavo ad una madre che, secondo il tradizionale modello psicoevolutivo infantile elaborato dalla figlia di

Freud, il bambino attraversa alcune fasi critiche di maturazione, evolvendo lungo varie linee evolutive che lo portano anche ad assumere rapporti significativi con i genitori. Molto importante, per esempio, è la crisi del terzo anno di vita (che coincide anche con il cosiddetto negativismo), durante la quale la madre assume il ruolo di figura guida protettrice e nello stesso tempo dispensatrice dei doveri e dei compiti, mentre la figura genitoriale di "sesso opposto" rispetto al figlio o alla figlia, assume il ruolo di riferimento ludico, fondamentale per guidare l'infante lungo la linea del gioco, che nell'età adulta si potrà continuare nella linea del lavoro.

Da queste considerazioni se ne ricava che una bimba di tre anni dovrebbe giocare col padre, mentre il maschietto dovrebbe giocare con la madre.

Ebbene, alla mia domanda rivolta alla madre del mio piccolo paziente, se il piccolo giocasse volentieri con lei, mi sentii rispondere (con tono quasi canzonatorio e irritato): "Ma Lei crede che quando la donna di servizio mi porta a casa il piccolo dall'asilo, a sera, io possa trovare il tempo di mettermi a giocare con lui, con tutte le cose che mi restano da fare?".

È vero, le donne di oggi hanno molto da fare e lo fanno generalmente bene, spesso meglio di noi uomini, senza spaventarsi di dover fare due e talvolta tre lavori, riuscendo perfino a trovare il tempo di rimanere gradevoli e ben curate.

Da questo punto di vista, la donna rappresenta quel jolly, quell'asso nella manica che ha dato una marcia in più alla nostra società ma, come per ogni coperta che tirata troppo da un lato lascia scoperto qualcosa, oggi, di rimasto scoperto c'è il problema della gestione ottimale dei bambini.

Dove li mettiamo questi bambini che, diciamocelo pure, una madre nel senso pieno della parola non ce l'hanno più?

Diciamoci le cose serenamente, senza velleitarismi dottrinali e per puro desiderio di analisi: oggi il destino dei bambini è nelle mani dei nonni (se ci sono), delle cameriere (se ci sono), delle maestre d'asilo e delle maestre elementari (che sono sempre di più).

Il destino sociale dei nostri figli è quello di vivere in un gruppo (che oscilla tra l'essere un gregge e l'essere un

branco), dentro una scuola dalle 8 di mattina alle 18 di sera, riservando le ore della sera per la tv, per la minestra o per le patatine, per i giocattoli o per il computer.

La mamma può esserci o non esserci, tanto non importa: la mamma è roba d'altri tempi, una foto sbiadita in bianco e nero diventata marrone con il tempo, un ricordo da mettere da parte, gozzanianamente, tra le vecchie "buone cose di pessimo gusto".

Ma se proprio così deve finire, allora mettiamo le lenti di ingrandimento e accendiamo i riflettori su asili e scuole per migliorare il migliorabile.

A dire il vero, è almeno da un secolo che ci si interroga su come migliorare la vita in questi ambienti. Il primo tema fu quello alimentare, legato alle mense.

Quando, ai primi del Novecento, gli asili erano di fatto solo dei recinti dove parcheggiare i figli delle povere operaie, perlopiù in locali adiacenti alle fabbriche, il cibo servito ai bimbi era pressoché gratuito, ma scarso e senza logiche nutrizionali.

In seguito, quando sorsero gli asili e le scuole materne a pagamento per i figli di madri (lavoratrici o no) di più elevato censo sociale, scoppiarono contenziosi fra famiglie e gestori delle mense a proposito della qualità del cibo. Furono proprio questi contenziosi ad accelerare gli studi della "Scienza dell'alimentazione" sul valore nutrizionale dei cibi, per permettere di elaborare diete sane ed equilibrate sia sul piano nutrizionale medico che sul piano economico.

In pratica le scuole e gli asili ebbero per la Scienza dell'alimentazione lo stesso ruolo stimolatore che la nascita delle polizze di assicurazione sulla vita ebbero per la ricerca dei fattori di rischio cardiovascolare o diabetico. Negli ultimi anni, su scuole e asili si sono riversate ricerche di vario tipo per spingere i bambini a imparare un sacco di cose (lingue straniere, tecnologie, ecc.), salvo dimenticare che (oltre alla dimensione sociale) il bambino ha anche una dimensione individualmente umana, psichica e fisica. Sotto il profilo psicologico si tende a "giapponesizzare" i bambini, trasformandoli in piccoli automi tutti sensibili allo stesso tipo di stimoli, di comandi o di bisogni, certamente bravi sul piano tecnologico, ma con scorte di umanità infantile ridotte al lumicino.

Sotto il profilo fisico, invece, ci si dimentica che gli asili stanno diventando le peggiori aree insalubri, dove i bambini sono sottoposti a continui contagi e a epidemie provocate da agenti patogeni di svariato tipo, anche nuovo. Dai Rotavirus alle Salmonelle, dagli Streptococchi ai virus più disparati, esplodono negli asili e nelle scuole materne epidemie che si rincorrono da Settembre a

Maggio, tra le disperazioni delle madri che non sanno come fare a gestirsi un figlio "rispedito a casa", non essendo più attrezzate e organizzate a farlo. Accade così che il bambino venga comunque ricondotto malato all'asilo, o riaccompagnato a scuola non ancora guarito, e quindi del tutto contagioso per gli altri. Senza rimpiangere i tempi nei quali il bambino restava a casa in contumacia "fino alla caduta di tutte le croste della varicella", oggi si è passati all'estremo opposto e le tempistiche della contumacia stanno diventando una farsa, legata non già ad aspetti medici ma ad aspetti di comprensibile valenza sociale per famiglie non più in grado di tenersi a casa un bimbo malato.

Ma è un serpente che si morde la coda, perché così i contagi si moltiplicano sempre di più, diventando più frequenti e facendo impazzire madri e pediatri.

Negli angusti dormitori degli asili, durante il maledetto sonnellino pomeridiano, orde di virus e di batteri passano indisturbati da una bocca all'altra, da un naso all'altro, tra un russare e l'altro dei nostri bimbi.

Il tutto farà forse felici le diti produttrici di farmaci, ma getta nel dramma le madri.

E c'è da capirle: sono quasi tutte impegnate, non sempre ci sono i nonni, rarissime le cameriere. E allora? Allora ecco giornate di lavoro perse, ore di ansia e di stress, bimbi sbalottati con 40 di febbre a casa di qualche amica o di qualche parente, dove andranno a infettare altri bambini. È il caos.

Forse occorrerebbe affrontare scientificamente il problema del contagio cronico stagionale nelle scuole materne e negli asili, perché così come vanno le cose oggi non può continuare. Forse converrebbe nei mesi a rischio programmare almeno brevissimi cicli di chiusura e di disinfezione degli edifici scolastici per spegnere e interrompere la contagiosa catena epidemiologica, riducendone le dimensioni. Ciò comporterebbe, ovviamente, un riflesso sociale sugli impegni delle madri e delle famiglie ma, di sicuro, un fastidio previsto e programmato è meglio gestibile rispetto a un problema che piomba all'improvviso fra capo e collo trovandoci uno alla volta impreparati e soli. Chi fa il pediatra da molti anni può confermare che il problema va aggravandosi di anno in anno e che di certo occorre intervenire.

Naturalmente anche questo è un problema sociale, che tocca più aspetti dell'organizzazione della nostra vita. Ma è un problema vero e serio che varrebbe la pena di cominciare ad affrontare.

## ADOLESCENTI “PROGRAMMATI” E RISCHIO DI COMPORAMENTI VIOLENTI

Vincenzo Savatteri, Luciana Fici, Cinzia Arrigo, Romano Guarnaccia



Sulla base di recenti ricerche epidemiologiche condotte sulla popolazione generale, in Italia un numero non indifferente di ragazze e ragazzi si dichiarano piuttosto o molto spesso depressi. L'analisi dei dati appare preoccupante in quanto se studiamo il fenomeno scendendo nella fascia di età preadolescenziale, troviamo analoghi risultati con bambini depressi, obesi, annoiati, privi di fantasia e con visione della vita caratterizzata da un soddisfacimento compulsivo delle proprie richieste interiori basate prevalentemente sulla gratificazione al possesso e al consumismo.

Una delle possibili cause eziologiche della correlazione tra depressione ed età pre adolescenziale è legata all'uso del mezzo televisivo. La TV ha acquistato un'autorevolezza non giustificata dai contenuti e dalla programmazione che propone. Il Rapporto Nazionale sulla Condizione dell'Infanzia, della Preadolescenza e dell'Adolescenza (Eurispes 2001) sostiene la nocività della televisione sulle fasce giovanili ed in particolare si afferma che l'uso di questo mezzo determina un impoverimento di esperienze di confronto con la realtà, a van-

taggio di realtà virtuali che non trovano alcun corrispettivo nella reale vita quotidiana delle persone.

Tali realtà virtuali vengono assorbite come reali e come riferimento e metodi imitativi con conseguenze facilmente immaginabili. La televisione non si limita a divertire o proporre programmi di intrattenimento, ma diviene una forza condizionante proponendo e determinando modelli e stili di vita che influenzano e portano alla dipendenza tutte le fasce di età, ma in modo particolare le fasce di età infantile e preadolescenziale.

Se consideriamo che il bambino nella primissima infanzia possiede capacità creative e immaginative elevatissime e la sua possibilità di esprimere tali capacità deriva e si amplifica dal rapporto con i genitori, con gli altri familiari, con i coetanei e trova una giusta collocazione nella interazione con il gioco, possiamo comprendere come l'esposizione al mezzo televisivo, unica fonte di svago e divertimento, mortifichi questa creatività del bambino facendogli sperimentare l'innaturalità di stare ore davan-

ti allo schermo, assorbire immagine e storie che nulla hanno a che vedere con la realtà e principalmente lo abituano ad una serie di contenuti che possono avere connotati particolarmente violenti, sia per le azioni presentate sia per la persuasione con cui i contenuti vengono proposti.

A riprova di tutto ciò si consideri che i bambini vedono la televisione per un tempo che va dalle tre alle sei ore giornaliere ed è un tempo elevatissimo. Un numero non indifferente di bambini si addormenta davanti alla televisione; un bambino dell'età di dieci anni, nell'analisi dell'Eurispes, ha già visto una quantità enorme di pubblicità e di contenuti violenti, ha assorbito numerosissime pubblicità di merendine e consigli sull'acquisto di oggetti. La visione della TV nell'età prescolare inibisce l'attività creativa con un meccanismo di blocco della immaginazione e ostacolo delle capacità verbali.

Quello che si verifica nei bambini è il fenomeno dell'attenzione inerziale e cioè una visione passiva, priva della capacità di critica dei contenuti delle immagini, che porta il bambino ad assorbire passivamente tutto quanto passa dal mezzo televisivo. La TV, indebolendo la personalità del bambino e del preadolescente, pone lo spettatore all'interno di una realtà inesistente allontanandolo dall'ambiente reale, che invece rappresenta il fulcro principale delle relazioni sociali.

Un elemento importantissimo, derivato dalla criminogenesi dei comportamenti devianti giovanili, è l'alterazione del senso di responsabilità che la televisione esercita sullo spettatore giovane, in particolare la programmazione televisiva propone sempre più trame e contenuti dove sono rappresentate situazioni difficili da risolvere: a questo punto intervengono tutta una serie di fattori esterni (poteri magici, casualità, armi, poteri tecnologici) ad appianare situazioni inverosimili, ponendo sempre all'esterno l'artefice della soluzione del problema. L'esperienza che ne trae il bambino è quella che la vita offre sempre delle soluzioni, senza la necessità di mettersi in gioco o di lavorare. L'adolescente impara che non è importante l'abilità e la responsabilità per risolvere un problema o una situazione difficile, ma si deve aspettare che qualcosa dall'esterno risolva il problema, subendo passivamente tutto quanto accade.

La TV, imponendo il principio dell'immagine, porta il più delle volte lo spettatore a vedere senza capire cosa sta vedendo; il vedere prevale sul parlare nel mezzo televisivo e questo spiega perché nei reality o nei talk show si vedano sempre imporre con aggressività e voce alta delle vacue opinioni. L'immagine che si ricava è quella del-

l'aggressività e della sopraffazione, al fine di imporre sempre all'altro le proprie idee.

