

Riflessioni... segue da pag. 6

risorse predeterminate a livello nazionale (e legate al recupero parziale di un'inflazione teorica, sempre sotto-stimata rispetto a quella reale) e sulla base di un assetto stipendiale (busta-paga) che vede una quota bassissima (circa il 10%) di voci variabili, con netta prevalenza delle componenti fisse della retribuzione.

Nei fatti, all'appiattimento professionale si associa un appiattimento economico. Paradossalmente, 30-35 anni fa, la busta paga dei medici (professionisti, allora, e non dirigenti) conteneva quote importanti (anche superiori al 50%) determinate dalla produttività ospedaliera e, quindi, una significativa "variabile economica" legata alla specifica professionalità. L'aziendalizzazione (e la logica cattocomunista del "siamo tutti uguali" e del "non c'è alcuna gerarchia") ha portato al paradosso di una busta paga basata, per il 90%, su un salario definito a livello nazionale.

E la professionalità? E la trattativa di secondo livello? Solo parole. Gli accordi sul costo del lavoro del luglio 1993 tra CGIL, CISL e UIL ed il Governo hanno contribuito alla creazione di questo nostro mostro contrattuale, degno di una Paese della vecchia URSS. E' un mostro che non premia chi si impegna e lavora e che mette tutti (eccellenti, mediocri, scarsi) sullo stesso piano.

Politica e concorsi

Secondo la Costituzione, al pubblico impiego si dovrebbe accedere per concorso pubblico: serio, oggettivo, trasparente, impugnabile. Nei fatti, oggi non è più così. Le riforme che si sono succedute negli ultimi 30 anni hanno portato ad una distorsione applicativa dei principi anzidetti per la crescente invadenza della politica anche nella gestione spicciola delle ASL, dai più alti ai più bassi livelli di responsabilità. Nel campo medico (per essere chiari) ciò significa interferenza nelle nomine, e nelle valutazioni successive, dei direttori di dipartimento, dei direttori di UO complessa, dei dirigenti di struttura semplice, per finire ai titolari di incarichi professionali, e addirittura ai neoassunti, ai co.co.pro., agli incarichi ex art 15-septies, ecc.

Siamo arrivati al punto di rimpiangere i vecchi concorsi di assunzione, spesso truccati, ma sempre conclusi con una graduatoria (punteggio) che poteva essere oggetto di ricorso, quindi impugnabile. Oggi, invece, la Commissione esprime solo giudizi, e nulla è più aleatorio dei giudizi stessi (se non supportati da "numeri vincolanti", ovvero graduatorie) per il direttore generale.

Tutti dirigenti o quasi tutti impiegati?

L'avvocato Faletti ci ricorda con pervicacia che i medici dipendenti sono solo degli impiegati pubblici. L'avvocato basa la sua affermazione su leggi, decreti, sentenze (esempio: D.Lgs. 502/92 e derivati; legge 93/83; D.Lgs. 229/99 e derivati; leggi finanziarie annuali; contratti, ecc.), che hanno totalmente omogeneizzato la dirigenza medica a quella pubblica (ministeriale, regionale, degli enti locali), così da aver adeguato il tabellare dei medici dirigenti a quello del pubblico impiego, con ovvie conseguenze sulle specificità medica (negata).

Il modello contrattuale del 1996 avrebbe dovuto (secondo l'ANAAO) dare lustro e smalto ad una categoria in calo di immagine presso la "clientela".

La dirigenza avrebbe dovuto migliorare la nostra vita professionale e la carriera, con l'abolizione della gerarchia "strutturata" e con la personalizzazione degli incarichi dirigenziali. Il risultato, disastroso, è sotto gli occhi di tutti. Gli incarichi infatti sono stati dati poco e male. Gli incarichi hanno avuto inoltre una valorizzazione economica, quasi sempre, ridicola.

Gli incarichi hanno tolto la certezza dell'intangibilità del posto di lavoro, prima garantito fino al momento della pensione. Oggi il posto di lavoro è a rischio. Ogni posto di lavoro è diventato precario perché esposto a numerosi pericoli concreti. Su tutti: la programmazione regionale; gli accorpamenti; le aree vaste; i doppioni; le restrizioni economiche; gli atti aziendali di programmazione, i budget annuali; le carenze strutturali; l'interferenza politica; il mondo degli scontenti; il mobbing (sempre più diffuso); la continua discussione sul ruolo del personale sanitario, ecc.

Le 10 criticità inviduate dalla CIMO-ASMD

In definitiva, la carriera del medico dirigente presenta oggi almeno 10 criticità, che Carlo Sizia così identifica:

- 1) unico livello dirigenziale; 2) non sovra-sottoordinazione tra gli incarichi sub b e sub c (art. 27 CCNL 8/06/2000); 3) appiattimento della forbice retributiva; 4) nessuna garanzia di selezione meritocratica; 5) incarichi poco oggettivi e poco trasparenti; 6) "babele" nell'attribuzione degli incarichi dirigenziali aziendali; 7) riduzione dei "primariati", nonché incertezze e contraddizioni nell'assetto dipartimentale; 8) penalizzazione degli extramoenisti e dei Colleghi a tempo definito; 9) precarietà della libera

professione intra ed extramoenia 10) miniaturizzazione delle voci dinamiche della retribuzione.

Gerarchia e retribuzione

L'assenza di gerarchia provoca uno stop generalizzato alla carriera, con scarse possibilità di progressione, per la prevalenza delle componenti politico-amministrative rispetto a quelle tecnico-professionali, nei momenti di selezione e valorizzazione delle professionalità.

All'interno degli incarichi dirigenziali, la progressione di carriera è inoltre condizionata dalla consistenza del Fondo di posizione (in calo progressivo dal 1996 ad oggi) e dalla netta prevalenza della componente fissa della retribuzione di posizione (RPMU) sulla variabile aziendale (VA). Inoltre, da un lato, resta una chimera il massimo valore tecnico della posizione (41.316 euro/anno). Dall'altro lato, il vero merito non viene mai concretamente riconosciuto e valorizzato, cosicché il "premio alla professionalità", cioè l'incarico, si è rivelato un micidiale bluff, per carenza di risorse adeguate a premiare sul serio i meritevoli e per la protervia confederale di favorire l'appiattimento di tutte le figure professionali sanitarie. Da ciò, ovvia la reazione paurosa dei Sindacati autonomi: valorizzazione della componente fissa della posizione (RPMU) su quella variabile, come scelta difensiva e di prudenza.

Gerarchia e responsabilità

L'assenza di una gerarchia chiara tra strutture semplici, ex moduli, alte professionalità, incarichi professionali e neoassunti, ha portato ad una crisi del rapporto funzionale tra i professionisti di ogni Unità operativa, crisi aggravata da numerose sentenze che coinvolgono tutti i medici (della UOC) nella responsabilità gestionale.

Tutti sono coinvolti, dal direttore di UOC ("pro tempore") all'ultimo medico assunto, perché oggi la corresponsabilità medica si estende in modo orizzontale a tutti i dirigenti medici. Responsabilità civile e penale, ma anche responsabilità di risultato, che tocca ogni singolo medico, compresi coloro che non sono stati coinvolti nel processo budgetario, ossia nei suoi peculiari momenti di identificazione degli obiettivi, assegnazione delle risorse e degli strumenti, meccanismi di premio o di penalizzazione.

Conclusioni

L'omogeneizzazione delle funzioni mediche, trasformate in incarichi a tempo, porta a pochi elementi di differenziazione: l'assegnazione o meno del "primariato" (diret-

tore di UOC); i diversi gradini economici della retribuzione di posizione, prevalentemente legata alla quota fissa (RPMU), definita dalla contrattazione nazionale.

In molte parti d'Italia (almeno nel 30% delle ASL), tuttavia, gli incarichi non sono stati assegnati e i contratti individuali non sono mai stati sottoscritti. In queste realtà, quindi, la carriera medica non esiste, né sul piano organizzativo né su quello economico.

Sono passati 12 anni dal CCNL 1996 ed occorrerebbe che tutti coloro che hanno creduto nella dirigenza medica facessero una seria autocritica. I soliti "progressisti" recitano "Indietro non si torna... la dirigenza medica è intangibile", ma sono affermazioni apodittiche e anacronistiche. Sì, anacronistiche, solo che si consideri il generalizzato rischio (per tutti i medici dipendenti del SSN) di mobbing e di recesso, rischi infatti che si sono decuplicati da quando c'è la dirigenza medica.

Sì, anacronistiche solo che si tenga conto di una recente sentenza della Cassazione (Sezione Lavoro, n. 2233/07), che afferma in modo chiarissimo che i dirigenti medici non apicali debbono essere trattati come tutti gli altri impiegati dello Stato (ivi compreso per quanto riguarda l'applicazione dell'art. 18 dello Statuto dei lavoratori).

Ed allora, qual è il vantaggio della dirigenza per un medico dipendente non apicale? Economico? No, di certo. Professionale? Certamente no. Normativo? Non scherziamo! Di carriera? Forse di quella politica...

A me pare che mai come in questo momento vacillino le vecchie regole ed i polverosi dogmi del cattocomunismo, anche se forse tutto ciò non produrrà ancora effetti sui CCNL 2006-2009.

Se il dirigente pubblico non è equiparabile a quello privato, allora tanto vale puntare decisamente sul valore professionale del singolo e sulla sua reale produttività. Una valorizzazione professionale, con un contratto individuale, entro regole nazionali chiare e comuni, ma con integrazioni aziendali, premi e correttivi, significativi. Solo così il medico pubblico riacquisterebbe dignità e prestigio, senza essere costretto a portare la medaglia della dirigenza, medaglia fatta non "di latta" (cioè di poco valore), ma addirittura "di amianto", quindi pericolosa.

OSPEDALIERI E ATTIVITÀ RIENTRANTI NELLA LIBERA PROFESSIONE

Marco Perelli Ercolini

| CCNL DIRIGENZA MEDICA PRINCIPALI TIPOLOGIE DI ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE | |
|--|--|
| Art. 55, comma 1 lett. a) CCNL 08.06.2000 | libera professione individuale , caratterizzata dalla scelta diretta -da parte dell'utente- del singolo professionista cui viene richiesta la prestazione, ai sensi dell'art. 54, comma 4. |
| Art. 55, comma 1 lett. b) CCNL 08.06.2000 | attività libero professionale a pagamento , ai sensi dell'art. 54, comma 4, svolte in équipe all'interno delle strutture aziendali , caratterizzata dalla richiesta di prestazioni da parte dell'utente, singolo o associato anche attraverso forme di rappresentanza, all'équipe, che vi provvede nei limiti delle disponibilità orarie concordate. |
| Art. 55, comma 1 lett. c) CCNL 08.06.2000 | partecipazione ai proventi di attività richiesta a pagamento da singoli utenti e svolta individualmente o in équipe, in strutture di altra azienda del SSN o di altra struttura sanitaria non accreditata , previa convenzione con le stesse; |
| Art. 55, comma 1 lett. d) CCNL 08.06.2000 | partecipazione ai proventi di attività professionali, a pagamento richieste da terzi all'azienda all'interno delle strutture aziendali , anche al fine di consentire la riduzione dei tempi di attesa , secondo programmi predisposti dall'azienda stessa, sentite le équipes dei servizi interessati. |
| Art. 55, comma 2 CCNL 08.06.2000 | Si considerano prestazioni erogate nel regime di cui alla lettera d) del comma 1 anche le prestazioni richieste, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, dalle aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza di organico ed impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le équipes interessate e nel rispetto delle direttive regionali in materia. |

I riscontri incrociati con le denunce dei redditi ai fini IRPEF che l'Enpam ha effettuato nel rispetto delle norme di legge, hanno evidenziato che molti medici non hanno versato i contributi nella quota B del Fondo generale Enpam per attività in libera professione. In moltissimi casi di medici ospedalieri non si tratta di evasione dolosa, ma di mancati versamenti contributivi dovuti a grossa confusione delle Amministrazioni ospedaliere che hanno calcolato gli introiti per determinate attività fuori orario nella voce stipendiale ai fini IRPEF (come dovuto), scorporando poi queste somme dalla retribuzione imponibile ai fini previdenziali INPDAP, senza peraltro evidenziarle nel CUD come attività in libera professione, ingenerando così nel medico la convinzione che tali compensi derivassero da attività sostanzialmente equiparabili al lavoro straordinario. Poiché è evidente che moltissime di queste mancate contribuzioni non sono imputabili ad una volontà del medico a non pagare, ma a comportamenti non omogenei e chiari dell'Amministrazione ospedaliera riguardo all'inquadramento previdenziale di questi compensi, il Consiglio di amministrazione dell'Enpam, in conformità a quanto previsto dall'articolo 116 comma 15 della legge 388 del 23 dicembre 2000 riguardante i casi di mancato o ritardato pagamento di contributi derivante dall'oggettiva incertezza interpretativa sull'obbligo contributivo, ha deliberato di non applicare su queste mancate contribuzioni le maggiorazioni previste dal regime sanzionatorio, ma la sola indicizzazione ISTAT qualora sia accertata una oggettiva difficoltà interpretativa sulla ricorrenza dell'obbligo contributivo, dando la possibilità ai medici di chiedere entro il 31 luglio 2008 i pagamenti contributivi dovuti con le semplici maggiorazioni ISTAT, ma sgravati dalle sanzioni, esplicitando le proprie posizioni contributive debitorie e la causa del mancato pagamento.

LE ATTUALITÀ DELLA POLITICA

Enrico Hüllweck



Roma è una città dove il Papa è “alemanno” e dove Alemanno è il sindaco. È una delle tre cose più sensazionali di questa primavera 2008, dove le altre due sono il ritorno di Berlusconi al Governo e la pubblicazione del reddito annuo di Beppe Grillo, noto barzellettiero moralista e fustigatore di caste e di costumi che, vendendo a peso d'oro le sue banalità a un pubblico credulone, si porta a casa più di 8 miliardi di vecchie lire all'anno.

Delle tre notizie, quella del ritorno di Berlusconi al Governo è la meno sorprendente, anche perché un recente sondaggio ha detto che l'86% degli italiani sta peggio di tre anni fa, il che significa che in soli due anni il Governo Prodi è riuscito veramente a mettere in ginocchio l'Italia, e non tanto per colpa del povero Prodi (forse il più innocente di tutti) quanto per effetto degli uomini che lo attorniavano e che quasi in massa si erano rimessi ai fianchi di Veltroni, facendogli perdere parecchia credibilità agli occhi della gente.

Ma se lo scontento dell'86% degli italiani in materia di qualità di vita e di situazione economica personale e collettiva ha avuto non poco peso nelle scelte elettorali, non minor ruolo ha avuto (nel suscitare forti reazioni emotive) il vedere come, sullo scenario internazionale, l'immagine dell'Italia fosse crollata. Crollata sotto il peso delle immondizie di Napoli, che quasi tutti abbiamo visto in tv, non sentendone però il puzzo, a differenza dei napoletani stessi e dei turisti. Crollata sotto la vergogna di un “bavaglio” messo al Papa, che non può più nemmeno parlare nelle Università italiane. Crollata sotto il

peso degli scandali degli uomini di Prodi, da Sircana a Pecoraro Scanio.

Crollata sotto la crisi dei rapporti con la magistratura, dove il caso dei coniugi Mastella è solo una delle punte di un enorme iceberg sommerso. Crollata sotto il disfacimento della sicurezza in Italia: un Paese dove siamo tutti meno sicuri dentro e fuori le nostre case. Un Paese, l'Italia, dove è più facile che vada in galera un carabiniere o un poliziotto intenti a fare il proprio dovere, piuttosto che un terrorista, per il quale c'è sempre un Tribunale pronto ad assolverlo e qualche Partito pronto a candidarlo al Parlamento.

Crollata sotto il peso dell'onda crescente di un'immigrazione clandestina che minaccia di soffocare la nostra società, la nostra civiltà e le nostre tradizioni.

Eppure noi tutti sentivamo che non poteva finire così.

L'Italia è una realtà con quasi tremila anni di storia civile, che ha dato contributi determinanti al progresso del mondo intero: una realtà la cui tradizione poggia su un tridente costituito dalle radici giudaico-cristiane, dall'Umanesimo classico e dall'Illuminismo. Questa tradizione ci porta a credere in valori precisi: la dignità dell'uomo, la responsabilità, la legalità e l'uguaglianza, la solidarietà e la sussidiarietà.

Sono valori che ruotano tutti attorno al valore base rappresentato dalla libertà: una libertà intesa come lontana dal collettivismo, ma anche lontana da ogni forma di individualismo egoistico e qualunque.

