

ordinamenti del diritto del lavoro. Tutto ciò mentre gli USA (sotto la spinta del Presidente Reagan e del responsabile della Federal Reserve, Volcker) esportavano tendenze liberiste. Era inevitabile, quindi, che dopo l'80 si parlasse anche da noi di flessibilità delle prestazioni di lavoro: flessibilità che ha avuto il suo peso nella fase di rilancio industriale.

Cominciava a incombere, però, la minaccia dei mercati esteri, partendo dai cosiddetti "Nuovi Paesi Industrializzati", alla testa dei quali si sarebbero poste Cina e India. A questa concorrenza, diventata critica dal '90 in poi, si sarebbero aggiunti in seguito i disastrosi effetti provocati dai parametri di Maastricht del 1992 e dalla stabilizzazione dei cambi monetari. La sostituzione della lira con l'euro, segnò la fine di una certa metodologia di produzione industriale e di commercio, costringendo le imprese a ricercare nuovi modelli.

In effetti, già alla fine del miracolo economico degli anni '60 l'indebitamento pubblico si era accresciuto così tanto da mettere l'Italia fuori gioco rispetto all'Europa, costringendoci a meccanismi deflazionistici per cercare di rientrare in un rapporto stabile con gli altri Stati. Tutto ciò aveva spinto i Governi a trascurare gli investimenti nelle infrastrutture, nell'efficienza dei mercati e nell'efficienza della pubblica amministrazione. Inevitabile, con queste premesse, una caduta generale della nostra competitività produttiva e commerciale.

Erano le premesse dell'entrata dell'Italia in un tunnel di sotto-sviluppo della produzione e dell'esportazione, del quale Berlusconi ha cercato in questi cinque anni di trovare l'uscita: uscita intravista ma non raggiunta, per scadenza del tempo a disposizione e per le turbolenze dello scenario contingente.

Attualmente, i tecnici non condizionati dalla politica invocano più mer-

cato e meno dirigismo statalista, proprio per uscire dal tunnel, ma sarà difficile che il futuro Governo si sottragga a condizionamenti ideologici di diverso segno. Difficile anche che si attenui la pressione fiscale: prospettiva inquietante, soprattutto tenendo conto di come è strutturata l'industria Italiana, a causa di un vizio d'origine, legato alla sua storia.

Dobbiamo ricordare, infatti, che il piano Marshall, alla fine della guerra, aveva previsto anche aiuti economici all'industria italiana. Questa, però, era localizzata sostanzialmente nell'area lombardo-piemontese. Il resto del Paese era agricolo o scarsamente industrializzato. Ciononostante, in soli cinquant'anni, si è sviluppato un tessuto industriale vivace e attivo un po' dappertutto, specie nel Nord-est, ma anche in Regioni come Puglia e Sicilia.

Il problema è che tutta quest'area nazionale, divenuta in breve tempo attiva per produttività ed esportazione, lo è diventata per capacità e fantasia dei singoli industriali, tutti presi dal lavoro produttivo, poco organizzati fra loro, senza che si pensasse a dotarsi omogeneamente di una vera ricerca, di una vera autonomia tecnologica d'avanguardia e di meccanismi certi per affrontare il tema del passaggio generazionale.

Costretta a dipendere dall'estero quanto a risorse e a energia, l'industria italiana ha sempre avuto un elevato costo di produzione ma si è sempre rifatta guadagnando sulla quantità dei prodotti esportati e confidando sulla possibilità di praticare prezzi competitivi, che tali sono stati finché (oltre al contenimento degli aumenti salariali) si poteva contare su una svalutazione della lira nel cambio monetario.

Ora che ciò non è più possibile, il mondo industriale si accorge che gli è venuto meno un formidabile strumento per essere competitivo sui mercati, non già attraverso il cambio monetario, ma per una scientificità del mec-

canismo di produzione, per una sua capacità di svincolarsi da alcuni costi legati alla dipendenza da risorse ed energia di importazione e per capacità automatica di rinnovarsi. Né giova all'economia italiana il trucchetto della delocalizzazione in altri Stati.

Di fatto, il mondo industriale si riscopre paradossalmente un Governodipendente e non è un caso che Montezemolo scommetta tutto su una politica governativa di sinistra, certamente non troppo vantaggiosa per quelle piccole e medie industrie che (senza assistenzialismi di Stato) rappresentano la vera forza dell'economia nazionale. In pratica, al di là dei proclami, è possibile che il mondo industriale si rassegni ad attendere una politica governativa di vecchio stampo, pur sapendo che salverà solo qualche grosso colosso industriale produttivamente in crisi, ma politicamente ben ammanicato.

Occorrerebbe invece che gli industriali accettassero la sfida di chiedere una rinuncia alle tentazioni statalistico-protezionistiche, proseguendo sulla ultima linea intrapresa, mirante cioè a consolidare ricerca e infrastrutture, a dotarsi di sistemi di energia propria e a praticare una concorrenza di mercato basata sulla qualità e sulla modernità del prodotto, più che nel fattore "svendita".

Probabilmente ciò non avverrà, sia per la struttura ideologica dei Partiti che effettivamente conterranno nel nuovo Governo, sia per oggettiva difficoltà di Confindustria a sostenere concretamente queste tesi.

Naturalmente potrebbe verificarsi il miracolo e noi ne saremmo felici. In caso contrario, come diceva Donat Cattin, con "un certo tipo di economia" non potremo aspettarci che "un certo tipo di Sanità". E Donat Cattin, da Ministro, i problemi della Sanità li aveva capiti bene.

*Enrico Hillweck
Sindaco di Vicenza*

SANITÀ E SALUTE: IL VALORE FRA PASSATO

Cosa significa “valore” e qual è il suo reale significato nel mondo sanitario oggi? Valore significa letteralmente “principio di vita intellettuale o morale” ovvero “l’insieme delle qualità intellettuali o morali di una persona e/o il suo grado di capacità professionale”. Nel mondo sanitario appare come elemento cardine nella definizione di processo clinico-assistenziale, cioè il modo con cui tutti i giorni tutti i professionisti sanitari operano e agiscono nell’interesse del paziente, e che si definisce appunto come la “sequenza strutturata di attività finalizzate alla produzione di un servizio che ha valore per il cliente finale”. Lungo il processo avviene la trasformazione di input iniziali ad output finali che devono avere “valore” aggiunto e a tale trasformazione partecipano tutte le unità operative, ciascuna con le proprie attività che la caratterizzano. Il valore della trasformazione da input in output spesso dipende, non tanto da materiali, attrezzature, risorse umane e know-how ma, piuttosto, dalle interrelazioni tra le unità operative, dalla comunicazione, integrazione e finalizzazione, nonché dalla capacità di riconoscersi in un risultato comune, l’outcome. Il vero obiettivo di ogni processo di cura è, come sappiamo, l’outcome, ovvero l’esito, che distingue il processo di produzione clinico assistenziale da quello della produzione di beni o servizi profit. Il valore potrebbe anche essere considerato tutto ciò che fa passare dall’output all’outcome, vero obiettivo di ogni azione sanitaria, e quindi, estrapolando, dalla sanità alla salute, ricordando che l’outcome è il cambiamento, in senso favorevole o sfavorevole, dello stato di salute dell’individuo o della popolazione.

Molte sono le parole all’ordine del giorno nella sanità italiana ma certamente efficacia, efficienza, equità, economicità, appropriatezza, qualità e soddisfazione del paziente sono fra le più conosciute. Se guardiamo al passato, alla storia della sanità in Italia, e osserviamo quella fiorentina in particolare, scopriamo che questi concetti erano già noti come pure i problemi organizzativi ad essi connessi. L’efficienza e il comfort degli Ospedali era stata lodata da turisti stranieri che vi avevano soggiornato. Uno di loro descriveva gli Ospedali “edifici regali con ottimi cibi, bevande alla portata di tutti, servitori diligentissimi, bei letti dipinti dalle lenzuola di seta”. Si trattava di un giudizio particolarmente attendibile per la sua fonte: il monaco Martin Lutero, che nell’anno 1510 aveva soggiornato nell’Ospedale di San Giovanni di Dio.

Antonio Cocchi, nella Relazione dello Spedale di Santa Maria Nuova di Firenze del 1742, descriveva lo stato dell’ospedale e offriva un quadro completo e lucido della vita “dell’imponente azienda” composta da medici, infermieri, speciali, inservienti, operai, studenti, cappuccini e monache.

Scopriamo così che la concentrazione del potere era nelle mani del solo spedalingo, cioè il commissario dell’ospedale (appare facile cogliere l’analogia con l’attuale Direttore generale), e che la mancanza di norme scritte e di un rigoroso controllo sulla loro osservanza (una anticipazione dell’attuale certificazione della qualità e delle procedure di accreditamento delle strutture sanitarie) determinarono una progressiva decadenza.

I rimedi proposti prevedevano una maggiore distribuzione del potere e quindi anche una maggiore presenza dei medici nelle sedi decisionali, l’emanazione di leggi precise e pubbliche, un severo controllo sull’operato di ognuno, il rispetto del senso morale e umanitario di aiuto ai malati poveri, scopo primo ed ultimo per cui l’istituzione era nata e creata. La modalità dell’espletamento delle cure ai malati si prestava ad alcune considerazioni critiche, dato che “non si costuma ordinariamente nei casi ambigui e pericolosi che un professore chieda consiglio ad alcuno... e nemmeno discorra con il medico curante del medesimo infermo... la qual negligenza di consultazione in molti casi può riuscire pernicioso”.

La difficoltà di una comunicazione interna ed esterna, continua ed efficace, fra le diverse figure professionali coinvolte nel processo di cura non è solo un problema attuale ma, come si vede, esisteva già allora con una giustificazione dovuta all’assenza degli strumenti telecomunicativi di cui disponiamo oggi.

Ma anche il problema delle infezioni nosocomiali, aspetto sempre presente dell’assistenza ospedaliera, era già stato individuato. Scriveva infatti l’autore che “i giovani di mediceria a volte non rimediano le piaghe così spesso o non così bene come bisognerebbe, onde esse si fanno sordide e ne nasce ... talora anco la morte... essendo certissimo che in simili mali ciò non succede fuori dall’ospedale...”.

Nel 1818 il Gran Duca Ferdinando III di Lorena promulgava un regolamento rivoluzionario ed innovatore. Questo può considerarsi come un primo elemento di riforma socio-sanitaria con alcuni dei principi guida dei moderni servizi sanitari, fra questi la transizione da principi assistenziali di tipo caritativo a forme solidaristiche e la nascita di una nuova sensibilità sociale. Gli Ospedali erano distinti in due categorie: i Regi e i Comunicativi; i primi erano condotti da un Rettore di nomina del Gran Ducato e svolgevano attività didattica e di intervento “su certi casi rari di malattia” e di “grandi operazioni”. È evidente l’analogia con gli attuali Policlinici o Aziende Ospedaliere sede dell’Università, le cui finalità di didattica, ricerca e assistenza, la rendono da secoli la sede più idonea per trattare in prevalenza patologie complesse ed effettuare interventi clinici innovatori.

Esisteva un Regolamento strutturato come filtro per l'ammissione ospedaliera. I pazienti paganti, infatti, potevano essere ammessi solo se ricorrevano quattro condizioni (un'anticipazione del triage?): la presenza di malattia curabile, una giusta causa (cioè l'impossibilità ad essere assistiti nel proprio ambito familiare), l'urgenza e la solvibilità.

Per i poveri ammessi al beneficio di pagare la metà delle spese erano sufficienti solo due condizioni di ammissione: la malattia curabile e l'attestazione di povertà, rilasciata dal parroco. I miserabili erano viceversa ammessi al beneficio del godere dei letti gratuiti; le condizioni ed il filtro di ammissione erano, come per i poveri, limitate alla sola presenza di malattia curabile ed all'attestazione di miseria. Si tratta dei richiami alla accessibilità e all'appropriatezza delle prestazioni, all'efficacia e alla efficienza clinica, ma anche a quella organizzativa. L'ipotesi di un intervento caritativo si sovrapponeva alla innovazione, cioè all'intervento di tipo solidaristico.

Nei secoli successivi si evolve il concetto di ospedale verso una organizzazione medica e sanitaria più complessa. Una prima fase della evoluzione tecnologica negli anni '50 e '60 cambia lo scenario clinico-diagnostico; negli anni '60 e '70 si arriva allo sviluppo delle discipline specialistiche autonome, mentre negli anni '80 la disponibilità di nuove tecnologie diagnostiche costituisce il "driver" dell'organizzazione sanitaria, raggiungendo i massimi livelli nel corso degli anni '90 con l'estrema differenziazione delle competenze dei percorsi e dei luoghi di cura.

Questa evoluzione ha portato benessere e certamente una maggiore qualità delle cure, ma ha condotto anche ad una situazione in cui, da una parte si varia e si induce la domanda di prestazioni per il solo fatto di avere a disposizione una nuova offerta strutturata e, dall'altra, si crea un problema di equità in accesso per la crescita non controllata della domanda e l'impossibilità di reggerne il conseguente impatto economico. Se nel passato l'ospedale era concepito come un contenitore neutro di competenze professionali il cui valore era legato alla capacità di servi-

zio ed alla cultura dei singoli professionisti, oggi il valore della salute e della sanità è dato dalla capacità delle singole organizzazioni di determinare e raggiungere gli obiettivi comuni di salute sulla base della domanda espressa dai pazienti, selezionando i prodotti corrispondenti alle proprie esigenze.

Il valore nasce dalla capacità di riconoscere la diversità della domanda e di modificare comportamenti professionali ed organizzativi sulla base dell'evoluzione della offerta e la capacità di trasformarsi in un sistema integrato. Si potrebbe anche pensare che il futuro del nostro SSN passerà necessariamente dalla risposta che si fornirà circa l'appropriatezza dell'assistenza, l'accessibilità, l'equità, il riconoscimento della diversità e della disparità ma soprattutto dalla capacità di generare un loro nuovo equilibrio per raggiungere quello che si potrebbe definire un "Sistema Sanitario personalizzato" universalista e pubblico, ma in grado di fornire non più parti uguali a tutti ma parti adeguate al bisogno di ciascuno in un'ottica di giusta ed equa accessibilità alle opportunità. È quindi più che mai necessario un ampio dibattito culturale, sociale e politico in grado di elevare la visione etica del sistema nella ricerca dell'equilibrio di una pluralità di valori.

Ritengo utili alcune ulteriori riflessioni. La prima riguarda la tipologia delle malattie moderne e, in particolare, il fatto che le malattie croniche rappresentano oggi l'80% delle malattie, con le problematiche cliniche evidenziate nella Tabella 1.

Tab. 1

Malattie croniche	Costo diretto assistenza	Ricoveri	Visite mediche/anno	Prescrizione farmaci	Prescrizioni diagnostica
Nessuna	+	+/-	+/-	+	+
Una	++	++	++	++	++
Più di una	+++	+++	+++	+++	+++

Certamente queste sono gestite in modo non ottimale, almeno da un punto di vista clinico-organizzativo perché, come tutti sappiamo, si continuano a fare quotidianamente nei nostri Ospedali, esattamente le stesse cose che si facevano 20 o 30 anni fa: la visita è il cardine del sistema, vi è una uguale risposta organizzativa a fronte di problemi clinici diversi, l'urgenza clinica, anche quella ritenuta erroneamente tale, è trattata solo negli ospedali, permane la gestione "gelosa" delle informazioni, peraltro molto spesso incomplete, frammentate e cartacee; l'analisi è sofisticata ma centrata sulla prestazione e tarata sull'acuzie. Vengono tuttora dimenticate le differenze esistenti fra le malattie acute e croniche, come evidenziato nella Tabella 2, alimentando sprechi ed inefficienze, che sono l'antitesi del valore in medicina.

Tab. 2

Caratteristiche	Malattie acute	Malattie croniche
Insorgenza	Improvvisa	Solitamente progressiva
Durata	Limitata	Lunga, indefinita
Causa	Solitamente singola	Di solito multipla e con cambiamenti nel tempo
Diagnosi e prognosi	Solitamente accurata	Spesso incerta
Intervento tecnico	Solitamente efficace, risolutivo	Spesso non decisivo, con effetti collaterali
Esito	Guarigione	Raramente la guarigione
Incertezza	Minima	Pervasiva
Conoscenza	Professionisti e pazienti inesperti	Pazienti e professionisti hanno conoscenze complementari
Assistenza	Prevalentemente personale sanitario	Prevalentemente il paziente stesso e i familiari
Decisioni	Concentrate nel tempo	Giorno per giorno
Impatto	Limitato alle strutture sanitarie	Esteso all'interno della comunità
Obiettivi	Prevalentemente medici	Altri

È noto a tutti che i professionisti del mondo sanitario dovrebbero ormai da tempo lavorare in un'ottica di azione clinica integrata su alcune grandi aree di intervento quali l'efficacia clinica, la gestione della sicurezza, l'efficiente utilizzo di tutte le risorse, la valenza strategica della formazione rigorosamente intesa come l'insieme unico ed inscindibile di informazione, addestramento e motivazione. Continuando così come potremo sperare di raggiungere degli importanti obiettivi, quali la promozione della salute, l'integrazione ospedale-territorio, l'integrazione socio-sanitaria e la continuità assistenziale, intesa come il modello assistenziale centrato sulla persona, orientato ai percorsi di cura creando i collegamenti spazio-temporali fra le prestazioni e le procedure in un'organizzazione che si adatta ai bisogni e non viceversa. In pratica quale sarà il valore aggiunto che ognuno di noi porterà per raggiungere gli obiettivi di salute dei cittadini?

