

E che fine hanno fatto gli "Uniti nell'Ulivo"? Nell'insieme, questa lista (ribattezzata "Triciclo", o "Listone") ha preso circa il 2% di voti in meno (31,1%) di quanti ne avessero avuti nel 1999 (33% circa) le sue singole componenti (DS, Democratici, Ppi, Rinnovamento italiano, Sdi). Quindi, pur non essendoci stato un tracollo, non è possibile, ora, cercare di vestire l'abito della vittoria, come tentano di fare Fassino e Prodi, sempre più in posizione scomoda sulle rispettive poltrone.

Ma, al di là dei risultati elettorali, la sconfitta di F.I., che di leader ne ha uno solo, e di "Uniti nell'Ulivo", che di leaders ne ha almeno tre (Fassino, Prodi, Rutelli), è stata "sacralizzata" proprio dai loro Vertici, con le parole-trappola ripetute all'ossessione prima delle elezioni: "F.I. supererà il 25% dei voti" e "Sarà un successo, se supereremo il 33% dei voti". Di fronte ai numeri del "post", non c'è scampo.

Nelle contemporanee elezioni amministrative parziali (in tante Province e Comuni italiani e nella Regione Sardegna), ha mediamente stravinto il Centro-sinistra, ancor prima di poter esaminare il quadro complessivo dopo i ballottaggi di fine giugno 2004.

Gli "sconfitti" avranno capito "la lezione"?

Ne dubito, infatti:

- *il Presidente Berlusconi si è preso "tutte le responsabilità" ("Il Giornale" del 15 giugno, pag. 3) della sconfitta di Forza Italia, ma ha detto nel contempo di essere stato "bersaglio e parafulmine" di critiche ingiuste. A parte il fatto che non avrebbe davvero potuto "girare" ad Altri le responsabilità della sconfitta di un Partito di cui Egli è fondatore, leader per acclamazione, ispiratore, finanziatore, padrone, titolare del potere di proposta e anche di qualche blanda "autocritica", non depone per una seria volontà di riflessione-correzione il definire "ingiuste" le critiche altrui;*

- *il duo Fassino-Rutelli si è affannato a dire che "il Triciclo" (ovvero gli "Uniti nell'Ulivo") è oggi il primo Partito italiano e che il Centro-sinistra è "maggioranza nel Paese". Ma se gli "Uniti nell'Ulivo" sono null'altro che la aggregazione di almeno cinque Partiti, uno dei quali (tra l'altro, proprio il maggiore, i DS) è diviso al suo interno in due parti uguali e contrapposte (da un lato, Fassino-D'Alema e, dall'altro, Folena-Salvi), e non riescono ad assumere una posizione unitaria neppure in politica estera! E poi, queste elezioni non erano destinate a variare "la maggioranza nel Paese", ma quelle in Europa, in alcune Province e Comuni italiani, e nella Regione Sardegna! Come vedete, la riflessione, l'umiltà, la serietà, l'onestà intellettuale, la critica serena e severa, non sono doti ricorrenti nei nostri uomini politici. Sono, in particolare, preoccupato per la scarsa capacità di critica e analisi che debbo constatare in Berlusconi che, piaccia o non*



piaccia, è ancora il leader della Casa delle Libertà, che è il Polo in cui mi riconosco.

Sono preoccupato per il quadro "politico-psicologico" espresso dal nostro Premier: Berlusconi ha una coscienza esagerata di sé, non crede nella democrazia dei Partiti (neppure in Forza Italia), non ama confrontarsi con chi la pensa diversamente, non ama le mediazioni, crede di poter fare tutto da solo, si circonda quasi esclusivamente di "yes-man", non ama i sindacati, ecc.

L'immagine risultante è di arroganza, tutt'al più stemperata da paternalismo vecchio stampo; di presunzione, condita da sorrisetti; di autorità più che di autorevolezza. Tutto ciò non piace agli italiani, che sono ampiamente vaccinati contro questi disvalori, ma non piace neppure agli elettori di Forza Italia e agli alleati della Casa delle Libertà.

Mi auguro, naturalmente, che il mio proverbiale "pessimismo" sia fuori luogo, ma senza una vera correzione di rotta Berlusconi non ha praticamente possibilità alcuna di conferinarsi leader di questo Paese alle politiche del 2006.