Naturalmente un simile modello di libertà può realizzarsi solo

in uno Stato dove siano garantiti l'ordine (non c'è libertà se non nell'ordine), la sicurezza e il lavoro per tutti.

Di fronte a questa prospettiva, necessitante di posizioni coerenti e credibili, non è stato utile a Veltroni il suo disperato trasformismo. Per certi versi simile a uno Zelig della politica, trasformista e giocoliere, Veltroni ha puntato la sua campagna elettorale cambiando continuamente il proprio look a seconda delle circostanze, indossando i pantaloncini di cuoio tirolese in Alto Adige, la tuta operaia nelle fabbriche e brandendo la pipa da pescatore nelle città di mare. Così, alla ricerca di certezze in posizioni forti e precise, la gente si è sentita più tranquillizzata magari dai difetti di Berlusconi piuttosto che dalle finte perfezioni di Veltroni e dalla sua cosmesi di immagine, peraltro insufficiente ad allontanare dalla memoria la Caporetto del Governo Prodi.

Qualcuno si è domandato se il Centro-destra riuscirà a realizzare davvero le sue sette missioni promesse (più sviluppo e più infrastrutture, più aiuti alle famiglie, più giustizia e più sicurezza, più servizi ai cittadini, sostegno al Meridione, federalismo e piano straordinario di finanza pubblica) ma in ogni caso tutti avevano comunque presente il dramma di Prodi, presentatosi agli elettori nel 2006 con un nutrito programma di ben 281 pagine, tutte dissoltesi nelle aule del Parlamento, senza che un solo punto programmatico venisse realizzato, tanto da costringere Prodi e i suoi Ministri a fuggire nella reggia di Caserta per riscrivere un programma più modesto di soli 12 punti, nessuno dei quali, tuttavia, venne poi realizzato. Questa perdita di credibilità ha certamente nuociuto a Veltroni che, accortosi del successo fra la gente delle proposte di Berlusconi, ha cercato giorno dopo giorno di appropriarsene, apparendo così come un cuoco che, non riuscendo a preparare una buona minestra, scopiazza gli ingredienti della minestra del cuoco rivale, dimenticando però, di tanto in tanto, qualche ingrediente essenziale e confondendo le posate da usare, servendo magari un brodo con la forchetta anziché col cucchiaino.

Perché non basta copiare le idee, ma bisogna anche avere gli strumenti per poi realizzarle.

Chiaro che, alla fine, la gente si è fidata più dello chef Berlusconi il quale, però, deve ricordare che ogni buon piatto ha bisogno sì degli ingredienti giusti ma anche dei giusti tempi di cottura, pena il rendere tutto immangiabile.

Ecco perché ci sono delle priorità, il cui rispetto sarà essenziale per la credibilità futura del nuovo Governo. In primo piano, per ridare fiato agli italiani, deve esserci la rivisitazione del pianeta fiscale.

Partendo dalla riduzione della burocrazia degli adempimenti fiscali (e già questo sarebbe un risparmio), va rivista l'IRPEF e va abolita l'ICI sulla prima casa. Occorre inoltre rendere più

eque le regole dell'IVA, rivedendo i cosiddetti studi di settore. Quanto ai lavoratori dipendenti vanno tolte le tasse sugli straordinari, sulla tredicesima e su tutte le voci incentivanti in busta paga.

Sarà necessario poi tornare ad abolire la tassa di successione e sulle donazioni, che Prodi aveva rimesso in piedi. Ma per far fronte a tutto questo (e ad altro) lo Stato deve insistere nel recupero delle evasioni fiscali e deve attuare un programma di economia e di finanza che riduca il debito pubblico, salito ormai oltre i 1.500 miliardi di euro. Va qui ricordato che esiste un patrimonio pubblico di Stato di 1.800 miliardi di euro che fino ad oggi è rimasto del tutto inutilizzato, perché si è rinunciato a sfruttarlo economicamente, con investimenti o con cartolarizzazioni.

Tutt'oggi si continua a far pesare il debito pubblico sulle attività economiche correnti, soffocando così ogni possibilità di crescita economica, sociale e finanziaria.

Perfino titoli ed azioni di Stato vengono indirizzati nella sfera del debito pubblico anziché a quella degli investimenti sul patrimonio di Stato, dove potrebbero registrare evidenti utili. Gli economisti dicono che almeno 700 miliardi di euro del patrimonio di Stato potrebbero velocemente essere recuperati per un'equivalente riduzione del debito pubblico.

Se tutte queste idee fossero realizzate, facendo inoltre ripartire la settantina di cantieri delle grandi opere per le infrastrutture (dal Ponte di Messina alle alte velocità ferroviarie, alle strade e alle autostrade, per non parlare dei collegamenti aerei) e cominciando a promuovere un diverso metodo di approvvigionamento dell'energia (eolica, solare, idrogeotermica, da raccolte differenziate e, soprattutto, nucleare) oggi comprata a caro prezzo all'estero da Paesi che la producono a basso costo con il nucleare, potrebbe ripartire l'efficienza dello Stato italiano e a quel punto si dovrebbe siglare un patto storico fra Governo centrale e amministrazioni periferiche.

Le amministrazioni periferiche dovrebbero impegnarsi a perseguire moderne metodologie di efficienza organizzativa e di risparmio, come ad esempio con la digitalizzazione dei procedimenti burocratici oggi cartacei (e già questo darebbe un risparmio di circa 14 miliardi di euro all'anno) e con una moderna privatizzazione di molte realtà aziendali oggi rallentate dalla burocrazia pubblica.

Dal canto suo, il Governo centrale dovrebbe realizzare in fretta il federalismo: un federalismo fiscale vero, funzionante e reale. Sarebbe questa la scelta storica che permetterebbe all'attuale cosiddetta "Terza Repubblica" di essere ricordata come il vero punto di forza per il progresso storico del nostro Paese.

*Enrico Hillweck
già deputato al Parlamento e Sindaco di Vicenza*

I NUOVI LEA DEL SERVIZIO

I Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale.

Definiti con il DPCM 29 novembre 2001, i LEA sono stati oggetto di una recente revisione che con il DPCM 23 aprile 2008 ha ridefinito il “paniere” dei servizi e delle prestazioni offerte dal SSN a tutti i cittadini, per un totale di oltre 5.700 tipologie di prestazioni e servizi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione. I nuovi Lea sono stati realizzati in attuazione di quanto previsto dall’Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006 “Patto sulla salute”, e dalla legge 27 dicembre 2006, n. 296, e sono integralmente sostitutivi del DPCM 29 novembre 2001.

È dunque l’applicazione rivista e corretta di quanto previsto nel D.Lgs. 229/99:

Il SSN assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell’equità nell’accesso all’assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché dell’economicità nell’impiego delle risorse.

L’individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal SSN è effettuata contestualmente all’individuazione delle risorse finanziarie destinate al SSN Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal SSN a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.

Questa è, a mio parere, la traduzione “nazionale” di quanto dichiarato diversi anni fa dall’OMS e cioè che, premesso che la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l’assenza di malattie o infermità, il tipo di risposta effettiva che si dovrà fornire all’utenza in campo sanitario dovrà essere solo quella scientificamente valida, socialmente accettabile, finanziariamente sostenibile ed accessibile a tutti. È dunque evidente la relazione che storicamente lega in modo indissolubile le prestazioni erogabili e le risorse necessarie per erogarle, oltre alla esplicitazione dei criteri di scelta da adottare nel fornire cosa, come e a chi, ricordando sempre che le politiche sociali ed



economiche che agiscono sulla ripartizione della ricchezza hanno un forte impatto sulla salute della popolazione. Quali sono le novità dei nuovi LEA (fonte: Ministero della Salute)?

1. Area della prevenzione collettiva e sanità pubblica

In questo livello sono ricomprese le prestazioni che riguardano la profilassi delle malattie infettive, inclusi i programmi vaccinali, la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, negli ambienti aperti, nella sanità animale e nell’igiene urbana e veterinaria. Sono incluse, inoltre, la tutela delle malattie croniche, la promozione di stili di vita sani e gli interventi di prevenzione nutrizionale, i programmi di screening e le prestazioni per la valutazione medico legale di stati di disabilità e per finalità pubbliche. La novità di maggior rilievo è senza dubbio l’introduzione della vaccinazione anti Papillomavirus Umano (HPV), il virus responsabile del cancro alla cervice uterina, per tutte le ragazze tra l’undicesimo e il dodicesimo anno di età.

2. Assistenza distrettuale

Le attività comprese in questa area assistenziale sono organizzate e distinte in:
assistenza sanitaria di base, continuità assistenziale, assistenza ai turisti;
emergenza sanitaria territoriale;

SANITARIO NAZIONALE

Maurizio Dal Maso



assistenza farmaceutica;
assistenza integrativa (erogazione di dispositivi medici monouso, di presidi per diabetici, di prodotti destinati ad un'alimentazione particolare);
assistenza specialistica ambulatoriale, protesica e termale.
Rientrano in questa area anche l'assistenza socio-sanitaria domiciliare e territoriale e l'assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale.

Le principali novità nei diversi ambiti di attività sono di seguito riportate:

a. Fornitura gratuita di prodotti aproteici (a basso contenuto di proteine) alle persone affette da nefropatia cronica; con il nuovo provvedimento l'erogazione dei prodotti aproteici diventa una garanzia del SSN e non è più affidata alla discrezionalità delle singole Regioni.

b. Novità nelle terapie ambulatoriali specialistiche: "terapia fotodinamica laser per il trattamento di lesioni retiniche con verteporfina" riservata a coloro che sono affetti da degenerazione maculare miopica o legata all'età. Si tratta di una nuova metodica terapeutica che sfrutta il principio di funzionamento di una sostanza (la verteporfina) che viene iniettata in vena per poi essere attivata, in maniera selettiva, da un laser a bassa potenza.

c. Nell'ambito delle prestazioni di laboratorio sono state introdotte diverse prestazioni per la diagnosi o il monitoraggio di malattie rare: malattie metaboliche, dosaggio degli

enzimi mitocondriali e dosaggio di acidi organici urinari con metodi gas cromatografici.

d. Una ulteriore novità è rappresentata dalla "enteroscopia con microcamera ingeribile" per i casi di sanguinamento occulto dopo l'esofago-gastro-duodenoscopia (EGDS) e colonscopia totale negative. Altra novità è la "sedazione cosciente" per i pazienti sottoposti a endoscopie e biopsie in corso di endoscopie per garantire esami indolori e più accettabili in termini di confort.

e. Una migliore efficienza organizzativa scaturirà poi dalla nuova definizione delle visite specialistiche definite per ciascuna branca e distinte per tipologia di accesso e livello di approfondimento di indagine: prima visita, visita di controllo, visita a completamento dell'iter diagnostico e visita multi specialistica. Da ricordare il caso della "Visita anestesiológica di controllo per la terapia del dolore" che risponde alla crescente sensibilità nei confronti della sofferenza e del dolore cronico, neoplastico e di altra natura.

f. Per l'assistenza protesica, tra le novità, è particolarmente importante l'attenzione ai portatori di gravi disabilità con l'introduzione di nuovi ausili informatici di comunicazione e di controllo ambientale (tra i quali i comunicatori a sintesi vocale o a display, i sensori di comando, i sistemi di riconoscimento vocale), ausili per la mobilità personale (sollevatori mobili e fissi), ausili per la cura e l'adattamento della casa (stoviglie adattate, maniglie e braccioli di supporto), apparecchi acustici di ultima generazione per le persone con sordità pre-verbale e periverbale.

g. Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare e territoriale le principali novità riguardano:

l'articolazione delle cure domiciliari in quattro livelli caratterizzati da un grado crescente di complessità del bisogno e di intensità dell'intervento assistenziale;

i malati in fase terminale: per essi infatti è prevista un'area specifica di cure domiciliari, di elevata intensità assistenziale, che tutela e sostiene non soltanto il paziente ma anche la famiglia;

i servizi territoriali di assistenza socio-sanitaria (consultori familiari, dei CSM, dei servizi neuropsichiatrici per minori, dei servizi di riabilitazione per disabili gravi, dei servizi per le persone con dipendenze patologiche), per loro infatti è presente la declinazione puntuale delle prestazioni erogate; la nuova definizione di servizi per le persone con dipendenze patologiche consente di includere i Centri per il tratta-

mento delle dipendenze da alcool, da fumo e altri già attivati in numerose Regioni.

h. Per quanto riguarda l'assistenza distrettuale semiresidenziale e residenziale e in particolare per le persone non autosufficienti, vengono stabiliti dei profili di cura con un crescente livello di intensità assistenziale sulla base della valutazione multidimensionale dei bisogni di cura del paziente, effettuata dall'equipe socio-sanitaria di riferimento, a garanzia dell'appropriatezza. Inoltre viene indicato un livello di "Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario" che prevede un'assistenza continua con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica H24, destinata a patologie non acute, incluse le condizioni di responsabilità minimale e le gravi patologie neurologiche, che richiedono supporto alle funzioni vitali, continuità assistenziale e caratterizzate da complessità, instabilità clinica e/o gravissima disabilità.

3. Assistenza ospedaliera

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera le principali novità riguardano l'incentivazione dell'analgesia epidurale nel corso del travaglio e del parto naturale e l'inclusione della diagnosi neonatale della sordità congenita e della cataratta congenita. Ma importante è anche l'ampliamento da 43 a 108 degli interventi ospedalieri che dovranno essere preferibilmente effettuati in regime di day surgery anziché in ricovero ordinario, ciò al fine di una maggiore appropriatezza delle prestazioni e per una gestione più razionale delle risorse economiche.

4. Esenzioni per malattie rare e croniche

Ampliata, l'assistenza specifica a particolari categorie per le persone affette:

da malattie rare: l'elenco è stato integralmente rivisto con l'ampliamento dell'esenzione ad altre 109 malattie o gruppi; da malattie croniche: l'elenco delle malattie croniche tutelate ed esentate dal ticket, è stato sostituito da un nuovo elenco che prevede l'inserimento di 6 nuove patologie gravi (BPCO, rene policistico autosomico dominante, osteomielite cronica, sarcoidosi grave, malattie renali croniche, sindrome da talidomide) e la revisione delle prestazioni garantite in esenzione per numerose altre patologie.

Un discorso a parte meritano i Fondi Integrativi, elemento strettamente collegato ai LEA e che nasce dalla esigenza di rendere meno iniquo il SSN. Infatti dei circa 25 miliardi di euro pari alla spesa "out of pocket" annuale in Italia, oltre l'80% è pagato direttamente dalle famiglie e servono nell'85% dei casi per l'acquisto di prestazioni già offerte dal SSN. Solo il 17,6% di questa spesa è coperta da Casse,

Fondi, Società di mutuo soccorso no profit e assistenze private, e solo il 6,6 % delle famiglie ha pagato un premio per l'assistenza sanitaria integrativa.

La specialistica ambulatoriale occupa il 60% della spesa "out of pocket" e di questo il 92% è rappresentato dall'odontoiatria, come si vede dalla tabella 1, elaborata su dati ISTAT.

In Italia c'è dunque un basso grado di copertura assicurativa ma un elevato ricorso a servizi privati a pagamento: gli italiani spendono molto, forse troppo, per usufruire di servizi sanitari privati. Dal confronto con la Francia e la Germania, caratterizzati da un grado di copertura del servizio pubblico assimilabile a quello italiano, emerge che la quota di spesa sanitaria sostenuta direttamente dalle famiglie in Italia è più del doppio ed è in crescita costante da oltre 20 anni.

La storia dei Fondi integrativi nasce con l'art. 9 del D.Lgs. 502/1992 che prevedeva in via sperimentale alcune forme di assistenza differenziata per particolari tipologie di prestazioni. Successivamente l'art. 10 del D.Lgs. 517/1993 istituiva i fondi sanitari integrativi finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal SSN e l'art. 9 D.Lgs. 229/1999 introduceva i Fondi Integrativi del SSN finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei LEA. Si evidenzia la loro natura integrativa, complementare, rispetto al SSN e si definisce l'ambito di applicazione, ovvero aree assistenziali aggiuntive escluse dai LEA gestite da strutture accreditate e copertura di quella parte di spese, a carico del cittadino, per le prestazioni incluse nei LEA e per le prestazioni socio-sanitarie erogate in strutture residenziali o semiresidenziali accreditate o in forma domiciliare. Si intende, in pratica, visite e diagnostica ambulatoriale con scelta del medico, scelta dell'equipe chirurgica, camere a pagamento, purché erogate in regime di intra-moenia, cioè privatamente ma all'interno di strutture pubbliche. Sono espressamente contemplate aree della medicina non convenzionale e alcune cure termali e odontoiatriche, limitatamente alle prestazioni non a carico del SSN.