Il "pianeta sanità" italiano è rilevante e pesante anche da un punto di vista economico: è pari all'11,1% del PIL, assorbe

il 6% degli occupati totali, vanta il valore alla produzione in assoluto più elevato per addetto e una produzione annua pari a 192 miliardi di euro. Il recente rapporto di Confindustria che evidenzia questi dati dimostra che le risorse investite in sanità hanno un'altissima redditività, contraddicendo quanti ancora pensassero che la spesa per la salute a carico della collettività sia un costo e non un investimento.

Un'ulteriore riflessione è d'obbligo perché la scarsità di risorse e gli obiettivi di efficienza gestionale si inseriscono in una logica che deve tenere conto di un prodotto/processo molto speciale, che si estrinseca nel rapporto tra due esseri umani: il medico ed il paziente.

Questo è reso più difficile, complesso e anche conflittuale a causa della difficoltà di gestire l'innovazione tecnologica e scientifica, di progettare soluzioni organizzative che rispondano all'evoluzione della domanda e dei bisogni, ma anche

della necessità dell'uomo e della società di comprendere quale sistema di valori perseguire in questo particolare momento storico.

Nel 2002 molte pubblicazioni mediche hanno sottolineato come medici ed infermieri siano infelici; alcuni autori sostengono a causa della mancanza di fiducia in se stessi, nella professione e nel potere di risolvere i problemi, nonostante nel contesto storico attuale la tecnologia, l'innovazione scientifica e la conoscenza siano giunti a livelli straordinari. Proviamo a invertire questa tendenza, investendo, ad esempio, nel valore della comunicazione con il paziente, ricordandoci che, come diceva Celso "in medicina le regole possono essere assolute, ma le conseguenze sono variabili". Proprio per questo potremmo sperare di ottenere dei risultati incredibili semplicemente parlando, e ascoltando, ogni giorno i nostri pazienti, rivalutando e scommettendo sul valore miracoloso della parola.

Maurizio Dal Maso
Vice Presidente FEMS

IL PIANO SANITARIO NAZIONALE 2006-2008

Luciano Mulas

Una delle ultime fatiche del Ministro Storace è stata quella dell'elaborazione del Piano sanitario nazionale 2006-2008.

Il documento analizza: gli scenari che, nei prossimi 3-5 anni, caratterizzeranno il panorama sanitario italiano, sia positivamente che negativamente, in termini di opportunità e di vincoli; le strategie per lo sviluppo del Servizio sanitario nazionale; lo stato del nostro SSN e gli obiettivi di salute che si intendono perseguire. Il Piano sanitario nazionale 2006-2008, approvato il 28 marzo u.s. dalla Conferenza Stato-Regioni (dopo una lunga serie di incontri tra Assessori regionali, tecnici e rappresentanti del Ministero della Salute), disegna, in poco meno di 100 pagine, il quadro della sanità in Italia e si prefigge di inserire armonicamente il nostro sistema in un ambito europeo di riferimento.

Il Piano parte dall'analisi degli elementi che ne costituiscono il contesto: la modifica del Titolo V della Costituzione e l'individuazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), avvenuta nel 2001.

Passa poi a studiare il quadro epidemiologico: l'evoluzione demografica e quella dei bisogni. Come prioritarie indica le aree delle malattie cardiovascolari (principali cause di morte e di consumo di risorse sanitarie), dei tumori, delle altre malattie, dell'invecchiamento e dell'infanzia.

Il Piano esamina anche il contesto socio-economico nazionale in cui si colloca la programmazione sanitaria 2006-2008. "Il Piano sanitario nazionale -si legge nel documento- si iscrive in una situazione economica nella quale la prevista ripresa dell'economia nel nostro Paese non si è ancora materializzata, anzi la tendenza a breve è ancora quella di una crescita molto limitata, al di sotto delle previsioni e, in alcuni momenti, vicina a valori pari allo zero. Tuttavia le previsioni a medio termine non possono non tener conto della possibile ripresa dei Paesi industrializzati, che potrebbe consolidarsi nel 2007, assestandosi su un trend simile a quello registrato negli anni Novanta".

Nel Piano si ricorda che per il 2006 la legge finanziaria ha fissato, per il Servizio sanitario nazionale, un importo di 89.960 milioni di euro. Le risorse disponibili (a parte quelle da definire ancora in termini di completamento

di ulteriori progressi ripiani, per il 2005 in particolare) consentiranno, mediamente, una quota capitaria pari a circa 1500 euro, mentre l'importo complessivo sarà destinato, in riferimento ai livelli di assistenza, per il 5% alla prevenzione, per il 44% all'assistenza ospedaliera ed il rimanente 51% all'assistenza distrettuale sul territorio. Più in dettaglio, 9 sono i grandi obiettivi della sanità nazionale 2006-2008. Tra le grandi strategie: organizzare meglio e potenziare la promozione della salute e la prevenzione; rimodellare le cure primarie; favorire la promozione del governo clinico e della qualità nel SSN; potenziare i sistemi integrati di reti sia a livello nazionale o sovraregionale (malattie rare, trapianti, ecc.) sia a livello interistituzionale (integrazione socio-sanitaria), sia tra i diversi livelli di assistenza (prevenzione, cure primarie, ecc.); promuovere l'innovazione e la ricerca; favorire il ruolo partecipato del cittadino e delle Associazioni nella gestione del SSN; attuare una politica per la qualificazione delle risorse umane.

Il Piano sanitario individua in particolare 9 ambiti verso cui indirizzare le scelte del sistema:

1. la garanzia e l'aggiornamento dei LEA (livelli essenziali di assistenza sanitaria);
2. la sanità italiana in Europa, l'Europa nella sanità italiana;
3. la prevenzione sanitaria e la promozione della salute;
4. la riorganizzazione delle cure primarie;
5. l'integrazione delle reti assistenziali: sistemi integrati di reti sovraregionali e nazionali;
6. l'integrazione tra diversi livelli di assistenza;

Obiettivi da raggiungere:
- migliorare l'efficacia degli strumenti di integrazione
partire dagli strumenti previsti dalle attuali norme
Nazionale istituita presso il Ministero del Lavoro ex art. 27
Coordinamento previsti presso le Regioni ex art. 27
figura, coordinare e semplificare le norme vigenti
un sistema di criteri per la verifica della salute e sic

segue da pag. 13

7. l'integrazione socio-sanitaria;
8. il dolore e la sofferenza nei percorsi di cura;
9. la rete assistenziale per le cure palliative.

Vengono quindi individuate le strategie operative da mettere in atto nelle linee di attività trasversali al sistema (educazione, sicurezza, ambiente, ecc.). Infine, si affronta la valutazione delle performances del SSN e del Piano sanitario nazionale, con l'obiettivo di costruire un apparato valutativo che consenta di monitorarne lo sviluppo attraverso adeguati strumenti di verifica.

Il Piano, sostanzialmente elaborato dal Ministero della Salute, si inquadra in un percorso da considerare ormai superato, cioè quello previsto dal D.Lgs. 502/92, e successive modifiche ed integrazioni.

Questo aspetto è stato oggetto di critiche metodologiche da parte delle Regioni, che evidenziano di seguito queste "criticità": innanzitutto la riproposizione di una impostazione tradizionale, utilizzando cioè l'impianto metodologico dei precedenti strumenti di programmazione, che non tiene conto né dell'evoluzione istituzionale del Paese, né dell'evoluzione tecnologica e scientifica di settore.

Il Piano proposto, inoltre, è giudicato eccessivamente di dettaglio, perdendo di vista la effettiva capacità del sistema di garantire i LEA ed entrando invece nel merito di competenze che avrebbero dovuto essere lasciate alle autonomie regionali.

Infine non si affronta quasi per nulla il problema dell'equità della salute e solo qualche scarso cenno è dedicato allo scottante problema dell'equilibrato e garantito accesso alle cure. Al di là delle polemiche, quasi da "gioco delle parti", interessante sarà capire nei prossimi mesi post-elettorali, con il ritorno ad una certa omogenità politica - almeno dichiarata - tra Stato e Regioni, quanto il nuovo Ministro della Salute riuscirà de facto a realizzare (in termini di risorse necessarie rispetto ai vincoli di bilancio, che certo si annunciano pesanti) un credibile equilibrio tra obiettivi di programmazione e risorse dedicate.

A livello istituzionale, la riforma del Titolo V della Costituzione, oggetto di referendum confermativo nel prossimo giugno, sarà una cartina di tornasole rispetto ad una linearità di approccio ai problemi sanitari.

Con un quadro parlamentare non proprio lineare e stabile, come si sta delineando a seguito degli incertissimi esiti delle elezioni del 9/10 aprile scorso, indubbiamente il ruolo di una organizzazione sindacale autonoma e responsabile come la CIMO-ASMD, sarà ancora più necessario ed attento rispetto ad una evoluzione di qualità del SSN, che sola può garantire lo sviluppo professionale della categoria medica e quindi la sicurezza dei cittadini fruitori del sistema salute.

L'ABORTO INDOTTO CON



La decisione di abortire è grave e impegnativa. Ce lo ricorda, laddove ce ne fosse bisogno, la stessa legge 194/1978 in molti suoi punti. Ad esempio quando indica come motivazione della scelta abortiva "un serio pericolo per la salute fisica o psichica" della donna (art. 4); oppure quando sottolinea il compito del consultorio o della struttura socio sanitaria di "esaminare con la donna...le possibili soluzioni dei problemi proposti, di aiutarla a rimuovere le cause che la porterebbero all'interruzione di gravidanza" (art. 5 e anche art. 2); e ancora quando impone (salvo che "nelle condizioni tali da rendere urgente l'intervento") che la donna sia invitata "a soprassedere per 7 giorni" (art. 5), la cosiddetta settimana di riflessione. E' da aggiungere che nella letteratura scientifica più recente sta crescendo l'attenzione nei confronti delle possibili ricadute sfavorevoli dell'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) sulla salute mentale (,).

Come si inserisce in questo contesto l'aborto farmacologico, che con iniziative di vario tipo comincia ad essere disponibile in alcune zone del nostro Paese? L'aborto farmacologico è stato impiegato dalla fine degli anni '80 in Francia, Svezia e Cina e dalla fine degli anni '90 anche in altri Paesi, quali la Germania, gli Usa e il Canada.

Esso si basa sull'assunzione per via orale del Mifepristone (RU 486), prodotto che interferisce sull'azione del progesterone (e anche dei glicocorticoidi), togliendo il supporto ormonale all'embrione e causandone la morte, seguita, a distanza di 48 ore, dall'assunzione di una prostaglandina, il Misoprostol, che, causando la contrazione dell'utero, ne determina l'espulsione. Una caratteristica dell'aborto farmacologico è che la donna ha molto meno tempo per prendere la decisione, almeno 8-10 giorni in meno che con la procedura chirurgica. Infatti quest'ultima viene applicata al più presto alla settima-ottava setti-

LA RU 486: ELEMENTI PER UNA RIFLESSIONE

Carlo Campagnoli, Chiara Rivoiro e Luca Roasio

mana (ciò si verifica, tra l'altro, in meno della metà dei casi, mentre per i restanti si arriva alla nona-decima settimana o anche più), mentre i farmaci debbono essere impiegati al più tardi entro la settima settimana.

Un altro aspetto di rilievo è che nelle ricorrenti discussioni sulla IVG viene dato per scontato (e ampiamente sottolineato soprattutto da riviste femminili) che l'aborto indotto farmacologicamente tramite RU 486 sia meno traumatico e meno rischioso dell'aborto chirurgico. Questo, pur sembrando ragionevole, contrasta con i dati attualmente disponibili. Rispetto all'aborto chirurgico, l'aborto tramite RU 486 causa certamente più problemi di tipo fisico (disturbi e sequele quali dolori e sanguinamento prolungato) (, ,) e anche, in alcune circostanze più problemi di tipo psicologico (4,5). Queste circostanze sono ad esempio quando la donna vede, nel materiale espulso, l'embrione (che alla 6°-7° settimana, è di 1-1,5 cm) (4) o quando abbia un atteggiamento ambivalente riguardo la propria decisione di abortire (5) : in alcune donne l'assistere in piena coscienza, e nell'arco di tre-quattro giorni, al proprio aborto potrebbe causare un trauma psicologico assai alto, soprattutto quando, per la ristrettezza dei tempi, la scelta abortiva non sia stata adeguatamente meditata. Per quanto riguarda i rischi, le complicazioni importanti (tali da richiedere ospedalizzazione) presentano una frequenza perlomeno analoga a quella dell'aborto chirurgico (,), mentre i casi di morte, fortunatamente rari (circa 1 su 70.000 aborti da RU 486), sono comunque più frequenti (di almeno 4-5 volte) che con l'aborto chirurgico (,). Le cause di morte sono state: shock tossico da infezione, rottura di gravidanza extrauterina misconosciuta, emorragia irrefrenabile (8-).

A queste sono da aggiungersi, come causa di forte rischio, alterazioni cardiovascolari, probabilmente legate all'uso delle prostaglandine (9). È da dire che, negli USA, lo shock tossico, la più frequente causa di gravissime complicanze e di morte, si è verificato in soggetti cui era stato somministrato il Misoprostol non per via orale ma per via intravaginale, una pratica divulgata da organizzazioni di "pianificazione familiare", in contrasto con quanto stabilito dalla Food and Drug Administration. Tuttavia non ci sono elementi per stabilire che il problema si sia determinato solo per questa modalità di somministrazione del Misoprostol; è possibile che in causa vi sia proprio il meccanismo d'azione della RU 486 (). È anche possibile che la consapevolezza del rischio porti a prestare maggiore attenzione ai primi sintomi, che però sono subdoli e si possono confondere con in comuni effetti collaterali del Misoprostol (vomito, diarrea, crampi addominali, in assenza di ipertermia) (10).

Nell'insieme i dati disponibili indicano che l'aborto farmacologico può essere proposto soltanto a donne che abbiano

maturato in tempi brevi una fermissima decisione di abortire e che siano rese ben consapevoli non solo del trauma psicologico che potrebbe derivarne (soprattutto nel caso in cui si riconoscesse l'embrione nel materiale espulso) ma anche del fatto che ne possono conseguire maggiori rischi per la salute rispetto ad un aborto da isterosuzione effettuato due settimane dopo. Inoltre, non è al momento accettabile che sia le donne sia i medici, pressati dalla infondata sottolineatura dei vantaggi dell'aborto farmacologico rispetto a quello chirurgico, tendano ad utilizzare la procedura d'urgenza prevista dalla legge evitando la settimana di riflessione.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Bradshaw Z, Slade P. The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: a critical review of the literature. *Clin Psychol Rev.* 2003 Dec;23(7):929-58.
- 2 - Broen AN, Moum T, Bodtker AS, Ekeberg O. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Med.* 2005 Dec 12;3:18.
- 3 - Say L, Kulier R, Gulmezoglu M, Campana A. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Jan 25;(1): Review.
- 4 - Slade P, Heke S, Fletcher J, Stewart P. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998 Dec;105(12):1288-95.
- 5 - Hemmerling A, Siedentopf F, Kentenich H. Emotional impact and acceptability of medical abortion with mifepristone: a German experience. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2005 Mar;26(1):23-31.
- 6 - Henderson J, Hwang A, Harper C. Safety of mifepristone abortions in clinical use. *Contraception.* 2005 Sep;72(3):175-8.
- 7 - Grimes D, Creinin M. Induced abortion: an overview for internists. *Ann Intern Med.* 2004 Apr 20;140(8):620-6. Review.
- 8 - Greene MF. Fatal infections associated with mifepristone-induced abortion. *N Engl J Med.* 2005 Dec 1;353(22):2317-8.
- 9 - Gary MM, Harrison DJ. Analysis of severe adverse events related to the use of mifepristone as an abortifacient. *Ann Pharmacother.* 2005 Dec 27.
- 10 - Fischer M, Bhatnagar J, Guamer J, et al. Fatal toxic shock syndrome associated with *Clostridium sordellii* after medical abortion. *N Engl J Med.* 2005 Dec 1;353(22):2352-60.
- 11 - Miech RP. Pathophysiology of mifepristone-induced septic shock due to *Clostridium sordellii*. *Ann Pharmacother.* 2005 Sep;39(9):1483-8.

Carlo Campagnoli

*Dirigente apicale ginecologo-endocrinologo in Torino
Comitato Scienza e Vita Piemonte - Torino*

Chiara Rivoiro

Specializzanda in Neurologia

Luca Roasio

Specialista in Pediatria

LA VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA NEL DIPARTIMENTO D'EMERGENZA

F. Stea e L. M. Addante

Introduzione

L'avvento dell'utilizzo della ventilazione meccanica non invasiva (NIMV) nei Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione (DEA) e nei Pronto Soccorsi (PS) ha sicuramente determinato un balzo in avanti della qualità dell'assistenza agli ammalati critici afferenti in tali strutture.

Poche patologie sono così impegnative per il medico di PS come l'insufficienza respiratoria acuta, sia da un punto di vista diagnostico che, soprattutto, da un punto di vista terapeutico.

Sappiamo bene che, purtroppo, sono molte le emergenze in cui il medico di PS finisce il suo compito con la diagnosi il più precisa possibile e con il ricovero il più congruo possibile, delegando l'atto terapeutico risolutivo per la patologia allo specialista pertinente; a questo proposito basta ricordare emergenze di frequente riscontro quali politraumi, traumi cranici maggiori, disturbi di circolo cerebrale, sindrome coronaria acuta, patologie tutte che necessitano di una diagnosi precisa, di una stabilizzazione del paziente e del suo ricovero in ambiente idoneo.

Per quanto riguarda invece l'insufficienza respiratoria, il medico dell'emergenza si trova a dover fronteggiare immediatamente, con tutti gli ausili a lui noti ed a lui disponibili, il quadro morboso.