La strada che rimane nella corrente legislatura è tutta in salita: si sono sprecati tre anni, ne rimangono due soli. Con l'inconcludenza di Sirchia e Mazzella, con i toni saccenti di Tremonti, credo che non si andrà lontano. Come hanno dimostrato queste elezioni, gli italiani giudicano i fatti, non si lasciano fuorviare dalle immagini, dalla propaganda (televiva e non), dalle promesse illusorie.

Non aver rinnovato i contratti (scaduti da tre anni), e promettere nel contempo la riduzione delle tasse, non ha pagato, non paga, non pagherà. Chiaro?

UE: CRESCONO LA DIMENSIONE ED I PROBLEMI

Pier Maria Morresi

L'Unione europea ha percorso un lungo cammino da quando i sei Stati membri fondatori unirono le loro forze per creare la Comunità europea del carbone e dell'acciaio, nel 1951, e la Comunità economica europea, nel 1957, facendo appello ai popoli d'Europa, animati dallo stesso ideale, perché si associassero alla loro iniziativa.

Nel 1973 gli Stati membri sono passati da sei a nove e nel 1995 erano 15. Nel frattempo l'Unione europea (ormai così denominata) aveva creato un mercato unico e una moneta unica ed aveva esteso la propria agenda economica e sociale alla politica estera e di sicurezza.

L'attuale allargamento, che ha portato il numero di Stati membri da 15 a 25, è il più imponente nella storia dell'Unione. Esso affonda le radici nel crollo del comunismo, simboleggiato dalla caduta del muro di Berlino nel 1989, che offrì la possibilità, unica e inaspettata, di estendere l'integrazione europea all'Europa centrale e orientale. Una delle priorità dell'Unione, dopo l'allargamento, è migliorare il tenore di vita dei nuovi Stati membri, che in tutti questi Paesi è decisamente al di sotto della media UE.

La popolazione e la superficie dell'Unione europea sono aumentate del 20% circa, mentre nel complesso la media del Prodotto Interno Lordo (PIL) è diminuita del 13% circa. Il centro di gravità della politica di coesione si è spostato verso l'Europa centrale.

Dei 75 milioni di abitanti di questi nuovi Paesi membri, più di 67 milioni abitano in Nazioni il cui PIL è inferiore al 75% della media dell'Unione europea allargata. È un fatto poi che dal maggio 2004 non scompariranno le disuguaglianze che già esistono nell'Unione Europea a 15; sarà necessario continuare ad affrontare le difficoltà che sussistono nei "vecchi" Stati membri. I dettagli di questa operazione attendono ancora di essere definiti mentre si apre un nuovo fronte.

Per i dieci nuovi membri, ovvero Cipro, Estonia, Lettonia, Lituania, Malta, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria, l'adesione formale è avvenuta il 1° maggio 2004. Questo processo rappresenta il culmine di un lungo periodo di preparativi e negoziati.

Per predisporre all'adesione all'UE nel 2004, i nuovi Stati membri hanno dovuto adottare il cosiddetto acquis comunitario, il che significa applicare 80.000 pagine di diritto UE, rendere più efficienti le strutture burocratiche e amministrative, rafforzare i sistemi giudiziari e aumentare la sicurezza alle

frontiere orientali, che rappresenteranno i confini esterni dell'Unione a 25. La sicurezza delle frontiere esterne è una condizione preliminare perché le frontiere interne dell'UE rimangano aperte. L'Unione ha fornito notevole assistenza, sia in termini finanziari sia sul piano del sostegno tecnico e della consulenza, affinché i controlli alle frontiere potessero raggiungere i livelli esistenti nell'UE.

Ancora prima che iniziassero i negoziati nel 1998, l'Unione aveva aiutato i Paesi candidati nei loro preparativi per l'adesione, varando già nel 1989 il cosiddetto programma Phare, con l'obiettivo di assistere tali Paesi nella transizione verso un'economia di mercato e nella costruzione dell'assetto istituzionale tipico delle democrazie pluraliste. Nel corso del tempo, l'azione dell'UE in questo campo si è concentrata sempre più sulle specifiche condizioni da soddisfare per aderire all'Unione.

Alla fine del 2002, meno di 13 anni dopo la disgregazione dell'impero sovietico e la fine della guerra fredda, gli otto Paesi dell'Europa centrale e orientale avevano completato i negoziati ed erano pronti ad aderire all'Unione, insieme alle due isole del Mediterraneo. Altri due Paesi candidati, la Bulgaria e la Romania, non sono riusciti a concludere in tempo i rispettivi negoziati e la loro adesione all'UE è stata rinviata al 2007.