Al termine integrativo si attribuisce, quindi, una duplice valenza: una garanzia per tutto ciò che non è competenza del servizio pubblico, e la copertura di oneri a carico dell'utente quali ticket, pagamento per prestazioni libero-professionali intramoenia e prestazioni di maggiore comfort.

Il recente decreto norma gli ambiti di intervento dei Fondi integrativi che comprendono:

prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditati, e tra queste anche le prestazioni di medicina non convenzionale, ancorché erogate da

organizzazione sanitaria

| Tipo di visita specialistica | % per 100 visite specialistiche | in migliaia | Differenza % rispetto al 99-00 | % a pagamento intero su 100 visite |
|------------------------------|---------------------------------|-------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Odontoiatria | 26,9 | 3.894 | 2,3 | 92,0 |
| Ortopedia | 11,4 | 1.653 | 16,7 | 45,8 |
| Oculistica | 10,8 | 1.566 | 3,6 | 50,7 |
| Cardiologia | 9,5 | 1.374 | 34,3 | 31,3 |

strutture non accreditate, le cure termali, limitatamente alle prestazioni non a carico del SSN;

prestazioni erogate dal SSN comprese nei livelli essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito;

prestazioni socio-sanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito;

prestazioni socio-sanitarie e le prestazioni sociali erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili non ricomprese nei livelli essenziali di assistenza e quelle finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente;

prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei livelli essenziali di assistenza per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche.

Gli ambiti di intervento degli Enti, Casse e Società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, comprendono anche il complesso delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da essi assicurate secondo i propri statuti e regolamenti, nonché i costi di compartecipazione alla spesa sostenuti dai cittadini nella fruizione delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale e gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria. A partire dall'anno 2010, gli Enti, Casse e Società di Mutuo Soccorso dovranno attestare che almeno il 20% delle prestazioni erogate sia riferito a prestazioni socio-assistenziali per le persone non autosufficienti e per l'assistenza odontoiatrica. Per il monitoraggio e il controllo dell'attività dei Fondi e dagli altri Enti preposti viene istituita l'Anagrafe dei Fondi Sanitari presso il Ministero della Salute.

Le scelte fatte hanno cercato di coordinare diversi aspetti quali una contribuzione sostenibile per imprese e lavoratori,

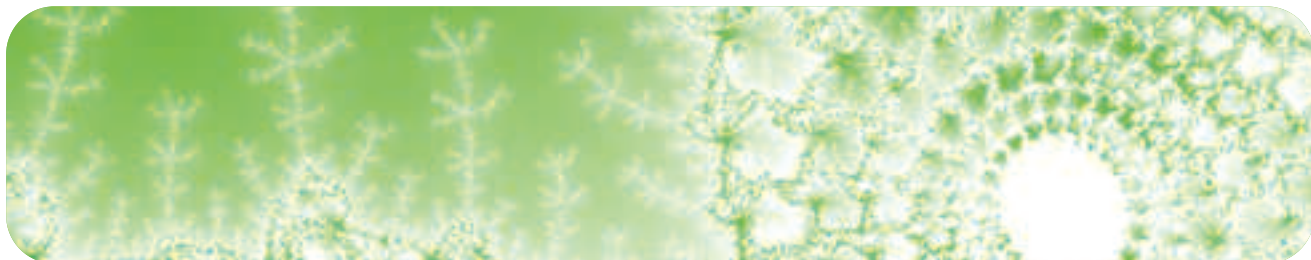
un contributo finanziario medio-basso richiesto ai cittadini per la mutualità volontaria e la necessità di ottimizzare l'organizzazione e la gestione del SSN in un contesto di regole certe e di sostegno fiscale per favorire gli obiettivi attesi dall'integrazione a supporto delle fasce sociali economiche più deboli. In Italia la spesa sanitaria è pari al 8,9% del PIL, secondo recenti dati OCSE, di cui il 6,7% per la spesa pubblica e il 2,2% per quella privata, per cui i fondi dovranno integrarsi con il SSN nei settori socio-sanitario e assistenziale soprattutto per la "long-term care" comprendendo specifici pacchetti di prestazioni e questo fatto renderà ancora più urgente una profonda riorganizzazione dell'assistenza primaria nell'ambito dei Distretti per renderli stabilmente operativi in un'ottica di efficace ed efficiente gestione delle attività territoriali considerando che il 51% della quota capitaria è dedicata alle attività distrettuali.

È inevitabile concludere segnalando la necessità, sempre più urgente, che il Distretto diventi a tutti gli effetti il centro principale della gestione completa del rapporto domanda/offerta, coordinando i fornitori dell'offerta in una rete di interventi efficaci e appropriati. La sensazione che fino ad oggi molto di quanto atteso dall'attività distrettuale non sia stato realizzato è quanto mai reale e, nell'interesse del SSN e dei cittadini, è necessario in tempi brevi invertire la rotta e mostrare in concreto i risultati raggiunti, anche in considerazione delle nuove norme connesse ai nuovi LEA.

*Maurizio Dal Maso
Tesoriere FEMS*

CONTRIBUTI E SERVIZI UTILI

Umberto Celotto



Procedendo nella disamina dei contenuti normativi della recente riforma previdenziale, dopo aver illustrato i nuovi requisiti per la maturazione della pensione e per il calcolo del trattamento, passiamo ora ad esaminare i presupposti della prestazione. Al momento, fermiamo l'attenzione sui contributi, dovuti alla gestione, ed ai servizi utili ad ampliare l'anzianità contributiva alla cessazione del servizio, unendo altresì alcune valutazioni sulle modifiche che si rendono necessarie in prospettiva. Ed ecco gli aspetti prescelti.

Contributi obbligatori

La nuova legge prevede un aumento del contributo d'obbligo di ben 3 punti per gli autonomi dell'INPS (agricoli, commercianti, artigiani) nell'iter di omogeneizzazione degli stessi alla contribuzione dei lavoratori dipendenti. L'incremento sarà di un solo punto percentuale (con salita al 17%) per i para-subordinati (ex co.co.co. o a progetto), tra i quali sono molti i dipendenti in servizio od i pensionati del settore pubblico.

Non ci sarà aumento contributivo per i lavoratori dipendenti. Ma va ricordato che per gli stessi c'è stato, nel 2007, un additivo al contributo personale dello 0,30%, che ha portato l'ammontare complessivo del contributo al 33% (ovvero a sfiorarlo, quanto all'INPDAP). Il prossimo aumento è, tuttavia, già programmato a partire dal 2011. Non si arresta, quindi, la salita dei contributi obbligatori. Manca, invece, ogni intervento per ridurre tale gravosa misura, in corrispondenza all'ormai conclamata, progressiva riduzione dei ricavi pensionistici nel prossimo futuro.

Contributi figurativi

È l'istituto che consente la valorizzazione di periodi non lavorativi (malattia, servizio militare, ecc.) a carico della gestione, senza alcun onere per enti, per aziende e per i

dipendenti. In rapporto alle ipotesi di lavoro precario o alternato, si è appalesata, ora, l'opportunità di un recupero dei periodi di scoperto a mezzo della predetta contribuzione. Pertanto, sarà possibile, sotto date condizioni (che verranno precisate in un prossimo provvedimento) che siano resi utili a pensione detti periodi; ciò che consentirebbe di maturare o potenziare, in molte altre occasioni, il diritto a pensione. Ma, risolto il problema del conseguimento del trattamento, rimane la sostanza di provvedere ad un importo dignitoso, che il sistema di calcolo interamente contributivo riservato a dette categorie, ora preclude.

Riscatti

Provvedono al recupero di periodi scoperti da contribuzione, quali ad esempio i periodi di studio. È un rimedio efficace soprattutto nei casi di ritardato ingresso in carriera, come oggi avviene di frequente. Misura, quindi, benefica ma vanificata dall'eccessivo livello del premio da pagare alla gestione, specialmente dal momento in cui (2002) le tabelle di calcolo dell'INPS – di cui alla L. n. 1338/1962 – sono state rese applicabili anche alle analoghe costituzioni di posizioni assicurative INPDAP.

Di tale eccessiva onerosità si fa carico la nuova legge, ma senza intervento sulla procedura di calcolo dell'onere. Il beneficio si sostanzia esclusivamente nel consentire, comunque, una rateizzazione dell'onere stesso in 10 anni, annullando il peso dell'aggravio d'interessi. Misura, questa, del tutto insufficiente, che porterà ugualmente a rinunce degli interessati, ma anche a danno delle gestioni, private dell'apporto di dette contribuzioni volontarie.

Ricongiunzioni

La ricongiunzione ex art. 2 della L. n. 29/1979, riservata ai dipendenti pubblici, può ormai dirsi l'unica forma di collegamento dei periodi assicurativi a carattere oneroso.

L'onere differenziale aveva, tuttavia, giustificazione per il fatto che i periodi già assicurati all'INPS trovassero migliore valutazione una volta trasferiti all'INPDAP.

Ed invece, pervenuti ormai ad eguale misura di calcolo e di rendimento tra le due gestioni, appare necessaria, addirittura, la cancellazione dell'onere, al pari di quanto già avviene per le ricongiunzioni di cui agli artt. 1 e 6 della stessa legge n. 29/1979.

Totalizzazione

È il rimedio che consente la riunione di diversi segmenti assicurativi ai fini di maturare un trattamento possibile, questa volta senza aggravio di interessi. La disciplina, al riguardo già resa nel 2000 (e poi abrogata) e con il D.Lgs. 2 febbraio 2006, n. 42, sottopone la totalizzazione a condizioni che la rendono inoperante, ossia: la non valorizzazione di periodi inferiori a sei anni, conseguimento solo al 65° anno di età e calcolo solo su base contributiva. Anche qui, il nuovo intervento del Legislatore è palesemente insufficiente: da un lato, riduce da inferiori a sei a inferiori a tre anni i periodi da escludere; dall'altro, non esclude dalla totalizzazione coloro che non abbiano maturato in alcuna altra gestione il diritto al trattamento. Al contrario, l'istituto in parola sarebbe gratificante ove venissero valorizzati tutti i periodi già sottoposti a contribuzione obbligatoria e che per essi fosse anche consentito il calcolo della forma retributiva, ove ricorressero i relativi presupposti.

Su detto argomento è tuttavia da precisare che la legge n. 247/2007 demanda in delega ulteriori disposizioni, che dovranno aver efficacia dall'1/01/2009.

Si confida quindi che almeno alcune delle esigenze prospettate vengano accolte, soprattutto tenendo conto che l'istituto in esame sarebbe destinato a migliorare il trattamento dei Colleghi oggi a media o iniziale carriera, destinatari di un sistema di liquidazione mista o interamente contributiva della loro pensione.

UNA VERSATILE MEDICAZIONE ANTISETTICA

La ferita infetta è per definizione iperessudante e quindi necessita di una medicazione che non sia solamente antibatterica, ma anche e soprattutto adsorbente; infatti non sono infrequenti i fenomeni di macerazione che facilitano la colonizzazione batterica (creando un ambiente favorevole ai microrganismi) o, peggio ancora, favoriscono una sovrapposizione di nuovi stipiti batterici/micotici su di un tessuto già infetto. Medicare questo tipo di ferite è spesso problematico perché i prodotti di medicazione adsorbenti non hanno una valida azione antisettica, mentre gli antisettici solitamente non hanno la capacità di trattenere grandi quantità di essudato. Non resterebbe altro da fare se non utilizzare un antisettico in abbinamento ad un adsorbente, a meno che non sia disponibile una medicazione con entrambe le caratteristiche come Katomed. Questo prodotto di casa Devergè affianca all'ottima efficacia antisettica dell'argento catadinico (lo stesso del notissimo Katoxyn), la proprietà adsorbente tipica di altre categorie di medicazione. Noto ai più come compressa antisettica ipoallergenica, è attualmente disponibile in confezione non adesiva e differenti formati, con ancor maggior capacità di adsorbimento. Questa nuova filosofia Devergè, cioè l'immissione sul mercato di un Katomed senza bordo adesivo, deriva dal fatto che la maggior utenza di questo prodotto è affetta da ulcere dell'arto inferiore, dove una medicazione a piatto è sicuramente da preferire ad altre di spessore maggiore (soprattutto se deve restare alcuni giorni sotto bendaggio elastocompressivo) e dove le allergie sono in deciso aumento. Infatti questi pazienti, sottoposti a svariati trattamenti topici, a lungo andare sviluppano allergie ed intolleranze ad un gran numero di materiali di medicazione, soprattutto ai collanti; in prospettiva di ciò la scelta Devergè di commercializzare un'efficace medicazione antisettica a piatto senza collanti risulta vincente. Inoltre Katomed senza bordo adesivo ha una quantità di tessuto adsorbente superiore a quella della varietà con bordo adesivo, rispondendo quindi meglio alla necessità di controllare l'essudazione. Altra importante proprietà di Katomed è quella di poter essere una valida e sinergica medicazione secondaria nei confronti di Katogel Plus.

Katogel Plus è l'idrogel antisettico di Devergè che, in caso di lesioni profonde, può essere utilmente impiegato per riempire la ferita. Ricordiamo inoltre che Katomed senza adesivo può essere comodamente tagliato e sagomato a seconda delle esigenze e soprattutto, grazie ai nuovi formati, può essere utilizzato sulle ferite circolari dell'arto inferiore.

UNA SFIDA AL TUMORE DEL COLLO DELL'UTERO

Vincenzo Costa

La medicina preventiva è quella branca della scienza medica che ha l'obiettivo di prevenire la comparsa delle malattie e/o di diagnosticarle quando sono ancora nella loro fase iniziale. Attraverso la diffusione di questo approccio preventivo, sono stati compiuti molti passi avanti nella lotta contro i tumori: molti di essi, infatti, sono causati da specifici danni provocati ai nostri geni da agenti esterni.

Sappiamo oggi che il tumore del collo dell'utero è provocato da uno di questi agenti esterni, il virus del Papilloma umano. Di questi virus ne conosciamo più di cento (rilevabili con indagini sierologiche), con differente potere oncogenico.

L'incontro con il virus del Papilloma umano avviene quasi esclusivamente per via sessuale. L'infezione da HPV (Human Papilloma Virus) è quindi una infezione molto diffusa sia negli uomini che nelle donne: si calcola che l'infezione sia presente nel 75% della popolazione femminile.

Essa scorre silente e asintomatica fino a quando l'organismo non se ne libera grazie alle proprie difese immunitarie. Ciò avviene nella maggior parte dei casi. Quando il virus persiste nell'organismo ospite si creano invece le condizioni per l'instaurarsi della patologia.

Bisogna però ricordare che solo una trentina di ceppi virali di HPV sono in grado di causare patologie quali condilomi (genitali, anali, orali), displasie della cervice uterina, della vagina, della vulva, anali e, in caso di persistenza della infezione, il cancro.

La più grave di queste patologie virus-indotte è certamente il cancro della cervice uterina; non trascuriamo comunque l'impatto psicologico, sociale e relazionale che hanno le patologie non ancora neoplastiche, quali i condilomi genitali, pur nella loro benignità.



L'esecuzione periodica (triennale) del Pap test ha rappresentato sino ad oggi la sola prevenzione secondaria capace di informare sui rischi o sulla presenza di una lesione cancerosa della cervice uterina.

Il Pap test deve essere eseguito sin dall'inizio dell'attività sessuale; la sua semplicità di esecuzione e la sua ottima tollerabilità ci consentono di individuare cellule rese ano-

male dalla infezione da HPV, così permettendo ogni anno la diagnosi di circa 3.500 nuovi casi di lesioni cancerose della cervice.

Accanto alla prevenzione secondaria esisteva la possibilità (solo teorica fino a ieri) di una prevenzione primaria, cioè l'astensione dai rapporti sessuali.

Dal settembre 2006, è disponibile in commercio un'arma contro il cancro della cervice come preven-

zione primaria: il vaccino contro l'infezione da HPV.

Il soggetto sottoposto a vaccinazione contro un agente infettivo stimola il suo sistema immunitario, che è in grado per questo di reagire, impedendo l'insorgenza di quella specifica infezione. La vaccinazione sfrutta quindi i meccanismi naturali di difesa, esaltandoli.

Grazie ai vaccini, molte malattie sono state sconfitte, o confinate in aree ancora sottosviluppate del Pianeta.

Ogni vaccino, prima della immissione in commercio, deve dimostrare, con studi ben controllati, la sua innocuità e sicurezza, oltre che la sua efficacia.