Appare evidente come l'utilizzo della NIMV già in PS possa abbattere la mortalità di questi pazienti, migliorarne sicuramente la prognosi e migliorare la qualità della vita abbattendo drasticamente il numero di ricoveri presso Unità di terapia intensiva.

L'INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA

Per insufficienza respiratoria si intende una turba della respirazione a livello cellulare nel senso di una privazione di ossigeno, elemento essenziale per tutti i processi metabolici delle cellule viventi. Tale ipossia può accompagnarsi ad ipercapnia, che tuttavia non rappresenta un elemento essenziale per la definizione di insufficienza respiratoria.

Esistono vari criteri classificativi per l'insufficienza respiratoria, tuttavia è ancora valido, soprattutto per fini clinico-pratici, quello proposto da Dossier negli anni '50, e cioè:

IR latente,

IR manifesta a sua volta divisa in 1) parziale quando vi è solo ipossiemia, e 2) globale quando sussiste anche ipercapnia, Coma ipercapnico.

Oltre a questa classificazione, utile a fini clinico-pratici, esiste una classificazione funzionale che prevede:

IR pneumogena ove il primitivo disturbo si esplica a livello polmonare,

IR cardiogena circolatoria o stagnante ove è lesa primitivamente il meccanismo del trasporto veicolare dell'ossigeno ai tessuti, IR anemica o ematogena ove il disturbo primitivo risiede nella carenza di Hb o nella presenza di Hb patologiche, IR tessutale o istotossica ove il disturbo primitivo risiede nell'incapacità di utilizzare ossigeno da parte delle cellule periferiche.

Già da una prima visione di tale criterio classificativi, appare evidente che il maggior numero di patologie che possono interessare i medici dell'emergenza sono inserite nel primo gruppo di classificazione, ed su questo primo gruppo che possiamo intervenire, una volta fallita la terapia convenzionale, con la protesi ventilatoria esterna.

L'insufficienza respiratoria pneumogena, da un punto di vista molto pratico, può avere due origini, e cioè può dipendere da una turba endogena della ventilazione oppure da una turba esogena della ventilazione; la differenza risiede nel fatto che mentre nella prima è proprio la ventilazione ad essere deficitaria, nella seconda, almeno nelle fasi iniziali che determinano l'insufficienza respiratoria, le capacità ventilatorie e di trasporto dell'ossigeno sono integre, mentre l'alterazione risiede proprio dove avviene lo scambio gassoso.

Da quanto su enunciato appare evidente che potremo, molto semplicemente ma altrettanto chiaramente, dividere l'insufficienza respiratoria in base alla sua origine in due grossi gruppi, e cioè da:

difetto di pompa,

difetto di parenchima.

Nelle insufficienze respiratorie da difetto di pompa dobbiamo considerare tutte le forme (extrapolmonari e polmonari)

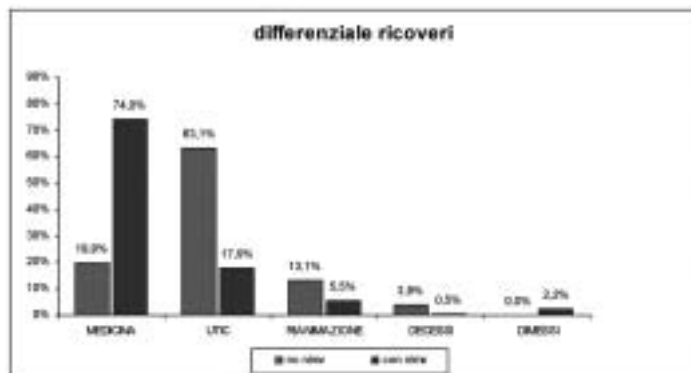


Fig. 1

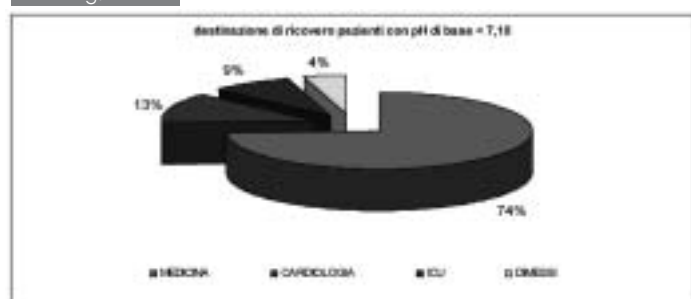


Fig. 2

che determinano una alterazione della ventilazione scatenata dalla “fatica dei MM respiratori” causata dal fatto che questi muscoli lavorano continuamente contro resistenze aumentate per un qualsiasi motivo, per cui entrano in “fatica”. Nelle insufficienze respiratorie da difetto di parenchima dobbiamo invece considerare tutte le forme che determinano una alterazione della sede dove avviene la respirazione, intesa come scambio gassoso, e cioè la membrana alveolo-capillare. Attualmente però questa classificazione non è più così drastica, infatti ci troviamo molto spesso a dover fronteggiare una situazione detta mista e cioè di una IR mista.

LA NIMV NEL NCCE ASCLEPIOS DELL'AZIENDA OSPEDALIERA POLICLINICO BARI

Dal novembre 2001 nel nostro servizio è stata attivato un ambiente denominato: Sala Monitoraggio non invasivo dell'insufficienza respiratoria acuta (che soddisfa tutti i criteri dettati dall'AIPO).

In questo ambiente, attualmente inserito nella Sala Rossa del nuovo Complesso NCCE Asclepios, vengono indirizzati i pazienti afferenti alla nostra UO affetti da IRA, dopo la prima valutazione effettuata in Sala Triage, oppure negli ambulatori del Pronto Soccorso.

In tale ambiente semi-intensivo sono presenti H24 un dirigente medico esperto in emergenza, un infermiere professionale ed un OTA; chiaramente ciascuna di queste figure professionali ha effettuato svariate ore di addestramento specifico nella

materia prima di poter essere inserite in turno nella Sala. La Sala Monitoraggio dell'insufficienza respiratoria acuta è provvista di un ventilatore tipo BiPAP, di quattro sistemi di erogazione per CPAP muniti di monitor di controllo, tali sistemi sono collegati a maschere o a caschi per CPAP.

Oltre ai sistemi per ventilazione non invasiva tale Sala è provvista di complesso defibrillatore-monitor multiparametrico, sistema di aspirazione a parete e tutti i presidi elettromedicali utili in emergenza.

Dallo stesso periodo di tempo è stata introdotta la Scheda NIMV che ci permette di monitorare il paziente in questione sia da un punto di vista ventilatorio (pH, PaO₂, PaCO₂, SaO₂, rapporto PaO₂/FiO₂, frequenza respiratoria), che da un punto di vista cardiocircolatorio (PA, FC, monitor ECG, dosaggio troponina e mioglobina, dosaggio pro-BNP); tale scheda viene compilata all'ingresso (tempo 0), dopo 30 min, dopo 60 min ed all'uscita del paziente ed è completata dai valori di pressione positiva (espressi in Cm di H₂O) usati e dalla FiO₂ erogata.

Sempre dallo stesso periodo si è iniziato a dividere i pazienti, a seconda della loro destinazione a ricovero, in

- 1) cardiologia-UTIC;
- 2) medicina;
- 3) rianimazione;
- 4) decessi in Pronto Soccorso;
- 5) dimessi.

RISULTATI

Irisultati ottenuti sono stati sicuramente molto brillanti (Figura 1), infatti abbiamo abbattuto in modo drastico sia i ricoveri in ambiente intensivo che, fatto questo di importanza estrema, praticamente azzerato i decessi in Pronto Soccorso di pazienti affetti da insufficienza respiratoria acuta.

Come si evince dal Grafico 1 la maggior parte dei ricoveri è stato disposto in Reparti di cura ordinari determinando in questo modo un sicuro risparmio aziendale e, fatto questo non certamente secondario, conservato posti-letto disponibili in Reparti intensivi per altri ricoveri.

Questi ottimi risultati sono stati conseguiti malgrado i casi trattati, sia in CPAP che in BiPAP, siano stati molto spesso ai limiti “estremi” della NIMV (Figure 2, 3, 4), come per esempio pazienti che presentavano valori di pH, di PaCO₂ e di PaO₂/FiO₂ “da terapia intensiva”.

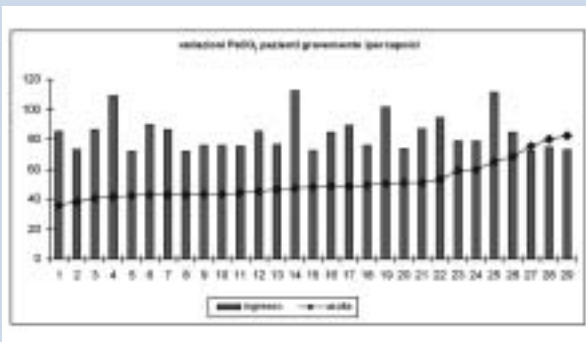


Fig. 3

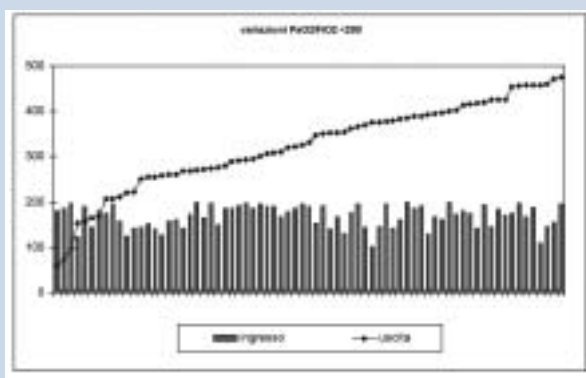


Fig. 4

CONCLUSIONI

Da quanto su esposto, appare evidente che l'utilizzo precoce della ventilazione meccanica non invasiva nei Dipartimenti d'emergenza determina un sicuro miglioramento della prognosi, qualità di vita, giorni totali di ricovero, decessi intra-ospedalieri degli ammalati affetti da insufficienza respiratoria acuta.

Non appare improprio poter affermare che, come è giusto che ogni Pronto Soccorso sia dotato di strumenti atti a trattare in emergenza l'arresto cardiaco, è altrettanto giusto che tutti i Pronto Soccorso siano dotati di un mezzo per erogare pressione positiva nelle vie aeree di questi ammalati.

Il presente lavoro è stato realizzato presso l'Azienda Ospedaliera Policlinico Bari della Regione Puglia-RR.UU.OO. Medicina e Chirurgia d'Urgenza e Accettazione NCCE Asclepios

OMICIDI IN FAMIGLIA:



A volte assistiamo, come cittadini e come medici, a fatti di cronaca inspiegabili: madri che uccidono i propri figli, mariti che fanno strage della famiglia, lavoratori che in seguito a licenziamenti uccidono e si suicidano, persone che per futili motivi uccidono sconosciuti o amici. Diviene difficile comprendere, e per il medico si impone anche il dubbio della possibile prevenzione circa future condotte omicidarie nell'ambito della sua

È POSSIBILE PREVENIRLI ?

Vincenzo Savatteri, Luciana Fici, Vincenzo Romeo

attività di professionista immerso nel sociale. Per omicidio definiamo un'azione che ha per oggetto la morte di un altro che un soggetto cagiona volontariamente, al di fuori cioè delle eccezioni previste dalle leggi codificate (come espressione del sentire comune della società). Il diritto penale lo identifica come un delitto verso la persona e l'omicidio può avere diversi connotati penali: può, infatti, essere commesso come azione diretta o come omissione, può utilizzare sia mezzi diretti (armi, farmaci, veleni o mezzi fisici) che indiretti (causare la morte di una persona mediante metodi psichici, tipo provocare spavento in un cardiopatico).

Ma al di là degli aspetti della giurisprudenza, che esulano dalla nostra preparazione, vogliamo affrontare le cause biologiche del perché una persona "normale" uccide.

Prima di tutto si deve comprendere che in criminologia ed in psichiatria forense il "raptus" non esiste. Il cosiddetto raptus del folle, che cagiona l'uccisione di un altro, è solo fantamedicina e pertanto scientificamente assurdo. Il gesto omicidiario segue delle regole e dei percorsi temporali bene stabiliti e solo nell'ultima fase si concretizza.

Incominciamo a distinguere i vari tipi di omicidio: pre-intenzionale è la condotta lesiva che cagiona la morte della vittima senza averla di fatto voluta; colposo è l'omicidio per omissione o imperizia o negligenza; doloso è l'omicidio volontario con intento di uccidere.

La violenza omicida ha delle basi neurobiologiche, con coinvolgimento dell'amigdala, dell'ippocampo, dell'ipotalamo, dell'area preottica e con la fondamentale mediazione dei lobi prefrontali.

I neuromediatori implicati nelle condotte omicidiarie sono l'acetilcolina e la serotonina. Si è visto che in particolare quest'ultima è espressa in forma ridotta nel sistema nervoso centrale degli assassini e ciò conferma le teorie psicologiche delle condotte omicidiarie che pongono nella disfunzione del controllo la genesi lesiva. I lobi prefrontali presentano la "sindrome disfunzionale", che si manifesta con impulsività, mancanza di controllo, incapacità di un giudizio corretto, incapacità di prevedere le conseguenze, incapacità di modificare il proprio comportamento antisociale.

Le sostanze stupefacenti come cocaina, alcool, allucinogeni possono precipitare o concorrere all'attuazione della condotta omicidiaria. Tuttavia non bisogna dimenticare che, accanto alla predisposizione biologica, gran

parte della causa dello scatenamento della violenza è dovuto a cause ambientali e sociologiche. Infatti l'ambiente ha la funzione di rendere possibili le alterazioni sociali e comportamentali che successivamente motivano ed attuano l'omicidio.

Gli omicidi possono originare dalla situazione detta del discontrollo, in particolare nei crimini violenti (soprattutto quelli maturati nell'ambito familiare) si ha una progressione costante che parte dalla pulsione-motivazione e fantasia omicidiaria e attraversa le seguenti fasi: fantasia omicidiaria, anticipazione mentale degli effetti dell'azione, progettazione, esecuzione dell'omicidio.

Non si deve pensare che ciò sia valido solo per l'omicidio premeditato: le tappe le ritroviamo in tutti i tipi di omicidio, tranne in quello colposo.

La madre che "impazzisce" e uccide il figlio ha, prima di compiere l'atto improvviso, attraversato inconsciamente tutte le precedenti fasi e ha affrontato una progressione di disagio personale e sociale, che alla fine l'ha portata a compiere il gesto estremo.

Il medico specialista o di famiglia può identificare il rischio omicidiario se conosce adeguatamente il suo paziente e se conosce i disagi che porta, ad esempio se riesce a penetrare nei meccanismi del seguente processo: Soggetto --> eventi traumatici --> conseguenze psicologiche --> isolamento sociale --> sentimento di sconfitta --> sentimento di perdita di controllo --> pratiche devianti --> consolidamento del trauma, fantasia omicidiaria, omicidio.

Rendersi conto di una delle fasi anzidette a carico del proprio paziente, può permettere di realizzare quello che in criminologia si definisce "cooling off", cioè il fermare un'azione che conduce ad un atto lesivo. Naturalmente ciò non è sempre possibile, ma un'attenta valutazione del disagio del proprio assistito può contribuire ad attività di prevenzione.

A riprova di quanto detto, analizziamo brevemente le cause di omicidio in famiglia:

- l'infanticidio: è compiuto dalla madre o dal padre; la patologia psichiatrica più frequente è una depressione o una psicosi paranoidea, oppure un vissuto di ambivalenza verso il prodotto del concepimento e una alterazione del rapporto con il partner;

- il filicidio: è un delitto compiuto da uno dei genitori affetto da depressione maggiore o sindrome schizoaffettiva. Non rari sono i casi in cui uno dei partner soffre di depressione maggiore e compie l'omicidio-suicidio di

tipo "altruistico";

- il matricidio: si verifica spesso una relazione simbiotica tra madre e figlio/figlia, con disturbi della relazione e attraversamento di fasi della vita di profonda dipendenza con la madre.

- il patricidio: il figlio, in genere adolescente, manifesta atteggiamenti di rabbia verso il padre, che viene recepito come autorità restrittiva, anaffettiva, punitiva;

- gli omicidi per cause psichiatriche: la psicosi, la schizofrenia e l'uso di sostanza possono determinare tutti i casi sopra riportati, tenendo conto che l'omicidio è solo l'ultimo evento di una storia di disagio morale e personale.

A questo punto appare suggestiva la possibilità di prevenzione di questa gravissima condotta lesiva nel momento in cui nell'ambito dell'esercizio della professione medica ci si renda conto del rischio e si cerchi di intervenire coinvolgendo tutte le strutture sociali e sanitarie adeguate ai fini di attuare il cooling off.

Altre e frequenti cause legate all'origine della condotta omicidiaria sono i disturbi di personalità, definibili come tratti di personalità rigidi e poco adattivi, che causano un'importante deficienza funzionale e sofferenza del soggetto, con atteggiamenti di profondo deficit di empatia verso gli altri.

Per ragioni di brevità rimandiamo, per una maggiore trattazione, i Colleghi ai testi di psichiatria sulla classificazione dei disturbi di personalità, considerando che la presenza di tali disturbi è un rischio reale di aggressività omicida. In particolare i rischi maggiori si ritrovano nel:

- disturbo antisociale di personalità
- disturbo sadico di personalità
- disturbo narcisistico di personalità
- disturbo dipendente di personalità
- disturbo paranoide di personalità
- disturbo borderline di personalità
- disturbo schizoide di personalità

Concludendo, risulta essenziale la profonda conoscenza del proprio paziente, nella sua interezza personale e sociale; se sicuramente è un'impresa ardua riuscire a prevenire episodi di crimini gravi, come gli omicidi in famiglia, resta il dovere per il medico di conoscere alcuni comportamenti psichici e sociali che possono aumentare o favorire un rischio criminale.