Mancano completamente gli elementi legati alla tolleranza e alla riflessione, alla interpretazione simbolica degli eventi; tutto ciò è devastante per l'adolescente in quanto la capacità di comprendere secondo un'interpretazione simbolica è tipica dell'homo sapiens che tende all'evoluzione, ed è legata alla costruzione di una personalità tollerante, capace di comportamenti adattivi, in grado di comprendere il mondo circostante; viceversa il telespettatore dipendente e passivo è un animale semplicemente vedente per cui le immagini contano più di ciò che è scritto e delle parole e di conseguenza tutto ciò lo avvicina sempre di più alle sue capacità e caratteristiche ancestrali.

In sostanza si determina una vera e propria involuzione, con incapacità di collegare gli eventi e determinazione aggressiva (tipica dell'animale) al fine di raggiungere un obiettivo anche effimero; si pensi al bullismo nelle scuole ed alle baby-gang o ad altri fenomeni di devianza giovanile. Con ciò non si vuole trovare nella TV l'elemento eziologico dell'aggressività, ma la TV rappresenta oggi una valida concausa nel momento in cui propone quei contenuti a cui il palinsesto televisivo ci sta abituando. Se, ad esempio, consideriamo il problema della diffusione del consumo dell'alcool nelle fasce adolescenziali e giovanili vediamo come la frequenza degli atti alcool-correlati nelle emittenti televisive è di 1 ogni 13 minuti in media nelle emittenti RAI e di 1 ogni 14 minuti nelle altre emittenti principali.

Questo significa che ogni 14 minuti, un adolescente vede bere in televisione una sostanza alcolica; le conseguenze possono andare da un'indifferenza al messaggio ad una tipologia emulativa da parte delle fasce di età più esposte. Esiste una fascia di età che dovrebbe essere immune dall'influenza televisiva e a cui il mezzo televisivo non dovrebbe essere somministrato. Questa fascia di età è quella che va da 0 a 3 anni; ebbene proprio per veicolare il messaggio di aggancio con il mezzo televisivo sono venuti fuori dei programmi per bambini che hanno come personaggi i Teletubbis, cioè extraterrestri che parlano come bambini molto piccoli, vivono in un mondo colorato e passano il tempo a giocare. Fin qui nulla di strano. Se però andiamo a vedere l'aspetto di questi personaggi, vedremo che nel pancino hanno un monitor televisivo dove compaiono immagini e sulla testa hanno delle antenne per la ricezione di programmi; in pratica quando loro vogliono si accende questa televisione, che simbolicamente è posizionata nel pancino, e vedono programmi

televisivi. Il messaggio è chiarissimo e permette ai bambini di 1-3 anni di prendere confidenza e abitudine con lo schermo televisivo. Inoltre nel momento in cui non viene soddisfatto il desiderio che proviene dall'influenza della pubblicità televisiva, viene mobilitato un meccanismo di tipo depressivo-aggressivo: l'impossibilità di possedere l'oggetto desiderato viene vissuta con dolore/amore e con rabbia facendo sì che le forze aggressive messe in movimento non possano essere scaricate che sull'io del soggetto stesso.

La scarica eteroaggressiva immobilizzata innesca cioè, quale conseguenza, sentimenti autoaggressivi che si correlano ai sensi di colpa che sorgono nel momento della impossibilità della possessione dell'oggetto amato. L'adolescente avverte impellenti desideri di riparazione e finisce per convivere con l'idea di autopunizione, che viene assumendo i contorni di una catarsi riparatrice e purificatrice: è in tal momento che è possibile, nei casi estremi, l'autodistruzione reale della personalità adolescenziale.

La prevalenza nella vita dell'adolescente del contatto ripetuto con i mezzi audiovisivi e con sistemi di videogioco violento può portare il soggetto a sperimentare disforia, tristezza manifesta e l'appiattimento affettivo.

È risultato evidente come la disforia è un fenomeno diffuso in modo più frequente fra adolescenti che fra adulti e l'appiattimento affettivo dell'adolescente determina, come modalità espressa, stati di aggressività verso i coetanei (fenomeni di bullismo) o verso gli adulti.

In conclusione, si può affermare che il nucleo affettivo negli adolescenti e nei preadolescenti riceve un'influenza non indifferente da tutto ciò che è legato al messaggio delle immagini; l'influenza del sistema televisivo e videoludico può, di conseguenza, ingenerare comportamenti violenti anche in rapporto con l'alta frequenza della violenza e dei comportamenti devianti che questi mezzi propongono.

*Vincenzo Savatteri, Criminologo  
Luciana Fici, Psichiatra  
Cinzia Arrigo, Assistente Sociale  
Romano Guarnaccia, Avvocato  
ASL N. 9 Trapani, S.E.R.T*



L'utilizzo delle "terapie bersaglio", ed in particolare dei trattamenti antiangiogenetici, ha notevolmente modificato l'approccio, e in parte la prognosi, di alcuni tumori solidi. Se da un lato la comparsa di queste nuove molecole ha permesso di ampliare l'armamentario terapeutico degli oncologi, dall'altro ha reso più complessa la strategia antitumorale e sollevato nuove problematiche.

Quali pazienti possono beneficiare di questi trattamenti e quali tipi di tumori possono essere trattati? Qual'è la strategia ottimale in termini di associazione e di sequenza terapeutica? Questioni sospese ed oggetto di discussione. Un aspetto particolare, venuto recentemente alla ribalta, riguarda le problematiche che il chirurgo digestivo deve affrontare in pazienti comunque trattati o candidati ad esserlo con farmaci antiangiogenetici.

L'utilizzo di queste terapie in pazienti con un tumore colorettole (CCR) può determinare delle conseguenze che interessano direttamente il chirurgo. A parte gli effetti secondari, per la verità poco frequenti, come perforazione intestinale o emorragie, la riduzione del VEGF circolante (Vascular Endothelial Growth Factor), può avere conseguenze sulla cicatrizzazione o la rigenerazione epatica dopo epatectomia.

È noto che nell'adulto il VEGF ha un ruolo nella cicatrizzazione delle ferite, e nel favorire la formazione del tessuto di granulazione attraverso un aumento della permeabilità vascolare. L'espressione del VEGF aumenta durante i normali processi di cicatrizzazione e l'inibizione della angiogenesi può pertanto ritardare i processi di cicatrizzazione delle ferite chirurgiche. Allo stesso modo nelle resezioni epatiche avviene l'attivazione del recettore del VEGF-R1 nei sinusoidi epatici con conseguente stimolazione di fattori mitogeni e di rigenerazione tissutale. È anche vero che alcuni schemi di chemioterapia possono causare delle lesioni vascolari epatiche o delle steatoepatiti. D'altronde, si conosce come l'associazione

# CHIRURGIA E FARMACI ANTIANGIOGENETICI

*Particolarità della chirurgia dei tumori coloretali e delle metastasi epatiche in pazienti trattati con farmaci antiangiogenetici*

di un trattamento antiangiogenetico a questi schemi di chemioterapia rischi di aggravare le lesioni indotte dai farmaci antitumorali.

Qualè il rischio di complicanze chirurgiche in pazienti trattati con anticorpi anti-VEGF?

In pazienti trattati con bevacizumab (anticorpo anti-VEGF) per CCR metastatico, il rischio di complicanze chirurgiche è debole ed è rappresentato principalmente da perforazioni intestinali. La maggioranza di queste perforazioni si verifica nei tre mesi che seguono il trattamento ed in un terzo dei casi interessano la sede del tumore primitivo. Statisticamente (Studio pilota Hurwitz) il tasso di emorragie di grado 3-4 non è differente nei pazienti trattati con sola chemioterapia rispetto a quelli trattati anche con bevacizumab (rispettivamente 2,5 e 3,1%).

Riguardo alle perforazioni digestive il rischio varia dallo 1,5 al 1,7%. Tra i fattori favorevoli, ritrovati in due terzi dei casi, vanno considerati l'esistenza di un tumore primitivo in sede, degli antecedenti di diverticolite, di chirurgia o di radioterapia, l'esistenza di una carcinosi peritoneale o di una patologia occlusiva (studio BRIT). A parte una attenta osservazione del paziente durante il trattamento, il problema da affrontare riguarda la questione se sia raccomandabile asportare o meno il tumore primitivo prima di iniziare il trattamento. È oggetto di dibattito quale atteggiamento debba essere adottato in presenza di un tumore primitivo a carico del colon o del retto con metastasi epatiche non resecabili. Alcuni propongono una resezione intestinale prima di iniziare la chemioterapia per evitare il rischio di ulteriori complicanze digestive (occlusione, emorragie, perforazione), ma è anche vero che l'inizio della chemioterapia può essere ritardato in presenza di complicazioni post-operatorie. Altri dati, al contrario, dimostrano che in caso di chemioterapia neoadiuvante con tumore primitivo in situ, il rischio di complicanze

intestinali era debole e la sopravvivenza globale sovrapponibile a quella dei pazienti trattati con chemioterapia in adiuvante.

L'orientamento attuale è quello di trattare questi pazienti con chemioterapia lasciando il tumore primitivo in sede. Anche il debole rischio di andare incontro a perforazione intestinale sotto trattamento con farmaci antiangiogenetici giustifica questa attitudine e non quella di ricorrere ad una colectomia di principio.

Le complicanze nei pazienti che non avevano ricevuto il bevacizumab prima dell'intervento ed in quelli in cui lo stesso farmaco era stato somministrato tra 28 e 60 giorni dopo l'intervento erano del 1,3% contro 0,5% in pazienti trattati con chemioterapia da sola senza il bevacizumab (Hurwitz).

In sostanza si è visto che se il trattamento è iniziato dopo 28 giorni dall'intervento chirurgico, con ferita cicatrizzata, il rischio di complicanze non sembra modificato, mentre al contrario è conveniente sospendere il trattamento almeno 28 giorni prima di un intervento programmato. Allo stesso modo, per quanto attiene gli interventi di resezione epatica in pazienti sottoposti a chemioterapia associata a bevacizumab non sussistono effetti sulla morbilità post-operatoria se il trattamento farmacologico è sospeso almeno 28 giorni prima della resezione (casistica del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center).

*Mario Ferrera  
Specialista Oncologia medica  
Osp. San Biagio – Marsala  
ASL 9- Trapani*

## WELFARE STATE E SISTEMI SANITARI SOSTENIBILITÀ, EFFICACIA ED EFFICIENZA DEI SERVIZI DEDICATI AD UNA POPOLAZIONE SEMPRE PIÙ ANZIANA

Maurizio Dal Maso

Gli italiani sono i cittadini meno soddisfatti del proprio sistema sanitario nazionale in Europa. Le critiche riguardano soprattutto le carenze organizzative, la qualità dei servizi ospedalieri e le tipologie di consulenze mediche. A preoccupare il 64% degli italiani sono le liste d'attesa (contro il 49% della media europea), mentre il 39% lamenta l'insufficienza dei finanziamenti pubblici. I dati arrivano da una recente indagine realizzata dall'Istituto di Ricerca CSA sui cittadini di 5 Paesi europei (Italia, Francia, Germania, Gran Bretagna e Svezia) intervistati nel 2007 su temi di carattere generale e specifici. La maggioranza degli italiani (77%) ha dichiarato di essere disponibile a sostenere i costi delle cure supplementari, attraverso l'aumento dei contributi obbligatori (27%), l'assicurazione integrativa (26%) o un contributo una tantum (24%). Una disponibilità più spiccata rispetto agli altri cittadini europei. Gli italiani, dunque, sono disposti più degli altri a sostenere i costi delle cure aggiuntive.

Ma è necessario ricorrere a questa soluzione o forse è il tempo di realizzare alcune semplici e lungamente attese riforme del sistema sanitario e, più in generale, del nostro sistema di Welfare?