Per oltre 10 anni è stato studiato un vaccino quadrivalente contro il Papilloma virus. Gli studi hanno potuto accertare e dimostrare la sua innocuità e l'estrema efficacia nel prevenire l'infezione dei sottotipi virali che sono i responsabili della condilomatosi genitale e dei tre quarti dei tumori del collo dell'utero.

Dopo l'immissione in commercio i dati di farmacovigilanza statunitensi (Vaers), riferiti a oltre 5 milioni di dosi

somministrate, non hanno ad oggi mostrato segnali di allarme tale da rendere necessario un cambiamento nella informazione sul prodotto.

Sono stati segnalati alla EMEA due casi di decesso senza evidenza di associazione causale con la vaccinazione anti HPV. La maggioranza delle segnalazioni ha riguardato reazioni locali nella sede di inoculo del vaccino, e casi di ipotensione dopo la vaccinazione.

Per questi motivi consigliamo alle persone da vaccinare di rimanere per circa 15 minuti dopo l'inoculo sotto controllo medico presso l'ambulatorio vaccinale.

Si è detto in precedenza che il vaccino quadrivalente, per quanto efficace, non previene tutti i casi di cancro ma solamente quelli causati dai ceppi per i quali il vaccino è stato preparato (benché siano quelli a più alta percentuale di responsabilità). Fondamentale resta quindi anche nelle vaccinate eseguire controlli periodici o con il Pap test o, come più recentemente suggerito (sono in corso studi epidemiologici), con il test HPV, che fornisce informazioni supplementari sulla quantità di rischio. Se il test HPV ed il Pap test sono entrambi negativi (se quindi il Papilloma virus non c'è), è possibile allungare fino a 5 anni l'intervallo tra i controlli.

Chi e quando è opportuno che si sottoponga a vaccinazione contro l'infezione da HPV?

Il vaccino è indicato per le donne di età compresa tra i 9 ed i 26 anni, anche se i dati disponibili dimostrerebbero la maggior efficacia nella fase pre-adolescenziale (9-12 anni), in considerazione dell'assenza pressoché totale di trasmissione sessuale al contagio. Le donne di età compresa tra 16 e 26 anni possono trovare ugualmente beneficio dalla vaccinazione, dato che molte di esse sono ancora negative per i genotipi vaccinali. La "American cancer Society" ritiene che la vaccinazione alle donne di età compresa tra 19 e 26 anni debba essere una decisione individuale basata su un colloquio medico-paziente per mettere in evidenza l'esposizione al virus del soggetto (numero di partners sessuali) ed i benefici potenziali. Sono in corso studi su donne di età superiore a 26 anni, ma non ve ne sono su bambine inferiori a 9 anni.

Altri studi sono stati condotti su soggetti immunosoppressi e immunodepressi con il risultato che la vaccinazione è possibile in quanto non si produce nel corpo del vaccinato alcuna infezione, ma si è visto che questi soggetti mostrano una risposta immune minore e quindi una minore efficacia protettiva.

In conclusione, il vaccino bivalente e quadrivalente non ha alcun effetto terapeutico, può essere somministrato senza danni in soggetti già venuti a contatto con uno o più

sottotipi presenti nei preparati vaccinali, ma il miglior rapporto costo-beneficio si ha nelle giovani donne naive (cioè che non hanno avuto rapporti sessuali) per gli HPV. Le controindicazioni al vaccino sono quasi inesistenti, se si eccettua l'allergia agli eccipienti ed alcuni disturbi della coagulazione.

Il vaccino contro l'infezione da HPV è in uso in molti Paesi della Comunità europea già da qualche anno; in Italia il Ministero della Salute ha annunciato di recente che da quest'anno il vaccino potrà essere somministrato gratuitamente a tutte le adolescenti che hanno compiuto 11 anni.

Le Regioni Basilicata e Valle d'Aosta, già dal 2007, hanno iniziato la somministrazione gratuita: la Basilicata alle coorti che compiranno 12, 15, 18, 25 anni; la Valle d'Aosta alle coorti di 12 e 16 anni. Si comprenderà come l'onere finanziario relativo al costo del vaccino sia certamente per le Regioni motivo di non facili scelte e restrizioni, sebbene nel tempo tale sforzo economico si dovrebbe tradurre in una drastica riduzione di patologie genitali maligne e benigne.

Considerando infatti che l'intervallo tra la comparsa di lesioni precancerose da HPV diagnosticabili e la comparsa di un tumore invasivo è molto lungo, in media maggiore di 10 anni, si stima che il vaccino produrrà effetti sulla prevenzione del cancro della cervice tra alcuni decenni.

Solo il conseguimento di un esteso traguardo vaccinale determinerà il conseguente decremento delle infezioni virali persistenti da HPV nella popolazione a rischio, portando i benefici in termini sia di prevenzione delle lesioni che in termini di costi per diagnosi e trattamento.

*Vincenzo Costa
Responsabile ambulatorio di colposcopia
e patologia basso tratto genitale
Ospedale di Savigliano (CN)*

LA PREVENZIONE DEL CANCRO DELLA PROSTATA

Mario Ferrera

Il cancro della prostata è la più comune neoplasia e la seconda causa di morte per tumore negli uomini al di sopra dei 65 anni, sia negli Stati Uniti che in Europa.

La cancerogenesi prostatica sarebbe legata all'intervento di almeno tre meccanismi biologici coinvolti a vari livelli: gli ormoni sessuali (androgeni ed estrogeni), l'infiammazione e lo stress ossidativo.

I carcinogeni ambientali, come quelli presenti nel fumo di tabacco, non sembrano legati direttamente alla cancerizzazione prostatica, ma potrebbero accelerare la progressione della malattia già conclamata.

Il consumo di grassi animali, di derivati estrogenici ed una alimentazione ad alto valore calorico, sono ugualmente dei fattori di rischio riconosciuti.

I trattamenti preventivi dell'invecchiamento ormonale maschile (andropausa), a base di DHEA (deidroepiandrosterone, androgeno prodotto dalle ghiandole surrenali) o di testosterone sono stati sospettati, ma solo su delle basi teoriche, di favorire l'emergere di tumori della prostata latenti. Al contrario, dati sperimentali suggeriscono che questi trattamenti, in particolare il DHEA, potrebbero avere un effetto protettivo sulla prostata riguardo alla sua cancerizzazione.

Alcuni alimenti o farmaci sono stati proposti per ridurre il rischio di tumore alla prostata, in quanto possiedono delle proprietà biologiche intrinseche implicate nella regolazione ormonale della prostata o in generale un ruolo protettivo, nei riguardi dei carcinogeni, per delle proprietà antiossidanti ed antitumorali.

Studi hanno dimostrato una riduzione della progressione del tasso sanguigno di PSA in pazienti affetti da un tumore alla prostata, con il consumo di 6 tazze di tè verde al giorno per l'apporto di catechine, 4 bicchieri di vino rosso a settimana per l'apporto di resveratrolo, 250 ml di succo di melagrana per il contenuto di antocianine.

In particolare in Cina ed in Giappone, dove il tè verde ha un consumo elevatissimo, è stato dimostrato che l'incidenza di malattie infiammatorie e tumorali è molto bassa. Da ciò deriva l'interesse scientifico nel definire e studiare quali sostanze fossero contenute in questa bevanda. Il tè verde contiene le catechine, composti polifenolici che hanno una importante azione antiossidante. Una di esse, la epigallocatechina 3-gallato è stata valutata in laborato-

rio per l'azione chemio-preventiva nei confronti di malattie infiammatorie, degenerative e nei tumori del colon, prostata, mammella, per la capacità di inibire la proliferazione, e la diffusione delle cellule tumorali.

Altri composti alimentari sono stati chiamati in causa per la prevenzione del tumore alla prostata. La loro efficacia risulta di difficile valutazione a livello individuale (Tabella).

Tabella : Composti alimentari sospettati di un ruolo protettivo nel tumore della prostata.

| Elementi | Sorgenti | Proprietà biologiche |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| Licopene | pomodori rossi | antiossidante |
| Vitamina C | frutta/legumi | " |
| Vitamina D | insolazione | |
| | olio di fegato di pesce | " |
| Vitamina E | cereali /olio di oliva | " |
| Isoflavonoidi, | soia, fagioli | " |
| Fitoestrogeni | | |
| Vitamina A | frutta/legumi | antitumorale |
| Selenio | cereali, cipolla rossa | antiossidante |
| Vitamina B9 | legumi | antiossidante |
| Acidi grassi Omega 3 | olio di fegato di pesce | antitumorale |
| Polifenoli (catechine) | tè verde | antiossidante |

Gli studi sulla prevenzione con sostanze ormonali sono in corso ed i loro risultati ancora controversi, specialmente per quanto attiene alla terapia sostitutiva dell'andropausa con androgeni su una prostata non tumorale. La concentrazione di testosterone circolante tende a diminuire con l'età, pur con una certa variabilità individuale, mentre l'incidenza del tumore alla prostata tende ad aumentare. Non vi è alcuna certezza riguardo al significato da attribuire al tasso di testosterone circolante. Un testosterone libero basso è spesso associato a dei tumori più aggressivi. I soli studi clinici di prevenzione ormonale, attualmente disponibili, riguardano un inibitore dell'enzima 5-alpha-reduttasi tipo 2, la finasteride, che impedisce la trasformazione del testosterone nel più attivo diidrotestoste-

rone. Questo studio controllato di chemioprevenzione del carcinoma prostatico (Prostate Cancer Prevention Trial: PCPT) ha analizzato 18.000 soggetti di età pari o superiore ai 50 anni con normali livelli di PSA e assenza di sintomi urinari, randomizzati per ricevere finasteride o placebo. Ebbene, questo studio mostra una riduzione del numero di tumori della prostata nel gruppo che riceveva finasteride (18%) in rapporto al gruppo che riceveva un placebo (24%). Vi è da aggiungere che nel gruppo trattato con finasteride i tumori identificati presentano dei criteri di aggressività (37%) rispetto al gruppo trattato con placebo (22%), con uno score di Gleason > 7. In sostanza secondo questo studio, la chemioprevenzione per inibitori della 5-alfa-reduttasi potrebbe prevenire la scoperta di "tumori insignificanti" o iniziali e selezionare i tumori in emergenza clinica più aggressivi.

Un altro studio in corso sta valutando la dutasteride (inibitore misto di 5 alfa-reduttasi di tipo 1 e 2) (REDUCE study group, 2004).

Anche gli antiestrogeni sono stati proposti per la prevenzione del carcinoma prostatico con dei risultati preliminari interessanti, utilizzando il torimifene (agonista ERbeta) su pazienti portatori di neoplasia intraepiteliale (PIN), la lesione preneoplastica meglio studiata.

Tra le numerose forme di chemioprevenzione non ormonale attualmente oggetto di analisi, due meritano una particolare menzione. L'utilizzo di inibitori COX-2 è interessante nei casi in cui queste sostanze hanno una azione sinergica con la terapia ormonale. Il trial di prevenzione oncologica a base di Selenio e vitamina E (SELECT), attualmente in corso, coinvolge 32.400 soggetti e si concluderà nel 2012.

Il rationale di tale studio deriva dai risultati del trial ATBC (alfa-tocoferolo, beta-carotene) finalizzato alla chemioprevenzione del cancro del polmone, che ha messo in evidenza come l'alfa-tocoferolo sia associato ad una ridotta incidenza di cancro della prostata.

Mario Ferrera
Oncologo



B. Manger

CHECKLIST REUMATOLOGIA

A cura di K.L. Schmidt

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

Terza edizione
completamente riveduta
Volume di 586 pagine

€ 70,00



CIC Edizioni Internazionali

L'EVOLUZIONE DELLA CARRIERA

Farò riferimento allo sviluppo della carriera (intesa in senso lato) del medico dipendente-dirigente, accennando sia alle normative di legge che a quelle contrattuali in proposito, naturalmente molto embricate tra loro e spesso complementari.

Per comprendere la carriera del medico dirigente non si possono non richiamare le tre storiche qualifiche dei medici dipendenti (assistente, aiuto, primario), come codificate già dalla legge Mariotti (L. 132/68), ridefinite rispettivamente posizione iniziale, intermedia ed apicale dall'art. 63 del D.P.R. 761/79, con passaggio tra le posizioni scandite da meccanismi concorsuali pubblici (in particolare secondo le regole del D.M. 30/01/1982, e successive modificazioni), il che garantiva stabilità del posto e della carriera.

Su questo assetto consolidato si è inserita, con il D.P.R. 384/90, la minirivoluzione dell'organizzazione del lavoro medico attraverso le seguenti linee di pensiero (molto ideologizzate e dichiaratamente "in attesa dell'approvazione della legge di riforma del SSN"):

- la scelta del modello organizzativo dipartimentale per i servizi sanitari;

- una diversa articolazione funzionale delle varie professionalità mediche con trasformazione del 30% dei posti di assistente medico e veterinario collaboratore in altrettanti di posizione funzionale intermedia (con copertura dei posti trasformati mediante concorsi riservati), con l'obiettivo di realizzare la parità aiuti-assistenti nella rideterminazione delle piante organiche;

- una integrazione delle attribuzioni proprie delle posizioni funzionali iniziale ed intermedia, rispetto a quelle previste dall'art. 63 del D.P.R. 761/79, da cui la creazione delle figure (funzionali e retributive) dell'assistente con più di 5 anni di servizio e dell'aiuto qualificato, responsabile di modulo funzionale od organizzativo, per entrambi previa verifica positiva affidata ad un Collegio tecnico (cosa diversa dalle vecchie Commissioni concorsuali). Tutto ciò, in particolare, con gli artt. 78, 116 e 117 del D.P.R. 384/90.

Successivamente, i decreti legislativi 502/92 e 517/93 (Ministri De Lorenzo e Garavaglia), con la cosiddetta "riforma della precedente riforma sanitaria", che ha voluto aziendalizzare la sanità, hanno riconosciuto la "dirigenza del ruolo sanitario" (si badi bene, non del ruolo medi-

co), articolata "in due livelli" (art. 15), stabilendo che "al personale medico e delle altre professionalità sanitarie del primo livello sono attribuite le funzioni di supporto, di collaborazione e corresponsabilità, con riconoscimento di precisi ambiti di autonomia professionale, nella struttura di appartenenza, da attuarsi nel rispetto delle direttive del responsabile", mentre al personale del secondo livello sono attribuite "funzioni di direzione ed organizzazione della struttura da attuarsi anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa" ed in particolare al dirigente medico di secondo livello "spettano gli indirizzi e, in caso di necessità, le decisioni sulle scelte da adottare nei riguardi degli interventi preventivi, clinici, diagnostici e terapeutici".

Senonché, con gli artt. 17 e 18 del D.Lgs. 517/93:

- si prometteva una nuova regolamentazione degli esami di idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione (promessa non mantenuta);

- si stabiliva che, in sede di prima applicazione dello stesso D.Lgs. 517, il primo livello fosse "articolato in due fasce economiche nelle quali è inquadrato rispettivamente:

- a) il personale della posizione funzionale corrispondente al X livello retributivo;

- b) il personale già ricompreso nella posizione funzionale corrispondente al IX livello del ruolo medesimo il quale mantiene il trattamento economico in godimento", ma con potestà, a domanda, in relazione alla disponibilità di posti nella fascia economica superiore e previo giudizio di idoneità (sulla base di un Regolamento da adottare entro 90 giorni), di essere inquadrato in tale fascia;

- si congelavano i concorsi alla posizione funzionale iniziale e si revocavano di diritto (dal 1° gennaio 1994) i concorsi per la copertura dei posti nelle posizioni corrispondenti al X livello retributivo.

Finalmente il 1° contratto della dirigenza 5/12/1996 (relativo al quadriennio 1994-1997), dopo il black-out contrattuale del triennio 1991-1993 (di cui alla legge 438/1992), dopo l'introduzione del rapporto unico di lavoro (di cui alla legge 412/1991), dopo la penalizzazione economica sull'indennità di tempo pieno nei confronti degli extra-moenisti (di cui alla legge 724/1994), dopo l'opzione esclusiva tra intra ed extra-moenia (di cui alla legge 662/1996), ha così inquadrato i dirigenti medici e la loro

DEL DIRIGENTE MEDICO

Carlo Sizia

carriera (artt. 55, 56, 57), contestualmente alla profonda revisione-semplificazione dell'assetto retributivo di competenza, ridotto praticamente a queste sole voci, stipendio tabellare, i.i.s., retribuzione di posizione, retribuzione di risultato, indennità di specificità medica:

1) dirigenti medici con incarichi di direzione di struttura (art. 56, c. 1), articolati in:

- sub a), responsabili di struttura complessa (o dipartimento, presidio, distretto, ecc.), ex XI livello;

- sub b), responsabili di unità operative semplici rispetto a quelle indicate nel punto a), ovvero articolazioni interne di quelle sub a), ex X livello qualificato;

2) dirigenti medici con incarichi non comportanti direzione di struttura (art. 57, c. 1 e 2), a loro volta distinti in:

- fascia a), incarichi comportanti attività o compiti di rilevanza aziendale, ex X livello, qualificato o non;

- fascia b), incarichi che richiedono competenza professionale o specialistico-funzionale di base, ex IX livello, a sua volta articolato in dirigenti con più o meno di 5 anni di esperienza professionale.