FOCUS SUI

SINDACATI AMICI

Proposte ANPO per una buona sanità

Adriano Ramello

Quando l'amico Carlo Sizia mi ha chiesto di scrivere qualche riflessione per la rivista "Il Medico ospedaliero e del territorio", Organo ufficiale della CIMO-ASMD, ho accettato perché a Carlo non posso dire di no: non solo ci lega la convinta "piemontesità" di entrambi, la trentennale militanza nella rappresentanza medica di due differenti ma rispettabili sigle, le lunghe serate passate insieme nei numerosi anni di partecipazione al Consiglio dell'Ordine dei medici di Torino, ma soprattutto una reciproca stima, basata su considerazioni e valori che ci accomunano, con il rispetto delle differenti posizioni, ugualmente indirizzate alla promozione e tutela delle categorie rappresentate.

Quando me lo chiese, eravamo in quei giorni tremendi (per l'ANPO) successivi alla sottoscrizione (non da parte nostra) di quella, da noi giudicata disastrosa, ipotesi di accordo 2004-2005 su uno stravagante contratto di area medica voluto dalle altre sigle, che poneva in discussione l'erogazione dei dovuti incrementi contrattuali, spostandoli dalla componente fondamentale dello stipendio (quindi risorse sicuramente acquisite) a quella accessoria, da raggiungersi con servizi vari, guardie comprese.

D'altro canto mi fa piacere riflettere sulla rubrica a cui ero stato invitato a fornire un contributo, cioè "Focus sui sindacati amici".

Focus: sarà alla latina "focolare", interpretato dal mondo anglosassone nel senso di "far convergere"? Noi pensiamo che l'intenzione di chi l'ha voluto stia proprio nel senso di raccogliere i pareri di quanti convergono verso l'intenzione di migliorare la Sanità.

Sindacati: dopo le battaglie e i successi della categoria (metà degli anni '80), le vicende degli ultimi venti anni sembrano mettere in forse che molte sigle mediche svolgano la funzione propria dei sindacati, cioè la tutela dei propri iscritti. Basti considerare l'appiattimento e la omologazione voluta ed ottenuta con l'unico ruolo e l'unico livello della dirigenza sanitaria.

L'ANPO si è sempre battuta perché tutti i medici, in particolare gli ospedalieri, fossero globalmente tutelati

sotto ogni profilo. Per esemplificare ricordiamo solo alcuni nostri impegni: nella professione, nella carriera (esiste ancora?), nella formazione, nella dignità, nei riconoscimenti non solo di ordine economico, nella pensione e previdenza. E certamente il nostro è stato sempre più un assetto di Associazione, se volete un po' elitaria, in cui le preoccupazioni maggiori sono andate alla ottimizzazione della medicina clinica e della gestione (oggi "governo clinico") per il benessere, in primo luogo, dei fruitori dei servizi da noi erogati.

Amici: difficile definirli. In campo sindacale, noi credevamo di essere riusciti a riunire gli amici in una intesa tra sindacati medici, che ha portato buoni frutti per un po', ma si è poi dissolta al calore delle prime difficoltà. Il non appiattirsi dell'ANPO sulle peregrine posizioni altrui ci ha divisi. Speriamo che per ritrovarci non si debbano fare tragici percorsi, come descrive Fred Uhlman nel suo splendido "L'amico ritrovato" (1971), libretto di piccole dimensioni ma di profondi contenuti. Va da sé che rappresentare e tutelare il primariato corrisponde alla difesa di tutti i medici, così come la tutela dell'ospedale (riferimento finale per le necessità sanitarie) rappresenta la tutela dei medici di ogni settore e di ogni cittadino.

Abbiamo velocemente analizzato lo scenario in cui ci muoviamo, adesso riflettiamo insieme su alcune proposte in Sanità.

Ci pare prioritario che i medici riprendano il governo della professione. I "Soloni" del passato, in pieno contrasto con noi, hanno voluto distruggere i concorsi, ritenendoli imperfetti (cosa verissima). Ma invece di tentare di migliorarli, hanno collaborato affinché fosse la logica partitica ad attribuire gli incarichi di responsabilità, dando così in mano alla politica e alla burocrazia l'arma del licenziamento in tronco, ad nutum, che si è poi tentato di mitigare con accordi successivi, forse perché si è visto che non venivano colpiti solo i Primari.

Noi manteniamo la proposta che per i Primari e per le strutture semplici (che debbono essere sempre collegate con una struttura complessa e mai dipartimentali) vi sia la diretta responsabilizzazione del Collegio dei Primari, con trasparenti modalità di chiamata e/o concorsuali, come avviene in molti Paesi.

La verità è forse che non si volevano concorsi perché si voleva in qualche modo realizzare il "medico unico". Noi, in accordo con gli amici della CIMO, abbiamo sostenuto in passato che i livelli dovessero essere cinque, non tre, con la possibilità di carriera e con un onorevole sviluppo economico, che parzialmente compensasse chi si impegnava nella professione, nella ricerca, nella didattica e nello sviluppo del benessere per il cittadino.

Alcuni sostengono che le attuali "tipologie degli incari-

chi" realizzino la differenziazione, ma quale?

Quella economica non è certo realizzata con soddisfazione. Quella di merito? Meno che mai, viste le modalità di conferimento. Se poi si considera la direzione di dipartimento, differente da una Regione all'altra, da un'azienda all'altra, all'interno dello stesso ospedale, si comprende come il merito non interessi proprio a chi comanda. E lo sviluppo di carriera? Non esiste più. La partecipazione ai Congressi, che costituiva un minimo stimolo per l'ottenimento di titoli da far valere nei concorsi, è stata sostituita da un aggiornamento obbligatorio con farraginosi punteggi, scimmiettando gli anglosassoni, che vivono una realtà assai diversa.

E la ricerca è stata spazzata via, prima, dal voluto disinteresse centrale per lo svolgimento della medesima negli ospedali, poi non conferendo ad essa alcun finanziamento, dovendo andare le risorse dedicate tutte all'Università. Sono diventate inutili anche le pubblicazioni scientifiche, poiché nei colloqui per l'attribuzione dell'incarico di direttore di struttura complessa non si prevede neppure la possibilità di una graduatoria. Ancora pare si raccomandi che, nei colloqui di "selezione", di capacità medica non se ne debba proprio parlare. E l'orgoglio professionale di ben operare? Torna a merito dei medici ospedalieri di averlo conservato e di aver consentito, malgrado tutto, la sopravvivenza di una buona Sanità, ma fino a quando? La voluta impieगतizzazione del medico e la tentata omologazione alle altre professioni, un giorno ci farà perdere anche l'orgoglio professionale. Dove non è riuscito il poco lungimirante "laureificio" in medicina e chirurgia, riuscirà purtroppo la demotivazione indotta da appiattimenti di ogni genere.

Altro punto dolente è la formazione. Riconosciamo tutti il diritto dell'Università circa la preparazione di base per la laurea in Medicina e chirurgia, ma abbiamo sempre insistito sulla riuscita di ottimi professionisti che frequentavano le corsie degli ospedali, preparando delle lodevoli tesi di laurea, sotto la guida di esperti medici ospedalieri.

Il guaio peggiore risiede tuttavia nell'egemonia universitaria dei Corsi di specializzazione post-laurea, ove le strutture insufficienti consentono forse una preparazione teorica anche eccellente, ma con una capacità di formazione specialistica pratica scarsa o nulla. Assistiamo così all'umiliante esclusione di Colleghi, pur forniti di specializzazione universitaria, dai turni di guardia, reperibilità, nonché dalle responsabilità più impegnative, per insufficiente curriculum formativo specialistico.

Abbiamo richiesto di permanere in servizio fino al compimento dei 70 anni. Premesso che lo sviluppo della carriera si è spostato in avanti negli anni, noi vogliamo solo l'eguaglianza con gli altri. Non parliamo solo dei magistrati o dei notai, ma se i medici universitari, i medici

convenzionati, ecc., possono rimanere in servizio fino al compimento del 70° anno, per uguaglianza lo rivendichiamo anche per noi, quantomeno per coloro che lo desiderano o ne abbisognino. Non vale il ritornello “ma si impedisce l’ingresso ai giovani medici”, che sarebbero comunque pochi, molto di meno di quelli sfornati dalle Università in esubero.

Proseguiremo nel nostro impegno per realizzare un “governo clinico” efficace, che consenta di fornire a chi comanda gli strumenti per rettamente programmare, coerentemente indirizzare, opportunamente fornire le risorse e consentire così ai medici di assicurare le prestazioni sanitarie al miglior livello possibile.

Altro argomento dai noi ritenuto importante è la pensione, per la quale ci siamo battuti, rivendicando anche il mantenimento della nostra Cassa indipendente (ex CPS), ma faceva gola a troppi. ANPO, CIMO e altri hanno finanziato uno studio da parte di Esperti per verificare la percorribilità dell’ aggregazione dei nostri contributi ad altri Enti, ma al momento l’operazione non pare conveniente o possibile. Si dovrebbe almeno ottenere l’aggancio delle pensioni alla dinamica stipendiale. Crediamo, in questo, di essere in buona compagnia (della CIMO certamente), anche se non c’è parso che proprio tutti i sindacati medici siano disponibili a grandi impegni su questo fronte.

Molte preoccupazioni ci pone la regionalizzazione della Sanità, contro la quale siamo disponibili ad azioni comuni, anche se essendo questione politica nazionale,

promossa dal Governo di Centrosinistra nel 2001 e successivamente portata avanti dal Centrodestra, difficilmente troverà soluzioni migliorative con la presente compagine di Governo.

Dobbiamo chiedere a gran voce un Testo unico contrattuale, legislativo e normativo per la Sanità, altrimenti rimarrà troppo spazio per gli azzeccarbugli, specialmente per azioni arbitrarie e vessatorie.

In questo senso, non sarà inutile il tentativo di ottenere chiarezza anche su struttura e meccanismi della retribuzione, che ora è più simile ad un’equazione con n incognite piuttosto che ad uno stipendio verificabile. In questo, il fatto di essere medici deve costituire elemento influente per una remunerazione adeguata e differenziata, in rapporto agli impegni, alle responsabilità, al peso connesso alle rapidissime decisioni da assumere, al pregiatissimo e insostituibile materiale sul quale operiamo: la salute e la vita medesima delle persone che a noi si affidano.

Molti altri sono i temi che trattiamo, ma credo che i limiti dell’ospite debbano essere rispettati, anche in forza dell’amicizia personale con molti “Cimini”, che spero ci riporti a percorsi comuni, certamente utili per tutti.

Adriano Ramello

Vice Presidente nazionale ANPO

I lavori della Scuola di formazione sindacale “Alberto Clivati”

La Scuola di formazione sindacale “Alberto Clivati” ha iniziato i Corsi, previsti presso la Sala-congressi dell’Hotel Torre Rossa di Roma (vedere i numeri 1 e 2/2006 di questo Giornale).

La prevista partecipazione di 25 Colleghi, provenienti da tutta Italia, è stata largamente superata dalla adesione massiccia di tanti Colleghi, sino a raggiungere l’insperato numero di 35 presenze.

Tutto ciò dimostra la precisa volontà della dirigenza CIMO di prepararsi adeguatamente alle sfide sindacali, che di qui a poco ci troveranno impegnati sui tavoli della contrattazione decentrata.

È inoltre evidente che la dirigenza nazionale CIMO-ASMD ha visto giusto nel programmare tali Corsi e nel fondare questa Scuola, cogliendo un diffuso e motivato interesse da parte della categoria medica.

Pur non volendo creare dei “professionisti del sindacato”, si è voluto percorrere la strada della corretta e diffusa preparazione di una classe sindacale che non dovrà temere il confronto con le Controparti e nelle varie Sedi istituzionali, né la protervia di chi crede di poter millantare “conoscenze esclusive”.

Tutto questo credo sia un ulteriore tassello nell’ottica di quel progetto di “grande CIMO”, che Alberto

Clivati aveva lanciato, e che noi tutti cogliamo nel suo significato più profondo.

Colgo l’occasione per ringraziare, oltre che i partecipanti e le Segreterie regionali per la collaborazione, i qualificatissimi Relatori che animano il Corso di formazione con la forza del loro impegno e della loro scienza.

*Giuseppe Riccardo
Spampinato*

*Responsabile CIMO-ASMD
della “Formazione sindacale”*

LA PROGRESSIONE DELLA CARRIERA MEDICA

SECONDO L'ART. 5, COMMI 5, 6 E 7 DEL CCNL 2° BIENNIO

Riccardo Cassi



Su questo articolo del CCNL, siglato il 9 marzo 2006, sono in atto strumentalizzazioni da parte di alcuni (CGIL-Medici in particolare), interessati a far apparire le cose in maniera diversa da come stanno realmente. Per poter effettuare un'analisi approfondita dell'articolo in oggetto, e di conseguenza applicarlo correttamente, occorre partire dai dati ufficiali.

L'ARAN ha fornito la seguente tabella relativa alla stratificazione degli addetti, secondo i dati a disposizione dell'Agenzia, con riferimento alla data del 31/12/2001 ed alla categoria dei medici dirigenti a rapporto esclusivo (Tab. 1).

Direttori Struttura Complessa	9.915 unità
Dirigenti Struttura semplice od ex moduli	14.915 unità
Ex X livello	38.309 unità
Dirigenti equiparati	12.376 unità
Dirigenti con meno di 5 anni di servizio	17.739 unità

La stratificazione anzidetta sembra corretta in quanto gli ex X, compresi gli ex moduli, sono il 63,82% sul totale (ex X + ex IX), molto vicino cioè al rapporto 65% - 35% che si sarebbe dovuto realizzare dopo l'applicazione dell'art. 78, c. 3, del D.P.R. 384/90 (cioè trasformazione del 30% dei

posti di assistente in altrettanti posti di posizione funzionale intermedia). È invece molto lontano dal 50% il rapporto tra ex X qualificato ed ex X, segno che l'art. 116, c. 3, dello stesso D.P.R. non è stato applicato al massimo delle sue potenzialità in tutte le ASL, con grave danno per la carriera dei Colleghi e la costituzione dei fondi. Anzi, a ben vedere, gli ex aiuti qualificati non sono neppure il doppio rispetto ai Colleghi di funzione apicale.

Ciò premesso, la CIMO-ASMD valuta favorevolmente l'aver ottenuto, nel CCNL del 2° biennio, un nuovo riconoscimento economico stabile all'interno degli incarichi ex art. 27, c. 1, lettera c), del CCNL 8/06/2000 (+ 89,31 euro mensili lordi a regime sulla retribuzione di posizione unificata). Con questo riconoscimento si gratificano quei Colleghi che hanno comunque un passato professionale di tutto rispetto (anzianità significativa e superamento di un concorso) e che da oltre dieci anni (dal tempo dei contratti della dirigenza) hanno avuto incrementi contrattuali inferiori a quelli dei restanti Colleghi.

Inoltre, l'accesso al nuovo riconoscimento economico anche da parte dei dirigenti equiparati con più di 15 anni ed una verifica positiva (solitamente quella stessa che, dopo i 15 anni di esperienza professionale, consente loro di accedere alla nuova fascia economica dell'indennità di esclusività di rapporto), diventa una possibilità reale, concreta, vicina.

Vanno considerati infatti tre fattori:

- il numero delle nuove posizioni economiche degli incarichi sub c) supera di tre volte quello della fascia immediatamente inferiore (sempre sub c);

- il meccanismo con il quale è stata nominata la maggior parte degli ex aiuti, è stato il concorso interno che, di solito, ha privilegiato i medici più anziani delle varie UO;
- la categoria degli ex aiuti tende ad andare in pensione al raggiungimento dei requisiti di anzianità, piuttosto che di quelli anagrafici, al contrario di quello che accade per i medici con incarico di direzione di struttura complessa.

Di conseguenza, anche se i dati al 1° gennaio 2004 (data di applicazione del contratto del 2° biennio) saranno lievemente diversi da quelli del 2001 (e cioè minor numero di ex X livello e maggior presenza di dirigenti sopra i 15 anni), per i dirigenti equiparati (che oggi hanno poco meno o poco più di 15 anni di servizio) le prospettive di un rapido passaggio al nuovo livello economico di incarico professionale, sono molto concrete, considerato anche che il pensionamento – al raggiungimento dei requisiti di anzianità piuttosto che dell'età pensionabile – è più alto nella categoria degli ex aiuti rispetto ai medici con incarico di direzione di struttura (complessa o semplice).

Si è quindi creato un meccanismo virtuoso che, nel tempo, favorirà il passaggio a livello economico superiore della retribuzione di posizione unificata (da euro 2.374,32 a 3.446,04 euro annuali) dei dirigenti equiparati, cioè al raggiungimento dei 15 anni di servizio e dopo una valutazione positiva (quella stessa valida anche per lo scatto dell'indennità di esclusività, o comunque per il rinnovo dell'incarico). Non è quindi vero, come asserisce la CGIL-Medici, che si ritorna alle qualifiche degli ex aiuti e degli ex assistenti: semplicemente si riconosce, all'interno del reticolo delle posizioni economico-funzionali di cui all'art. 42, c. 1, del CCNL 2002-2003 (Tab. 1), sottoscritta anche dalla CGIL-Medici, un beneficio economico di 89,31 euro mensili lordi a regime (31/12/2005) sulla retribuzione di posizione minima unificata (a valere per il 2° biennio economico 2004-2005) per gli ex aiuti non qualificati (analogo a quello riconosciuto, nel corrispondente periodo, per gli ex aiuti qualificati).