L'esperienza dei precedenti allargamenti dell'UE ha dimostrato l'efficienza del processo di integrazione europea. I cambiamenti radicali tuttavia sono spesso motivo di preoccupazione e l'allargamento in corso non fa eccezione. La sua stessa portata ha sollevato interrogativi fra i cittadini degli attuali Stati membri e dei Paesi candidati riguardo all'impatto che l'allargamento avrà sulla loro vita e su loro lavoro.

Negli attuali Stati membri dell'UE sono stati espressi timori riguardo all'aumento dell'immigrazione, all'afflusso di manodopera a basso costo e all'impatto prodotto dall'introduzione di standard ambientali meno rigidi. Dal canto loro, i cittadini dei nuovi Stati membri si sono chiesti se le loro economie saranno in grado di competere con quelle degli altri Paesi dell'Unione o se i loro agricoltori riusciranno a misurarsi con quanti hanno usufruito per anni delle sovvenzioni UE.

Si devono tenere in considerazione le significative differenze economiche e sociali tra la "vecchia" Unione dei 15 e i nuovi 10 membri. Benché la situazione nei vecchi componenti sia lontana dall'essere perfetta, lo stato generale della salute negli Stati nuovi membri non può reggere ancora il paragone. Si può

citare come esempio la più bassa speranza di vita e la più ampia diffusione di malattie infettive. Si impongono quindi una ristrutturazione del sistema sanitario ed importanti investimenti. Si dovrà giustamente arrivare a questo tipo di decisioni per motivi umanitari, ma anche per evitare un massiccio spostamento di pazienti dai nuovi ai vecchi Stati membri, determinato proprio dalla ricerca di soluzioni più favorevoli alle loro necessità di salute.

Ci sono però anche buone argomentazioni economiche a supportare la tesi che gli investimenti in campo sanitario possano diventare priorità politiche nelle nazioni appena entrate nell'Unione. In questi Stati la quota di prodotto interno lordo (PIL) assegnato alla Sanità si attesta in media sul 4,88%, con il 6,09% di esso destinato alla componente tecnologica. Va comparato con l'Europa dei 15, ove la media del PIL destinato alla sanità è dell'8,77% e, di questo, il 6,38% va alla tecnologia medica.

Anche in termini assoluti il PIL dei Paesi di recente ammissione è oggi inferiore alla media degli altri componenti l'UE: di questo va tenuto conto. Questa disparità può essere una delle chiavi di lettura della bassa disponibilità di risorse sanitarie che viene messa in campo, come illustrato nella tabella di seguito allegata.

Molte sono le ragioni che necessariamente spingono al livellamento delle differenze considerate.

Doverosamente si parte da considerazioni etiche e umanitarie, per consentire ai pazienti pari opportunità di accesso a trattamenti adeguati senza ulteriori indebite attese. Rimangono in Sanità disparità di bilancio tra vecchi e nuovi membri, si pone

perciò il problema di considerare alcune scelte politiche di fondo, tenendo soprattutto in considerazione il libero movimento dei pazienti e degli operatori della salute.

La Commissione sulla macroeconomia della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ha individuato come prioritario il concetto che la salute non è solo una conseguenza della prosperità, anzi ha sottolineato come gli investimenti in salute della popolazione siano prerequisiti di crescita e di sviluppo economico sostenibile.

“Salute come fattore di crescita” è il titolo del rapporto pubblicato nel settembre 2003 dal Comitato Permanente degli Ospedali dell'Unione europea e dal Ministero Federale Austriaco della Salute. L'obiettivo della pubblicazione viene definito come “provvedere a definire, nel modo più dettagliato possibile, un quadro dei contributi che i vari providers e produttori di servizi in sanità pubblica determinano nello sviluppo del prodotto interno lordo e nelle sue componenti”.

L'esperienza ci dice che la velocità di marcia di un convoglio è determinata da quella dai veicoli più lenti. È quindi altamente necessaria una politica di ristrutturazione del sistema sanitario dei nuovi Stati membri e di reinvestimenti in tema.

Ristrutturazione e reinvestimenti sanitari sono fattori che concorrono entrambi alla crescita economica e dell'occupazione, loro e nostra.