Sono le stesse articolazioni funzionali che ritroviamo nel D.P.R. 384/90, senonchè: secondo la logica della dirigenza, che si basa sul rapporto fiduciario con l'amministrazione; con le nuove norme concorsuali di cui al D.P.R. 483/1997, che per il profilo "medici" richiedono anche il possesso della specializzazione nella disciplina oggetto del concorso e non prevedono più il componente sindacale nelle Commissioni concorsuali, secondo il nuovo verbo del D.Lgs. 29/1993; con le norme di cui al D.P.R. 484/1997, cioè Regolamento sui requisiti per l'accesso al 2° livello dirigenziale per il personale del S.S.N., che non dà luogo ad una graduatoria di merito tra i concorrenti e che contestualizza l'assunzione all'attribuzione dell'incarico; con i meccanismi delle periodiche verifiche professionali da parte del Collegio tecnico e delle verifiche di produttività da parte del Nucleo di valutazione; con l'insidia dei contratti individuali di lavoro a livello aziendale, ecc., la stabilità e la sicurezza della carriera medica vengono meno, esposte come sono a percorsi ascendenti o discendenti, fino a poter subire lo stop del recesso per giusta causa, o anche ad nutum per le posizioni apicali.

Con il contratto del 2° biennio economico (1996-1997) del 1° contratto della dirigenza medica, dal 1° luglio 1997 si ha la equiparazione della retribuzione tabellare tra ex assistenti (IX livello) ed ex aiuti (X livello), anche attraverso

l'utilizzo di specifici finanziamenti extracontrattuali (decreto legge 377/1996), mentre tra le due posizioni rimane ancora un differenziale di una decina di milioni/anno di vecchie lire sulla voce della retribuzione di posizione.

Il 2° contratto della dirigenza medica (8 giugno 2000) è preceduto dalla legge 448/1998 e, soprattutto, dal D.Lgs. 229/99 (Norme per la razionalizzazione del SSN), in attuazione della legge di delega 419/1998, che: anticipano tanti aspetti delle problematiche di competenza della contrattazione 1998-2001; introducono penalizzazioni economico-normative per gli esercenti l'extramoenia; disciplinano il rapporto esclusivo e la sua irreversibilità; promettono la morte del tempo definito; collocano la dirigenza sanitaria "in un unico ruolo, distinto per profili professionali, ed in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali", mentre rinviano alla contrattazione collettiva nazionale "i criteri generali per la graduazione delle funzioni dirigenziali nonché per l'assegnazione, valutazione e verifica degli incarichi dirigenziali e per l'attribuzione del relativo trattamento economico correlato alle funzioni attribuite e alle connesse responsabilità di risultato".

All'atto della prima assunzione al dirigente sanitario sono affidati "compiti professionali con precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del dirigente responsabile della struttura e sono attribuite funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività".

Al dirigente "con cinque anni di attività con valutazione positiva possono essere attribuite funzioni di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettive, di verifica e controllo, nonché incarichi di direzione di strutture semplici".

Il dirigente "è sottoposto a verifica triennale da parte di un Collegio tecnico, nominato dal direttore generale e presieduto dal direttore di dipartimento", nonché, per il dirigente con incarico di struttura semplice o complessa, "anche al termine dell'incarico".

Sui risultati di gestione, i dirigenti sono valutati dal Nucleo di valutazione.

Ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono attribuite, "oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi, nell'ambito degli indi-

rizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura loro affidata".

L'accesso alla dirigenza sanitaria avviene "mediante pubblico concorso per titoli ed esami" (ex D.P.R. 483/1997); gli incarichi di direzione di struttura complessa sono attribuiti dal direttore generale "a coloro che siano in possesso dei requisiti di cui al D.P.R. 484/1997", sulla base di una rosa di candidati idonei selezionati da un'apposita Commissione tecnica, nominata dallo stesso direttore generale (art. 15 D.Lgs 502/92, come modificato dal D.Lgs 229/99).

Il CCNL 8/06/2000 ha:

- unificato, dal 31/07/1999, lo stipendio tabellare, prima diversificato, tra ex I ed ex II livello;
- equiparato, a far data dall'1/02/2001 (contratto del 2° biennio 2000-2001) la retribuzione di posizione degli ex IX livello (qualificato o non) in servizio alla data del 5/12/1996 e con cinque anni di anzianità al 1° febbraio 2001, a quella degli ex X livello, tuttavia con un diverso peso tra le componenti fissa e variabile, con predominio di quest'ultima. Per gli assunti dal 6/12/1996 in poi, sempre dal 1° febbraio 2001, la retribuzione di posizione dei neoassunti è stata corrisposta in misura della metà circa di quella dei Colleghi più anziani, con diritto tuttavia a conseguire la retribuzione di posizione piena al compimento del 5° anno di attività, previa verifica positiva. A tal fine sono state soprattutto usate le risorse della RIA dei dirigenti cessati dal servizio;
- si sono create due figure di dirigenti apicali, ante 31/07/1999 e post 31/07/1999, con retribuzione identica ma con componenti diversificate nominalmente: a) per i vecchi primari, indennità ad personam di 13.263.000 vecchie lire e 20.000.000 di indennità di specificità medica; b) per i neo-primari, 18.263.000 £ di indennità per incarico di struttura complessa e 15.000.000 di vecchie lire di indennità di specificità medica;
- dal 31/12/1999 è stata introdotta l'indennità di esclusività di rapporto, articolata in 4 fasce economiche diversificate per: dirigenti con esperienza professionale nel S.S.N. fino a 5 anni; da 5 a 15 anni; oltre i 15 anni; dirigenti con incarico di struttura complessa.

Gli inquadramenti degli incarichi, di cui all'art. 27, c. 1, del CCNL 8/06/2000 ricalcano quelli del CCNL 5/12/1996, quantomeno fino a diversa determinazione del-

l'atto aziendale di organizzazione di ciascuna ASL, cioè:

- sub a), incarichi di direzione di struttura complessa, equivalenti a quelli di cui all'art. 56, c. 1, sub a) del CCNL 5/12/1996;
 - sub b), incarichi di direzione di struttura semplice, equivalenti a quelli di cui all'art. 56, c. 1, sub b) del CCNL 5/12/1996;
 - sub c), incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e controllo, equivalenti a quelli di cui all'art. 57, fascia a) del CCNL 5/12/1996;
 - sub d), incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività, equivalenti a quelli di cui all'art. 57, fascia b) del CCNL 5/12/1996.
- Tuttavia, proprio la posizione del dirigente equiparato, necessariamente con più di 5 anni di attività di servizio, postula una posizione distinta dal sub d), e intermedia tra sub c) e sub d).

Comunque, a regime del CCNL 8/06/2000 (31/12/2001), le posizioni ed i valori in euro della retribuzione di posizione dei medici dirigenti erano così espressi (con la quantificazione delle diverse competenze fisse e variabili minime garantite, come da Tabella I).

Faccio notare l'esatta coincidenza (in termini assoluti) del valore della retribuzione di posizione del dirigente con incarico lettera c) art. 27 CCNL 8 giugno 2000 (o ex X) e quella del dirigente equiparato (o ex IX).

Con il 3° contratto della dirigenza medica (3/11/2005, 1° biennio):

- viene conglobata la i.i.s. nella retribuzione tabellare (dal 1° gennaio 2003);
 - dal 31/12/2003 nella retribuzione tabellare vengono conglobate quote consistenti di retribuzione di posizione (5.360,24 ?) e di risultato (1.245,24 ?) e, per i neoassunti con meno di 5 anni di attività, anche una quota di RIA dei dirigenti cessati (? 979,02);
 - le due distinte quote (fissa e variabile) della retribuzione di posizione minima garantita vengono unificate, sempre dal 31/12/2003;
 - rimane identica (anche nella forma, oltre che nella sostanza) la retribuzione di posizione dei dirigenti con incarico lettera c) art. 27 CCNL 8/06/2000 e dei dirigenti equiparati (con più di 5 anni di anzianità) e si crea una posizione di euro 0,00 nella retribuzione di posizione per i dirigenti con meno di 5 anni di anzianità.
- Con il contratto del 2° biennio economico 2004-2005 (sottoscritto il 5/07/2006):
- si crea un differenziale economico nella retribuzione di posizione tra dirigenti equiparati e dirigenti con incarichi

Tabella I - Retribuzione di posizione minima garantita (in euro al 31/12/2001) (dopo i CCNL 5/12/1996 e 8/06/2000)

| POSIZIONI | fissa | variabile | totale |
|--|--------------|------------------|---------------|
| Dirigente inc. S.C. (chirurgia) | 6.197,48 | 4.204,47 | 10.401,95 |
| Dirigente inc. S.C. (medicina) | 5.681,02 | 3.640,50 | 9.321,52 |
| Dirigente inc. S.C. (territorio) | 5.164,56 | 3.623,97 | 8.788,53 |
| ----- | ----- | ----- | ----- |
| Dirigente inc. S.S. o ex modulo D.P.R. 384/90 | 5.721,30 | 3.634,30 | 9.355,60 |
| Dirigente inc. lett. c) art. 27 CCNL 8/06/2000 | 4.100,66 | 2.520,30 | 6.620,96 |
| ----- | ----- | ----- | ----- |
| Dirigente equiparato | 1.032,91 | 5.588,05 | 6.620,96 |
| Dirigente < 5 anni | 1.032,91 | 2.234,70 | 3.267,61 |

lettera c) art. 27 CCNL 8/06/2000 (differenza che a regime, cioè al 31/12/2005, è di 1.071,72 euro annui), cioè un nuovo livello stabile di retribuzione di posizione minima contrattuale unificata, che compete:

a) o agli ex aiuti al 31/12/2001 (quindi con incarichi sub c), art. 27, CCNL 8/06/2000, con retribuzione di posizione fissa, in allora, di 4.100,66 e variabile di 2.520,30 ?);

b) ovvero ai dirigenti medici con 15 anni almeno di anzianità di servizio, verificati positivamente (anche per il riconoscimento al 15° anno della nuova fascia di indennità di esclusività) ed “anche ai fini dell’attribuzione di un incarico – ove disponibile – tra quelli indicati nella lettera c) dell’art. 27 del CCNL 8/06/2000, insomma una sorta di sub a) e sub b), di cui alla prima applicazione del D.Lgs. 517/93 (art. 18);

- rimane una posizione di euro 0,00 di retribuzione di posizione per i dirigenti neoassunti, fino al raggiungimento dei 5 anni di anzianità di servizio, una specie cioè di “dirigente in formazione”, un po’ simile all’assistente in

formazione del D.P.R. 348/83, ma meno penalizzato economicamente (vedi Tabella II)

(dopo il CCNL 3/11/2005)

- sia per i medici a tempo definito (che dovevano “morire” al 31/12/2001, e che dopo una serie di proroghe legislative, hanno conseguito nel CCNL 5/07/2006 un ruolo ad esaurimento), sia per i medici con rapporto non esclusivo, non sono stati riconosciuti, a differenza degli altri Colleghi, benefici economici sulla retribuzione di posizione del 2° biennio economico 2004-2005.

In definitiva, la carriera del medico dirigente:

1. risulta appiattita dall’inquadramento della dirigenza sanitaria in un unico livello, anche se “articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali”;

2. nel braccio di ferro tra CIMO (contro l’appiattimento) e la ANAAO (pro appiattimento), ha vinto la CIMO dal punto di vista dell’articolazione delle posizioni funzionali

Tabella II - Retribuzione di posizione minima unificata al 31/12/2005

| | |
|---|-----------|
| Dirigente incarico struttura complessa: area chirurgica | 10.655,43 |
| ----- | ----- |
| Dirigente incarico struttura complessa: area medicina | 9.250,88 |
| ----- | ----- |
| Dirigente incarico struttura complessa: area territorio | 8.557,93 |
| ----- | ----- |
| Dirigente incarico struttura semplice o ex modulo funzionale DPR 384/1990 | 6.807,08 |
| ----- | ----- |
| Dirigente incarico lett. c) art. 27 CCNL 8 giugno 2000 | 3.446,04 |
| ----- | ----- |
| Dirigente equiparato | 2.374,32 |
| ----- | ----- |
| Dirigente < 5 anni | 0,00 |

dirigenziali, che sono di più ora, che non negli anni '70 e '80, tuttavia l'organizzazione del lavoro medico non è migliorata per la bestemmia, di cui sono equamente responsabili l'ANAAO e la dott.ssa Dragonetti (art. 27, c. 2, CCNL 8/06/2000), secondo cui "la tipologia degli incarichi sub b) e sub c) non configura rapporti di sovra o sotto ordinazione degli incarichi";

3. tuttavia tra le figure professionali mediche oggi l'unico elemento differenziale economico è rappresentato dall'indennità di esclusività di rapporto e dalla retribuzione di posizione, nell'ambito della quale però la "forbice retributiva" risulta appiattita perché gli importi massimi previsti per la retribuzione di posizione (con l'aggiunta quindi della "variabile aziendale"), cioè 41.316,50 ? per i responsabili di struttura complessa, 36.152,00 ? per i responsabili di struttura semplice e per i dirigenti con incarico sub c) art. 27 CCNL 8/06/2000 ed ? 23.240,50 per i dirigenti con incarico di minore rilevanza tecnico-professionale, sono puramente teorici per carenza di risorse del Fondo contrattuale che dovrebbe garantire tali compensi;

4. la carriera medica è scandita dalla discrezionalità nella fase ascendente e dalla insicurezza e precarietà nella fase discendente perché non sono garantite né la selezione meritocratica, né la qualità e costanza di composizione dei Collegi di valutazione dei dirigenti, né la certezza e l'oggettività tecnico-professionale delle valutazioni da essi operate, con rischio addirittura di una interruzione traumatica di carriera (recesso);

5. la graduazione delle funzioni e l'attribuzione degli incarichi non ha alcuna oggettività e trasparenza, non essendo ispirata né da criteri tecnico-scientifici, né meritocratici, e con le OO.SS. di categoria relegate in un ruolo assolutamente marginale;

6. la sostanziale libertà-discrezionalità lasciata alle amministrazioni in materia di graduazione delle funzioni e attribuzione degli incarichi ha determinato una "babele" in materia (sottoarticolazioni del sub c; Collegi in sub d, nonostante la loro grande esperienza e capacità, ecc.), così da mettere in dubbio persino le piante organiche sottostanti agli incarichi stessi, piante che comunque sono rimaste come riferimento fondamentale anche per il nuovo assetto organizzativo e gestionale delle ASL;

7. l'organizzazione dipartimentale dei servizi sanitari tende a ridurre le posizioni di responsabilità di direzione

delle U.O.C., ed anche i disegni di legge di riordino-ammodernamento del S.S.N. (entrambi abortiti, cioè quello di Sirchia e quello della Turco) non hanno né garantito una vera selezione tecnico-meritocratica delle figure mediche apicali, né hanno valorizzato la posizione dei responsabili di struttura semplice, anche se il disegno di legge Sirchia prevedeva per i dirigenti di struttura semplice una selezione pubblica del tutto analoga a quella per i dirigenti responsabili di struttura complessa, e se lo stesso Ministro ha consentito ai Collegi, con la legge 138/2004, di recedere dal rapporto esclusivo e di dirigere le strutture anche in regime di extramoenia;

8. continuano ad essere "bastonate" le carriere dei medici dirigenti a rapporto non esclusivo, e quelle dei Collegi rimasti a tempo definito;

9. gli spazi libero-professionali (intramoenia ortodossa) stentano molto a svilupparsi di numero e ad adeguarsi nella qualità, mentre la cosiddetta "intramoenia allargata" per i Collegi a rapporto esclusivo, dopo la legge 120/2007, rischia di essere del tutto preclusa, a partire dal 31/01/2009;

10. sono praticamente scomparse, dalla carriera intesa in senso lato e dalla retribuzione dei medici dirigenti, le voci dinamiche (retribuzione di risultato o di produttività, libera professione, ecc.), in aperta contraddizione con la nostra qualifica dirigenziale ed il nostro ruolo professionale. Con queste premesse e valutazioni, la carriera del medico dirigente (senza tuttavia troppo rimpiangere i vecchi concorsi, del tutto perfettibili, ed il vecchio assetto della gerarchia tripartita) non è evoluta in senso pieno e vero (se comprendiamo nel concetto di evoluzione anche un significato implicito di miglioramento e progresso), è semplicemente cambiata, ma credo che il cambiamento non sia stato gradito dalla maggioranza dei medici dipendenti perché, come la CIMO-ASMD dice da almeno 20 anni, il cambiamento ha consegnato la carriera dei medici dipendenti-dirigenti nelle mani della politica, ed è una politica di scarsa qualità per gli uomini ed i valori che esprime.