Il CCNL del quadriennio 2002-2005 ha quindi effettuato una duplice operazione: nel primo biennio ha riunito la componente fissa e variabile "minima" della retribuzione di posizione in un'unica posizione minima contrattuale, eliminando apparentemente (pur provenendo da posizioni distinte delle due componenti, fissa e variabile, della posizione) la distinzione tra dirigenti lettera c) art. 27 del CCNL 8 giugno 2000 e dirigenti equiparati; nel secondo biennio la ha ricreata, prevedendo un nuovo livello economico all'interno della fascia lettera c), nel quale in prima applicazione saranno inquadrati i dirigenti di ex X livello e successivamente, nei posti che si renderanno disponibili, i dirigenti con più di 15 anni di servizio che abbiano superato, nella loro carriera, una verifica tecnica da parte del Collegio (art. 5, commi 5 e 7). Si è creato quindi un nuovo livello stabile di retribuzione di posizione minima contrattuale unificata (di 3.446,04

euro annuali), che riapre una prospettiva di carriera per i dirigenti equiparati ed indennizza, parzialmente, chi ha beneficiato meno degli altri degli aumenti concessi dai primi due CCNL della dirigenza (cioè gli ex aiuti non qualificati).

È infatti evidente (Tab. 2) che i "relativamente favoriti" erano stati: nel contratto 2000-2001 i dirigenti che hanno raggiunto, al 1° febbraio 2001 o successivamente, i cinque anni di servizio (equiparazione); nel contratto 2002-2003 i dirigenti con meno di cinque anni di servizio, mediante il meccanismo del conglobamento e del nuovo stipendio tabellare; nel D.P.R. 384/90, invece, i favoriti erano stati gli ex aiuti qualificati, responsabili di modulo.

A noi questa solidarietà interna alla categoria non spaventa, e ad essa non ci siamo mai opposti.

Non "muove" invece la retribuzione di posizione, nel 2° biennio, per i dirigenti equiparati, né per i dirigenti medici con meno di 5 anni di anzianità di servizio, né per i medici e veterinari a rapporto di lavoro non esclusivo, né per i Colleghi con rapporto di lavoro ad esaurimento (tempo definito).

Dall'entrata in vigore del 2° biennio il fondo ex art. 10 CCNL 2004-2005 dovrà essere incrementato, nelle date previste, ovviamente in rapporto alle figure presenti al 1° gennaio 2004, e tale incremento non potrà essere riasorbito dalla "variabile aziendale" (che pertanto si aggiunge alla nuova retribuzione di posizione minima garantita).

Per i direttori di struttura complessa ed i dirigenti di struttura semplice niente è modificato rispetto al sistema attuale: l'incremento contrattuale di cui all'art. 5 è attribuito loro definitivamente, come minimo contrattuale. La nuova retribuzione di posizione minima contrattuale unificata potrà essere decurtata solo in caso di valutazione negativa ed attribuzione di un incarico inferiore, con perdita massima fino al 40% rispetto all'importo originario dovuto.

Per i dirigenti di cui all'art. 5 del comma 5 la situazione è identica a quella dei Colleghi del paragrafo precedente, ma con il CCNL del 2° biennio si è costituito (comma 6) un "nuovo livello stabile di retribuzione di posizione minima contrattuale" nell'ambito degli incarichi lettera c) dell'art. 27, c. 1, del CCNL 8/06/2000.

Questo comporta che tutti i posti identificati al 1° gennaio 2004 sulla base del numero dei dirigenti in servizio di ex X livello, ovvero con incarico sub c), c. 1, art. 27 CCNL 8/06/2000, accreditati di una retribuzione di posizione al 31/12/2001 di 4.100,66 euro annuali di parte fissa e di 2.520,30 euro di parte variabile, entreranno stabilmente nell'organigramma aziendale e, dall'entrata in vigore del CCNL, quelli che, nel frattempo, si renderanno disponibili (cioè "ove disponibili" per pensionamento, passaggio ad

Tabella 2 - Confronto della retribuzione di posizione nei 3 CCNL della dirigenza

Posizioni	Pos. fissa e var. min. 1994-97	Pos. fissa e var. min. 1998-01	Pos. min. contratt. 2002-2005	Conglob. nel tabell. 2002-2005	Tot. posiz. 2002-2005 pre-conglob	Increment. % 31/12/2005 su 31/12/97
D.S.C. chir	10.401,95	10.401,95	10.655,43	5.360,24	16.015,67	+ 53,96%
D.S.C.med.	9.321,52	9.321,52	9.250,88	5.360,24	14.611,12	+ 56,74%
D.S.C. terr.	8.788,53	8.788,53	8.557,93	5.360,24	13.918,17	+ 58,36%
D.S.S. o ex Modulo	9.355,60	9.355,60	6.807,08	5.360,24	12.167,32	+ 30,04%
Dir. ex X o > 15 anni	6.260,96	6.260,96	3.446,04	5.360,24	8.806,28	+ 40,65%
Dir. equip.	1.456,41	6.260,96	2.374,32	5.360,24	7.734,56	+ 431,06%
Dir. < 5 a.	1.224,52	3.267,61	0,00	5.360,24	5.360,24	+ 337,68%

incarico superiore od inferiore, trasferimento, ecc.) verranno attribuiti a dirigenti con i requisiti di cui al comma 7, con le procedure previste per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali. A mio parere esistono due aspetti, nell'applicazione "in progress" di questa norma, che richiedono un forte impegno nel Sindacato a livello locale, perché ci sia un effettivo e coerente beneficio per i Colleghi:

a) periodicità nella ricognizione degli incarichi rimasti vacanti e rapida copertura degli stessi; lo stesso problema esiste già oggi per gli incarichi lettera c), vacanti e di maggior valore, che vengono ricoperti in ritardo o, addirittura, non ricoperti; nel nuovo contratto però vi è una precisa norma di impegno in tal senso;

b) l'ipotesi di CCNL 2004-2005 fotografa una situazione "storica", creando un livello di incarichi distribuito in maniera non uniforme tra le varie UO; potremmo quindi pensare ad un meccanismo redistributivo, soprattutto in carenza di posizioni funzionali-economiche di ex X livello non qualificato, come fu fatto con l'applicazione dell'art. 78, c. 3, del D.P.R. 384/90, anche se oggi la "autonomia imprenditoriale" riconosciuta alle ASL può rappresentare un ostacolo rispetto a tale ipotesi di soluzione.

Infine, per la CIMO-ASMD, le accuse della CGIL-Medici di favorire una migliore articolazione di carriera suonano come un riconoscimento d'onore alla nostra linea di politica sindacale e la lagnanza dei sindacati confederali che il contratto 2004-2005 della dirigenza medica avrebbe destinato troppe risorse (25%) al salario accessorio (disagio + risultato), rispetto a quanto destinato (75%) al salario fondamentale (tabellare + posizione), è ridicola, in riferimento ad un contratto di figure dirigenti, quali noi siamo indistintamente.



Volume brossurato di 48 pagine

F.to cm. 15x21

€ 15,00

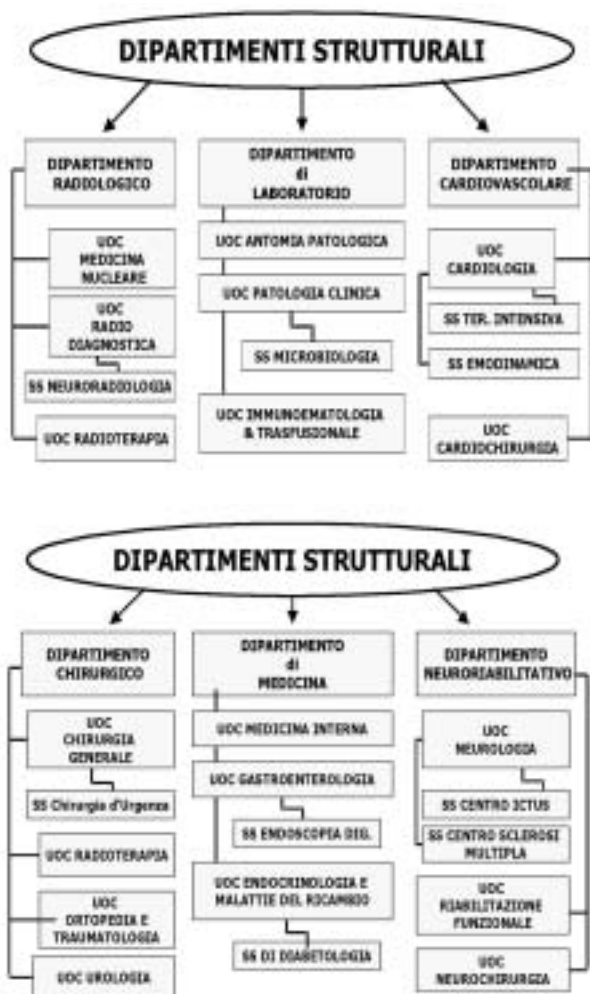


CIC Edizioni Internazionali

LE RELAZIONI TRA IL CONTRATTO INDIVIDUALE E I DIPARTIMENTI-AREE VASTE-ASSETTI PROVINCIALI: LA VISIONE DEL MEDICO

Roberto Mencarelli

Il Dipartimento Strutturale rappresenta una organizzazione per aree omogenee al fine di realizzare sinergie interdisciplinari che determinino economicità di gestione e miglior governo clinico del malato. Di seguito sono esemplificati in schema un'area di servizi ed una clinica.



Quali sono i PRO e i CONTRO in questo tipo di organizzazione?

PRO

- Incarichi dirigenziali a valenza dipartimentale
- Sviluppo autonomia professionale
- Sviluppo competenze professionali.

CONTRO

- possibile conflittualità intra-dipartimentale
- possibile non corretta assegnazione degli incarichi.

Fermo restando l'organizzazione dipartimentale strutturale le singole Unità Operative Complesse possono aggregarsi per specifici obiettivi in dipartimenti Funzionali.



Quali sono i PRO e i CONTRO in questo tipo di organizzazione?

PRO

- Incarichi dirigenziali a valenza inter-dipartimentale
- Sviluppo autonomia professionale inter-dipartimentale
- Sviluppo competenze professionali inter-dipartimentali.

CONTRO

- possibile conflittualità tra le strutture dipartimentali
- possibile non corretta assegnazione degli incarichi.

Una successiva evoluzione dei Dipartimenti funzionali è quella di creare sinergie operative tra Strutture Complesse o Semplici a valenza Dipartimentale appartenenti ad aziende diverse.



Quali sono i PRO e i CONTRO in questo tipo di organizzazione?

PRO

- Incarichi dirigenziali a valenza inter-aziendale
- Sviluppo autonomia professionale inter-Aziendale
- Sviluppo competenze professionali inter-Aziendale.

CONTRO

- possibile conflittualità tra le strutture aziendali
- possibile non corretta assegnazione degli incarichi.

Lo sviluppo organizzativo inter-aziendale porta con sé l'evoluzione in area Vasta. A tale proposito la Regione Veneto definisce questo modello organizzativo come di seguito riportato.

Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto - novembre 2004 LINEE DI INDIRIZZO PER LA COSTITUZIONE DELL'AREA VASTA

AREA VASTA PROVINCIALE: Sviluppo di protocolli per la messa in rete di specialità e di tecnologia secondo il modello di specialità di riferimento (HUB) e specialità collegate (SPOKE) alle quali compete la selezione, l'invio e la "ripresa in carico" dei pazienti.

In generale il sistema HUB&SPOKE rappresenta un modello organizzativo di rete integrata di servizi con le seguenti funzioni:

HUB Centri di riferimento di alta specializzazione a cui i Centri periferici fanno riferimento.

SPOKE Centri periferici che fanno capo ai Centri di riferimento per interventi altamente specialistici non erogabili a livello locale.

Caratteristica di questo sistema è la qualità e la sostenibilità economica.

L'applicazione nel sistema Sanità è definibile come modalità di produzione e distribuzione dell'assistenza ospedaliera secondo il principio delle reti integrate che prevede:

- La concentrazione della casistica più complessa o che richiede più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri HUB che trattino volumi di attività tali da garantire la miglior qualità dell'assistenza erogata e il miglior utilizzo delle risorse disponibili.

- L'attività di tali centri è fortemente integrata attraverso connessioni funzionali con quella dei centri periferici SPOKE che assicurano l'assistenza per la casistica residua.

LA PROPOSTA VENETA

Il Veneto ha 7 province, di cui 5 con circa 800.000 abitanti, si potrebbe ipotizzare che il livello ottimale su cui poter considerare di costituire l'area vasta sia quello provinciale.

Tuttavia, per funzioni che richiedano bacini di

utenza di almeno

1.000.000

di abitanti, è

ipotizzabile

un secondo

livello di

interesse

sovra-pro-

vinciale.



Le due province con minore popolazione potrebbero collaborare in maniera privilegiata con le province immediatamente limitrofe (la provincia di Belluno con quella di Treviso, la provincia di Rovigo con quella di Padova). Verrebbe a costituirsi così un sistema costituito da 5 macro aree complessivamente autonome, fatte salve le funzioni di livello sovra-provinciale.

La costituzione di una Area Vasta organizzata su modello HUB&SPOKE impone una serie di quesiti:

- Quale impatto con la qualità assistenziale?
- Quale impatto con la professionalità?
- Quale impatto con gli incarichi contrattuali?
- Quale impatto con la carriera?

Di seguito le possibili risposte.

Quale impatto con la qualità assistenziale?

- Qualificazione, standardizzazione e riproducibilità dei percorsi diagnostico-terapeutici
- Prestazioni di qualità altamente specialistica
- Gestione del malato e Qualità percepita: se non adeguatamente governate possono rappresentare un elemento critico soprattutto in carenza di informazioni corrette e trasparenti del mutato assetto organizzativo.

Quale impatto con la professionalità?

- Centri HUB: sviluppo esperienza e conoscenza con implementazione della ricerca scientifica e della qualità di alta specializzazione
- Centri SPOKE: criticità se non viene creato un clima collaborativo di interscambio culturale e di coinvolgimento scientifico. Rischio di demotivazione.

Quale impatto con gli incarichi contrattuali?

- Possibile riduzione degli incarichi di Direzione di Struttura Complessa
- Possibile aumento degli incarichi di Direzione di Struttura Semplice
- Incerto il destino degli incarichi di alta specializzazione

Quale impatto con la carriera?

- Rincorsa all'inquadramento in un centro HUB?
- Appiattimento in un Centro SPOKE?
- Altri fini carrieristici?

Una conclusione piena di interrogativi a cui solo la modalità applicativa potrà dare risposta.

TOTALIZZAZIONE (MA SE CONVIENE...)

Umberto Celotto

Alla fine il provvedimento attuativo sulla totalizzazione dei periodi assicurativi (D.Lgs. n. 42/2006) ha avuto il suo affaccio in Gazzetta Ufficiale (n. 39 del 16/02/2006), con efficacia dal 1° gennaio 2006. Esso consentirà a chi ha contributi in più gestioni previdenziali di utilizzare i diversi periodi ai fini di una sola pensione, senza più l'onere di un premio di ricongiunzione a carico del lavoratore.

In proposito, avendo già reso l'analisi delle nuove norme (vedi Il Medico ospedaliero e del territorio n. 6/2005), giova ora considerare anche le ipotesi di opportunità e convenienza dell'operazione in discorso, di certo al momento non esaustiva del miglior risultato per gli interessati.

1. Anzitutto, si richiedono 65 anni di età (anche da parte delle donne). Pertanto, la totalizzazione non consentirà una pensione anticipata, salvo che si disponga di 40 anni di contribuzione. Rimane utile per chi è pervenuto al limite di età, senza aver operato alcuna sutura per i periodi vantati.

2. Dovrà essere integrato un periodo complessivo di almeno 20 anni, fermo rimanendo un periodo minimo di 6 anni per ogni distinto segmento da totalizzare. Per periodi inferiori rimane obbligata la valu-

tazione con altre forme di ricongiunzione già vigenti, se si vuole evitare che gli stessi periodi rimangano a mutualità delle rispettive gestioni.

Non è più necessario che si raggiunga, per ogni distinto periodo, il minimo contributivo richiesto dalle rispettive gestioni di accredito, come già previsto dall'art. 71 della legge n. 388/2000, ora abrogato.

Permane la necessità del riscatto per i periodi di studio e per tutti gli altri periodi, per i quali non era obbligato un versamento contributivo.

3. Si dovranno necessariamente (ed interamente) unificare tutti i periodi vantati, purchè non coincidenti, a condizione altresì che non ci sia già stata altra ricongiunzione.

Tuttavia, in detta ipotesi, se i periodi ricongiunti sono idonei per la totalizzazione, allora la legge n. 29/1979 (se non del tutto definita, anche con il pagamento dell'ultima rata) può essere revocata, con restituzione dall'INPDAP dei contributi (e relativi interessi). La revoca va però chiesta, a pena di decadenza, entro il 31/12/2007.

Va anche detto che, se si è già liquidata pensione in una gestione, non è possibile utilizzare la totalizzazione per le altre porzioni di accredito.

Ed infine c'è da dire che anche la richiesta di restituzione dei contributi dall'ENPAM, ove prevista, avanzata dopo il 16 febbraio 2006, impedisce la totalizzazione.

4. La riunione dei periodi in esame è consentita, oltre che per tutte le ipotesi di lavoro dipendente, anche per il lavoro autonomo e libero-professionale, ed ora anche innovativamente per il lavoro parasubordinato (ex co.co.co. o a progetto). La domanda va fatta alla gestione, a cui si è stati iscritti da ultimo.

5. Per la prestazione, tutta a carico delle gestioni interessate, non c'è - come detto - onere aggiuntivo per il lavoratore.

In concreto, ci sarà un solo trattamento (che verrà pagato dell'INPS), cui concorrono in quota le diverse assicurazioni.