Possiamo certamente considerare che il SSN è in grado di fornire una valida risposta nei casi acuti, con buoni indicatori di appropriatezza, qualità dell'assistenza ed esito (mortalità, morbosità) e una riduzione importante dell'ospedalizzazione anche se l'organizzazione ospedaliera è in buona parte ancora basata su modelli organizzativi datati. Il trend della spesa ospedaliera rimane elevato con problemi di efficienza interna, sovradotazioni organiche e tecnologiche, e prevedibili difficoltà assistenziali, ad esempio, scarsi o assenti percorsi assistenziali post-acuzie o di integrazione assistenziale fra ospedale e territorio. Si riscontrano diverse criticità nell'affrontare i problemi di una popolazione che invecchia in modo crescente. Bisogna considerare che gli ultrasessantacinquenni assorbono oltre il 30% della spesa sanitaria mondiale, pur essendo circa il 5% della popolazione e che questi diver-

ranno oltre il 40% entro il 2050. L'Italia è al primo posto nella classifica degli ultrasessantenni con una percentuale del 25%, destinata a salire al 34% entro il 2025. Tutto ciò è noto e avrebbe dovuto già tradursi in una nuova visione complessiva del Welfare, considerando che l'Italia è il Paese fra quelli UE che destina alla spesa previdenziale la quota più alta del PIL e che registra la più alta quota di spesa per le pensioni, ben al di sopra della media UE. Il progressivo invecchiamento della popolazione è un tratto demografico costante dei Paesi industrializzati. Di fronte a questo fenomeno vanno assumendo sempre maggiore importanza le proiezioni di lungo periodo sulle quote di spesa pubblica da destinare al Welfare. Si tratta di proiezioni che ormai costituiscono strumenti fondamentali sia per analizzare l'effetto della pressione dei costi del Welfare sulla finanza pubblica e prevedere la sostenibilità del sistema, sia per valutare l'effettiva capacità dei vari istituti del sistema sociale di offrire in modo costante nel tempo servizi adeguati di tutela nell'assistenza sanitaria oltre che nelle pensioni, nel sostegno alle famiglie, nell'assistenza ai disabili e ai disoccupati, come evidenziato nella Tabella 1.

Le proiezioni AWG-Ecofin disegnano per l'Italia un sistema sociale con un sostanziale controllo di lungo termine sull'andamento delle spese e con un rischio limitato di presentare tendenze finanziarie molto squilibrate: l'incidenza della spesa sociale sul Prodotto Interno Lordo (PIL) si evolve in linea con il valore medio UE-15 e nel 2050 l'incidenza risulta essere inferiore a quella di molti dei nostri partner europei. Tuttavia, nonostante queste valutazioni positive, nei prossimi anni il nostro sistema sociale dovrà comunque affrontare la necessità di finanziare un aumento dell'incidenza della spesa sociale sul PIL pari almeno a 1,6 punti percentuali tra il 2000 e il 2050, con un incremento massimo (intorno al 2040) di circa il 3%. Stando a queste proiezioni anche nel 2050 quasi il 60% della spesa sociale italiana sarà una spesa di natura pensionistica, ma nel lungo periodo (dopo il 2040) gli incrementi più con-

# politica ed economia sanitaria

Tabella 1 - Incrementi di incidenza della spesa sanitaria (acuti e lungodegenti) al 2050.

PAESE	MPSI L.500M (2004)		MPSI (2050)	
	Spesa maggiore	Spesa minore	Spesa maggiore	Spesa minore
Canada	2,1	2,1	4,2	1,8
Spagna	2,2	2,2	4,1	1,7
Francia			4,2	1,8
Italia	2,5	1,5	3,4	1,5
Regno Unito	5,5	2,0	5,5	1,4
USA USA	*	*	2,2	1,1
<b>Media UE - 15</b>	<b>2,4</b>	<b>2,2</b>	<b>4,1</b>	<b>1,5</b>
<b>Media OCSE</b>	<b>2,1</b>	<b>1,1</b>	<b>4,1</b>	<b>1,8</b>

Tabella 2 - Programma di stabilità dell'Italia 2006. Elaborazioni della Ragioneria Generale dello Stato

Stato della spesa pubblica nel Programma di stabilità					
Proiezioni delle componenti della spesa pubblica approvata dal Parlamento					
Spesa pubblica per persone fisiche, relative all'istruzione, alla sanità e all'assistenza sociale (milioni di miliardi di euro)					
	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Spesa pubblica approvata</b>	<b>25,7</b>	<b>26,7</b>	<b>27,8</b>	<b>28,7</b>	<b>29,5</b>
Spesa per istruzione	14,0	14,1	14,1	14,1	14,1
Spesa sanitaria	8,8	9,2	9,7	10,2	10,8
Assistenza sociale	0,9	1,0	1,0	1,1	1,2
Spesa per l'istruzione	2,5	2,5	2,5	2,5	2,7
Spesa per l'assistenza sociale	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
<b>Quadro macroeconomico e demografico</b>					
<b>«dati di riferimento»</b>					
Tasso di crescita del P.L.L. reale	1,5	1,5	0,5	0,5	1,2
Tasso di disoccupazione	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7
<b>Popolazione over 65 / totale della popolazione</b>	<b>20,1</b>	<b>20,2</b>	<b>20,7</b>	<b>20,9</b>	<b>21,8</b>

sistenti arriveranno dalla spesa sanitaria che, diversamente dalla prima, crescerà gradualmente ma costantemente, senza alcuna inversione di tendenza realisticamente configurabile sulla base di politiche fino a oggi prefigurate. Si può concludere che le proiezioni indicano la necessità di interventi riformatori per fronteggiare gli incrementi di incidenza della spesa sul PIL, che comunque ci saranno nella sanità (oltre che per l'istruzione e l'assistenza sociale). Esistono infatti le condizioni generali perché si possa condurre un processo di riforma completo e di lungo periodo in grado di perseguire contemporaneamente gli obiettivi dell'equilibrio finanziario e della sostenibilità economica insieme con quelli dell'adeguatezza, della appropriatezza, dell'efficacia e dell'equità delle prestazioni erogate. Ci sarà anche la volontà politica di farlo? Questo processo di riforma dovrebbe intervenire sia all'interno

della spesa pubblica sia nella diversificazione tra finanziamento pubblico e finanziamento privato della spesa sociale e, in particolare, di quella sanitaria. Una simile diversificazione, peraltro, andrebbe intesa nel senso di sviluppare da una parte un pilastro sanitario privato e dall'altra parte di sviluppare più diffusamente meccanismi di filtro e regolazione della domanda di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali. Anche in questo caso le scelte di politica sanitaria saranno dirette e coerenti o subiranno nel tempo andamenti ondivaghi?

È interessante osservare anche altri parametri collegati a questi aspetti, come quelli mostrati nella Tabella 2.

La popolazione italiana nelle tre fasce di età over 65, over 80 e over 85 è passata da valori assoluti di 3.895.000, 510.000 e 160.000 nel 1950, a quelli registrati nel 2001 pari a 10.646.000, 2.476.000 e 1.240.000 e nel 2050 i

Tabella 3 – Popolazione over 65 e utilizzo di risorse del SSN.

37% della massa popolazione	48% della popolazione di riferimento	42% della spesa pubblica nel settore ospedaliero
18.788.000 popolazione residente pari al 38% del totale degli abitanti	18.738.000 popolazione residente pari al 38% del totale degli abitanti	18.738.000 popolazione residente pari al 38% del totale degli abitanti
18.788.000 popolazione residente pari al 38% del totale degli abitanti	18.738.000 popolazione residente pari al 38% del totale degli abitanti	18.738.000 popolazione residente pari al 38% del totale degli abitanti
18.788.000 popolazione residente pari al 38% del totale degli abitanti	18.738.000 popolazione residente pari al 38% del totale degli abitanti	18.738.000 popolazione residente pari al 38% del totale degli abitanti

Fonte : Ministero della Salute, dati anno 2000; A.S.S.R. 2004

valori attesi saranno 18.788.000, 7.738.000 e 4.347.000 (fonte ISTAT). Il tutto a fronte di una riduzione della popolazione più giovane (età 0-19) e un vero tracollo di quella di età compresa fra i 20 e i 64 anni (circa 8.000.000 in meno). Una nota positiva potrebbe essere data dal fatto che l'invecchiamento demografico non è destinato a durare indefinitamente poiché quando accederanno a queste fasce di età le generazioni dei nati negli anni '80 vi saranno più uscite che entrate e il processo di invecchiamento demografico tenderà a ridursi.

Nel 1999 Mario Zanetti sosteneva che "realizzare una politica sanitaria equa non significa garantire a tutti i membri della comunità pari opportunità di accesso a tutto ciò che è loro necessario per soddisfare qualsiasi bisogno espresso, quanto garantire a tutti pari opportunità di accesso rispetto a ciò che la comunità stabilisce di potersi permettere per soddisfare una quota prioritaria ed indispensabile di bisogni". È evidente come tale problematica sia di difficile gestione e standardizzazione per i risvolti sociali, culturali, etici e professionali che ne derivano. D'altra parte è indispensabile affrontare questo tema troppo a lungo rimandato e superato come priorità da altri certamente meno critici. Questa necessità deriva dalla consapevolezza che da queste analisi derivano suggerimenti operativi per ovviare ad alcune criticità del SSN quali, ad esempio, l'elevata quota di pagamento "out of pocket" tuttora esistente o l'asimmetrica ripartizione di alcuni ser-

vizi, ed il loro consumo, da parte di una quota della popolazione, ad esempio gli ultrasessantacinquenni, come mostrato nella Tabella 3.

È logico pensare che sarà sempre più necessario fare previsioni demografiche che tengano in considerazione il legame tra l'aumento dell'aspettativa di vita e la spesa sanitaria complessiva ponendo una particolare attenzione sul guadagno "in buona o cattiva salute" poiché questa distinzione determinerà il futuro

livello di spesa. Il certo e progressivo invecchiamento della popolazione si tradurrà in una richiesta sempre maggiore di cure, medicine e prestazioni specialistiche poiché la domanda e i consumi cresceranno proporzionalmente all'incremento dell'età, come conseguenza diretta del fatto che alcuni importanti tipi di disabilità si manifesteranno in misura maggiore con il passare degli anni. In altre parole non sarà solo il semplice aumento numerico della popolazione anziana a determinare l'aumento della spesa sanitaria ma il mutamento dei bisogni e della domanda espressi e le nuove richieste di prestazioni diversificate che porteranno ad un aumento della spesa sanitaria che dovrà essere prevista e compensata in tempo utile senza dover ricorrere a interventi improvvisati o decisi all'ultimo momento, dato che in questo caso abbiamo a disposizione molti anni per pianificare, programmare e realizzare gli opportuni interventi correttivi.

Maurizio Dal Maso  
Tesoriere FEMS

## IL CALCOLO DEL TRATTAMENTO PENSIONISTICO

Umberto Celotto

Continuiamo l'illustrazione delle nuove norme sulle pensioni, introdotte dalla legge 24 dicembre 2007, n. 247 (collegato sul welfare alla finanziaria 2008).

Veniamo ora al calcolo del trattamento delle prestazioni per il prossimo quinquennio ed oltre. Attualmente, la pensione viene calcolata in base all'anzianità maturata e all'imputazione temporale degli accrediti, con diversa tutela degradante nel tempo. I sistemi di calcolo sono i seguenti tre:

il sistema retributivo, che conteggia la prestazione sulla base dell'ultima o ultime retribuzioni a favore di chi abbia almeno 18 anni di accrediti al 31/12/1995; il sistema contributivo per coloro che hanno iscrizione previdenziale a partire dall'1/01/1996; il sistema misto per chi ha già servizio a cavallo del 31/12/1995 con diritto a valutazione retributiva per la parte antecedente alla predetta data e valutazione contributiva per la parte successiva.

Vediamo ora quali effetti la nuova legge ha inciso sull'argomento in discussione.

1. Il sistema retributivo è quello riservato agli iscritti più anziani (sostanzialmente a chi ha almeno 30 anni di contributi utili al 31/12/2007) e, in via generale, a chi ha almeno 55 anni di età. Il calcolo avviene sulla base dell'ultima retribuzione di servizio (a retaggio della normativa previgente al

1993), attualmente per la parte ponderante del servizio maturato (quota A) ed in base alla media delle ultime retribuzioni per la parte residua (quota B). Il rendimento è pari, attualmente, all'85% dell'ultimo stipendio con ulteriore, progressiva, limitazione nel tempo. È, indubbiamente, il sistema più gratificante, dal momento che struttura la parte finale dell'attività di servizio al top di carriera e di contratto. La nuova legge, per detto sistema, lascia inalterato il dettato normativo attuale, tranne i progressivi appesantimenti dei requisiti già previsti dal decreto Amato. In concreto, rimane intonsa, così com'è ora, la valutazione della quota A, con prevedibile discesa del rendimento all'80% (che è la misura INPS con 40 anni) nel corso del prossimo quinquennio. Inoltre la "media" sarà decennale, a breve, fermo restando, per il "tetto", l'applicazione dei relativi limiti, sempre a partire dall'1/01/1998. Detto sistema, che riguarda una parte sempre più ridotta di iscritti, sarà di garanzia per il prossimo decennio (e, cioè, fino alla maturazione dei 40 anni), oltre che per coloro che hanno spazio per rimanere in servizio pur avendo superato la predetta anzianità massima.