DALLA COLPA DEL MEDICO ALLA “RESPONSABILITÀ MEDICA”

Vania Cirese

La responsabilità della struttura è ormai pacificamente ammessa in ambito civilistico (sono numerosi i processi in cui l'ospedale, le ASL e loro assicurazioni sono convenuti e perfino condannati - Cass. 10292/2004; Cass. Civ. 571/2005; 1698/2006; 9085/2006) ciò per la natura contrattuale che lega il medico al paziente e l'ente al paziente. Poiché la responsabilità di un ente ospedaliero per i danni causati ai pazienti da sanitari dipendenti è di natura contrattuale, ne deriva il dovere di risarcire il danno quando dall'atto medico (terapia/operazione) consegue un risultato peggiorativo delle condizioni finali del paziente.

In altre parole, l'ente è condannato perché gli autori della condotta colposa (una volta che questa sia provata e ritenuta in rapporto causale con l'evento) sono alle dipendenze dell'ente; cioè l'ente risponde per fatto altrui, non proprio (Cass. Civ. sez. III 21/12/78 e segg.) in base al rapporto di immedesimazione organica.

Sul punto vige consolidata giurisprudenza della Cassazione, che ha più volte ribadito che l'ente può essere condannato “se tutti i possibili autori di una condotta colposa sono alle dipendenze dell'ente ospedaliero convenuto”. Inoltre l'estensione dello status di dipendente pubblico agli operatori del SSN comporta il fatto che la Pubblica Amministrazione risponde dei danni causati dai dipendenti (fatti salvi i casi di dolo o colpa grave).

Nel merito sono state pronunciate solo poche sentenze di condanna dell'ente in persona dei suoi amministratori per fatto proprio, ossia per proprie violazioni di prudenza, diligenza.

Una significativa sentenza in cui è stata riconosciuta la responsabilità di un ente ospedaliero per carenze organizzative è stata emanata dal Tribunale di Ascoli Piceno (28/11/95) che, in un caso di lesioni cerebrali provocate da ritardo nell'esecuzione di un taglio cesareo, ha affermato che “la responsabilità dell'ente convenuto consiste, in particolare, nel non aver assicurato la presenza continua di un'anestesista-rianimatore ed un più efficiente reparto ostetrico, a cui era obbligato in considerazione dell'importanza della struttura ospedaliera, posta al servizio di un grande bacino di utenza”.

L'indisponibilità, deficienza, insufficienza di presidi/strumenti essenziali per una corretta terapia è considerata

comunque fonte di responsabilità della figura apicale che, relativamente alle prestazioni da erogare, ha l'obbligo di vigilanza e controllo oltre che sul versante clinico, anche sull'aspetto tecnico; ha l'obbligo dell'adozione di possibili sostitutivi, è tenuto ad informare il paziente dei maggiori rischi ed eventualmente a trasferirlo presso altre strutture più idonee.

Il dovere di informazione sulle carenze strutturali o di presidi è stato ribadito da diverse importanti pronunce della cassazione civile. La Cass. III civile 6318/2000 ha sancito: se è vero che costui (il primario) non può essere chiamato a rispondere di ogni evento dannoso che si verifichi in sua assenza nel reparto affidato alla sua responsabilità, non essendo esigibile un controllo continuo e analitico di tutte le attività terapeutiche che vi si compiono, tuttavia la responsabilità del malato che gli attribuisce l'art. 7 DPR128/1969, gli impone la puntuale conoscenza delle situazioni cliniche dei degenti. In tale quadro anche la contingente mancanza di un'apparecchiatura necessaria, per quanto non imputabile al primario, non lo esime da dover adottare o controllare che siano adottati i possibili accorgimenti sostitutivi ed informare il paziente del maggior rischio... e ciò anche in assenza, nella legislazione nazionale, di uno standard di riferimento degli strumenti di cui una struttura sanitaria pubblica deve necessariamente disporre”. La Cass. Civ., III sez. sent. n. 113167/2003 ha stabilito che il medico ospedaliero, pur non essendo responsabile delle carenze della struttura ospedaliera, ha tuttavia l'obbligo di informare il paziente dell'eventuale anche solo contingente inadeguatezza della struttura presso la quale lo stesso è ricoverato. La Cass. Civ. sez. III sent. N. 14638/2004 ha rimarcato che il medico ha l'obbligo di informare il paziente non solo dei rischi dell'intervento da effettuare, ma anche dello stato di efficienza e delle dotazioni della struttura sanitaria in cui presta attività. L'obbligo d'informazione sull'organizzazione deficitaria è sancito anche a livello penale dalla Cassazione e dai giudici di merito. La mancata informazione sulle carenze strutturali è pertanto considerata fonte di responsabilità per la figura apicale che non può esimersi dal generale dovere di controllo. Il compito di vigilanza in ordine a carenze tecniche, scientifiche e strutturali fa parte del più ampio

dovere di diligenza. Il Trib. di Milano, sez. IV penale, sent. 13/10/1999, occupandosi di un caso di mancato funzionamento di una camera iperbarica, ha censurato l'operato del primario ribadendo che il dirigente apicale ha anche il compito di vigilanza tecnica, il cui scopo è di prevenire le carenze di funzionamento e quindi il danno al paziente.

Venendo alle problematiche sulla responsabilità penale della struttura, se il danno al paziente deriva da una condotta penalmente rilevante del medico, la struttura risponde (solo) come responsabile civile (citato dal pubblico ministero o dalla parte civile); se deriva da una violazione dell'obbligo di prudenza e diligenza dell'ente e non del singolo medico (es. mancata predisposizione di sicurezze, presidi, dotazioni, manutenzioni di macchinari elettromedicali, tenuta delle sale operatorie e loro numero a disposizione, assunzione insufficiente del personale sanitario), fermo restando il dovere di informazione al paziente da parte del medico che presta l'opera e della figura apicale, che deve anche attivarsi per sollecitare provvedimenti, approntare sostituzioni o trasferire il paziente, va comunque risolto il problema, relativamente all'ente, dell'identificazione dei responsabili e del tipo di responsabilità loro ascrivibile, alla luce del D.Lgs. 502/92 e seguenti.

La situazione è stata infatti notevolmente modificata con l'emanazione del citato Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modifiche, che ha trasformato le U.S.L. in azienda (pur sempre dipendente dalla Regione) dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile e tecnica, individuando quale responsabile dell'azienda il direttore generale, coadiuvato dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo. In altri termini, l'individuazione di questi tre soggetti può permettere di attribuire responsabilità di natura penale nel caso in cui si siano verificati danni ai pazienti (indipendentemente dalla correttezza delle condotte dei medici) a causa di carenze strutturali ed organizzative per omissioni ascrivibili a queste figure, al cui operato devono essere applicati i criteri della responsabilità d'equipe. Accanto alla responsabilità della struttura, pacificamente ammessa in ambito civilistico, potrebbe dunque configurarsi anche quella di carattere penale e a titolo proprio, in capo a coloro che hanno il potere di agire in nome e per conto della struttura (legale rappresentante dell'ente, datore di lavoro e suoi preposti). In linea con tale orientamento è la sentenza della Cassazione Penale, sez. IV. N. 10093/1995 che, occupandosi di un caso di morte in clinica, a seguito di un decorso post-operatorio problematico, in un ambiente privo di assistenza e vigilanza, e in assenza di presidi, ha sancito: "va ascritta alla penale

responsabilità del direttore amministrativo della struttura ospedaliera, a titolo di colpa, la morte della paziente in seguito ad intervento chirurgico, nel caso che questi non predisponga un'organizzazione almeno sufficiente e tale comunque da rendere possibile quel minimo d'assistenza notturna post-operatoria (ferme le più specifiche competenze del direttore sanitario) che tutti gli interventi chirurgici eseguiti in anestesia impongono.

Sembra proprio che debbano aprirsi nuovi indirizzi nella valutazione della responsabilità in ambito sanitario, atteso che il paziente viene "assistito" non dal singolo medico ma da un'"equipe medica", la quale per altro è operativamente inserita in una struttura sanitaria che deve possedere determinate caratteristiche qualitative e di efficienza, indispensabili per l'ottenimento del risultato favorevole, condizionato da un lato dalla disponibilità delle risorse finanziarie e dall'altro dalle condotte di figure professionali esterne alla stessa equipe medica. L'evento infausto può essere determinato da errore colposo del singolo o del gruppo ma anche da difficoltà, carenze di sicurezze, presidi, dotazioni che determinano incidenti ed errori incolpevoli da parte del sanitario. Nei casi in cui l'evento dannoso non è legato alla condotta colposa personale (commisiva o omissiva) del sanitario ma è attribuibile a fattori esterni di ordine diverso, occorre identificare i soggetti tenuti a osservare il precetto penale, che non può fare capo all'ente ma solo ad una persona fisica, in applicazione del noto principio secondo cui la responsabilità penale è personale, quindi innanzi tutto di una "persona fisica". In tal senso si dovrà accertare, secondo la normativa che disciplina l'organizzazione dell'Ente e in base all'effettivo esercizio delle funzioni, quale persona fisica abbia il potere giuridico di provvedere agli adempimenti necessari a garantire che l'erogazione delle prestazioni sanitarie avvenga in sicurezza e senza prevedibili danni sui pazienti. In questa prospettiva la responsabilità penale non può non tener conto del soggetto che dispone dei poteri di gestione (patrimoniale, tecnica, amministrativa), autonomia decisionale e finanziaria, effettivi poteri di spesa, di organizzazione delle risorse umane e strumentali. Ben diversa considerazione dovrà aversi per quei soggetti ai quali in concreto siano stati affidati compiti che possono comportare una valutazione anche in sede penale, ma rimangano sprovvisti di autonomi poteri di spesa per rendere la struttura adeguata e sicura nell'assistenza sanitaria erogata ai pazienti. Di conseguenza, in primo luogo si deve ritenere destinatario dei precetti penali il direttore generale, quale organo di vertice per gli adempimenti imposti in via esclusiva e quindi non delegabili (es. sicurezza dei

lavoratori) perché a lui compete il controllo di tutta l'organizzazione amministrativa e gestionale (Cass., sez. III, 30/9/94), poi i suoi delegati (es. direttore sanitario).

Ci si pone ormai sempre più il problema di considerare in un contesto penalistico la responsabilità delle strutture (ossia delle persone fisiche che agiscano per esse) per danno ai pazienti non direttamente causato da prestazioni colpose dei sanitari. In altre parole, non si può più parlare di responsabilità del medico ma di "responsabilità medica" perché non si può tenere in considerazione solo il rapporto medico-paziente, dovendo anche riferirsi necessariamente all'organizzazione sanitaria, ossia alla realtà e potenzialità che la struttura ospedaliera può offrire ai pazienti.

Dalla classica (teorica) responsabilità del singolo medico nei confronti del paziente si è passati alla più realistica responsabilità civile e penale dell'equipe sanitaria ma non può sottovalutarsi la responsabilità della struttura sanitaria nei confronti del paziente, responsabilità oltre che civile anche penale e per fatto proprio, avendo riguardo non unicamente alla condotta del personale dipendente, ma considerando anche quelle azioni ed omissioni del legale rappresentante dell'ente (o suoi preposti). Indubbiamente il riconoscimento della responsabilità penale degli amministratori dell'azienda postula la valutazione caso per caso della loro autonomia decisionale, puntando l'attenzione sui singoli casi concreti, quali l'assenza dei presidi terapeutici o le carenze organizzative, valutando l'eventuale correttezza del direttore sanitario ed amministrativo. Per la mancanza di mezzi terapeutici più complessi o per la insufficienza di personale per omessa assunzione andranno valutate anche le responsabilità degli amministratori regionali e centrali. Occorre tenere in conto che gli amministratori della struttura pubblica debbono confrontarsi con il budget disponibile, operando scelte in relazione alle disponibilità delle risorse economiche destinate alla sanità, riguardo le potenzialità strutturali e organizzative delle aziende e i loro obiettivi.

Queste circostanze, o la mancanza assoluta di risorse in bilancio, comunque, non possono certo tradursi in "difetto di colpevolezza", ossia non possono costituire un caso di "forza maggiore", o un'esimente che esclude la responsabilità. Va ricordato un indirizzo di particolare favore in tema di responsabilità penale di amministratori delle UUSLL (Cass. Pen., sez. II, 1986), secondo cui la colpa del Presidente di una USL della disfunzione temporanea venutasi a produrre nella struttura e ravvisabile solo se egli abbia avuto conoscenza delle irregolarità verificatesi nell'organizzazione e nell'andamento di un servizio rientran-

te nelle attribuzioni di altri uffici e si sia dimostrato acquiescente, omettendo di compiere quanto fosse in suo potere per far cessare l'irregolarità. Attesa la responsabilità delle strutture in ambito civilistico, oggi la modifica della situazione per la trasformazione dell'USL in azienda (229/99) dotata di personalità giuridica, autonomia organizzativa e patrimoniale e per la specifica individuazione del suo legale rappresentante non può più tradursi, in sede penale, in una non equipollente individuazione dei soggetti imputabili. Pertanto, può ravvisarsi una responsabilità della figura apicale riguardante la corretta informazione al paziente anche sull'inadeguatezza della struttura; responsabilità per la predisposizione dell'organizzazione interna; prestazioni medico chirurgiche, attività di programmazione e direzione dell'unità operativa o dipartimentale, indirizzo, verifica sulle prestazioni di diagnosi e cura, assegnazione a sé o agli altri medici della cura dei pazienti (DPR 761/79). Non v'è comunque dubbio che sia altresì ravvisabile la responsabilità per insufficienza, inefficienza, difetti delle strutture, attrezzature sanitarie (presidi inadeguati, indisponibilità di strumenti, deficit della manutenzione degli stessi, carenze organizzative) in capo alle figure professionali dei legali rappresentanti, degli amministratori e manager con particolare riferimento al direttore generale, amministrativo e sanitario, mentre la mancanza sul territorio di presidi sanitari adeguati (emergenza, assistenza domiciliare, ecc.) può comportare la responsabilità politico-amministrativa delle singole Regioni.

Occorre sempre più far rilevare nelle diverse sedi che l'errore umano in ambito sanitario è strettamente connesso a fattori organizzativi e strutturali che creano "l'infrastruttura" in cui il personale medico si trova a prendere decisioni e agire nell'interesse del paziente e per la tutela della sua salute. La recente sentenza 577/08, configurando l'autonomo contratto di "spedalità" tra struttura sanitaria, pubblica o privata, e paziente (diverso dal rapporto medico-paziente) riconosce la possibilità di una responsabilità contrattuale dell'ente non solo con riguardo al personale medico dipendente (e a quello ausiliario) ma anche alla struttura stessa per inefficiente o non idonea organizzazione. Dopo aver ricordato che tanto la responsabilità della struttura quanto quella del medico nei confronti del paziente sono contrattuali (la prima per l'accettazione del paziente e la seconda per "contratto sociale"), ha censurato il riduttivo appiattimento delle responsabilità della struttura su quella del medico, ossia che presupposto per l'affermazione della responsabilità contrattuale della struttura fosse l'accertamento di un comportamento colposo

del medico operante nella stessa. La riconsiderazione del rapporto medico-paziente in termini autonomi (autonomo ed atipico contratto a prestazioni corrispettive di ospedalità o di assistenza sanitaria ex art. 1218 c.c.) apre a forme di responsabilità autonome dell'ente, che prescindono dall'accertamento di una condotta colposa dei singoli operatori e trovano la fonte nell'inadempimento delle obbligazioni direttamente riferibili all'ente. Questo percorso interpretativo è stato anticipato da alcune pronunce di merito, dalla sent. SSUU 9556/02, dalla Cass. 571/2005 e 1698/2006 che si sono espressi valorizzando la complessità del legame che si instaura tra paziente e struttura, che va ben oltre la fornitura di prestazioni alberghiere, comprendendo anche la messa a disposizione di personale medico ausiliario, paramedico, l'apprestamento di medicinali e di tutte le attrezzature necessarie anche per eventuali complicazioni. In virtù del contratto, la struttura deve quindi fornire al paziente una prestazione assai articolata, definita genericamente di "assistenza sanitaria", che ingloba al suo interno, oltre alla prestazione principale medica, anche una serie di obblighi c.d. di protezione ed accessori. L'individuazione del fondamento di responsabilità dell'ente nell'inadempimento di obblighi propri della struttura comporta che si possa avere una responsabilità contrattuale della struttura verso il paziente danneggiato non solo per il fatto del personale medico dipendente (o del personale ausiliario), ma anche della struttura stessa (insufficiente o inidonea organizzazione). Ove si ritenga sussistente un contratto di ospedalità tra ente e paziente, la responsabilità della clinica prescinde dalla responsabilità o dall'eventuale mancanza di responsabilità del medico in ordine all'esito infausto di un intervento o al sorgere di un danno che non ha connessione diretta con l'esito dell'intervento chirurgico.