Tuttavia, il quantum ricavabile è il punto negativo dell'operazione, dal momento che il trattamento dovuto sarà liquidato con il sistema contributivo, indubbiamente molto meno gratificante.

Anche peggio avverrà con la sutura dei periodi delle gestioni libero-professionali (di cui alla legge n. 509/1994), per i quali si terrà conto di parametri speciali e differenziati entro il tetto reddituale individuale, con risultati ancora più modesti.

Una salvaguardia è tuttavia concessa per coloro che hanno già maturato (e non liquidato) il diritto a pensione in una singola gestione (per l'INPDAP,

almeno venti anni). In questo caso la quota è determinata con il sistema di calcolo di questa gestione (se più favorevole).

6. Per quanto precede, se si punta, oltre che a collegare i periodi, anche a ricavare il migliore importo possibile, dovrà ancora farsi ricorso alle precedenti forme di ricongiunzione (legge n. 29/1979 per i dipendenti e legge n. 45/1990 per i professionisti), che rimangono pacificamente in vigore.

Se l'esigenza è invece di recuperare un altro periodo che altrimenti andrebbe perso, di certo gioverà la totalizzazione, anche se con il sistema contributivo.

Resta da precisare che la totalizzazione è esclusa per gli assunti dal 1/01/1996, per i quali rimane in vigore il cumulo di periodi (D.Lgs. n. 184/1997), per i quali, occorre ricordarlo, è già obbligata la pensione di tipo interamente contributivo.

7. In definitiva, la filosofia del provvedimento è ancora quella di incentivare il passaggio al sistema contributivo (a scelta del soggetto), in attesa che si proceda poi al passaggio in modo obbligato per tutti.

L'altra esigenza è favorire il potenziamento del trattamento degli autonomi (ancora insoddisfacente), in particolare i soggetti (co.co.co. o lavoratori a progetto), iscritti alla gestione separata INPS, i cui contributi non possono essere attualmente trasferiti.

8. Per quanto riguarda lo specifico settore che interessa, la totalizzazione

potrebbe risultare di giovamento:

- per le pensioni di inabilità, a condizione che si maturino i requisiti richiesti per tale ipotesi nella sola gestione in cui si verifica l'evento invalidante;

- per le pensioni ai superstiti, se i requisiti dell'indiretta sono maturati nella gestione in cui si è iscritti al momento del decesso (che avvenga dal 16 febbraio 2006 in poi);

- per i dipendenti cessati senza diritto a pensione ed interessati ad altra ricollocazione lavorativa, che avranno modo di recuperare detta quota successiva, se sussistano i presupposti.

In conclusione, il provvedimento, come già detto, risulta insoddisfacente a vari motivi, cui si spera possa provvedersi in successione.

Un punto di rilievo da recuperare è la totalizzazione anche dei periodi inferiori ai 6 anni (grave limite dell'attuale decreto). Ciò anche in rapporto al dettato della legge di delega (art. 1, c. 2, lettera o, della legge n. 243/2004), che programma esplicitamente di "ampliare progressivamente la possibilità di sommare i periodi assicurativi previsti dalla legislazione vigente". L'altro aspetto è la valorizzazione dei periodi totalizzati con il sistema retributivo, ove spetti, per la quale è del tutto pretestuosa la mancanza di copertura del provvedimento.

Ma intanto continua il processo di ridimensionamento delle attuali pensioni!

LEZIONI DI MEDICINA RIABILITATIVA

A cura di I. Caruso

Volume brossurato di 256 pagine

F.to cm. 15x23,5

€ 20,00



CIC Edizioni Internazionali



ECCESSO DI DELEGA PER IL D.LGS. N. 42/2006

Umberto Celotto

L'art. 1 c. 2, lettera o, della legge n. 243/2004, nel delegare il Governo a ridefinire la totalizzazione dei periodi assicurativi, precisa – tra l'altro – che ogni ente interessato sarà tenuto al pagamento della pensione, con quota determinata “secondo le proprie regole di calcolo”.

Viceversa, nel relativo provvedimento attuativo ora varato, l'art. 4 si disallinea da tale principio e dal criterio della legge-delega, stabilendo che la misura del trattamento a carico delle gestioni pubbliche debba avvenire “esclusivamente con le regole del sistema contributivo”, come disciplinato dal D.Lgs. n. 180/1997.

Invano la XI Commissione della Camera ha richiesto per dette gestioni il sistema di calcolo dell'ordinamento di appartenenza, in luogo del criterio contributivo, ove si sia maturato il contributo minimo (20 anni) per la pensione di vecchiaia. Il decreto cassa invece tale tutela quesista, in base all'art. 81 della Costituzione, che però richiede l'inderogabile copertura finanziaria per la globalità del provvedimento.

Ne nasce una disuguaglianza di trattamento tra soggetti interessati, ancora una volta a danno dei dipendenti pubblici, come già avvenuto per il bonus alla permanenza in servizio, il TFR e così via.

In sostanza, restando inalterata la situazione dei dipendenti privati, iscritti all'INPS, e pacificamente potenziata la condizione dei lavoratori autonomi, ne esce limitata la tutela per i dipendenti pubblici, che abbiano acquisito il diritto alla liquidazione complessiva di tipo retributivo.

Al punto che per essi si porrà il dilemma: se continuare nel ricorso oneroso alle ricongiunzioni di vecchio tipo per unificare la prestazione conseguibile alla tutela acquisita, ovvero

far ricorso alla totalizzazione, ricavandone però un apporto di tipo contributivo molto meno gratificante.

Al contrario, il principio della legge di delega appariva inderogabile, mentre la condizione della copertura finanziaria poteva essere meglio e più equamente ripartita.

Vale aggiungere che il D.Lgs. 180/1997, ritenuto applicabile e tutelante, provvede ad altra esigenza (libera scelta della pensione interamente contributiva, in cambio di una pensione anticipata a migliori requisiti), mentre qui si poneva il principio di correlare il trattamento al sistema di liquidazione già acquisito, e non ai meri contributi versati.

Del resto, anche in altra ipotesi, come per il D.Lgs. 30/04/1997, n. 184, i nuovi assunti, anche se già destinatari del metodo contributivo, vedranno le distinte quote di trattamento liquidate da ogni gestione “con le proprie regole”. E lo stesso principio si pone analogamente per l'art. 71 della legge n. 388/2000, che ha costituito la precedente disciplina della totalizzazione.

D'altra parte, la stessa copertura resa ora disponibile (160 milioni di euro annui) appare eccessiva, dal momento che le attuali condizioni determineranno un appeal sempre più scarso sui richiedenti la totalizzazione e di contro un beneficio sempre più ridotto di trattamento, tale da assorbire anche la contrazione delle entrate per ricongiunzioni.

Per tutto quanto procede, si ritiene che nulla osta a restituire ai dipendenti pubblici piena legittimità all'esigenza di una valorizzazione dei periodi da totalizzare con il sistema retributivo, sia pure per il periodo di ulteriore transitorietà di detto tipo di liquidazione e naturalmente ove spetti.

L. Tabár, T. Tot, P.B. Dean

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

Edizione italiana a cura di A. Frigerio
Volume cartonato di 488 pagine - F.to cm. 22x30
€ 150,00



CIC Edizioni Internazionali



ALZHEIMER: UN PIANETA ANCORA TUTTO DA SCOPRIRE

Luigi Dal Sasso e Chiara Marangon

Più volte abbiamo scritto che i nuovi modelli di assistenza e gestione della patologia nel territorio sono sempre più rivolti alle malattie croniche e che i modelli organizzativi del distretto socio-sanitario comprendono progetti per la gestione delle risorse in forma integrata fra ospedale e territorio.

L'ospedale nel contempo si è specializzato per la cura dell'acuzie e al suo interno è relativamente più facile misurare "l'outcome" del processo assistenziale. Invece nel territorio capire cosa si stia facendo per l'utente da assistere è intuitivamente comprensibile, ma più difficilmente "misurabile" e obiettivamente rispetto all'ospedale.

Come misurare la qualità (erogata e percepita) dell'assistenza, la completezza del servizio, la globalità della presa in carico? Tutti i tentativi finora sperimentati sono ancora rudimentali e incompleti, volti soprattutto alla ricerca del risparmio e riferiti ad una realtà distrettuale come quella italiana, molto diversificata tra Regione e Regione e per tale motivo poco confrontabili.

In questo numero, vogliamo presentare l'esperienza dell'Unità Sanitaria di Legnago, in Provincia di Verona, per quanto riguarda l'assistenza ai pazienti con Alzheimer o altre forme di demenza, con associati problemi comportamentali.

Riteniamo possa essere utile soprattutto ai colleghi ospedalieri che lavorano in reparti internistici quali geriatria, neurologia, medicina, conoscere ciò che offre il proprio territorio per questa patologia, per evitare ricoveri impropri e per poter effettuare "dimissioni protette" a garanzia del paziente e della famiglia. L'auspicio è che anche l'ospedale prenda perché il territorio venga dotato di servizi utili per il

cittadino, senza gravare inutilmente sull'ospedale stesso.

La numerosità dei casi con morbo di Alzheimer, o comunque di demenze, sarà in continuo aumento a causa dell'innalzamento della vita media, con una prevalenza di malattia che raddoppia ogni cinque anni dopo i 65 anni.

Attualmente le varie fonti concordano su circa 800.000 forme di demenza e 150.000 nuovi casi all'anno in Italia.

La malattia esordisce in modo lento e arriva alla completa inabilità in un periodo di 8-10 anni. La fase "terminale" è una fase molto lunga, durante la quale - escludendo a priori forme di accanimento terapeutico - l'unica assistenza possibile riguarda l'igiene della persona, la cura dell'ambiente, le relazioni con i familiari.

Ogni processo assistenziale che voglia essere di utilità al paziente e alla sua famiglia, dovrebbe poter intervenire quanto prima, fin dai primi sospetti diagnostici e occuparsi del binomio "paziente - famiglia".

In questo caso infatti la famiglia può costituire una vera risorsa terapeutica per la cura del malato ma, trattandosi di una malattia con un pesante carico psicologico, è necessario un forte sostegno, che si concretizza in una reale comunicazione tra operatori sanitari e il binomio "paziente - famiglia" ed esige altresì un passaggio di informazioni puntuali, nonché un coinvolgimento degli interessati.

La sensibilità nei confronti del problema Alzheimer/demenze si è concretizzato nell'anno 2000 con l'introduzione del "Progetto Cronos", teso a sperimentare un protocollo di trattamento farmacologico per questa malattia. In ogni Azienda si sono costituite le Unità di Valutazione Alzheimer

(UVA) con ambulatori e specialisti dedicati, unitamente ad altre figure professionali quali psicologi, educatori, infermieri, assistenti sociali, operatori di assistenza, dando subito un'immagine di multiprofessionalità riunite nel "Focus group" aziendale, con compiti di monitoraggio del lavoro e gestione dei servizi da attivare.

All'epoca l'arruolamento dei pazienti avveniva per i casi di lieve-moderata gravità di malattia, secondo un punteggio derivante dal Mini Mental State Examination (MMSE) perché solo per questi pazienti si ipotizzava una utilità della terapia farmacologia sperimentale proposta. Questa intensa attività clinica ambulatoriale ha portato ad incontrare e conoscere centinaia di nuclei famigliari con all'interno pazienti con problemi di demenza.

La tappa successiva è consistita nell'attivare cicli di "terapia di orientamento alla realtà" (ROT: *Reality Orientation Therapy*). Sono interventi destinati alla riabilitazione di pazienti con deficit mnesici, episodi confusionali e disorientamento spazio temporale. Il principale obiettivo della ROT consiste nel ri-orientare il paziente con ripetute stimolazioni multimodali (visive, verbali, grafiche) rispetto alla propria storia personale e ambientale. Queste attività riabilitative possono essere condotte a livello individuale, da parte di operatori specializzati, ma anche da familiari (coinvolgimento). La ROT si può proporre anche a gruppi di 4-6 soggetti (ROT formale) omogenei sul piano della compromissione emotiva, in ambiente idoneo, simile a quello dell'abitazione.

La ROT rappresenta uno dei pochi strumenti riabilitativi con qualche efficacia per pazienti con Alzheimer. Questo successo è attribuito alla tecni-

ca relativamente semplice ed economica, condotta da personale mediamente specializzato, ed offre agli operatori, ai familiari ed al paziente la convinzione di "fare qualcosa".

Nella nostra esperienza le persone arruolate per la ROT venivano valutate dalle UVA e scelte fra i soggetti con compromissione lieve, sulla base del MMSE, in assenza di afasia severa e disturbi comportamentali di rilievo, al 1°-2° anno di malattia. L'età media dei partecipanti era di 77 anni.

La ROT formale si è protratta per due cicli di 11 e 8 settimane consecutive, per tre giorni la settimana per 45 minuti a seduta.

I risultati della nostra esperienza, in accordo con la letteratura, mostrano che la ROT formale rappresenta una efficace riabilitazione e mediamente migliora lo stato cognitivo di quattro partecipanti su cinque, lasciando inalterato lo stato degli altri.

Per aiutare le famiglie a mantenere ed assistere al proprio domicilio il paziente con malattia di Alzheimer, varie Regioni hanno promosso interventi di sostegno economico. Sono aiuti che si sostanziano, nel Veneto, in 516/ mese, formulando graduatorie della validità annuale, sulla base dei seguenti parametri:

- conferma della diagnosi di demenza da parte del neurologo;
- valore ISEE della denuncia dei redditi;
- punteggio della scala *Neuropsychiatric Inventory* (NPI), la quale misura la frequenza e la gravità dei disturbi comportamentali come deliri, allucinazioni, aggressività, ansia, disinibizione, disturbi del sonno;
- stress del caregiver, calcolato sulla base della precedente NPI.

Nella nostra esperienza riusciamo a garantire l'aiuto economico ad un terzo delle domande presentate, limite definito dalle risorse economiche a disposizione.

Per garantire un miglior servizio a favore dei malati di Alzheimer, un

aiuto alle loro famiglie e maggiori conoscenze alle reti di volontariato, abbiamo tenuto una serie di incontri nelle sedi comunali del territorio, coinvolgendo operatori ospedalieri e del distretto, specialisti e medici di medicina generale, sanitari ed operatori sociali, l'Associazione familiari dei malati di Alzheimer, ecc. Gli incontri, oltre all'occasione per parlare della malattia, della sua cura e assistenza, sono serviti ad illustrare le varie opportunità di aiuto oggi esistenti, ed a far conoscere gli operatori impegnati in questo campo nonché le modalità per contattarli.

Un'ultima opportunità per prestare assistenza ai malati di Alzheimer è rappresentata dai luoghi di residenzialità extraospedaliera, con posti letto dedicati a questi pazienti, generalmente collocati presso le Case di Riposo e denominati SAPA (sezione ad alta protezione Alzheimer).

Data la particolare tipologia di paziente, che richiede un elevato livello di protezione, la Regione Veneto riconosce per questi posti letto quote di rilievo sanitario più elevate.

Nella esperienza della nostra ULSS l'assistenza sanitaria, oltre che dal personale infermieristico della struttura, è garantita dai medici di medicina generale e da uno specialista neurologo ospedaliero. In questi luoghi si mira al recupero cognitivo e alla gestione - non solo farmacologia - dei disturbi del comportamento.

I pazienti vengono valutati dall'equipe costituita da un neurologo e da un neuropsicologo, per indagare le capacità residue e proporre un percorso riabilitativo e assistenziale personalizzato. Inoltre la Sezione può essere attivata anche nel caso di grave difficoltà assistenziale della famiglia per un periodo di "sollevio temporaneo". Tutte le forme individuate hanno una durata massima di 60 giorni continuativi, rinnovabili per altri 60, una volta all'anno. La valutazione viene effettuata utilizzando sia strumenti psicometrici

(MMSE, ENB, ecc.) sia funzionali che comportamentali (NPI, ADL, IADL), unitamente ad una misurazione del carico emotivo dei caregiver prima e dopo il periodo di trattamento e/o di sollievo, mediante colloquio individuale e somministrazione di questionari specifici (esempio il CBI: *Caregiver Burden Inventory*).

Lo studio dei casi di nostra conoscenza ha rilevato che, durante il ricovero, gli aspetti di agitazione, confusione, aggressività ed irritabilità sono migliorati progressivamente, fino ad estinguersi nei casi di trattamento protratto. Per quanto riguarda i rientri a domicilio, siamo a conoscenza di pochi casi di peggioramento dei problemi comportamentali contingenti, aspetto che però andrà valutato con accuratezza anche in futuro, visto la delicata fase del ritorno a casa.

Nei casi di grave deterioramento invece, dai primi dati a disposizione, ci sembra che il termine dei due mesi di ricovero sia insufficiente; questo probabilmente dovuto al fatto che spesso, a causa dei gravi danni neurologici presenti, risulta estremamente difficile acquisire collaborazione ed attenzione durante le attività. Il quadro peggiora ulteriormente se sono presenti disturbi comportamentali.

Risulterebbe invece molto utile l'intervento temporaneo per casi di deterioramento lieve o moderato-lieve che, anche se in fase di scompenso, sembrano trovare nel nucleo adeguata risposta assistenziale, parallela alla loro possibilità di recupero cognitivo. Per quanto riguarda i familiari, ad una iniziale valutazione spesso negativa del carico emotivo ed assistenziale, si associa (come prevedibile) una netta diminuzione di tutti i parametri esaminati durante il periodo di sollievo. A tale proposito siamo in attesa dei dati, sicuramente più interessanti ed importanti, sul carico avvertito una volta che tale periodo finisce e l'ospite ritorna nel proprio ambiente familiare.