2. Il sistema contributivo riguarda, invece, i nuovi assunti, i precari e, comunque, quelli che hanno una posizione contributiva non anteriore al 1/01/1996.

Qui il calcolo del trattamento avviene sulla base dei contributi versati nell'intera carriera. Gli stessi contributi ricevono rivalutazione in base ad una tabella di coefficienti di trasformazione contenuta nella Tabella A, allegata alla legge 335/1995. È il gruppo che riguarderà, in via di generalizzazione, coloro che sono al di sotto dei 40 anni di età che ricevono un trattamento che, anche a livello dei 40 anni di servizio, non supererà il 50% dell'ultima retribuzione. Nonostante la particolare situazione di detti interessati, la nuova legge ha penalizzato ancor di più diritto e misura del trattamento per gli stessi. Quanto al diritto, saranno necessari 5 anni di contribuzione, se la richiesta avviene ai 65 anni. Per un trattamento anticipato si richiedono, ora, almeno 35 anni di contribuzione per cui – in rapporto al ritardato ingresso in carriera o alla natura del servizio alternato – sarà fatale la maturazione della pensione solo al limite massimo.

Ma ancor più si è avuto, per il calcolo del trattamento, nel senso che la legge di riforma reca, in allegato, una nuova Tabella (che ha sostituito quella sopra accennata) da cui si evince che il coefficiente di trasformazione ai 65 anni (ora del 6,15) si ridurrà al 5,5, sia pure con effetto dal 2010.

Ciò rende ancor più dubbioso il futuro di detto gruppo – costituito dalla maggioranza degli iscritti – e

che renderà, di certo, non appetibile il trattamento anche nella completezza dell'anzianità, che potrebbe aversi a partire dagli anni 2030.

3. Resta il gruppo intermedio di iscritti, che naviga attualmente tra i 40 ed i 55 anni di età. A parte i casi specifici, tale gruppo avrà calcolo di trattamento articolato in forma retributiva, per le contribuzioni anteriori al 31/12/1995 ed inferiore ai 18 anni di servizio utile (che sarà il servizio di minor ampiezza ed in progressivo dissolvimento), fermo restando il calcolo contributivo per la residua maggiore anzianità, che subirà il conseguente appiattimento del trattamento complessivo.

Pertanto, già per detto gruppo, si profilerà la necessità di una forma complementare di trattamento, quantomeno per contenere la perdita rispetto allo stipendio. Resta fermo l'apporto non sostanziale della pensione integrativa, che assicurerebbe non oltre un 15% in più, rispetto allo stipendio, con la rinuncia, tuttavia, a TFR e buonuscita. Per i gruppi di cui ai punti 2) e 3) siamo, ovviamente, a notevole distanza dai tempi di attribuzione della prestazione. Ma si ritiene di rendere la suesposta prospettiva perché sia possibile considerare la residua utilità di riscatti e ricongiunzioni, di cui si tratterà in una prossima occasione.

Ovviamente, rimane l'auspicio che le cose possano migliorare nei tempi successivi restituendo alla previdenza il carattere mutualistico attribuito dal dettato costituzionale e perché la stessa previdenza non sia dominio esclusivo di fattori puramente assicurativi.

## GRADIMENTO DEL DEI CITTADINI

La Regione Veneto ha attivato un Osservatorio sulla qualità percepita in Sanità. Per conto della Regione, il dipartimento di Sociologia dell'Università di Padova ha condotto una indagine per conoscere l'indice di gradimento dei cittadini nei confronti dei servizi e degli operatori.

La stampa locale e regionale ha dato abbastanza risalto alla notizia, evidenziando soprattutto il buon voto che la maggioranza dei veneti attribuisce al proprio medico di medicina generale. Questa notizia non è più una novità: già altre indagini nazionali avevano riconosciuto validità a questa figura e funzione. In questo caso, ai medici di medicina generale ben il 58% dei cittadini riconosce fiducia e addirittura il 67% lo riconosce come figura che sta vicino a chi sta male. Al secondo posto, con il 17,44% si trovano gli infermieri. Ma il dato a parer nostro sconcertante è che ai medici ospedalieri solo il 4,9% dei cittadini riconosce fiducia e ai primari ancora meno, cioè solo l'1,9%.

Tralasciamo in questa occasione gli altri indicatori (liste di attesa, vicinanza dei servizi, organizzazione, aspetto umano e cortesia, ecc.) e soffermiamoci sulla differenza di valutazione riservata ai medici ospedalieri rispetto ai MMG.

I commenti letti sull'argomento mettevano in rilievo la maggior disponibilità di tempo dedicata dal medico di medicina generale (MMG) a dialogare con il cittadino, unita ad una capacità di dare informazioni, l'aspetto umano e la cortesia nell'approccio alle problematiche di salute, ecc.

Per quali motivi all'ospedaliero non si riconosce la stessa stima e dose di fiducia? Se è vero che le liste di attesa per visite specialistiche si allungano e le ASL devono organizzare sedute aggiuntive per rispettare i tempi massimi di attesa, vuol dire che i cittadini in verità si fidano anche degli specialisti, altrimenti non li consulterebbero così di frequente.

Se i servizi di Pronto Soccorso sono sempre intasati e circa l'80% delle persone che vi accedono lo fanno per problemi che vengono classificati "codici bianchi" o "codici verdi" e per venire visitati in Pronto Soccorso sono disposti - magari lamentandosi - ad aspettare anche più ore, vuol dire che dell'ospedaliero si fidano, eccome.

Anzi, verrebbe da dire, si fidano dell'ospedaliero più che del proprio medico "di fiducia" al quale avrebbero dovuto rivolgersi. Magari ad esso si sono rivolti, ma non lo hanno rintracciato, perché l'istituto della reperibilità per il medico di medicina generale non è contemplato nello specifico rapporto di convenzione. E perché il cittadino non si lamenta, se il proprio "medico di fiducia" non si rende reperibile?

Il MMG riceve tanta fiducia e stima perché riesce a dare risposta alle domande (anche improprie) dei cittadini. Queste domande sono volte ad ottenere la richiesta per una visita specialistica, per un esame ematochimico-

## MMG NEL SONDAGGIO

Luigi Dal Sasso e Chiara Marangon

co o strumentale urgente (è sufficiente scrivere “urgente” nella richiesta), per ottenere quella determinata prestazione pubblicizzata la sera prima in una nota trasmissione televisiva, perché non si sa mai, ecc. Dare una risposta, nel senso di accondiscendere alle richieste e prescrivere quanto desiderato, non vuol dire risolvere il vero problema di salute dell’assistito.

La reale soluzione ai problemi di salute della persona viene invece garantita dallo specialista, ospedaliero e non, di cui il medico convenzionato si serve per accontentare il proprio assistito. I cittadini, con una richiesta di visita urgente, esigono che la prestazione sia erogata subito, e senza esitazioni. Dato che talvolta il medico ospedaliero, a fronte di richieste di urgenze, magari improprie e a qualunque ora del giorno e della notte, si permette di esternare giudizi di non appropriatezza anche con gli utenti, egli viene giudicato non degno di fiducia da parte del cittadino stesso, al quale tuttavia ha contribuito a risolvere il problema. E spesso, a causa di questi atteggiamenti di non completa accondiscendenza, il cittadino espone lamentele scritte agli URP (Uffici per le Relazioni con il Pubblico), alle quali bisogna rispondere ed, a volte, presentare anche le proprie scuse.

Discutendo con i Colleghi MMG per sapere perché alcune richieste di prestazioni, pretese dai loro utenti, fossero erogate anche in evidente condizione di non appropriatezza, questi Colleghi hanno risposto dicendo che, essendo il rapporto fiduciario e professionale con l’assistito vincolato solo al gradimento del paziente per quel medico e stante che il medico di fiducia può essere cambiato in ogni momento e senza alcuna giustificazione (è sufficiente compilare una domanda al proprio distretto sanitario e la attribuzione di un nuovo medico è immediata), è premura del MMG dare al paziente quanto questo chiede per evitare di “perdere” un assistito, con tutte le conseguenze economiche del caso.

La convenzione ricalca uno schema vecchio di 30 anni. I tempi sono cambiati. Oramai i cittadini, sull’onda del consumismo, pretendono prestazioni sanitarie con lo stesso criterio con cui fanno la spesa al supermercato, mentre le nuove dinamiche sociali ed economiche in corso

(invecchiamento, evoluzioni della scienza e tecnologie mediche, pressioni finanziarie, ecc.) pongono vincoli crescenti sull’uso delle risorse.

Inoltre, l’impostazione ereditata dal sistema mutualistico ha portato ad effetti indesiderati, come la mancata responsabilità da parte dei MMG sull’uso delle risorse, la variabilità nella qualità assistenziale, piuttosto che l’assenza di una vera continuità assistenziale.

Il MMG, in questo contesto, non riesce ad esercitare l’azione di “filtro” che gli compete. Ma questo problema non verrà risolto finché la medicina generale rimarrà in un rapporto di convenzione con il SSN e non passerà ad un rapporto di dipendenza. Solo in questa condizione il MMG potrà operare una azione di filtro o di educazione dei propri assistiti, senza temere di perdere clienti con un conseguente danno economico.

È questa è una delle richieste che CIMO-ASMD sostiene da anni. Non è sostenibile la scusante del rapporto fiduciario, che si verrebbe a perdere con il passaggio dei MMG al rapporto di dipendenza. Anche ora, quando il cittadino sceglie di andare prioritariamente in Pronto Soccorso, e non dal proprio medico, dove sta il rapporto fiduciario? Se la medicina generale non accetta di sentir parlare di “reperibilità”, neppure telefonica, durante il giorno, perché la convenzione di lavoro non lo prevede, quanto a cuore le sta il “rapporto fiduciario” con l’assistito?

È vero che il MMG dedica più tempo ad ascoltare il proprio assistito e cercare di farsi carico dei suoi problemi o delle sue preoccupazioni. Per il MMG oggi essere inserito nella rete dei servizi distrettuali è di molto aiuto in questi casi perché gli consente di porsi in relazione con altri operatori che in equipe collaborano per prendersi carico dei problemi degli utenti.

Quando le cose funzionano così, e il MMG si lascia coinvolgere nel lavoro di rete, è più facile per gli assistiti riconoscere nel proprio medico il regista di una organizzazione che coordina tanti operatori e risorse. Se poi il confronto viene fatto con lo specialista ospedaliero, che magari con sacrificio ti ha visitato fra un intervento chirurgico e l’altro o all’interno del lavoro ordinario, quindi

con fretta e senza poter fermarsi troppo a dare spiegazioni, allora è gioco facile per il paziente medesimo dichiarare che il MMG gode della sua fiducia e si prende carico di lui. Però non viene dato il giusto peso al contributo determinante del Collega specialista e alla responsabilità diagnostica che si è accollato.

Una ricerca dell'OMS sulle modalità di lavoro dei medici di medicina generale nei Paesi occidentali, ha messo in evidenza che gli ambulatori dei medici italiani sono poveri di strumentazione anche elementare e pertanto i MMG sono obbligati a rivolgersi ad un Collega specialista per il completamento della prestazione.

Diversamente, in altri Paesi dell'Unione europea, negli ambulatori di medicina generale vengono effettuate prestazioni quali suture e rimozioni delle stesse, elettrocardiogrammi e accertamenti laboratoristici elementari, consulenze con altri Colleghi, anche specialisti. Ciò porta inevitabilmente a riflettere se regole e modalità di lavoro attuali siano ancora coerenti, oppure se non siano necessari cambiamenti. A titolo di esempio: il rapporto con gli specialisti (subalterno o di consulenza?); la compartecipazione decisionale nei distretti (con che forma e ruolo?); gli investimenti strutturali per nuovi modelli organizzativi, cioè sedi, personale, tecnologie, e di provenienza da quali fonti, nazionale, regionale o locale?

Tutto costringe oggi le professionalità del territorio a confrontare la propria libertà professionale con aspetti gestionali, di collaborazione, coordinamento, appropriatezza, insomma ad aprire un sistema lavorativo, finora molto chiuso.