Nel nuovo scenario, alla luce dei recenti orientamenti giurisprudenziali e della mutata sensibilità giuridica, in caso di evento infausto dovuto a carenze organizzative o strutturali sarà pertanto ravvisabile una responsabilità penale degli amministratori della struttura; i requisiti della responsabilità per colpa nell'ambito del diritto penale, finora sviluppati sul modello del singolo soggetto verranno trasferiti sul terreno della cooperazione di più soggetti con divisione del lavoro e l'elaborazione penalistica dovrà necessariamente tenere conto dei problemi giuridici suscitati dalla divisione del lavoro sanitario tanto in ambito tecnico tanto in quello finanziario, amministrativo e decisionale.

Vania Cirese
Avvocato

In tema di responsabilità medica

Una delle parole d'ordine ricorrenti che la CIMO-ASMD ha, più di recente, riproposto all'attenzione del Governo e del Parlamento, delle controparti negoziali, dei direttori generali datori di lavoro e, nel corso dell'attuale sessione di contrattazione collettiva, della stessa ARAN (che rappresenta gli interessi del Servizio Sanitario Nazionale, comprese le sue prioritarie componenti regionali) è certamente stata quella della sicurezza sul lavoro e per coloro che hanno l'esigenza di fruire delle prestazioni sanitarie erogate dal servizio pubblico.

In ambito sanitario, infatti, se - da un lato - esiste la generale preoccupazione di evitare che l'errore sanitario si trasformi, a propria volta, in una ragione di non sicurezza, dall'altro è largamente diffusa tra gli operatori la convinzione di essere essi stessi "creditori di sicurezza", di poter - cioè - svolgere l'attività delicatissima cui sono preposti usufruendo di una organizzazione (strutture, impianti, apparecchiature, personale) capace, efficace ed efficiente, oltretutto qualificata, e sapendo di poter contare sul supporto datoriale anche nella disgraziata eventualità in cui l'errore si trasformi in tragedia. Supporto che non rappresenta l'epigono della complicità omertosa ma la corretta assunzione di responsabilità datoriale per il fatto del proprio dipendente/collaboratore.

La recentissima pubblicazione di un testo esperienziale (Come pensano i dottori - prof. Jerome Groopman - Mondadori 2008) ha nuovamente evidenziato come una cosa sia l'"errore" frutto di un comportamento, omissivo o commissivo, caratterizzato da colpa (negligenza, imprudenza e imperizia), altro sia il cd "pregiudizio", cioè l'"errore di pensiero", l'uso della facoltà mentale in maniera passiva e contorta, la razionalizzazione preconcepita impermeabile alle stimolazioni di segno diverso, che induce a ragionare per schemi senza tenere doveroso conto delle manifestazioni del reale. Comunque sia, l'attualità della questione non è discussa dal momento che, caducato (per la fine della legislatura) il ddl Turco che - seppure in modo giudicato insufficiente - si era finalmente espresso sulla responsabilità diretta della struttura nel caso in cui dalla prestazione sanitaria (genericamente intesa) fossero derivate conseguenze lesive per il paziente, è tornato in modo perentorio a dire la sua il massimo consenso giurisprudenziale del nostro ordinamento.

Le Sezioni Unite dalla Corte di Cassazione non sono certamente una sorta di Bibbia per gli operatori del diritto (specie in un Paese di civiltà giuridica positiva come il nostro, ove il precedente giurisprudenziale non è vincolante ma vale, per

LA STRUTTURA NON PUÒ CHIAMARSI FUORI

Giancarlo Faletti

l'appunto, come l'espressione del pensiero di quel giudice in quel giudizio) ma le volte in cui esse si esprimono per dipanare un contrasto giurisprudenziale esteso e lancinante, il loro pensiero non può certamente essere né ignorato, né pretermesso.

Discostarsene (per il singolo operatore) non è così agevole, specie perché – essendo la Cassazione il giudice del diritto – il principio interpretativo dalla medesima dettato costituirà (fino a successivo revirement) il riferimento costante di quel giudice in quella materia. Un po' come interrogare l'aruspice essendo già a conoscenza del verdetto!

Cassazione Sezioni Unite Civili, sentenza n. 577 del 11/1/08, si è recentemente riproposta di fare il punto della situazione in materia di responsabilità (in specie, della struttura nei confronti del paziente, dettando – al contempo – indicazioni di interesse riguardo alla distinzione tra obbligazione di mezzi e di risultato e di riparto dell'onere della prova, con particolare riferimento al cd nesso causale). Proviamo, perciò, a sintetizzare i principi così espressi in undici affermazioni che racchiudono – nella sostanza – il riferimento cui attenersi nel valutare quelle situazioni in cui possa ritenersi compromessa – per certo – la responsabilità dell'ente, anche laddove non sia necessario il suo collegamento con il fatto colposo del proprio dipendente.

1 Per quanto concerne la responsabilità della struttura sanitaria nei confronti del paziente è irrilevante che si tratti di una casa di cura privata o di un ospedale pubblico, in quanto sostanzialmente equivalenti sono a livello normativo gli obblighi dei due tipi di strutture verso il fruitore dei servizi, ed anche nella giurisprudenza si riscontra una equiparazione completa della struttura privata a quella pubblica quanto al regime della responsabilità civile anche in considerazione del fatto che si tratta di violazioni che incidono sul bene della salute, tutelato quale diritto fondamentale dalla Costituzione, senza possibilità di limitazioni di responsabilità o differenze risarcitorie a seconda della diversa natura, pubblica o privata, della struttura sanitaria.

2 La responsabilità della struttura sanitaria va inquadrata nella responsabilità contrattuale, sul rilievo che l'accettazione del paziente in ospedale, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto.

3 Anche l'obbligazione del medico dipendente dalla struttura sanitaria nei confronti del paziente, ancorché non fondata sul contratto, ma sul "contatto sociale", ha natura contrattuale.

4 Per diverso tempo tale legame contrattuale è stato interpretato e disciplinato sulla base dell'applicazione analogica al rapporto paziente – struttura delle norme in materia di un contratto di prestazione d'opera intellettuale vigenti nel rapporto medico – paziente, con il conseguente e riduttivo appiattimento della responsabilità della struttura su quella del medico. Da ciò derivava che il presupposto per l'affermazione della responsabilità contrattuale della struttura fosse l'accertamento di un comportamento colposo del medico operante presso la stessa. Più recentemente, invece, dalla giurisprudenza il suddetto rapporto è stato riconsiderato in termini autonomi dal rapporto paziente – medico, e riquilibrato come un autonomo ed atipico contratto a prestazioni corrispettive (da taluni definito contratto di spedalità, da altri contratto di assistenza sanitaria), al quale si applicano le regole ordinarie sull'inadempimento fissate dall'art. 1218 c.c.

5 Da ciò consegue l'apertura a forme di responsabilità autonome dell'ente, che prescindono dall'accertamento di una condotta negligente dei singoli operatori, e trovano invece la propria fonte nell'inadempimento delle obbligazioni direttamente riferibili all'ente.

6 In virtù del contratto, la struttura deve quindi fornire al paziente una prestazione assai articolata, definita genericamente di "assistenza sanitaria", che ingloba al suo interno, oltre alla prestazione principale medica, anche una serie di obblighi c.d. di protezione ed accessori.

7 Si può avere perciò una responsabilità contrattuale della struttura verso il paziente danneggiato non solo per il fatto del personale medico dipendente, ma anche del personale ausiliario, nonché della struttura stessa (insufficiente o inidonea organizzazione).

8 Sul piano della responsabilità, ove si ritenga sussistente un contratto di spedalità tra clinica e paziente, la responsabilità della clinica prescinde dalla responsabilità o dall'eventuale mancanza di responsabilità del medico in ordine all'esito infausto di un intervento o al sorgere di un danno che può anche non avere connessione diretta con l'esito dell'intervento chirurgico.

9 Non assume, in particolare, più rilevanza, ai fini della individuazione della natura della responsabilità della struttura sanitaria se il paziente si sia rivolto direttamente ad una struttura sanitaria del SSN, o convenzionata, oppure ad una struttura privata o se, invece, si sia rivolto ad un medico di fiducia che ha effettuato l'intervento presso una struttura pri-

vata. In tutti i predetti casi è ipotizzabile la responsabilità contrattuale dell'Ente.

10 Il problema del riparto dell'onere probatorio deve seguire i criteri fissati in materia contrattuale, alla luce del principio enunciato in termini generali dalle Sezioni Unite di questa Corte con la sentenza 30 ottobre 2001, n. 13533, in tema di onere della prova dell'inadempimento e dell'inesatto adempimento. Le Sezioni Unite, nel risolvere un contrasto di giurisprudenza tra le Sezioni semplici, hanno enunciato il principio secondo cui il creditore che agisce per la risoluzione contrattuale, per il risarcimento del danno, ovvero per l'adempimento deve dare la prova della fonte negoziale o legale del suo diritto, limitandosi alla mera allegazione della circostanza dell'inadempimento della controparte, mentre il debitore convenuto è gravato dell'onere della prova del fatto estintivo, costituito dall'avvenuto adempimento.

11 Analogo principio è stato enunciato con riguardo all'inesatto adempimento, rilevando che al creditore istante è sufficiente la mera allegazione dell'inesattezza dell'adempimento (per violazione di doveri accessori, come quello di informazione, ovvero per mancata osservanza dell'obbligo di diligenza, o per difformità quantitative o qualitative dei beni), gravando ancora una volta sul debitore l'onere di dimostrare l'avvenuto, esatto adempimento.

12 La giurisprudenza delle Sezioni semplici della Corte, applicando questo principio all'onere della prova nelle cause di responsabilità professionale del medico, ha ritenuto che gravasse sull'attore (paziente danneggiato che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria) oltre alla prova del contratto, anche quella dell'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie nonché la prova del nesso di causalità tra l'azione o l'omissione del debitore e tale evento dannoso, allegando il solo inadempimento del sanitario. Resta a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento, cioè di aver tenuto un comportamento diligente.

13 Come insegna la definizione tradizionale, nelle obbligazioni di mezzi la prestazione dovuta prescinde da un particolare esito positivo dell'attività del debitore, che adempie esattamente ove svolge l'attività richiesta nel modo dovuto. In tali obbligazioni è il comportamento del debitore ad essere in obbligazione, nel senso che la diligenza è tendenzialmente considerata quale criterio determinativo del contenuto del vincolo, con l'ulteriore corollario che il risultato è caratterizzato dall'aleatorietà, perché dipende, oltre che dal comportamento del debitore, da altri fattori esterni oggettivi o soggettivi. Nelle obbligazioni di risultato, invece, ciò che importa è il conseguimento del risultato stesso, essendo indifferente il mezzo utilizzato per raggiungerlo. La diligen-

za opera solo come parametro, ovvero come criterio di controllo e valutazione del comportamento del debitore: in altri termini, è il risultato cui mira il creditore, e non il comportamento, ad essere direttamente in obbligazione.

14 Sotto il profilo dell'onere della prova, la distinzione tra obbligazione di mezzi e di risultato (talvolta costruita con prevalente attenzione alla responsabilità dei professionisti intellettuali e dei medici in particolare) veniva utilizzata per sostenere che mentre nelle obbligazioni di mezzi, essendo aleatorio il risultato, sul creditore incombesse l'onere della prova che il mancato risultato era dipeso da scarsa diligenza, nelle obbligazioni di risultato, invece, sul debitore incombeva l'onere della prova che il mancato risultato era dipeso da causa a lui non imputabile.

Distinzione criticata dalla successiva giurisprudenza secondo la quale il meccanismo di ripartizione dell'onere della prova ai sensi dell'art. 2697 c.c. in materia di responsabilità contrattuale (in conformità a criteri di ragionevolezza per identità di situazioni probatorie, di riferibilità in concreto dell'onere probatorio alla sfera di azione dei singoli soggetti e di distinzione strutturale tra responsabilità contrattuale e da fatto illecito) è identico, sia che il creditore agisca per l'adempimento dell'obbligazione, ex art. 1453 c.c., sia che domandi il risarcimento per l'inadempimento contrattuale, ex art. 1218 c.c., senza richiamarsi in alcun modo alla distinzione tra obbligazioni di mezzi e di risultato.

15 L'inadempimento rilevante nell'ambito dell'azione di responsabilità per risarcimento del danno nelle obbligazioni così dette di comportamento non è qualunque inadempimento, ma solo quello che costituisce causa (o concausa) efficiente del danno. Ciò comporta che l'allegazione del creditore non può attenere ad un inadempimento, qualunque esso sia, ma ad un inadempimento, per così dire, qualificato, e cioè astrattamente efficiente alla produzione del danno. Competerà al debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è proprio stato ovvero che, pur esistendo, non è stato nella fattispecie causa del danno.

In tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e di responsabilità professionale da contatto sociale del medico, ai fini del riparto dell'onere probatorio, l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare il contratto (o il contatto sociale) e l'aggravamento della patologia o l'insorgenza di un'affezione ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato. Competerà al debitore dimostrare o che tale inadempimento vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante.

Giancarlo Faletti
Avvocato

ANCORA SULLE “CAUSE SPECIALIZZANDI”

Fabrizio Scagliotti



Poiché il mio studio riceve molte telefonate in relazione alle notizie diffuse da Organi di stampa e dalla rete telematica circa la class action intrapresa dalla Codacons a favore dei medici specializzati negli anni 1982-1991, pare utile tornare sull'argomento per chiarire un punto più volte ribadito, ma evidentemente non chiaro.

Non chiaro anche perché sottaciuto: dato che il sottoscritto è tendenzialmente privo di malizia, deve per forza ritenere che la mancata informazione su tale punto da parte di alcune Organizzazioni che si propongono di assistere i medici ex specializzandi non sia intenzionale, ma frutto dell'euforia che sembra aver contagiato chi si occupa della questione.

Occorre premettere che il diritto al risarcimento del danno per la mancata attuazione delle direttive comunitarie in materia di specializzandi è stato più volte affermato: dunque anche la recentissima sentenza della Corte di Cassazione 12 febbraio 2008, n. 3283, che tanto clamore ha suscitato, non rappresenta una significativa novità, ma la conferma di un orientamento che si sta consolidando.

Il punto focale, quindi, è un altro, cioè quello della prescrizione del diritto.

Secondo i giudici delle cause sino ad oggi intentate per il riconoscimento del diritto al compenso per gli anni di specializzazione, infatti, al risarcimento del danno da mancata attuazione delle direttive comunitarie si applicano pur sempre le norme interne (del singolo Stato membro UE, cioè) che regolano la fattispecie: e quindi anche

quelle che prevedono che esso, trascorso un dato periodo, non può più essere fatto valere. In altri termini, le norme sulla prescrizione.

A seconda di come si configuri il diritto a ricevere le somme connesse allo svolgimento della specializzazione, come derivante da responsabilità contrattuale od extracontrattuale, la prescrizione matura in dieci o cinque anni. Per tutti gli specializzandi che non abbiano intrapreso un'azione entro tale termine, quindi, lo Stato potrebbe eccepire dunque l'intervenuta prescrizione. Poiché però la prescrizione non può essere rilevata d'ufficio dal giudice, è accaduto in talune cause (per quanto è dato di sapere) che la relativa eccezione non sia stata sollevata dall'Avvocatura dello Stato e questo ha spianato la strada, anche recentemente, ad alcune pronunce favorevoli. Laddove però l'eccezione di prescrizione è stata sollevata, i giudici hanno ritenuto che questa fosse fondata ed hanno rigettato la domanda.