Pier Maria Morresi

Vice Presidente Associazione Europea dei Medici Ospedalieri

Componente

Commissione Esteri CIMO-ASMD

TABELLA: RISORSE SISTEMI SANITARI

Paese	N. Medici (100.000 abitanti)	N. Infermieri (100.000 abitanti)	N. Letti ospedalieri (100.000 abitanti)	Degenza media (gg)	Popolazione	PAA (potere di acquisto per abit. in euro)
Cipro	260	451	476	/	865.000	17.100
Estonia	322	633	718	7,3	1.440.000	7.700
Lettonia	320	518	873	/	2.400.000	5.800
Lituania	380	758	924	8,3	3.700.000	6.200
Malta	263	/	542	4,6	390.000	8.800
Polonia	226	/	581	/	38.655.000	7.800
Repubblica Ceca	337	920	855	8,8	10.285.000	12.500
Slovacchia	323	748	797	9,4	5.395.000	10.300
Slovenia	215	693	555	7,6	1.985.000	15.000
Ungheria	361	286	841	6,7	10.070.000	10.700
Media 10 paesi	301	626	716	7,5	7.518.500	10.190
Media U.E.	387	/	596	8,2	376.455.000	22.500
Italia	620	564	486	6,7	57.680.000	22.300

L'ALLARGAMENTO DELL'EUROPA: UN NUOVO STIMOLO AL FARE

Maurizio Dal Maso e Ivo Spagnoli

Vogliamo dare un titolo positivo alla nostra nota di report della recente riunione primaverile della FEMS (Federazione Europea dei Medici Ospedalieri), che si è tenuta a Sofia dal 27 al 29 maggio scorso. In effetti la congerie di problematiche sanitarie nella UE ha trovato ulteriori spunti di criticità nell'allargamento del 1° maggio; ma questo è lo Spirito del Tempo, e non è certo l'opporsi o l'estraniarsi da tale ciclo storico il modo migliore per governarlo. Per chiarezza espositiva e per comodità del lettore riassumiamo in modo analitico i principali temi trattati.

LA COOPERAZIONE EUROPEA AI FINI DI UNA MIGLIORE UTILIZZAZIONE DELLE RISORSE

La rapida evoluzione delle tecnologie sanitarie, i progressi della medicina, la crescente consapevolezza dei diritti connessi con la salute tendono a dilatare la spesa sanitaria in tutti i Paesi UE. Le politiche di bilancio degli Stati, il patto di stabilità e gli accordi comunitari impediscono di dilatare la spesa pubblica con l'incremento del debito e, d'altra parte, la riduzione del carico fiscale è essenziale per lo sviluppo dell'economia. Come affrontare questi problemi in modo comune? La risposta unanime, a Sofia, è stata quella che per superare gli elementi di debolezza e costruire sistemi sanitari eccellenti per gli europei occorre proporre e realizzare un nuovo modello di welfare sanitario, fondato sui principi dell'universalità della copertura sanitaria, dell'efficacia e dell'efficienza. In virtù del principio della sussidiarietà, l'ambito della sanità pubblica si è esteso alla competenza di tutti gli Stati membri e ciascun Paese conserva il proprio sistema sanitario e di assistenza sociale, ma le azioni specifiche dovranno essere gestite a livello comunitario, in modo complementare alle politiche nazionali.

Con lo svilupparsi dell'integrazione, il metodo di coordinamento potrebbe costituire uno strumento in grado di strutturare la cooperazione tra gli Stati membri in particolari settori, con obiettivi specifici ed esami periodici dei progressi realizzati.

E in questa direzione, con il trattato di Amsterdam, sono stati individuati come obiettivi prioritari UE quelli di migliorare la sanità pubblica, di curare maggiormente la prevenzione delle malattie, di favorire la ricerca e le azioni di informazione verso i cittadini.

Alcuni delegati alla riunione di Sofia hanno portato la testimonianza dell'impegno del CPME (Comitato Permanente dei Medici Europei, Organo consultivo della Commissione Europea) su queste tematiche.