Per tornare quindi al quesito d'apertura, il medico di medicina generale è comunque gradito all'utenza perché nel nostro SSN gli viene assegnato un ruolo di gestore di risorse, di conoscitore e utilizzatore di percorsi di cura cui accedere anche senza rispettare criteri di appropriatezza o anche di semplice buon senso. Ad onor del vero, va precisato che anche in Italia la medicina generale sta cercando una nuova affermazione di professionalità e di protagonismo, ma si tratta ancora di una spinta minoritaria.

Relativamente alla capacità di operare azioni di filtro della medicina generale nei confronti dei propri assistiti, puntualizziamo che forse questo non è il vero problema. Il vero nodo da chiarire è quale ruolo assistenziale concreto – e con quali effettive responsabilità – sia da assegnare alla medicina generale perché si passi da una mera azione di filtro ad una definizione di competenze che integrino le cure primarie con quelle specialistiche, secondo una sequenza temporale e di gravità tale da garantire la continuità delle cure e la eliminazione dei

vuoti assistenziali nel momento del passaggio fra i diversi ambiti di cura.

Indipendentemente dai modelli organizzativi dei diversi Servizi sanitari nazionali, in tutti i Paesi è in discussione il ruolo delle cure primarie ed il loro rapporto con le cure specialistiche, al fine di armonizzare la filiera dell'assistenza e combinare efficienza, qualità, appropriatezza, soddisfazione.

Ed in ogni caso, per ogni modello organizzativo che andremo a ridefinire, quale sarà il valore aggiunto per i pazienti in termini di efficacia dell'intervento e risultato di salute ottenuto? E quale valore aggiunto per le professioni, in termini di riscontro della prestazione / consulenza erogata, e minore rischio clinico corso per la completezza del percorso assistenziale, tramite l'evidenza delle responsabilità di ciascuno?

Relativamente a queste ultime considerazioni, insorgono problemi che potranno e dovranno essere affrontati una buona volta congiuntamente in sede di rinnovo contrattuale e convenzionale, superando la logica della ferrea divisione dell'organizzazione e della relativa assegnazione di risorse tra dipendenti e convenzionati: diversamente resteranno sempre esercizi astratti di confronto culturale, senza alcun seguito pratico in termini di qualità ed economicità del sistema sanitario di assistenza.

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

# COOPERAZIONE TRA MEDICI E RESPONSABILITÀ CONCORSUALE

Vania Cirese

In caso di più medici che si alternano e/o collaborano alla cura di un paziente, la responsabilità è affidata contemporaneamente a tutti, con l'obbligo di coordinarsi. L'ordinamento giuridico pone a carico di ciascuno il dovere di intervenire, se si avvede dell'inadeguatezza di atti decisi da altri sanitari.

Tale posizione di controllo deriva dal riconoscimento che i medici di un reparto ospedaliero sono, per la giurisprudenza, un gruppo di professionisti sostanzialmente equivalenti e paritetici, pertanto ognuno dei sanitari affidatari è titolare di una posizione di garanzia sul paziente ricoverato, dovendosi definire i confini caso per caso.

Le dinamiche della cooperazione si intrecciano con quelle dell'organizzazione del lavoro e della turnazione in particolare, perché, secondo la giurisprudenza, la titolarità (della suddetta posizione di garanzia) in capo a ciascuno dei sanitari non consente un'eccessiva frammentazione dell'intervento sanitario.

In altre parole, non può il singolo medico preoccuparsi solo di ciò che avviene mentre eroga quella singola prestazione d'opera, né preoccuparsi di ciò che avviene solo nel suo turno di lavoro; non basta che il sanitario si preoccupi di ciò che ha compiuto direttamente, perché deve contribuire al coordinamento di tutte le azioni svolte sul paziente.

Il tema della causalità è spesso connesso a quello dell'affidamento: se il primo medico ha violato delle norme precauzionali e il secondo medico che gli succede nella posizione di garanzia, non elimina la violazione o non pone rimedio alla omissione suo malgrado, e si produce l'evento che una corretta azione avrebbe scongiurato, ci saranno due antecedenti causali, non potendo il secondo configurarsi "fatto eccezionale sopravvenuto", sufficiente da solo a produrre l'evento.

È doveroso anche se impegnativo seguire l'evoluzione degli indirizzi della dottrina e della giurisprudenza in tema di responsabilità medica, per il numero crescente di sentenze, proporzionale all'incremento dei processi con-

tro i medici, dovuto anche al fatto che in assenza di interventi legislativi tutto è affidato al "diritto vivente", alle interpretazioni giurisprudenziali, che provenendo da soggetti diversi per esperienza e mentalità, non sono univoche, dettando discipline dinamiche e incerte.

L'impressione resta sulla perdurante "mal disposizione" della magistratura nei confronti della categoria medica o "buona disposizione" nei confronti del paziente, considerato il soggetto più debole nel rapporto di cure e quindi più bisognoso di tutela. In tale ottica sembra continuare a muoversi la Cassazione che, trattando della dimenticanza di materiale all'interno del corpo del paziente, a seguito di un intervento chirurgico, ribadisce la responsabilità del chirurgo per violazione di norme precauzionali, toccando con severità il nodo cruciale dell'attività svolta in equipe. Gli orientamenti che vengono ribaditi possono così sintetizzarsi:

- 1) le relative responsabilità vanno ripartite tra i singoli componenti dell'equipe che hanno proceduto all'operazione anche in presenza di delega della cd "conta" delle garze (o strumenti/pinze);
- 2) non può applicarsi il principio dell'"affidamento" quando colui che si affida sia in colpa per aver violato determinate norme precauzionali;
- 3) i medici quando si avvalgono di personale sanitario non medico, per l'esecuzione materiale di alcuni compiti, non si esimono dal dovere di vigilanza sull'attività degli ausiliari;
- 4) in casi di equipe chirurgica ogni sanitario è tenuto ad osservare gli obblighi della convergenza di tutte le attività verso il comune fine della (prudente, diligente, perita) cura del paziente e non può esimersi dal conoscere e dal valutare l'attività precedente o contestualmente svolte da altro collega e controllarne la correttezza, se del caso ponendo rimedio ad errori altrui, evidentemente rilevabili ed emendabili;
- 5) il controllo della rimozione (garze, ferri) spetta all'intera equipe operatoria dei medici, che hanno la responsa-

bilità del buon esito dell'operazione anche per gli adempimenti connessi, e non può essere delegato al personale sanitario non medico, che ha funzioni di assistenza ma non di verifica. Appare opportuno segnalare in ordine cronologico, alcune sentenze particolarmente significative in materia: sen. IV n. 39062/2004; sen. IV n. 18568/2005; sen. IV n. 38360/2006.

La prima è relativa ad una paziente, nuovamente ricoverata per coliche addominali ricorrenti associate a disturbi urinari e rioperata, alla quale veniva rimossa una pinza chirurgica rimasta nell'addome, dopo la sutura della ferita a seguito della precedente operazione. La paziente era portatrice di una neoplasia maligna. La Corte nel ribadire che il comportamento negligente (la dimenticanza della pinza), pur non avendo determinato l'evento letale aveva comunque contribuito ad accelerarlo, riducendo le aspettative di vita, ha rigettato i ricorsi, condannando i ricorrenti, ritenendo non sussistente l'invocata scriminante del "caso fortuito" in quanto i medici non avevano effettuato un conteggio finale, che avrebbe sicuramente evidenziato la mancanza di quel ferro.

La Corte ha quindi sancito la responsabilità dell'intera equipe, disattendendo la tesi difensiva, secondo cui "la conta dei ferri era compito del personale infermieristico e in mancanza del terzo componente la squadra operatoria". La Corte nel ritenere inaccoglibile le argomentazioni della difesa, ha chiarito che il personale infermieristico, nel settore chirurgico, ha funzioni di assistenza, ma non di verifica dell'attuazione dell'intervento operatorio nella sua completezza. Pertanto spettava ai medici (che li omisero) il controllo e la rimozione delle ultime pinze lasciate per tenere aperti i lembi della ferita prima della sutura. Con la pronuncia 18568/2005, la Cassazione si è occupata del caso di una "pinza di Kelly", lasciata all'interno della cavità addominale di un paziente che subiva un secondo intervento per rimozione, per il quale erano stati condannati il primario e due chirurghi e assolto l'infermiere strumentista.

La Suprema Corte ha consolidato l'indirizzo espresso dalla Corte d'Appello adita, secondo cui: "la sinergia operatoria propria di un intervento per così dire "a quattro mani", avrebbe dovuto comportare per i chirurghi una doverosa reciproca vigilanza dell'attività di asportazione dei ferri non demandabile ad altri e non avendo corrisposto a tale dovere, ciascuno di essi doveva rispondere penalmente dell'evento lesivo per fatto proprio e non (come erroneamente addotto dagli imputati) per fatto altrui. La tesi difensiva infatti era basata sul presupposto che nell'intervento chirurgico di equipe ogni partecipante

risponde solo della propria inosservanza delle legis artis, potendo ciascuno confidare nel corretto agire degli altri e che i chirurghi concentrati nel delicato e complesso intervento non potevano distrarsi nella conta dei ferri, essendo tale compito demandato al ferrista, ciò postulando semmai la censura per la condotta autonoma del ferrista.

La Suprema Corte ha ritenuto infondata la doglianza connessa alla mancata applicazione del principio di affidamento, nei confronti dei chirurghi, che non avevano reciproca consapevolezza dell'erronea ed omessa conta dei ferri da parte del ferrista (art. 113 cp cooperazione nel delitto colposo).

L'indirizzo che viene riaffermato è che non possa essere invocato il principio dell'affidamento in ipotesi di lavoro in equipe, quando colui che si affida sia in colpa per aver omesso determinate condotte e, ciò nonostante, confidi che altri che eventualmente gli succeda nella stessa posizione di garanzia, elimini la violazione o ponga rimedio all'omissione. In altre parole secondo i ragionamenti dei giudici è corretto il giudizio di responsabilità di tutti i componenti dell'equipe chirurgica impegnati nell'intervento, proprio in quanto avendone ciascuno autonomamente la possibilità anche in successione temporale, non avevano eliminato la fonte di pericolo, consistente nel lasciare nell'addome della paziente la pinza di Kelly (evolutasi in una grave lesione alla funzione contenitiva della parte addominale), e ciò a causa dell'omessa vigilanza reciproca sull'effettiva asportazione di quella pinza. La medesima sentenza sottolinea che "i medici qualora si avvalgano di paramedici ai quali sia materialmente affidato l'esecuzione di un compito, conservano sull'attività degli ausiliari intatto il dovere di vigilanza: dovere che nella fattispecie è stato omesso da parte di ciascun medico nei confronti del ferrista". I principi sembrano dunque per ora consolidarsi in una precisa direzione, per cui nel lavoro di equipe, ricorrerebbe un'autonoma omissione a carico di ciascun medico, ciò rendendo inconferente l'argomentazione in favore dell'applicazione del principio dell'affidamento.

Anche con la sentenza n. 38360/2006 la sez. IV della Cassazione nel decidere un caso di paziente sottoposta ad intervento di appendicectomia nel corso del quale i chirurghi dimenticavano una garza all'interno della cavità addominale del paziente che subiva altri due interventi (per granuloma reattivo e imponente sindrome aderenziale), ha confermato che nel caso di equipe chirurgica o comunque cooperazione anche multidisciplinare nell'attività medico-chirurgica, svolta contestualmente o no, ogni sanitario, oltre che al rispetto dei canoni di diligenza, pru-

denza, perizia connesso alle specifiche mansioni svolte, è tenuto ad osservare gli obblighi ad ognuno derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune ed unico. L'attività sanitaria organizzata non può essere settoriale, ma sinergica e raccordata perché il concetto di equipe postula l'assunzione di eventuali responsabilità da parte di tutti i compartecipi. Se c'è l'equipe, non può apprezzarsi la colpa come se l'operatore fosse uno solo. In caso di intervento medico svolto da più persone può essere estesa la responsabilità per l'evento lesivo causato dall'errore materiale commesso da uno dei sanitari anche

ad altro medico compartecipe, il quale presente, abbia o meno di attivarsi per correggere l'errore medesimo. L'esclusione della responsabilità non può intervenire se il compartecipe dell'equipe non si sia avveduto dell'errore per negligente disattenzione. Non è invocabile in questo caso il principio secondo cui di regola non si ha l'obbligo di impedire la realizzazione di comportamenti pericolosi da parte di terzi altrettanto capaci di scelte responsabili, quando chi si affidi sia da parte sua in colpa.