Con un certo sforzo interpretativo si può però affermare che il diritto sia ancora intatto. Ad esempio, argomentando da una certa giurisprudenza comunitaria si potrebbe affermare che l'inadempimento dello Stato membro configuri una sorta di illecito permanente, sicché la prescrizione non potrebbe cominciare a decorrere se non quando lo Stato avesse adempiuto pienamente alle direttive, riconoscendo a tutti il diritto. Dunque delle due l'una: o tale tesi è infondata, ed allora il diritto è irrimediabilmente perso; oppure questa è meritevole di accoglimento e

quindi esso non è ancora prescritto, né si prescriverà sino al completo adempimento da parte dello Stato italiano.

L'altra tesi prospettabile, che pone la scadenza del termine di prescrizione nel 2009 (questo è il termine indicato dal Codacons per esperire l'azione), è quella in base alla quale lo Stato italiano con la legge del 19 ottobre 1999, n.370, abbia operato una sorta di riconoscimento di debito, facendo dunque decorrere un nuovo termine di prescrizione decennale.

Quelle prospettate, è bene ribadirlo, sono soltanto "tesi": potranno quindi essere accolte oppure no. Per onestà intellettuale ciò va detto. E va detto che entrambe le tesi sopra riportate sono state evidenziate nei ricorsi già propugnati dalla CIMO-ASMD.

Sempre per onestà intellettuale va anche detto che le sentenze favorevoli rese non hanno affrontato il tema della prescrizione: o perché le cause sono state intentate prima che essa maturasse, oppure perché, probabilmente, la relativa eccezione non è stata sollevata.

Verrebbe da dire, in conclusione, nulla di nuovo sotto il sole. La situazione resta quella di qualche anno fa, allorché le cause sponsorizzate dal nostro Sindacato sono state avviate. Nessuna vittoria scontata: solo la costanza di qualcuno nel proseguire nell'azione.

Da ultimo, va precisato che chi ha già promosso una causa e magari ha avuto una decisione in primo o secondo grado, non può proporre altra causa avente il medesimo oggetto. E chi ha visto formarsi il giudicato, per non aver impugnato la pronuncia sfavorevole, ha perso definitivamente il proprio diritto.

Attendiamo dunque la sentenza della Corte di Appello di Roma (ragionevolmente potrebbe intervenire subito dopo l'estate) che si pronuncerà anche sul problema della prescrizione. Se esso sarà risolto positivamente, anche chi non ha ancora promosso ricorso potrà avviare una nuova azione.

SegnateVi comunque un termine: 26 ottobre 2009. Entro tale data, cioè dieci anni dalla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della legge 370/1999, un atto interruttivo della prescrizione, per quel che costa, vale la pena di farlo.

Fabrizio Scagliotti
Avvocato

NUOVA DOMANDA NUOVA RISPOSTA

CIMO-ASMD da anni ha cominciato ad interessarsi dei problemi sollevati dalla domanda di assistenza domiciliare e dei rapporti che intercorrono fra il territorio e l'ospedale.

Numerosi incontri e convegni si sono occupati di questo argomento, come pure più "seminari invernali" hanno scelto questi argomenti come temi da approfondire.

A distanza di circa 15 anni dagli inizi di attività di assistenza domiciliare degna di questo nome, quale "punto della situazione" possiamo fare, quali prospettive ci attendono e a quali traguardi possiamo ambire?

L'argomento si è imposto con autorità in parallelo ai ragionamenti che si facevano per ridurre i posti letto negli ospedali per acuti e per contenere la durata media di degenza entro i termini indicati dalle linee guida internazionali. In questi contesti si evidenziava la necessità di riempire gli "spazi intermedi" fra l'ospedale e il domicilio e soprattutto di riempire di contenuto clinico e assistenziale la presa in carico del paziente una volta dimesso dall'ospedale.

A questo sono deputate le cure primarie, che rappresentano una vera e propria area-sistema, dotata di caratteristiche peculiari e profondamente diverse da quelle, altrettanto tipiche, dell'assistenza ospedaliera.

Per le cure primarie a prevalere è il cosiddetto "paradigma dell'iniziativa, con il quale si intende un pattern assistenziale orientato alla "promozione attiva della salute e al rafforzamento delle risorse personali (*auto-cura e family learning*) e sociali (reti di prossimità e capitale sociale) a disposizione dell'individuo, specie se affetto da malattie croniche o disabilità.

Per l'assistenza ospedaliera è invece prevalente il "paradigma dell'attesa", con il quale si evidenzia un pattern assistenziale ad elevata standardizzazione ed intensività tecnico-assistenziale che si attiva e si mobilita in presenza di un evento nuovo e con caratteristiche prevalentemente di acuzie, di urgenza od emergenza.

Due paradigmi assistenziali che identificano bisogni e fasi diverse ma che in ogni caso, per essere entrambi centrati sulla persona e riuscire a garantire presa in carico e continuità nelle cure, devono necessariamente integrarsi tra loro in una unica rete assistenziale.

Le cure primarie riconoscono come proprio livello di rife-

DI ASSISTENZA DOMICILIARE E A QUESTI BISOGNI

Luigi Dal Sasso e Chiara Marangon

rimento quello più prossimo ai cittadini e cioè il territorio. Il loro ambito organizzativo specifico è quello distrettuale, da intendersi come articolazione unitaria del sistema sanitario, dove avviene la programmazione dei servizi e si dà attuazione agli istituti della partecipazione dei cittadini. All'interno del distretto un'ulteriore suddivisione dello spazio assistenziale in aree sub distrettuali, o punti sanità più periferici, consente che l'erogazione dei servizi e delle cure avvenga in prossimità dei cittadini, ivi compreso il livello domiciliare.

E dunque quello delle primary care un sistema complesso ed articolato di cui si è parlato già molto ma che tuttavia, a fronte delle differenze ancora esistenti nei diversi ambiti regionali, ha bisogno di essere fortemente potenziato, specie in alcune Regioni dell'Italia meridionale.

Ritornando all'argomento centrale di queste riflessioni, ovvero "l'assistenza domiciliare", un primo punto di vivace discussione è rappresentato dal numero dei pazienti potenzialmente assistibili a domicilio in ragione

del numero degli operatori (infermieri, fisioterapisti, operatori di assistenza) a disposizione, in funzione alla gravità con conseguente variabilità del numero degli accessi richiesti, e in funzione soprattutto – conditio sine qua non – della situazione familiare contingente, abitativa e parentale.

Anche i costi relativi alle nuove forme di assistenza hanno interessato per lungo tempo gli addetti ai lavori e i gestori del sistema sanità. Era logica e condivisibile la domanda di convenienza economica fra i vari ambiti di assistenza. Anche su questo argomento CIMO-ASMD ha prodotto validi contributi con pubblicazioni interessanti. Oggi proponiamo una riflessione sullo "stato dell'arte" e sulle prospettive più immediate.

L'accordo Stato - Regioni del 2001, nel definire i "Livelli Essenziali di Assistenza", ha posto importanti aspetti di attività da assegnare al territorio.

Nel corso del 2007, il Ministero della Salute ha istituito

Le differenze tra Sistema ospedaliero e Sistema delle cure primarie

| Assistenza Ospedaliera | Cure Primarie |
|---|---|
| "Paradigma dell'attesa" | "Paradigma dell'iniziativa" |
| Intensività tecno- assistenziale ad elevata standardizzazione dei processi | Estensività socio-assistenziale e modularità della risposta |
| Orientato alla produzione di prestazioni e alla cura dell'episodio acuto | Orientato alla gestione di processi assistenziali e alla continuità delle cure |
| Presidia l'efficienza degli interventi | Presidia l'efficacia e i risultati |
| Tende all'accentramento e alla verticalità per realizzare economie di scala | Tende al decentramento e alla orizzontalità per valorizzare il capitale sociale |
| Punta all'eccellenza | Punta all'equità |

L'integrazione tra i due sistemi avviene attraverso la costituzione di un'unica rete assistenziale che li mette in relazione al momento dell'accoglienza e della dimissione.

un Gruppo di lavoro con il compito di “caratterizzare i diversi percorsi di cura definiti ... in base alla natura del bisogno e del livello di intensità dell’assistenza e attraverso l’individuazione delle prestazioni o dei “pacchetti prestazionali” appropriati, delle diverse figure professionali coinvolte, della presumibile durata dell’intervento (comma 2 dell’art.2 del DPCM 14.02.2001)”.

Obiettivo del lavoro era di fornire elementi utili per la definizione di standard (qualitativi e quantitativi) e per la formulazione di ipotesi sulla remunerazione dell’attività, la definizione dei vantaggi ottenibili con la erogazione in proprio o in outsourcing e la ricerca di un bilanciamento dei costi con la qualità del servizio.

Attualmente il Lea domiciliare si presenta come una sorta di contenitore indistinto. Di fatto non si considera che pazienti, contesti e obiettivi degli interventi domiciliari possono essere molto diversi e non immediatamente confrontabili (case mix a differente complessità): per esempio, il costo e gli esiti di un piano di cura centrato sulla educazione, informazione o trasferimento alla famiglia di conoscenze e competenze per atti di cura semplici, di per sé esauribile con pochi accessi di personale, sono diversi da quelli di un intervento terapeutico o palliativo ad alta o media intensità sanitaria e assistenziale, che coinvolge professionalità differenti, anche ad alta specializzazione. In altre situazioni invece il coinvolgimento di personale medico o infermieristico può essere ridondante per interventi delegabili a figure a minore contenuto professionale e minore costo.

Anche il concetto di intensità, genericamente attribuito ai PAI (progetto assistenziale individuale) domiciliari, andrebbe in realtà misurato in funzione delle specifiche esigenze del singolo paziente/ contesto. Può esserci l’esigenza di una bassa intensità degli interventi medici o infermieristici, ma di un’alta intensità di quelli assistenziali o riabilitativi; possono presentarsi elevate esigenze mediche ma ridotte necessità infermieristiche o assistenziali; in altre situazioni possono essere presenti circostanze gestibili, per esempio, con un maggiore impegno di figure attinenti all’ambito del volontariato o delle reti di comunità.

Si tratta in sostanza di superare le letture semplicistiche degli interventi domiciliari, per loro natura meno standardizzabili di quelli in regime di ricovero in struttura residenziale, ma non per questo necessariamente più semplici; anzi proprio la complessità è la chiave di lettura di situazioni e contesti in cui interagiscono numerose e differenziate dimensioni. La pianificazione degli interventi assistenziali si basa sulla caratterizzazione dei

pazienti per gruppi omogenei in base alle tre variabili che caratterizzano i percorsi di cura e che si sono dimostrate affidabili e riproducibili: Valore Giornata Effettiva d’Assistenza GEA (2) (complessità in funzione del case mix e dell’impegno delle figure professionali coinvolte nel PAI), Intensità Assistenziale CIA (1) e giornate di presa in carico GdC (3) (durata media in relazione alle fasi temporali intensiva, estensiva e di lungoassistenza e delle fasce orarie di operatività dei servizi erogatori di cure domiciliari).

Le valorizzazioni economiche possono essere definite in base al costo medio mensile (CMM) dei percorsi di cura (ottenuto moltiplicando il CIA* per il valore GEA*) che interpreta congiuntamente l’intensità assistenziale e la complessità.

Per arrivare a queste definizioni è necessario un adeguato supporto informativo non ancora sviluppato in tutte le Regioni e non omogeneo anche all’interno delle Regioni stesse (e neppure nelle singole ASL).

Nei prossimi numeri torneremo sull’argomento, esemplificando qualche situazione per comprendere meglio i principi teorici sopra esposti.

La strada da compiere è ancora lunga. Il territorio ha fatto grandi passi avanti in questi 15 anni ma riguardanti più la propria organizzazione interna. Per quanto attiene invece all’integrazione con l’ospedale, la sensazione è che i due mondi ruotino ancora in orbite distinte, che a volte si sfiorano, ma appare ancora lontana la costituzione di un’unica rete assistenziale, come auspicato all’inizio.

Legenda:

- (1) CIA = Coefficiente di intensità assistenziale: numero GEA/ numero GdC
- (2) GEA = Giornata Effettiva di assistenza: giorno nel quale è stato effettuato almeno un accesso domiciliare
- (3) GdC = Giornate di cura: durata del piano di cura dalla presa in carico alla dimissione dal Servizio
- (4) PAI = Piano di Assistenza Individuale.

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

“ PRIMA CONFERENZA NAZIONALE DELLA PROFESSIONE MEDICA ”

FIUGGI, 12 - 14 GIUGNO 2008



Dal 12 al 14 giugno 2008 si svolgerà a Fiuggi la “Prima Conferenza Nazionale della Professione Medica”, organizzata da FNOMCeO, per dibattere importanti problematiche legate alla Professione Medica.

Sarà l'occasione per un confronto costruttivo fra i diversi attori della Sanità Italiana: dai Medici di Medicina Generale, ai Medici Ospedalieri, agli Specialisti ambulatoriali, ai Medici della Sanità Privata.

Il documento finale sarà dibattuto nel corso della Tavola Rotonda del 14 giugno 2008, alla quale saranno invitati il Ministro del Welfare, il Coordinatore Assessori Regionali Sanità, il Presidente Commissione Affari Sociali di Camera e Senato, il Presidente ANCI, Il Sindaco Area Metropolitana.

*Il Responsabile Comunicazione CIMO – ASMD
Dott. Francesco Chiavilli*



J.S. Esherick

TERAPIA DI BASE

Seconda edizione
Volume di 240 pagine

€ 20,00



J.S. Winshall, R.J. Lederman

TERAPIA DI URGENZA IN MEDICINA

Quarta edizione
Volume di 240 pagine

€ 20,00



CIC Edizioni Internazionali

Il percorso artistico di Anita Tosi

Anita Tosi, fiorentina, non si stanca di notare le bellezze della propria città, dove è nata e vive. Si sviluppa così una profonda corrispondenza fra l'artista, la campagna circostante, le strade cittadine ed i silenzi notturni su Firenze.

All'eterno quesito "chi sono, da dove vengo e dove vado", Anita Tosi ha cercato di trovare risposta attraverso studi e seminari di filosofia e di metafisica. Poetessa e pittrice, ha insegnato per venti anni lingua e letteratura italiana presso l'Istituto Italiano di Cultura Dante Alighieri.

Nel 2004 ha pubblicato un libro di poesie intitolato "Quell'unica perla".

Si è classificata al 2° posto nell'ambito del Premio Firenze Poesia 2005.

Poesia e pittura si completano e la sua arte visiva viene così interpretata dal critico d'arte fiorentino, Dr.ssa Anna Maria Masieri:

"L'apparente semplicità dell'opera pittorica di Anita Tosi, anche poetessa, racconta un universo emblematico e senza tempo. Attrae immediatamente il timbro di colore vigoroso degli acrilici: rossi, gialli, rosa, azzurri contrastante matissiani anche nei decisi, netti contorni delle forme che appunto Matisse nell'ultimo periodo trattava a decoupage cioè un contorno unico, lineare non interrotto da sfumature o frangiature, ma frontale, piatto nell'assenza voluta di tridimensionale profondità che rende l'impatto visivo più diretto ed emozionalmente più familiare.

Le figure centralizzate, dove gli sfondi possono essere anche innaturali, ma si presentano come soggettivamente reali nei quali si muove l'immaginario poetico dell'artista. Il tempo nella sua pittura sembra inafferrabile, interpretato come in un'azione teatrale, nel desiderio di fermare un'iconografia che sembrava essere malinconicamente perduta. Sono immagini e memorie rielaborate e colorate di simbolismi. Una maniera personalissima di raccontare fantasie e realtà e di esprimere dipingendo con stile naif emozioni e contraddizioni del suo vivere. Le sue opere assumono atteggiamenti espressivo-esistenziali. Il concetto di naif

storicamente nasce dalle ipotesi di "stato di natura" degli illuministi e poi ripreso come evasione dai simbolisti fino a diventare sostanza dell'arte di Gauguin, Matisse, Rousseau, Chagall, ecc., come ricerca di cultura alternativa, festosità del colore e gusto primitivo del racconto. L'impostazione di chiusura degli spazi in orizzontale oppure l'apertura di percorsi in diagonale prospettica (strade, viali) provoca la sensazione che la narrazione si amplii ulteriormente aprendo "spiragli di luce"!

Nel 2003 ha esposto le proprie opere presso la mostra organizzata dall'Ordine dei Medici di Firenze che conserva ancora quattro delle sue opere.

Nel 2004 ha partecipato ad una Mostra nel Comune di Lastra a Signa "Pro Lastra".

Nel 2005 ha partecipato ad una Mostra organizzata presso il Parterre di Firenze dal 19 febbraio al 5 marzo.

Dal 19 al 26 marzo 2005 ha partecipato ad una mostra organizzata presso La Sala Chiostrini via della Dogana, 3 - Firenze.