GLI INVESTIMENTI NELLA SANITÀ E NELLE INFRASTRUTTURE SANITARIE ALLA LUCE DELL'ALLARGAMENTO DELLA UE

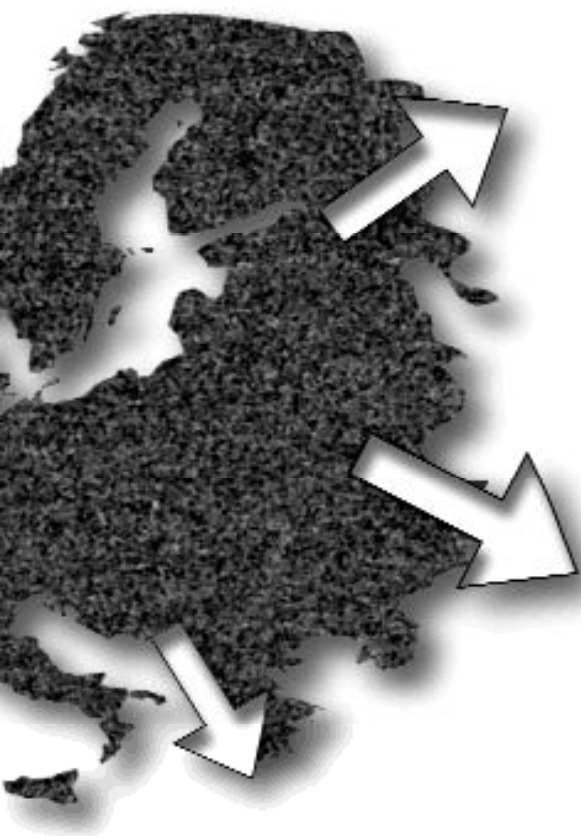
La FEMS, unica tra le associazioni mediche europee ad essere presente da anni nei Paesi dell'Est, è un osservatorio privile-



giato e i delegati sloveni, cechi, bulgari e croati presenti a Sofia hanno efficacemente relazionato sulle criticità dei loro Paesi. Le condizioni di salute nei nuovi Stati membri variano, ma in tutti la speranza di vita è nettamente inferiore a quella che si registra negli altri Stati membri; in particolare è insoddisfacente la salute degli uomini. Il grado di diffusione delle principali

malattie "occidentali", come le malattie cardiovascolari e il cancro (in particolare quello del polmone), è più elevato che nell'Unione preesistente; anche i fattori di rischio hanno un'incidenza maggiore, ad esempio il tabagismo e il consumo di alcool sono più diffusi.

In tutti i Paesi aderenti i sistemi sanitari sono stati riorganizzati, puntando sul decentramento, sulla riforma dei sistemi di assicurazione e di finanziamento e su una utilizzazione più efficace delle risorse. Il livello delle risorse complessivamente investite nell'assistenza sanitaria resta però assai inferiore a quello dell'Unione, in media il 4,5% del PIL, contro l'8,5% del PIL nell'Unione pre-allargamento. La crescita economica e lo sviluppo sostenibile futuri dell'intera UE dipendono dall'investimento nella Sanità, investimento che sarà ancora più importante per i nuovi Stati membri, che devono ridurre il loro divario con il resto dell'Unione.



Ma un sistema sanitario può investire se è adeguatamente finanziato e qui si sono ancora una volta appalesate le cospicue differenze tra Europa del Nord e del Sud e ora anche, e soprattutto, tra Europa dell'Ovest e dell'Est.

Infatti vi sono sistemi sanitari finanziati dalle imposte e sistemi compositi, finanziati attraverso una forma assicurativa e

anche dalle imposte. Esiste il grande problema di capire come si possano omogeneizzare sistemi sanitari basati su una filosofia di intervento pubblico nel campo della Sanità che varia moltissimo in peso percentuale sia finanziario sia sul numero complessivo delle prestazioni erogate.

Il problema è collegato alle Assicurazioni private che riscuotono premi sui redditi, con prelievi percentuali distribuiti tra lavoratore e datore di lavoro (come in Germania e Francia), o direttamente sulle famiglie (come in Svizzera) o ancora in modo misto tra i due come in Olanda. Da ciò ne consegue che questi Paesi ottengono risorse maggiori e hanno la possibilità di fornire servizi sanitari più correlati alla effettiva spesa della prestazione e quindi di migliore qualità, anche percepita, proprio perché tutti i contributi versati vengono finalizzati alla diagnosi e cura delle malattie.

Il vero obiettivo resta dunque ottimizzare il rapporto tra contribuzione e prestazioni ed è fondamentale introdurre meccanismi di governo della spesa sanitaria. A questo proposito è essenziale prevedere una migliore organizzazione dei rapporti tra pubblico e privato per un maggiore livello di integrazione ed è necessario reperire risorse private perché la Sanità pubblica non può aumentare a dismisura le proprie. Anche nella UE occorrerà trovare il modo di distinguere quelle che sono le prestazioni di ordine generale per la tutela della salute dell'intera popolazione, da finanziare con la fiscalità generale, da quelle che sono legate alla diagnosi e cura delle malattie dei singoli cittadini che potranno essere agganciate ad un concetto di prelievo assicurativo onde consentire di rendere più reale il legame tra contributi versati e prestazioni erogate.