DUE CURE URGENTI PER LA SANITÀ MALATA

Vania Cirese



LA RICONQUISTA DELL'EFFICIENZA

La sanità è un settore che investe direttamente la vita quotidiana di tutti noi. Non vi è dubbio quindi che occorra fare ogni sforzo per ridare centralità ad un settore che, sebbene gravi pesantemente sui bilanci del Paese, ha troppe falle e soffre di sprechi, discrasie tra Stato e Regioni, tra centro e periferia, tra area amministrativa e area clinica.

Qualche dato: i costi sugli anziani non autosufficienti sono aumentati; la mancanza di strutture adeguate per i malati di mente è un'emergenza nazionale; la lottizzazione politica è un tasto grave e dolente. Nelle cronache quotidiane sono all'ordine del giorno scandali e inchieste giudiziarie che investono il settore sanitario.

La disparità tra Nord e Sud è ancora tutta da sanare; i giornali segnalano i tempi di attesa per sottoporsi ad esami e ricoveri ancora molto lunghi (si può aspettare fino a 365 giorni per una mammografia o ecodoppler cardiaco; 350 per un'ecografia al seno; 360 per una addominale; 110 giorni per una risonanza magnetica; 120 giorni per un intervento chirurgico programmato in ambito oncologico; 270 giorni per operarsi alla prostata; 190 per un intervento programmato di protesi d'anca).

Resta inoltre aperto il fronte (senza soluzioni) della malasanità: errori di diagnosi e terapia sono stimati al 18% in ortopedia; 13% in oncologia; 13% in ostetricia e ginecologia; 12,5% in chirurgia. Nel silenzio delle forze politiche su

un settore di primaria importanza, al di là di poco esemplari slogan, diventa impellente la necessità di mettere sul tavolo progetti realizzabili, accompagnati dalla seria volontà di concretizzarli con rettitudine d'intenti.

Occorre senz'altro puntare alla realizzazione di un sistema equilibrato che soddisfi la corretta domanda di salute e che ridia agli operatori sanitari del settore (medici e non medici) un'ideale collocazione, con diritti e doveri chiari e definiti. Un sistema a "misura d'uomo", nel quale solidarietà e regionalismo sanitario trovino un'equa sintesi, con un'appropriatezza finanziaria ed organizzativa atta a garantire un sistema sanitario moderno, efficiente ed efficace.

Tra gli obiettivi da perseguire attraverso opportuni provvedimenti sul piano economico e istituzionale, appaiono prioritari i seguenti:

1. Congrui investimenti, economici ed organizzativi, nella Sanità, per non lasciare il Paese impreparato di fronte alle nuove sfide scientifiche e tecnologiche che investono tale settore;
2. Revisione della riforma Bindi, adottando nel contempo un testo unico delle leggi sanitarie e dotando il sistema sanitario, a livello centrale e periferico, di un moderno risk-management per il monitoraggio, la prevenzione e la gestione del rischio, accanto ad un congruo sistema assicurativo e di solidarietà sociale per l'indennizzo delle vittime da alea terapeutica per i pazienti colpiti da eventi infausti gravi;

3. Riforma del percorso formativo del personale medico.

In Italia, come nel mondo, i bisogni sanitari crescono più delle risorse pubbliche che possono essere ad essi destinate. Di qui la necessità di contenere e razionalizzare la spesa sanitaria pubblica, che va tuttavia correttamente stimata per garantire i livelli essenziali di assistenza da erogare.

Diventa indispensabile un'azione coordinata su più fronti:

- nella gestione della salute vanno evitate enfasi e strumentalizzazioni, eccessi di regole e burocrazia, che minano il rapporto fiduciario con il sistema sanitario e all'interno della diade medico - paziente, sottraendo risorse alla Sanità;
- la formazione e la specializzazione del personale medico dovrà assestarsi su elevati livelli in un sistema che assicuri la ricalibratura contestuale delle competenze e delle mansioni di tutti gli operatori sanitari;
- è indispensabile programmare il numero di tutte le professioni sanitarie e delle relative specializzazioni, in coerenza con le effettive esigenze del mercato del lavoro;
- il personale sanitario va selezionato secondo criteri oggettivi ed i contratti devono riconoscere e premiare la produttività di ciascuno;
- bisogna investire nell'educazione sanitaria a beneficio della cittadinanza;
- bisogna ridisegnare il sistema ospedaliero, riservandolo soprattutto agli interventi chirurgici e cure per i pazienti "acuti", istituendo una fitta rete di ambulatori territoriali in grado di offrire quelle prestazioni che oggi determinano le liste d'attesa negli ospedali, creando così una alternativa valida di "medicina sul territorio".

La Sanità va gestita su base regionale, individuando risorse adeguate, da cui va detratta una quota per la solidarietà nazionale. Bisogna dunque pensare ad un nuovo assetto istituzionale delle vecchie "aziende", ridefinite Servizi Sanitari Locali (SSL), distinti per compiti e funzioni dagli ospedali. Ospedali carenti per via del ridotto numero di posti letto e carenza di personale, ma adeguati in fatto di strutture ed attrezzature, dovrebbero essere "recuperati" attraverso il collegamento in rete informatico-telematica, che permetta di far fronte, in maniera tempestiva, ad urgenze mediche e chirurgiche. Queste le strutture organizzativo-funzionali minime, che dovrebbero essere nella loro dotazione: pronto soccorso-dipartimento d'urgenza, terapie intensive, dipartimenti di medicina, di chirurgia, di diagnostica e materno-infantile, unità psichiatrica, settore libero professionale, poliambulatori, fisiochinesiterapia per acuti, servizio del 118, ecc.

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

Le attività distrettuali dovrebbero poi farsi carico anche della miglior integrazione tra servizi ospedalieri e territoria-

li e comprendere: l'assistenza medica primaria, poliambulatori extraospedalieri, l'ADI, una organizzazione di information technology che consenta un monitoraggio a domicilio, sostegno per le famiglie che supportano il familiare "cronico" a domicilio, un "asilo diurno per la terza età", ecc.

Dovrebbe in più essere obbligatorio, per tutte le strutture sanitarie locali, contrarre una polizza assicurativa contro il rischio professionale in tutte le sue forme, con un massimale congruo rispetto alla tipologia della struttura coinvolta. Si dovrebbe quindi prevedere la presenza nelle realtà sanitarie di una unità clinica di risk management sanitario, con funzioni di prevenzione, gestione del rischio, ed indennizzo per vittime da alea terapeutica per sinistri gravi.

In Italia ad oggi non esiste un modello nazionale, né esistono interventi specifici per l'introduzione di una metodologia di gestione del rischio clinico nelle articolazioni del SSN. Nel frattempo, la conflittualità medico-paziente, che ha eroso l'irrinunciabile rapporto fiduciario, rischia di precipitare nell'esasperazione e demotivazione i soggetti di maggior responsabilità e dedizione, inflazionando il dibattimento per il continuo ricorso allo strumento del giudizio civile e penale, addossando al magistrato misure di ordine generale e risolutive, non parziali o palliative.

Nel Bel Paese il numero di pazienti vittime di possibili errori è stimabile in circa 100mila casi su circa 10 milioni di ricoverati annui. Presso i tribunali poi pendono circa 13mila cause che coinvolgono medici, personale sanitario, strutture, pazienti, con una spesa assicurativa delle strutture sanitarie che va dai 750 mila ai 2,5 mln. di euro l'anno.

L'obiettivo cui puntare è far confluire a giudizio solo quei casi realmente meritevoli del vaglio del dibattimento e, allo stesso tempo, garantire il giusto indennizzo a titolo di solidarietà sociale ai pazienti che abbiano subito un danno grave a seguito di atti sanitari. Una gestione organica del "risk management" aiuterebbe a risolvere i problemi della cosiddetta "malasanità"; la gestione del rischio e dell'indennizzo della vittima da alea terapeutica, consentirebbe il miglioramento della qualità in termini di assistenza ed efficacia delle cure, prevenzione degli eventi avversi, proprio perché l'errore non è solo "errore medico", ma anche "errore del sistema". L'obiettivo è dunque duplice: salvaguardare la sicurezza del paziente e dell'operatore sanitario.

Il risk management deve diventare lo strumento preventivo (più che difensivo) del governo clinico, prevedendo l'identificazione del rischio negli atti rivolti al paziente.

A fronte della mancanza di un modello su scala nazionale, di corsi di formazione adeguati, di omogenei modelli di unità di rischio, alla mancanza di collaborazioni inter-regionali e di raccordo al livello nazionale, occorre lavorare su vari versanti per istituire:

- un sistema di gestione del rischio cui far affluire i dati relativi a eventi già manifestati o "eventi sentinella", potenziali fattori di rischio;

- la progettazione di interventi di formazione e diffusione della sicurezza nella pratica medica e dei servizi sanitari;
- la promozione di una cultura della sicurezza e della prevenzione dell'errore.

Solo così arriveremo all'affidabilità delle strutture sanitarie e alla sicurezza del paziente e dell'operatore, tutelando l'immagine del SSN, coordinandolo con la sanità privata e garantendo i diritti dei cittadini: pazienti od operatori sanitari.

LA RICONQUISTA DELL'ETICA: QUALI CURE PER LA NOSTRA SANITÀ MALATA?

Quando riflettiamo sul conflitto insito nella dualità di interessi di cui si fa carico l'arte medica, cioè l'interesse della persona e quello della società, quando ci occupiamo di sofisticati dibattiti sull'embrione "persona potenziale" e sulle situazioni limite dei trattamenti dei malati terminali, oscillanti tra l'accanimento terapeutico, l'eutanasia attiva o passiva e il suicidio assistito, quando constatiamo la pressione esercitata dalla scienza biomedica e dalle neuroscienze nell'approccio razionalista-materialista-utilitarista, sorge spontaneo domandarsi in cosa si risolve oggi l'etica medica.

È in gioco la nozione stessa di salute, inseparabile da ciò che pensiamo riguardo ai rapporti tra vita e morte, nascita e sofferenza, sessualità e identità, il sé e l'altro. Nel pluralismo di convinzioni (o opinioni) delle nostre società, nello spirito di compromesso che sopravvive sulla base di "eterni disaccordi ragionevoli", si rivela, in tutta la sua drammaticità, la fragilità specifica dell'etica medica, espressa dalla dialettica di fiducia e diffidenza che rende precario il patto di cura e i suoi precetti, nella vulnerabilità progressiva del concetto di insostituibilità delle persone.

Oggi, nella società italiana, che legame possiamo porre tra la domanda di salute e l'aspettativa di vivere bene? Come integriamo la sofferenza e l'accettazione della mortalità con la nostra idea di felicità?

Dobbiamo ripensare ad una etica adeguata per la sanità. La nuova prospettiva chiede di porsi in ascolto della malattia, per raccogliere ciò che essa provoca e suscita nelle coscienze dell'uomo. L'approccio esistenziale all'esperienza della malattia delinea il compito che deve riassumere l'etica all'interno della sanità.

Nella nostra società, la sofferenza del tempo della malattia, è aggravata da un duplice fattore culturale. Il primo è costituito dal silenzio pubblico rispetto alla ricerca del significato di quelle che sono le esperienze decisive del vivere umano. Il secondo dal fatto che le fondamentali esperienze come il nascere, il crescere, l'ammalarsi e perfino il morire, sono relegate nell'ambito privato. Il singolo si trova a dover affrontare da solo il senso o il non senso di tali avvenimenti.

Di qui la denuncia della gravosa carenza della promozione di una cultura della solidarietà. A ciò va aggiunta la fram-

mentazione dei ruoli sociali, da cui deriva l'atomizzazione dell'unitarietà delle persone e delle aree del vissuto. Tutto ciò si traduce nell'isolamento che in quel momento il singolo, specie se malato, si trova a dover affrontare.

Nel suo insorgere, la malattia appare innanzitutto come "tempo perso". Nel suo perdurare e nel suo accanimento, si trasforma in "tempo che minaccia" il senso stesso della vita. E se la sapienza antica si poneva la domanda sul perché di questo avvenimento, oggi ci si interroga sul "come stare meglio o prevenire la malattia". Tali richieste sono legittime ed importanti, ma assai riduttive nella misura in cui lasciano cadere la questione esistenziale relativa alla possibilità di riconoscere un significato all'esperienza della malattia.

All'etica sanitaria che si occupa dell'embrione, di sperimentazione, di trapianti, di consenso informato del paziente, di cartella clinica quale atto pubblico, proponiamo di allargare il suo oggetto di ricerca e applicazione in favore di una conoscenza che tenga conto anche del "significato" e non solo della "spiegazione", anche se ben comunicata.

L'obiettivo è dunque riscoprire il valore del rapporto tra operatore sanitario e paziente, nella consapevolezza che gli ambienti sanitari sono i luoghi di quella condivisione esistenziale che precede ogni prestazione medico-terapeutica, luoghi di partecipazione della rilevanza esistenziale della malattia, tenendo sempre presente il valore della dignità della persona.

Per riconquistare etica ed efficienza, dobbiamo promuovere una politica di sicurezza nella pratica medica e una cultura per la salvaguardia dell'etica nella sanità in termini concreti e non più procrastinabili.

Vania Cirese
Avvocato

IL GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO

Giancarlo Faletti

Nell'ambito di un più articolato e variegato programma, la Sezione di Trapani e Marsala della CIMO siciliana ha dedicato una giornata di studio e riflessione al "governo clinico e risk management" sul solco dell'attenzione che, ormai da tempo, CIMO ASMD sta ponendo, in generale, alla questione della responsabilità dirigenziale dei medici. Il problema, già di per sé affatto semplice, sembra acquisire un senso ed una pregnanza particolare nella situazione italiana attuale, ove il sistema sanitario sta scontando le conseguenze di interventi legislativi né certi, né definitivi.

Il prossimo referendum confermativo della riforma costituzionale del Governo del Centrodestra dovrà - tra l'altro - dire, in modo definitivo, se l'impianto costituzionale che affida alle Regioni la gestione esclusiva della "sanità" sia il futuro con cui confrontarsi, ovvero se ritroverà consenso l'attuale impostazione che salva, quantomeno, l'indirizzo centrale della materia e, in larga misura, il suo finanziamento per garantire la salvaguardia di un equilibrio nazionale cui affidare la erogazione indistinta dei livelli essenziali di assistenza.

Qualunque sarà la scelta finale, connessa alla impostazione politico - istituzionale della questione, le risorse sanitarie sono oggi più che altro garantite ancora dalla finanza nazionale, posto che l'imposizione fiscale decentrata regionale non pare essere né matura, né soddisfacente: anzi, la piena riforma in senso autonomistico sembra scontare una lunga pausa di riflessione che, al di là della contingenza istituzionale, deve fare i conti con due diversi ordini di considerazioni.

Da un lato, "la preoccupazione che una maggiore autonomia finanziaria territoriale possa indebolire la disciplina di bilancio, quando, al decentramento delle decisioni di spesa, non corrisponde l'onere di procurarsi autonomamente le risorse gravando sulla stessa area territoriale cui vanno i benefici di quella spesa", dall'altro, "la preoccupazione che la piena responsabilizzazione finanziaria degli enti decentrati possa accrescere le disparità regionali nella prestazione dei servizi, poiché una accresciuta ed effettiva autonomia finanziaria territoriale comporta inevitabilmente una riduzione dell'uniformità sulle modalità di prestazione e di finanziamento dei servizi sanitari sul territorio nazionale e può formalmente contrastare con i principi di accesso uni-

versale ed uniforme che ispirano l'attuale sistema".

Si rende così inevitabile il contemperamento delle opposte esigenze (risorse finanziarie adeguate e universalità dell'accesso uniforme) attraverso l'introduzione di meccanismi di selettività nelle prestazioni ovvero di costituzione di più ampi spazi per l'applicazione del principio del beneficio variamente formulato (rendendo esplicita quella differenziazione di trattamento che l'autonomia finanziaria territoriale comporta e richiede).

Non va dimenticato che, a parità di regime, l'attuale sistema manifesta profondi divari strutturali conseguenti alla variegata capacità impositiva autonoma (fatta 100 la media dei tributi regionali pro capite, la Lombardia ha un valore di 138, la Calabria di 48; per l'IRAP, il range è compreso tra i 164 della Lombardia ed i 28 della Calabria). La differenza così calcolata richiederebbe, per la sua copertura, un incremento fiscale a livello regionale nell'ordine del 3-4 % nelle Regioni del Nord e del Centro, del 24% in Puglia e del 57% in Campania, non sostenibile né sul piano economico, né - a maggior ragione - su quello sociale.

Se l'incidenza della disponibilità finanziaria colpisce il modello di erogazione prestazionale proponibile in ciascun servizio sanitario regionale, esso si riflette inevitabilmente sulla qualità dei servizi, specie per la loro componente più direttamente legata alla struttura, alla carenza di personale, alla conseguente difficoltà di garantire la sicurezza nello svolgimento dell'attività istituzionale.

È un dato acquisito della dottrina che i rischi tipici delle aziende sanitarie sono, per lo più, determinati da tre ordini di fattori, uno solo dei quali direttamente controllabile: le caratteristiche dell'utenza / la tipologia delle prestazioni erogate (non controllabile); le variabili organizzative, e cioè procedure, competenze e abilità professionali, dotazioni strutturali e tecnologiche, sistemi di qualità, cultura organizzativa (controllabile); propensione della vittima dell'incidente alla richiesta di risarcimento (influenzabile solo in minima parte).

Il risk management in sanità rappresenta l'insieme di varie azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantisce la sicurezza del paziente, sicurezza che trae paradossale origine dall'apprendere dall'errore, da considerare come fonte di conoscenza e

di miglioramento per evitare il ripetersi di quella circostanza che lo hanno determinato ponendo in essere quelle iniziative – a livello istituzionale – che ne riducano il verificarsi o, comunque, l'incidenza.