## Promemoria per il versamento del 5 per mille da destinare alla S.P.E.ME

Si invitano i Signori Colleghi a scrivere il codice fiscale della S.P.E.ME nell'apposito riquadro del modello Unico 2008, 730 2008 e Cud 2008: **97209070586**

**SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF** (in caso di codice PREMIAF in UNICO degli agenti tributari)

<p>Intende destinare il 5 per mille dell'IRPEF (in caso di codice PREMIAF in UNICO degli agenti tributari) a favore dell'associazione S.P.E.ME (Codice fiscale 97209070586) per il versamento a favore dell'associazione S.P.E.ME (Codice fiscale 97209070586) in favore dell'associazione S.P.E.ME (Codice fiscale 97209070586)</p>	<p>Intende destinare il 5 per mille dell'IRPEF (in caso di codice PREMIAF in UNICO degli agenti tributari) a favore dell'associazione S.P.E.ME (Codice fiscale 97209070586) per il versamento a favore dell'associazione S.P.E.ME (Codice fiscale 97209070586) in favore dell'associazione S.P.E.ME (Codice fiscale 97209070586)</p>
Nome: _____	Nome: _____
Codice fiscale del beneficiario (eventuale): <b>9 7 2 0 9 0 7 0 5 8 6</b>	Codice fiscale del beneficiario (eventuale): _____
Intende destinare il 5 per mille dell'IRPEF (in caso di codice PREMIAF in UNICO degli agenti tributari) a favore dell'associazione S.P.E.ME (Codice fiscale 97209070586) per il versamento a favore dell'associazione S.P.E.ME (Codice fiscale 97209070586) in favore dell'associazione S.P.E.ME (Codice fiscale 97209070586)	Intende destinare il 5 per mille dell'IRPEF (in caso di codice PREMIAF in UNICO degli agenti tributari) a favore dell'associazione S.P.E.ME (Codice fiscale 97209070586) per il versamento a favore dell'associazione S.P.E.ME (Codice fiscale 97209070586) in favore dell'associazione S.P.E.ME (Codice fiscale 97209070586)
Nome: _____	Nome: _____
Codice fiscale del beneficiario (eventuale): _____	Codice fiscale del beneficiario (eventuale): _____



## DUE SFIDE DI QUESTI GIORNI

Giancarlo Faletti

Nel trentennale dell'approvazione della legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (L. 833/78) e alla vigilia dell'avvio, con la necessaria determinazione, della trattativa volta al rinnovo del CCNL della dirigenza sanitaria (scaduto il 31/12/05, mentre il rinnovo del contratto del comparto è stato siglato il 28/2/08), almeno due notizie di specifico riferimento al mondo della sanità pubblica nazionale meritano più di una semplice pausa di riflessione. Forse, addirittura, un ripensamento strategico, l'accettazione (o il rifiuto) di una nuova e più avvincente competizione.

Se è vero che i principi ispiratori dell'introduzione del SSN sono stati, da un lato, l'universalità del servizio (inteso come erogazione del medesimo, in linea di principio, in forma gratuita in favore di tutti i cittadini, senza differenza di censo) e, dall'altro, la generalità delle prestazioni (cioè, la possibilità di accedere a tutte quelle cure di cui è riconosciuta l'efficacia), è altrettanto vero che uno dei mali ricorrenti che hanno concorso a determinare un cronico splafonamento del finanziamento pubblico consiste nella inattendibilità della stima dei costi e, dunque, nella reiterata limitazione delle risorse rese disponibili. Cosicché, ai "buchi" di bilancio, provvedeva, a babbo morto, lo Stato ponendo mano al portafoglio dei contribuenti per una spesa che, più volte, aveva giurato che non avrebbe ripianato (essendo la relativa responsabilità finanziaria – per le prestazioni extra LEA - di competenza regionale).

Orbene, le cronache di questi giorni riferiscono che, per l'anno 2007, le stime di spesa sarebbero state rispettate ed anzi, proiettando i costi sopportati fino a settembre 2007, se ne ricaverebbe una proiezione su base annua di importo addirittura inferiore rispetto alla previsione.

I dati non sono ancora completamente disponibili né in termini assoluti, né con la necessaria definizione di dettaglio. È possibile, però, ipotizzare che uno degli elementi di cui il finanziamento della sanità ha beneficiato è stato il rigore con il quale il Governo e le Regioni in difficoltà hanno stretto, ad inizio dello scorso anno, i Patti di stabilità (connessi al ripiano dei passivi degli anni precedenti) che non ammettevano alcun intervento di ripiano statale

ex post ove la Regione non dimostrasse di aver recuperato la virtù di gestione necessaria a sterilizzare la spesa. Vistasi costretta a fare le nozze con i fichi secchi, la Regione ha "dovuto" rivisitare la spesa per non gravare i propri cittadini di inasprimenti fiscali, oggettivamente insopportabili.

Chi ha comunicato il dato positivo della spesa ha sottolineato l'aspetto più straordinario del risultato: quello secondo cui, fissato un tetto di spesa, esso non è stato superato. Ma, ammesso che sia così, la notizia non si preoccupa di indagare a quale prezzo quel (positivo) risultato sia stato raggiunto, se mai i principi ispiratori del SSN (prestazioni efficaci per tutti) siano stati rispettati anche in questa occasione.

Dall'osservatorio costituito dalla rappresentanza sindacale della dirigenza sanitaria si possono, però, indicare alcuni degli elementi che hanno certamente concorso al blocco della spesa: senza che da ciò si possa – con certezza – derivare la garanzia del mantenimento quali-quantitativo delle prestazioni: 1) sulla spesa, non ha certamente inciso più del dovuto il costo del personale, sia perché il contratto langue da oltre ventisei mesi, sia perché il blocco del turn over ha decapitato massicciamente la dirigenza medica; 2) sulla spesa, non ha certamente inciso l'utilizzo selvaggio di ogni forma, plausibile o implausibile, tipica o atipica, di prestazione professionale, caratterizzata dalla modestia retributiva, dalla instabilità assoluta, dalla onerosità del carico prestazionale; 3) sulla spesa da ultimo, non ha certamente inciso la chiusura dei reparti, l'accorpamento delle unità operative, l'aggregazione delle ASL o dei territori in aree (più o meno vaste), iniziative (tutte finalizzate alla razionalizzazione distributiva dei servizi e al (conseguente) contenimento della spesa, senza che – però – sia stata verificata la qualità (inalterata?) o il rendimento (garantito?) delle prestazioni.

Certo, questo scarno elenco di cause di risparmio non esaurirà del tutto l'importante contenimento della spesa ottenuta. Ma ciò che accomuna l'elenco è la circostanza che quei risparmi siano stati fatti comprimendo le prerogative delle cd. risorse umane: stipendi più bassi, turni o

# la parola agli avvocati

orari più lunghi, extraorario non retribuito, nessuna sostituzione di chi lascia il servizio, mantenimento (o incremento) della quantità delle prestazioni rese.

Allora, la domanda che ne segue sorge naturale: il contenimento della spesa sanitaria passa attraverso la “spremitura” del personale?

Anche perché – e questa è la seconda notizia sulla quale riflettere – il Parlamento europeo ha recentemente chiesto che sia garantito ad ogni cittadino dell’Unione di poter scegliere liberamente in quale Paese dell’Unione farsi curare, con la stessa qualità di terapie e alle medesime condizioni, mentre la Corte Europea di Giustizia ha avuto modo di stabilire che ai servizi sanitari dovrebbero applicarsi, a tutti gli effetti, le regole del mercato.

Queste affermazioni determinano immediatamente una doppia riflessione: la prima che la “migrazione sanitaria”, specie da parte dei cittadini da ultimo ammessi a far parte dell’Unione, può essere sintomatica della ricerca dell’eccellenza ma, con certezza, non garantisce la remuneratività dei costi che determinerà. Cosicché, il bilancio della Sanità Nazionale potrebbe dover essere rivisto anche per far fronte a prestazioni rese a soggetti che, nel Paese di origine, non sopportano livelli di spesa sanitaria assimilabili ai nostri, mentre, su un piano di carattere organizzativo, torna in auge la filosofia del mercato per cui la collettività (statuale o regionale) è il gigantesco committente di un sistema di servizi, indifferenziatamente erogabile dalla struttura pubblica o da quella privata, che si collocano tutti quali strumenti attuativi della legislazione (nazionale o regionale) in materia sanitaria. Lo Stato pianifica e fissa i limiti di spesa, paga la prestazione (che potrebbe anche “appaltare” a soggetti non pubblici), verifica che la spesa sia stata correttamente indirizzata per la prestazione necessaria: le strutture, pubbliche e private, potrebbero addirittura farsi “concorrenza” sul costo della prestazione o sulla qualità dei servizi “accessori” al fine di accaparrarsi la clientela, concorrendo comunque tutti a garantire “il diritto alla salute”.

Le esperienze che, fino ad ora, hanno visto competere in questa materia il pubblico con il privato hanno mostrato il primo come il classico lottatore con la mano legata dietro la schiena. Il “peso” applicativo della contrattazione collettiva non “zavorra” il privato che si serve di flessibili e aleatorie “consulenze”; il pubblico deve garantire la effettiva generalità delle prestazioni: il privato può limitare la propria attività a quelle più remunerative, il privato “deve” guadagnare: al pubblico, è solo imposto il pareggio di bilancio; il privato è un imprenditore: il pubblico, quando va bene, un’azienda ancora troppo legata alla

“politica”, a partire dal suo massimo dirigente.

La competitività che deriva dalla concorrenza presuppone, per garantire il risultato più qualificato per l’utente, una serie di caratteristiche di base del servizio e dei suoi erogatori che, oggi, non esistono o che, se esistono, non sono tra loro né comparabili, né compatibili.

Ho l’impressione, però, che le due notizie che ho sopra riferito segneranno, inevitabilmente, il futuro della sanità pubblica e, in certa misura, quello degli attuali e futuri professionisti della salute: si tratta di questioni travolgenti sulle quali non è bene farsi trovare impreparati.

Soprattutto perché si tratta del nostro oggi e del domani, neppure troppo lontano, dei medici più giovani o di quelli che verranno.

I. R. Entwistle

## EXACTA MEDICA TABELLE E DATI DI RIFERIMENTO



formato cm 8,5x16  
74 pagine - spiralato - € 15,00



CIC Edizioni Internazionali

## L'ORARIO DI LAVORO DEI MEDICI DIPENDENTI E LE RELATIVE PAUSE DI RIPOSO

*La CIMO-ASMD ritiene utile far conoscere il parere, reso dall'avv. Fabrizio Scagliotti al Presidente nazionale Stefano Biasioli, relativo all'art. 3, c. 85, della legge finanziaria 2008 (L. 244/2007), che così testualmente recita:*

*85. All'articolo 17 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66, è aggiunto, in fine, il seguente comma:*

*«6-bis. Le disposizioni di cui all'articolo 7 non si applicano al personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, per il quale si fa riferimento alle vigenti disposizioni contrattuali in materia di orario di lavoro, nel rispetto dei principi generali della protezione della sicurezza e della salute dei lavoratori».*

*Ricordo che l'art. 7 del D.Lgs. 66/2003 (Riposo giornaliero) dispone che "Ferma restando la durata normale dell'orario settimanale, il lavoratore ha diritto a undici ore di riposo consecutivo ogni ventiquattro ore. Il riposo giornaliero deve essere fruito in modo consecutivo fatte salve le attività caratterizzate da periodi di lavoro frazionati durante la giornata".*

*Ricordo, infine, che la richiamata disposizione sull'orario di lavoro, di cui all'art. 3, c. 85, della legge 224/2007, contro cui si sono levate proteste, a mio giudizio affrettate ed immotivate da parte dell'ANAAO, fa riferimento al "personale del ruolo sanitario del SSN", e non specificamente al personale della "dirigenza sanitaria", quale noi siamo.*