IL CONTRIBUTO EUROPEO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI IN MATERIA DI SANITÀ

È un tema strettamente correlato al precedente, o meglio, ne è diretta conseguenza. Infatti solo un'effettiva cooperazione pratica e politica nell'allocatione delle risorse potrà dare risposte univoche e concrete ai 450 milioni di cittadini che nella UE mettono le cure sanitarie ai primi posti nelle loro preoccupazioni.

I cittadini europei desiderano fruire di un'assistenza sanitaria di alta qualità, il più vicino possibile a casa e con la massima rapidità possibile. Talvolta, però, il modo migliore per ottenere questo è ricorrere alle cure sanitarie prestate in un altro Stato membro. La UE offre ai propri cittadini tale libertà, come è stato confermato dalla Corte europea di giustizia. Ma la mobilità dei pazienti ha anche ripercussioni economiche per i servizi sanitari del Paese in cui essi sono assicurati e nel Paese in cui le cure sono effettivamente prestate.

Pertanto il raggiungimento degli obiettivi in campo sanitario non potrà assolutamente prescindere dal nodale problema della libera circolazione dei pazienti e dei professionisti della Sanità. Molteplici sono stati i contributi delle delegazioni presenti a Sofia nel rappresentare le possibili conseguenze negative di tali emigrazioni interne sia sul mercato del lavoro sia sul budget sanitario dei vari Paesi.

A questo proposito, unanime è stato l'invito dei delegati FEMS

a impegnarsi in prima persona e nelle rispettive sedi istituzionali per appoggiare concretamente in modo propositivo le tre azioni specifiche che la Commissione Europea ha deciso in tal senso:

- 1) la creazione di un gruppo europeo ad alto livello per favorire l'accesso in Europa alle cure migliori e alle terapie più efficaci, se non è possibile ottenerle nel proprio Paese di origine. Il gruppo sarà composto da rappresentanti di ogni Stato membro e nel suo mandato avrà anche la responsabilità di contattare i rappresentanti dei pazienti, dei medici, dei lavoratori sanitari e di tutti coloro che sono parte attiva nel settore della salute. Il gruppo esaminerà anche le problematiche legate alle cure transfrontaliere, alla creazione di centri di eccellenza di riferimento, alla valutazione di nuove tecnologie;
- 2) la visione integrata del sistema del Welfare UE, sostenendo gli sforzi realizzati a livello nazionale per riformare e migliorare il sistema sanitario, ciò anche allo scopo di combattere la sfida legata all'invecchiamento della popolazione e assicurare la necessaria coesione sociale. Per realizzare ciò si definiranno degli obiettivi comuni, quali i principi di accessibilità alle cure, della loro qualità e dei trattamenti di lunga durata;
- 3) il miglioramento dell'uso delle tecnologie (Technology Assessment), associato ad una visione comune del governo clinico (Clinical Governance), che vedrà i medici europei utilizzare in modo sempre più efficace anche le tecnologie di informazione e comunicazione nel settore sanitario anche creando uno spazio europeo "on-line", fornendo un quadro per le azioni comuni. Si tratta in pratica di fare conoscere al meglio tutto quanto un paziente può ricercare in materia sanitaria, sviluppando delle mappe di percorsi nazionali e regionali per la "e-salute".

IL PROBLEMA ETICO IN UNA MEDICINA SENZA CONFINI

A Sofia ci si è anche interrogati su dove stia andando l'Arte Medica. Non è una domanda "filosofica" ma una puntuale testimonianza del disagio degli operatori della sanità nel sentirsi inadeguati alla richiesta globale di cura che viene dai pazienti.

La cattiva coscienza della medicina moderna che non sa, di fronte ai suoi trionfalismi tecnici, confrontarsi con la precarietà della vita umana e l'allontanamento di molti medici dalla soggettività del paziente, stanno impietosamente ad indicare che solo una rivoluzione antropocentrica potrà arrestare la deriva meccanicistica e mercantile della medicina e porre la Persona al suo centro.