La sfida tende, da un lato, a favorire le condizioni lavorative ideali e porre in atto un insieme di azioni che renda difficile per l'uomo sbagliare e, dall'altro, ad attuare delle difese in grado di arginare le conseguenze di un errore che si è verificato. La parola d'ordine diventa, perciò, promuovere la cultura dell'imparare dall'errore e non nascondere. L'applicazione di questa filosofia in ambito sanitario richiede di porre in primo piano la questione del rischio clinico (inteso come probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè rubrica "danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte").

Il rischio clinico si fronteggia con la costituzione di unità di risk management (peraltro, previste e regolamentate dall'art. 21, co. 5, CCNL 3/11/05) la cui attività deve, quantomeno, svilupparsi organicamente in più fasi di intervento: conoscenza e analisi dell'errore; individuazione e correzione delle cause di errore; analisi di processo; monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore; implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte. Il tutto a patto che il programma di intervento sia articolato e comprenda tutte le aree in cui l'errore si può manifestare nell'interazione del processo clinico assistenziale del paziente.

La citata previsione contrattuale, ancorché si caratterizzi per la sua novità a livello normativo in ambito di servizio pubbli-

co, non domanda integralmente alla iniziativa delle parti stipulanti ogni cosa: va quantomeno chiarito che il fenomeno è stato adeguatamente analizzato e descritto in un recente lavoro prodotto, nel marzo 2004, dalla Commissione tecnica ministeriale sul rischio clinico (Risk management in Sanità: Il problema degli errori), cui ha fatto seguito operativo la Circolare 13/9/05 prodotta dalla medesima fonte. Dunque, un parametro teorico ed un orientamento concreto sono da subito disponibili: l'art. 21 CCNL 3/11/05 chiama all'impegno anche le OO.SO. firmatarie che, con la necessaria sensibilità, dovranno tallonare dappresso le rispettive amministrazioni perché quanto previsto sia concretamente impostato e possibilmente realizzato. A patto che la decisiva svolta culturale si concretizzi, prima di tutto, sul piano dei rapporti e delle relazioni sindacali, ritenendo – cioè – indispensabile la descrizione e l'analisi dell'errore solo per supporto e non, invece, per farne oggetto di contestazione con rilievo disciplinare o valutativo della professionalità.

Le modifiche di mentalità non hanno immediata incidenza finanziaria ma, spesso, sono più onerose del reperimento del necessario finanziamento. CIMO ASMD ha già dimostrato la propria grande apertura mentale e la capacità di operare con un senso di responsabilità. In questa materia, c'è la concreta possibilità di riproporre la propria leadership sindacale. Non c'è più ragione per non farlo.

Giancarlo Faletti
Avvocato

D. Gui, P. Piscitelli, M. Azzaretto

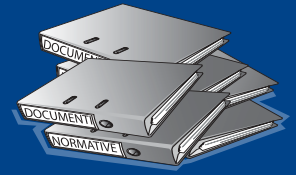
Manuale di TERAPIA MEDICO CHIRURGICA

Volume cartonato

f.to cm. 12x19 - 1216 pagine - € 60,00



Documenti



Sistema delle verifiche: aggiornamenti e approfondimenti

Il sistema della verifica e valutazione dei dirigenti è contenuto negli articoli dal 25 al 32 del CCNL 2002-2005 di area medica (Capo IV).

Tali articoli cercano di chiarire molti aspetti dubbi legati ai contratti precedenti: in particolare, gli artt. 25, 26, 27 e 28, 30 e 31 del nuovo contratto integrano e sostituiscono, rispettivamente, gli artt. 32, 31, 33 e 34, del contratto 8 giugno 2000.

Vediamone, in sintesi, i contenuti.

PRINCIPI E CRITERI GENERALI

1. La valutazione dei dirigenti (diretta alla verifica sia del raggiungimento degli obiettivi assegnati sia della professionalità espressa) è "caratteristica essenziale e ordinaria" del nostro rapporto di lavoro.

2. Le aziende, con gli atti previsti dai rispettivi ordinamenti autonomamente assunti ai sensi del D.Lgs. 286/1999, definiscono "meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati e anche dell'attività professionale svolta dai dirigenti, in relazione ai programmi e obiettivi da perseguire correlati alle risorse umane, finanziarie e strumentali effettivamente disponibili, stabilendo le modalità con le quali i processi di valutazione – affidati al Collegio tecnico e al Nucleo di valutazione – si articolano e garantendo, in ogni caso, una seconda istanza di valutazione." Pertanto le aziende (art. 25, c.5) adottano preventivamente i criteri generali che informano i sistemi di valutazione delle attività professionali, delle competenze organizzative e dei risultati di gestione dei dirigenti, alla luce degli atti di indirizzo regionali (sui sistemi e meccanismi di valutazione dei dirigenti, ai sensi dell'art. 9, c. 1, sub e, del CCNL 2002-2005) e previa concertazione aziendale con le OO.SS. mediche che ne hanno titolo (Organizzazioni rappresentative e firmatarie).

3. La valutazione avviene: annualmente; al termine dell'incarico dirigenziale; al raggiungimento dell'esperienza ultraquinquennale in relazione all'indennità di esclusività (ai fini dell'attribuzione della fascia economica superiore).

4. I risultati finali della valutazione (annuale e al termine dell'incarico) sono riportati nel fascicolo personale.

5. Tutti i giudizi definitivi conseguiti annualmente dai dirigenti sono "parte integrante degli elementi di valutazione delle aziende ed enti per la conferma o il conferimento di qualsiasi tipo di incarico e per l'acquisizione degli altri benefici" (livello della ret-

tribuzione di posizione e della indennità di esclusività).

6. Le procedure di valutazione devono essere improntate ai seguenti principi: trasparenza dei criteri usati; oggettività delle metodologie; obbligo di motivazione della valutazione espressa; informazione e partecipazione del valutato (anche attraverso la comunicazione ed il contraddittorio) nella valutazione di prima e seconda istanza; diretta conoscenza del valutato da parte del soggetto che, in prima istanza, effettua la proposta di valutazione.

7. Gli Organi di verifica sono due, il Nucleo di valutazione ed il Collegio tecnico, aventi periodicità ed oggetto di valutazione distinti o articolati.

NUCLEO DI VALUTAZIONE:

competenze ed attività (artt. 26, 27, 29, 30)

L'oggetto della valutazione da parte del Nucleo riguarda:

a) per i dirigenti responsabili di struttura (complessa e semplice):

- la gestione del budget finanziario "formalmente affidato e delle risorse umane e strumentali effettivamente assegnate in relazione agli obiettivi concordati e risultati conseguiti";
 - ogni altra funzione gestionale "espressamente delegata in base all'atto aziendale";
 - l'efficacia dei "modelli gestionali adottati per il raggiungimento degli obiettivi annuali";
- b) per tutti gli altri dirigenti:

- l'osservanza delle direttive nel raggiungimento dei risultati in relazione all'incarico attribuito;
 - il raggiungimento degli obiettivi prestazionali quali
 - quantitativi espressamente affidati;
- v l'impegno e la disponibilità correlati all'articolazione dell'orario di lavoro rispetto al conseguimento degli obiettivi.

La valutazione positiva da parte del Nucleo comporta l'attribuzione ai dirigenti della retribuzione di risultato e concorre altresì alla formazione della valutazione da attuarsi alla scadenza degli incarichi dirigenziali e per l'acquisizione dei benefici relativi alla retribuzione di posizione e alle fasce economiche più elevate dell'indennità di esclusività.

L'accertamento della responsabilità dirigenziale, prima della formulazione del giudizio negativo, deve essere preceduta (art. 29 CCNL 2002-2005) da "un contraddittorio nel quale devono essere acquisite le controdeduzioni del dirigente anche assistito da una

persona di fiducia”.

L'accertamento che riveli scostamenti rispetto a obiettivi e compiti professionali propri, imputabili a responsabilità (colpa) dirigenziale, comporta provvedimenti (penalizzazioni) commisurati sia alla posizione rivestita dal dirigente nella struttura, sia all'entità degli scostamenti rilevati.

Effetti della valutazione negativa dei risultati da parte del Nucleo di valutazione:

a) per i dirigenti responsabili di struttura complessa o semplice, la verifica negativa può comportare:

- perdita, in tutto o in parte, della retribuzione di risultato con riguardo all'anno della verifica;
- revoca dell'incarico prima della scadenza e affidamento di altri incarichi tra quelli compresi nell'art.27, c. 1, sub a), b) o c) del CCNL 8 giugno 2000. Naturalmente la revoca dell'incarico di direzione di struttura complessa comporta la perdita dell'indennità omonima, nonché l'attribuzione dell'indennità di esclusività della fascia immediatamente inferiore a quella precedentemente goduta;
- in caso di accertamento di responsabilità reiterata, la perdita di uno degli incarichi di cui al punto precedente e l'attribuzione di uno degli incarichi ricompresi nell'art. 27, c. 1, sub c), del CCNL 8 giugno 2000, di valore economico inferiore a quello revocato;

b) per i dirigenti cui sia attribuito un incarico ex art. 27, c. 1, sub. c), del CCNL 8 giugno 2000, la verifica negativa può comportare:

- la perdita (totale o parziale) della retribuzione di risultato con riguardo all'anno della verifica;
- la revoca anticipata dell'incarico, con affidamento di altro (sempre tra quelli ex art. 27, c.1, sub. c), ma di valore economico inferiore;
- in caso di responsabilità reiterata, ulteriore applicazione del punto precedente;

c) Per i dirigenti con incarico ex art. 27, c. 1, sub d), del CCNL 8 giugno 2000, la verifica negativa può comportare:

- la perdita (totale o parziale) della retribuzione di risultato con riguardo all'anno della verifica.

C'è da osservare che la revoca (anticipata) degli incarichi può avvenire solo:

1. mediante anticipazione della verifica e valutazione da parte del Collegio tecnico (di cui si dirà), che rimane l'Organismo fondamentale nella valutazione professionale dei medici;

2. dopo due verifiche negative consecutive operate dal Nucleo di valutazione.

Infine, a partire dal 4/11/2005, la decurtazione sulla nuova retribuzione di posizione contrattuale minima unificata, in caso di valutazione negativa, può avvenire solo fino alla misura massima del 40% del suo valore.

Ai risultati anzidetti (certamente migliorativi rispetto alle previsioni del CCNL 1998/2001) ha con-

tribuito largamente la CIMO-ASMD in sede di contrattazione nazionale.

C'è infine da segnalare che, per tutti i dirigenti medici compresi nell'art. 27, c. 1, del CCNL 8 giugno 2000, la responsabilità dirigenziale per reiterati risultati negativi, accertati con le procedure anzidette, e fondata su elementi di particolare gravità, può costituire giusta causa di recesso da parte dell'azienda, previa tuttavia il rispetto delle procedure di garanzia per il dirigente (contestazione degli addebiti, concessione di un termine a difesa, parere preventivo e vincolante del Comitato dei garanti, tentativo obbligatorio di conciliazione, eventuale ricorso al Giudice del Lavoro).

VALUTAZIONE DA PARTE DEL COLLEGIO TECNICO (artt. 26, 28, 29, 31)

La valutazione dei dirigenti da parte del Collegio tecnico avviene secondo la seguente tempistica: a) per tutti i dirigenti, alla scadenza dell'incarico loro attribuito; b) per i dirigenti di nuova assunzione, al termine del 1° quinquennio di servizio; c) per i dirigenti che raggiungono l'esperienza ultraquinquennale, in relazione all'acquisizione della fascia più elevata dell'indennità di esclusività.

L'oggetto della valutazione, che riguarda tutti i dirigenti, oltre che riferita agli obiettivi specifici di ogni singola professionalità ed ai relativi criteri di verifica dei risultati, tiene conto dei seguenti dieci parametri:

- grado di collaborazione interna alla struttura (U.O. e dipartimento);
- livello di espletamento delle funzioni affidate e qualità dell'apporto specifico;
- risultati delle procedure di controllo (appropriatezza, qualità clinica, certificazioni di qualità);
- efficacia dei modelli organizzativi adottati per raggiungere gli obiettivi;
- capacità dimostrata nel motivare, guidare, organizzare i collaboratori, anche attraverso l'equilibrata individuazione dei carichi di lavoro e dei volumi prestazionali, favorendo l'uso ottimale delle risorse;
- capacità di gestire e promuovere innovazioni tecnologiche e procedurali, ivi compresi i processi di negoziazione budgetaria in relazione agli obiettivi affidati e di formazione e selezione del personale;
- capacità di promuovere e diffondere linee-guida, protocolli e raccomandazioni diagnostico-terapeutiche aziendali;
- dell'attività di ricerca clinica applicata, delle sperimentazioni, delle attività di tutoraggio formativo, ecc.;
- del raggiungimento del minimo del credito formativo ECM;
- del rispetto del Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni.

L'esito positivo della valutazione operata dal

Collegio tecnico determina:

a) per i dirigenti di struttura complessa o semplice:

- la condizione per la conferma nell'incarico o per il conferimento di altro incarico di pari o maggior rilievo funzionale, gestionale, economico;

b) per gli altri dirigenti:

- la condizione per la conferma o il conferimento di nuovi incarichi dirigenziali di pari o maggior rilievo professionale ed economico o di struttura semplice;

c) per i dirigenti neoassunti:

- la condizioni per l'attribuzione di incarichi più elevati, fino a quelli di struttura semplice;
- l'attribuzione dell'indennità di esclusività della fascia superiore;
- la rideterminazione della retribuzione di posizione minima contrattuale;

d) per i dirigenti che hanno già superato il quinquennio:

- il passaggio alla fascia superiore dell'indennità di esclusività al maturare dell'esperienza professionale richiesta.

La verifica negativa da parte del Collegio tecnico sulle attività professionali svolte e sui risultati negativi (al termine dell'incarico, o dopo due verifiche negative da parte del Nucleo di valutazione, con conseguente anticipazione della verifica professionale) comporta:

a) per i dirigenti di struttura complessa:

- perdita dell'incarico di struttura complessa (e quindi della indennità di direzione di struttura complessa, con attribuzione altresì dell'indennità di esclusività della fascia immediatamente inferiore);
- attribuzione di altro incarico tra quelli compresi sub b) o c) dell'art. 27, c. 1, del CCNL 8 giugno 2000, congelando contestualmente un posto vacante di dirigente;

b) nei confronti degli altri dirigenti, compresi quelli di struttura semplice:

- la perdita dell'incarico in godimento, con attribuzione di un nuovo incarico (ricompreso tra quelli della tipologia sub c), dell'art. 27, c.1, del CCNL 8 giugno 2000) di minor valore economico;
- il ritardo di un anno nella attribuzione della fascia superiore dell'indennità di esclusività, ove da attribuire nel medesimo anno;

c) per i dirigenti con meno di 5 anni di servizio:

- il ritardo di un anno nell'eventuale attribuzione di un incarico tra quelli ricompresi nelle tipologie sub b) e sub c) dell'art. 27, c.1, del CCNL 8 giugno 2000;
- il ritardo di un anno nell'equiparazione ex art. 4 del CCNL 8 giugno 2000, II biennio;
- il ritardo di un anno nell'acquisizione della nuova fascia economica dell'indennità di esclusività..

Per la rimozione degli effetti negativi della valutazione con riguardo alle penalizzazioni economiche, di cui ai precedenti punti b) e c), i dirigenti medici in

questione sono nuovamente verificati l'anno successivo; dopo la nuova verifica ai dirigenti, già classificati con "meno di cinque anni", può essere attribuito, compatibilmente con le condizioni organizzative, uno degli incarichi di cui all'art. 27, c.1, lettera c), del CCNL 8 giugno 2000.

In tutti i casi di attribuzione di un incarico di minor valore economico è fatta comunque salva, fino al 30/12/2003, la componente fissa della retribuzione di posizione minima contrattuale, mentre dall'entrata in vigore del CCNL 2002-2005 (4/11/2005), la nuova retribuzione di posizione minima unificata può essere decurtata solo fino alla misura massima del 40% del suo valore.

In caso di valutazione severamente negativa da parte del Collegio tecnico, è fatta salva la facoltà di recesso dell'azienda (nei confronti di tutti i medici dirigenti, quale che sia il loro incarico dirigenziale), pur nel rispetto delle garanzie già prima richiamate. Infine (art. 32 del CCNL 2002-2005) è previsto che il nuovo sistema di valutazione, fin qui illustrato, debba essere "attuato a regime entro il 30 novembre 2005": noi riteniamo sarebbe stato più realistico prevedere la formula "a partire dal 30 novembre 2005".

In conclusione:

- alcune norme contrattuali del nuovo sistema di valutazione sono più chiare e più favorevoli alla categoria;
- per migliorare l'attuale "caos valutativo", è bene che tutte le Regioni definiscano "linee-guida" in materia (all'interno degli indirizzi sull'atto aziendale, come ha fatto il Veneto, oppure altrimenti). Lo strumento contrattuale nuovo è fornito dall'art. 9, c. 1, sub e), del CCNL 2002-2005 di area medica, che prevede appunto la definizione di linee regionali di indirizzo relative ai criteri generali dei sistemi e meccanismi di valutazione dei dirigenti;
- le norme contrattuali nazionali prima illustrate sono il "minimo garantito", in tema di verifica e valutazione, a tutela dei nostri Colleghi: vedete in sede decentrata (regionale ed aziendale) di implementare piuttosto le tutele (centrate su oggettività, trasparenza, contraddittorio, comunicazione, garanzia di qualificate valutazioni tecnico-specialistiche, ecc.), mai di restringerle. Non è da oggi, infatti, che la CIMO-ASMD ha capito le insidie connesse alla attribuzione della qualifica dirigenziale (più nominale che sostanziale) in capo alla nostra categoria.

Stefano Biasoli
Presidente nazionale CIMO-ASMD