*D'altra parte, che bisognasse disinnescare la bomba organizzativa rappresentata, per il personale non dirigente del Comparto sanitario, dal D.Lgs. 66/2003, risulta da queste considerazioni: poiché a tale personale il decreto anzidetto si applica certamente e poiché il personale stesso opera ordinariamente per turni, l'applicazione automatica e acritica del decreto avrebbe reso "illegittima" la programmazione dei turni nelle seguenti sequenze, e cioè pomeriggio/mattina, mattina/notte e smonto notte/pomeriggio, per il mancato rispetto della pausa continuativa di 11 ore tra due turni di lavoro. Il fatto, quindi, di rinviare alla contrattazione la definizione dell'orario di lavoro del personale sanitario del Comparto, e la sua articolazione, a me non pare assolutamente una bestemmia.*

*Ecco, comunque, il parere dell'avv. Fabrizio Scagliotti, riportato qui di seguito.*

*<<L'art. 3, c. 85, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria per l'anno 2008) aggiunge un comma all'art. 17 del D. Lgs. n. 66/2003, recante "Attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro". Tale articolo esclude il personale del ruolo sanitario dall'applicazione dell'art. 7 del suddetto decreto, cioè l'articolo che prevede un riposo con-*

*tinuativo di almeno 11 ore tra due turni di servizio.*

*Per la verità, secondo una certa interpretazione, tale articolo (il 7°) si poteva già ritenere non applicabile alla dirigenza medica: ciò in virtù del fatto che l'art. 17 citato, al comma 5, dispone "Nel rispetto dei principi generali della protezione della sicurezza e della salute dei lavoratori, le disposizioni di cui agli articoli 3, 4, 5, 7, 8, 12 e 13 non si applicano ai lavoratori la cui durata dell'orario di lavoro, a causa delle caratteristiche dell'attività esercitata, non è misurata o predeterminata o può essere determinata dai lavoratori stessi e, in particolare, quando si tratta: a) di dirigenti, ..."*

*In passato ho già precisato che tale disposizione, a mio avviso, non può essere riferita alla dirigenza medica, o meglio non a tutta la dirigenza medica: secondo le norme contrattuali, infatti, il dirigente non responsabile di struttura complessa ha una attività che è misurata e predeterminata. Il parere del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale dell'8 febbraio 2007, interpello n. 10/2007, conferma tale mio assunto in quanto ritiene che la deroga alla disciplina limitativa dell'orario di lavoro di cui all'art. 17 (cioè quella che rende non applicabili le disposizioni limitative all'orario di lavoro stabilite dalla legge) non si applichi alla dirigenza proprio perché il contratto collettivo prevede una durata determinata delle prestazioni (con l'eccezione, come già detto, per i dirigenti responsabili di struttura complessa).*

*In sostanza, dunque, prima della modifica alla normativa stabilita dall'ultima finanziaria, anche il dirigente medico aveva diritto a un intervallo di 11 ore tra un turno e l'altro. La nuova normativa, invece, fa venir meno tale diritto e discrimina pesantemente il personale del settore sanitario.*

*È da dire, sul punto, che la stessa normativa attuativa della direttiva comunitaria ammette delle deroghe, che sono di due tipi. La prima ad opera dei contratti collettivi; la seconda mediante un decreto del "Ministro per la funzione pubblica, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, su richiesta delle organizzazioni sindacali nazionali di categoria comparativamente più rappresentative o delle associazioni nazionali di categoria dei datori di lavoro firmatarie dei contratti collettivi nazionali di lavoro... sentite le stesse parti".*

*C'è quindi il fondato sospetto che la norma della legge finanziaria sia in contrasto con la normativa comunitaria. Se il Parlamento non modificherà tale norma, potrebbe essere ipotizzabile instaurare delle cause pilota per far rimettere la questione del contrasto di questa norma con la normativa comunitaria.*

*Fabrizio Scagliotti  
Avvocato*

## LE TUTELE ASSICURATIVE DI CLUB MEDICI

Luca Dimasi

Il settore della Sanità oggi rappresenta il più alto rischio di contenziosi tra medico e paziente. Per questa categoria è di massima importanza avere una garanzia assicurativa completa, soprattutto per la garanzia postuma loss occurrence (clausola che indica l'operatività standard di un contratto di assicurazione, richiamando l'art. 1917 c.c., secondo cui l'assicuratore è obbligato a tenere indenne dei fatti avvenuti "durante il tempo dell'assicurazione". È sufficiente quindi che il fatto su cui si basa la richiesta di risarcimento sia per l'appunto "avvenuto durante il tempo dell'assicurazione") e di garanzia pregressa. Infatti, se è importante stabilire quando si è verificato il danno al paziente, è ancor più importante "il momento in cui il danno viene denunciato".

Il medico può essere chiamato a rispondere del suo operato fino ai termini di prescrizione di legge, fissati in 10 anni sia per cause civili sia per procedimenti penali. Attualmente le Compagnie di Assicurazione non offrono più questa garanzia!

**IL CLUB MEDICI** è in grado di proporre, agli iscritti CIMO - ASMD, una polizza di Responsabilità Civile Professionale che prevede sia la garanzia postuma, che la garanzia pregressa, nel rispetto dei termini di prescrizione previsti dalla legge e con tariffe altamente competitive.

### DIRITTO CIVILE

Dal Vademecum Terminologico Giuridico Civile e Penale e di Governo Clinico, riportiamo alcune definizioni relative alla sfera della Responsabilità Civile Professionale.

#### *Danni non patrimoniali*

È la categoria che raggruppa tutti i danni che una persona può subire diversi dai danni patrimoniali e, cioè, il danno biologico, il danno morale e il danno esistenziale. Detti

danni, derivano dalla lesione di un diritto tutelato dall'ordinamento attinente la persona ingiustamente lesa, quale ad esempio, il diritto alla salute, all'integrità fisica, alla capacità di relazione, alla capacità di dedicarsi ad attività sportive o ricreative ecc.. Anche questi danni sono risarcibili, previa quantificazione secondo parametri elaborati dalla legge o dalla giurisprudenza.

#### *Danni patrimoniali*

È la categoria nella quale si racchiudono le conseguenze sfavorevoli di natura economica subite da una persona. In essi si comprendono: a) il danno emergente, consistente in una diminuzione del patrimonio; b) il lucro cessante, che si identifica col mancato guadagno.

#### *Danno*

È la lesione di un interesse tutelato dalla legge; chi ha subito un danno ha diritto ad ottenere un risarcimento che lo reintegri di quanto perduto. Il danno, per legittimare il risarcimento in capo al danneggiante ed in favore del danneggiato, deve essere una conseguenza immediata e diretta dell'inadempimento dell'illecito altrui. Nell'ambito civile il danno può essere patrimoniale e non patrimoniale.

#### *Danno biologico*

È il danno alla salute accertabile in termini medico-legali, afferendo alla diminuzione dell'integrità psico-fisica della persona, espressa in termini percentuali di invalidità.

#### *Danno extracontrattuale*

È il danno ingiusto conseguente ad un fatto illecito. Tra danneggiato e responsabile non esiste alcun rapporto contrattuale o, se esiste, non ha alcun nesso di causalità con l'evento dannoso.



## Il clinical risk management Stato dell'arte ed esperienze

Davide Roncali

Volume di 136 pagine - f.to cm. 15 x 21 - brossurato € 20,00



CIC Edizioni Internazionali

# Responsabilità Civile Professionale CLUB MEDICI - CIMO ASMD

Convenzione RC Professionale per la medicina generale				
PROFILI OPERATIVI	MAXIMALI			
	€ 500.000	€ 750.000	€ 1.000.000	€ 2.000.000
Medicina di base	€ 1.500,00	€ 2.000,00	€ 2.500,00	€ 3.000,00
Medicina di base con attività ambulatoriale	€ 2.000,00	€ 2.500,00	€ 3.000,00	€ 3.500,00

Convenzione RC Professionale per l'attività ospedaliera Full-Time e Interventiva				
SPECIALIZZAZIONI (previsti nell'elenco) - INDICAZIONE PERICOLO PROFILO OPERATIVO	MAXIMALI			
	€ 500.000	€ 1.000.000	€ 1.500.000	€ 2.000.000
Cardiologia, nefrologia, gastroenterologia, pneumologia, infettologia, endocrinologia, ginecologia, Gastroenterologia, Nefrologia, Oncologia, Epato-gastroenterologia, Urologia (esclusa la Andrologia) con competenza in Urologia Interventiva, Anatomia patologica ed istopatologia (esclusa), Oftalmologia, Radiologia (Medicina, Pneumologia, nefrologia, nefrologia, nefrologia, nefrologia), Chirurgia generale, ortopedia, traumatologia, Dermatologia, oftalmologia, otorinolaringoiatria, Medicina Dentaria, Fisiologia, fisiologia di base con attività ospedaliera, Radiologia (esclusa l'ortopedica), nefrologia	€ 200,00	€ 400,00	€ 600,00	€ 700,00

Convenzione RC Professionale colpa grave per l'attività ospedaliera Full-time e Interventiva				
PROFILI OPERATIVI Indicazioni di garanzia	MAXIMALI			
	€ 1.000.000		€ 2.000.000	
Medicina di base con attività ambulatoriale	€ 1.500,00		€ 2.000,00	
Medicina di base con attività ambulatoriale e ospedaliera	€ 2.000,00		€ 2.500,00	

SPECIALIZZAZIONI (previsti nell'elenco)	MAXIMALI			
	€ 500.000	€ 750.000	€ 1.000.000	€ 2.000.000
Tutte le specializzazioni e discipline mediche (esclusa l'ortopedia e l'ortopedica plastica) Franchigia fissa: Euro 2.000,00	€ 1.000,00	€ 1.250,00	€ 1.500,00	€ 1.800,00

PROFILI OPERATIVI - SPECIALITÀ	MAXIMALI			
	€ 500.000	€ 750.000	€ 1.000.000	€ 2.000.000
Cardiologia e nefrologia (previsti nell'elenco) Gastroenterologia e Oncologia (esclusa l'ortopedia)	€ 2.000,00	€ 2.500,00	€ 3.000,00	N.A.
Con i limiti di cui sopra, esclusa l'ortopedia (esclusa l'ortopedia)	€ 2.500,00	€ 3.000,00	€ 3.500,00	€ 4.000,00
Con i limiti di cui sopra, esclusa l'ortopedia (esclusa l'ortopedia) (esclusa l'ortopedia)	N.P.	€ 3.000,00	€ 3.500,00	N.P.

ALTRE SPECIALIZZAZIONI (previsti nell'elenco)	MAXIMALI			
	€ 500.000	€ 750.000	€ 1.000.000	€ 2.000.000
Anatomia patologica (previsti nell'elenco)	N.A.	€ 1.000,00	€ 1.500,00	€ 2.000,00
Istologia (previsti nell'elenco)	N.P.	N.P.	€ 1.000,00	N.P.

© 2008 Club Medici - CIMO ASMD

## Convenzione RC Professionale

Specializzati in infermeria e libera professione

SPECIALIZZAZIONE	MAXIMALE - PREMI ANNUI			
	€ 200.000	€ 1.000.000	€ 2.000.000	€ 3.000.000
Medicina Dentale (igienista, ortognatodonzia)	€ 800,00	€ 1000,00*	€ 900,00	€ 1000,00
Tecniche veterinarie	€ 400,00	€ 500,00*	€ 400,00	€ 400,00
Medicina e Veterinaria (libera)	€ 400,00	€ 500,00*	€ 400,00	€ 400,00
Stomatologia con infermi e di tutto territorio in parte	€ 2000,00	€ 1700,00	€ 1000,00	€ 1000,00
Chirurgia e ortognatodonzia	€ 2000,00**	€ 1700,00**	€ 1000,00**	€ 0
Chirurgia con infermi e di tutto territorio	€ 2000,00**	€ 1000,00**	€ 1000,00**	€ 0
Chirurgia ortognatodonzia	€ 2000,00**	€ 0	€ 2000,00**	€ 0
Stomatologia ortognatodonzia specialistica	€ 0	€ 1700,00**	€ 1000,00**	€ 0

SPECIALIZZAZIONE	MAXIMALE - PREMI ANNUI			
	€ 500.000	€ 750.000	€ 1.500.000	€ 2.000.000
Chirurgia (dentale, ortognatodonzia) specialistica (dentale, ortognatodonzia) di tutto	€ 1000,00	€ 1000,00	€ 1000,00	€ 1000,00

\* Esclusivo di € 700.000 - \*\* La polizza ha una durata di anni 10

\*\*\* La polizza ha una durata di anni 5

**MAXI** è la compagnia di assicurazione specializzata in RC Professionale, con la polizza RC Professionale, la migliore del mercato italiano, che garantisce al professionista la massima copertura assicurativa e la massima tutela.