In un momento storicamente instabile come questo, la presenza di regole certe è estremamente necessaria ma non sufficiente. Infatti la rivoluzione antropocentrica della medicina deve iniziare in primis dal medico, il quale deve porre in gioco la propria responsabilità etica, che non viene soddisfatta solo dal rispetto delle regole, ma porta in sé il concetto di "limite" e di "oltre". L'etica del singolo è il motore dell'etica del sistema, ma spetta al sistema promuovere l'etica dei singoli. In altre parole è necessario investire sulla responsabilità degli operatori sanitari e sul rispetto della persona/paziente ancor più in questa fase della storia della medicina, in cui prevale sicuramente la componente scientifica, del logos, della razionalità

che ci porta ad ingabbiare il nostro paziente dentro algoritmi e procedure, spesso economiche, ma anche non economicistiche, alle quali il malato si ribella con grande forza.

La spirale perversa "richiesta totalizzante di cura/scarsità di risorse economiche" può essere spezzata solo dalla qualità delle Persone (sia operatori che pazienti) e dalla loro capacità di mantenere un'etica di comportamento indipendente dai meccanismi nei quali vengono poste.

E tutti i delegati hanno espresso l'auspicio di una decisa implementazione di formazione etica nelle facoltà di Medicina, nelle scuole di specializzazione, negli Ordini professionali e nelle aziende ospedaliere e territoriali, in modo che tutti gli operatori vedano in modo consapevole e condiviso come la componente etica dell'atto sanitario sia indispensabile al suo successo.

ARGOMENTI STRETTAMENTE SINDACALI

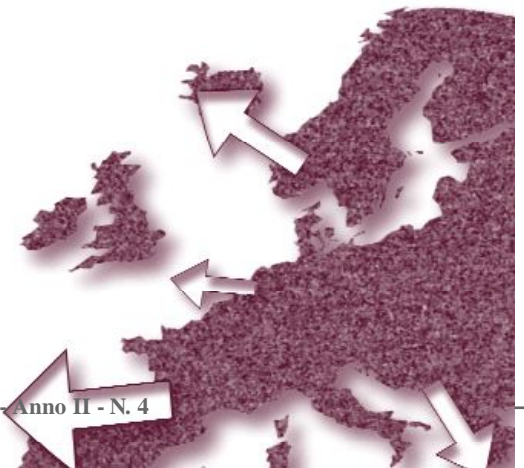
Come il prossimo Contratto nazionale nostrano porrà una problematica di stratificazione geoinstituzionale della contrattazione (nazionale, regionale, aziendale), così l'allargamento della UE pone in modo ancor più pressante ai medici dell'Unione la necessità di affrontare in modo il più possibile unitario l'adeguamento e l'armonizzazione degli aspetti normativi della professione sia dal punto di vista contrattuale che ordinistico.

Per meglio governare questo processo, il delegato austriaco (che è anche sottosegretario alla Sanità nel governo di Vienna) ha proposto una Confederazione europea dei sindacati medici, al pari di quanto già avviene nell'ETUC (European Trade Union Confederation) per i sindacati generali dei lavoratori. Questa proposta, interessante e stimolante, verrà ulteriormente analizzata nella prossima riunione della FEMS, che avrà luogo a Strasburgo nel prossimo ottobre.

CONSIDERAZIONE CONCLUSIVA

Abbiamo cercato di illustrare le maggiori problematiche emerse a Sofia. La situazione della Sanità nella UE allargata non è facile, né le soluzioni che si affacciano sono di agevole ed indolore applicazione. D'altra parte l'anelito al miglioramento e al lavorare insieme è altrettanto percepibile. Da questa nostra testimonianza, e ricordando con Carlo Cattaneo che "i popoli che non hanno grandi ideali, non producono che piccole opere", nasce il ragionevole ottimismo espresso nel titolo di questa nota.

*Maurizio Dal Maso, Vice presidente FEMS
Ivo Spagnoli, Responsabile nazionale Esteri CIMO-ASMD*



I NUOVI CONTENUTI DELLA RIFORMA DELLE PENSIONI

Alberto Karumann

L'Atto del Senato n. 2058, contenente norme in materia pensionistica, è stato approvato in seconda lettura il 13 maggio scorso.

Sono ora prevedibili tempi brevi per il "ritorno" alla Camera, sicuramente ancora in votazione di fiducia, e quindi l'affaccio in Gazzetta Ufficiale entro l'estate, ai fini del completamento approvativo dell'attuale testo (che è una legge-delega).