**MAXI** è la compagnia di assicurazione specializzata in RC Professionale, con la polizza RC Professionale, la migliore del mercato italiano, che garantisce al professionista la massima copertura assicurativa e la massima tutela.

## PEDIATRIA - Convenzione RC Professionale

Specializzati in infermeria, ortognatodonzia e libera professione

SPECIALIZZAZIONE OGNI QUANTITÀ PER ANNO	MAXIMALE			
	€ 500.000	€ 750.000	€ 1.500.000	€ 2.000.000
Pediatria (infermi e di tutto territorio)	€ 400,00	€ 500,00	€ 400,00	€ 400,00
Pediatria (libera)	€ 200,00	€ 200,00	€ 200,00	€ 200,00

SPECIALIZZAZIONE OGNI QUANTITÀ PER ANNO (LIBERA)	MAXIMALE			
	€ 500.000	€ 750.000	€ 1.500.000	€ 2.000.000
Pediatria (libera)	€ 400,00	€ 500,00	€ 400,00	€ 400,00
Pediatria (infermi e di tutto territorio)	€ 200,00	€ 200,00	€ 200,00	€ 200,00

La polizza garantisce la massima copertura assicurativa per ogni specializzazione.  
 La polizza RC Professionale (libera, infermi e di tutto territorio, ortognatodonzia) garantisce al professionista la massima copertura assicurativa e la massima tutela.  
 La polizza RC Professionale (libera) garantisce al professionista la massima copertura assicurativa e la massima tutela.

**Sono inoltre comprese le seguenti garanzie:**

- Copertura assicurativa per danni materiali e morali causati da atti medici e odontoiatrici
- Copertura assicurativa per danni materiali e morali causati da atti medici e odontoiatrici
- Copertura assicurativa per danni materiali e morali causati da atti medici e odontoiatrici
- Copertura assicurativa per danni materiali e morali causati da atti medici e odontoiatrici

**validità sanitaria:**

infermi e di tutto territorio e ortognatodonzia (libera, infermi e di tutto territorio)

**durata annuale:** con possibilità di regolare anche polizze di durata

trienale per le specializzazioni di ginecologia ambulatoriale e consultoria  
 quinquennale per le specializzazioni di Chirurgia, Ginecologia e Anestesia.

Per informazioni e condizioni di polizza visitate il sito [www.maxi.it](http://www.maxi.it) o chiamate il numero verde 800 7891.



## SCUOLA DI FORMAZIONE SINDACALE “UNA LEZIONE DI QUALITÀ”

Giuseppe Riccardo Spampinato

Il 25-26 gennaio scorso si è tenuto, presso l'Hotel Golden Tulip Bellambriana di Roma, il Corso di formazione sindacale, accreditato ECM, “La ricerca della qualità. Abbattere i rischi per abbattere i costi”.

Il Corso ha registrato non solo il tutto esaurito delle presenze previste, in coerenza con gli standards richiesti per l'accreditamento ECM, ma soprattutto una partecipazione attenta e pienamente coinvolta, tanto da far sfiorare di molto gli orari previsti di lezione per i molti spunti di riflessione e confronto che le relazioni hanno suscitato nei partecipanti.

Una vera “lezione di qualità”, sviluppatasi attraverso le relazioni che si sono succedute nella “due giorni”.

La prima lezione, come sempre lucida e coinvolgente del dott. Paolo Boschi, è stata focalizzata sull'errore interpretativo (dati non considerati, sbagliati od incompleti, uso parziale, ecc.), nonché sulle condizioni psico-fisiche che possono condurre all'errore. L'analisi ha poi riguardato l'errore creativo, la serendipità e la trappola delle competenze. Si è trattato di un mix di psicologia e di cultura applicato al nostro vivere quotidiano, con il suo intreccio di ansie, certezze, sensi di colpa o, all'opposto, do onnipotenza, Insomma, una splendida apertura per entrare nella ricerca.

Spettacolare e suggestiva, per contenuti e filmati, è stata la presentazione del dott. Giambattista Giannoccaro, Team Principal Scuderia Playteam, con la sua relazione: “Qualità nei processi del motorsport: Prestazioni, Efficienza, Sicurezza”, dimostrazione pratica di quanto la ricerca della qualità sia punto di forza per obiettivi di competitività e di successo.

È emerso, in particolare, quanto sia pericolosa, fino al rischio della incolumità fisica, ogni azione svolta con superficialità ed ignavia e quanto i risultati siano strettamente legati all'organizzazione, sia nella componente umana (sempre insostituibile anche in un mondo supertecnologico) sia in quella tecno-strumentale. Un parallelismo fin troppo evidente con la condizione del medico oggi, nella medicina moderna.

Di altissimo valore le relazioni “Gestione della crisi” e “Caccia all'errore” del dott. Paolo Cantaro, direttore

sanitario dell'A.O.U. di Catania, che hanno riguardato aspetti più propriamente inerenti alla nostra attività professionale. Sono state relazioni prive di autoreferenzialità, lontane da astrazioni, come è doveroso da parte di chi ha il compito di organizzare, predisporre ed operare cambiamenti, anche culturali, nella gestione aziendale, al fine di garantire quell'anello debole della catena che spesso si identifica con il medico che compie l'atto finale di valenza clinico-assistenziale, e che prevede, nelle aziende più moderne, la ricerca della qualità della prestazione sin dal primo momento di accettazione del paziente, e quindi tutela insieme interpreti e destinatari del processo sanitario, assumendosi essa stessa le funzioni di controllo e gestione della qualità.

Di enorme aiuto è sta la relazione del dott. Giulio Cecchini su “Percorso di accreditamento dipartimentale” e su “Identificazione delle criticità: azioni correttive o preventive”. Presentando il difficile percorso dell'accreditamento, vissuto in prima persona, il dott. Cecchini ha sottolineato come l'osservazione del particolare, del minimo dettaglio, diventa indispensabile stazione di fermata per raccogliere indizi di malfunzionamento o di approssimazione, che finiscono per vanificare poi lo sforzo di rendere sicure, sotto il profilo qualitativo, le nostre prestazioni.

Il secondo giorno si è aperto con la brillante relazione del dott. Vincenzo Parrinello su “Sistemi di gestione della qualità e rischio clinico”. Il dott. Parrinello ha saputo coinvolgere l'uditorio con una esposizione gradevole a fronte di un argomento ostico e molto tecnico, anche perché ha dimostrato di credere profondamente nel suo lavoro, ed è così riuscito a trasmettere agli “attori del processo assistenziale” valori, strumenti e modalità operative che si proiettano verso un unico risultato, cioè la massima ricerca di sicurezza e qualità, cosa che rende tutti più protetti dai rischi.

Efficacissima e sorprendente, per temi e contenuti, è stata la relazione del dott. Maurizio D'Amelio, che ha saputo cogliere con maestria e capacità di coinvolgimento emotivo il parallelismo tra la sua attività professionale di medico anestesista ospedaliero ed il suo

hobby di pilota di aerei superleggeri e da turismo sportivo: in entrambi i casi si tratta di attività che richiedono l'impegno di alta tecnologia ed affidabilità dei mezzi e dell'uomo.

Infine un sincero grazie al dott. Luigi Mascia per la sua relazione "Declinazione di concetti e tecniche negli ambiti di azione dei partecipanti ed opportunità di applicazione di quanto esaminato". E' stata una relazione originale nei contenuti ed assai efficace nel disegnare il ruolo del medico dirigente e del sindacato nel percorso di ricerca della qualità.

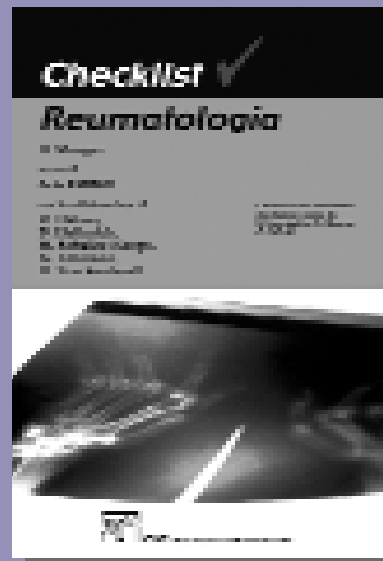
Il dott. Mascia ha richiamato efficacemente le iniziative che la CIMO-ASMD ha posto in essere in questi anni nella direzione dell'efficacia, efficienza e sicurezza delle prestazioni sanitarie, con numerose proposte e suggerimenti qualificati, anche sul piano legislativo, mai sottraendosi al dovere di collaborazione costruttiva con le forze politiche, anche se troppo spesso inascoltata, mai trincerandosi dietro barricate protezionistiche o tutele miopi e partigiane dei soli medici.

Sono state due belle giornate di studio, realizzate grazie a chi ha collaborato alla riuscita dell'evento, in particolare la Sig.ra Paola Massoli della Segreteria nazionale del Sindacato, ed il Sig. Roberto Giardini, che ha curato la parte tecnica e le riprese.

Un grazie di cuore va naturalmente anche ai partecipanti per l'entusiasmo, l'interazione con i Relatori e la competenza dimostrati.

Altri incontri sono già in programma, come evidenziati sul sito Internet della Scuola. Sono certo eventi di alto livello nei contenuti e nei Relatori e tutto ciò si realizza perché la CIMO-ASMD, nella figura del suo Presidente nazionale e del Segretario nazionale amministrativo, assieme ai Segretari regionali, credono nelle finalità di questa Scuola di formazione sindacale, rinnovando lo sforzo economico ed organizzativo per il raggiungimento dell'obiettivo, comune a tutti noi, di una grande CIMO.

Questi infatti sono gli unici scopi della Scuola: fare diventare ancora più grandi i numeri della CIMO-ASMD e fare crescere i suoi aderenti, come uomini e medici.



B. Manger

## CHECKLIST REUMATOLOGIA

A cura di K.L. Schmidt

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

Terza edizione  
completamente riveduta  
Volume di 586 pagine

€ 70,00



CIC Edizioni Internazionali

## I corsi SSFA Corsi per Clinical Monitors 2008

### Corso di base

Riservato a chi intende accedere alla posizione di Clinical Monitor nell'industria farmaceutica, fornisce le nozioni di base per esercitare al meglio questa cruciale professione.

Iniziati nel 1996, i corsi di base sono giunti nel 2008 all'undicesima edizione. Si tratta di corsi residenziali, riservati a non più di 25 allievi, con un fitto programma di lezioni ed esercitazioni che coprono sia argomenti basilari, come l'architettura dello studio clinico, la Buona Pratica Clinica (GCP), la normativa in atto, sia le peculiarità del lavoro di monitor con esempi ed esercitazioni nella stesura di protocolli di studio, nella compilazione delle schede di raccolta dati, dei documenti di farmacovigilanza. Sono discussi con docenti esperti i problemi pratici del lavoro, dall'approccio alla visita dei centri di studio alla modulistica richiesta dalla normativa. Il successo dei corsi è documentato nei commenti, a volte entusiastici, degli allievi e nelle reazioni positive delle aziende che ripetutamente inviano i loro più giovani collaboratori.

L'undicesimo corso si terrà a Varenna (LC) dal 6 al 10 ottobre 2008.

### Corso avanzato

È la naturale prosecuzione del corso di base, dove vengono trattati più a fondo argomenti non coperti in precedenza, per esempio gli aspetti economici della sperimentazione clinica, alcuni problemi tecnici di operatività, quesiti etici, consenso e comitati etici, compliance, benchmarking, leadership, situazioni difficili, oltre ad approfondimenti nella gestione delle operazioni di monitoraggio.

I corsi sono arrivati all'ottava edizione, con continuo crescente consenso. Il corso di quest'anno si terrà a Milano dal 13 al 15 maggio.

Per informazioni rivolgersi a Sabrina, Segreteria SSFA, tel 02.2953.6444, email [ssfaseg.@tin.it](mailto:ssfaseg.@tin.it). Consultare il sito SSFA <http://ssfa.it>



J.S. Esherick

## TERAPIA DI BASE

Seconda edizione  
Volume di 240 pagine

€ 20,00



J.S. Winshall, R.J. Lederman

## TERAPIA DI URGENZA IN MEDICINA

Quarta edizione  
Volume di 240 pagine

€ 20,00



CIC Edizioni Internazionali