L'emananda legge – con un unico articolo e 55 commi – avrà alcune norme immediatamente operative, ma – in gran parte – delega al Governo molti settori della previdenza, con particolare riguardo al sostegno delle pensioni complementari.

Dei vari aspetti della nuova riforma, riserviamo il primo riguardo alle previsioni riguardanti il diritto alla maturazione del trattamento ed il sistema di calcolo della pensione.

L'affresco delineato dalla nuova disciplina riguarderà il prossimo decennio (2004-2014), con vari avanzamenti connessi al completamento attuativo delle deleghe.

Vediamo comunque di anticipare il punto della situazione, relativamente alle pensioni di vecchiaia ed a quelle di anzianità, nonché distintamente per i trattamenti di tipo retributivo e per quelli a riferimento contributivo, considerando il peso indubbio delle modifiche in discorso per l'economia generale e per la sicurezza dei dipendenti interessati.

DIRITTO ALLA PENSIONE

Per quanto riguarda le pensioni di vecchiaia, è importante precisare che i limiti permangono a 65 anni per gli uomini ed a 60 anni per le donne, disponendo di 20 anni di servizio. Resta quindi confermato il particolare riguardo per le donne sotto tale aspetto, non solo per l'anticipazione rispetto ai Colleghi, ma anche per l'effetto liberatorio dai divieti di cumulo, riguardo ormai consacrato almeno per i prossimi 10 anni.

Per le pensioni di anzianità, anch'esse di tipo retributivo, c'è invece nel tempo una stratificazione di appesantimento dei requisiti.

Di rilievo, anzitutto, che rimane confermato il periodo di "franchigia" (con piena validità delle attuali regole) fino a tutto il 2007. Quindi i requisiti richiesti – per l'intero quadriennio 2004-2007 – continuerebbero ad essere i 57 anni di età ed i 35 anni di servizio ovvero, in alternativa, 38 anni (nel 2004-2005) e 39 anni (2006-2007) di solo servizio.

Le nuove modifiche interesseranno perciò il periodo dal 2008 in poi. A tal proposito, invece dell'elevazione degli anni di servizio



a 40 anni (il famoso “scalone”, in unica soluzione dal 2008) è stata ora ratificata una salita del solo requisito-età a 60 anni (sempre dal 2008), fermo rimanendo il requisito di servizio, in via definitiva, a 35 anni.

In prosieguo, lo stesso requisito-età verrebbe aggravato, passando a 61 anni dal 2010 ed ai 62 dal 2014.

Saranno comunque “liberatori” i 40 anni di servizio, a qualunque età essi siano raggiunti.

In concreto, dal 2008 resta escluso, in via generale, per uomini e donne, il diritto a pensione con il sistema retributivo (sia di vecchiaia che di anzianità) prima dei 60 anni (in luogo degli attuali 57), salvo che vengano raggiunti prima i 40 anni di servizio.

A questo riguardo, si pongono tuttavia due deroghe (vedi commi 4 e 9 del nuovo testo). Chi ha maturato la pensione in base agli attuali requisiti (35 di servizio e 57 di età) entro il 31 dicembre 2007, potrà far valere il diritto alla prestazione in qualunque periodo successivo (quindi anche nel periodo 2008-2014), indipendentemente da ogni modifica della normativa.

Inoltre, limitatamente alle sole donne, dal 2008 al 2015 è data facoltà di conseguire pensione anticipata ancora sulla base degli attuali requisiti (57 di età/35 di contributi), però a condizione che si accetti che l'intero trattamento sia liquidato con il sistema contributivo (ovverossia con forti tagli sull'assegno, tagli che permarrebbero in via definitiva).

Decisamente pesante è la nuova decisione, anche per il conseguimento della pensione contributiva. Per la stessa, il requisito anagrafico minimo (ora di 57 anni) si eleverà drasticamente – a periodo di regime – a 65 anni per gli uomini ed a 60 anni per le donne.

Tuttavia, transitoriamente, la pensione contributiva si conseguirà:

- nel periodo 2004-2007, ancora con gli attuali requisiti (57 di età e 35 anni di servizio), in analogia franchigia come per le pensioni retributive;
- nel periodo 2008-2014, a 60 anni di età per uomini e donne (2008-2009) ovvero, per i soli uomini, a 61 anni (dal 2010 al 2013) o a 62 anni (dal 2014), ove si disponga di 35 anni di contribuzione;
- a prescindere dal requisito anagrafico, con almeno 40 anni di contribuzione.

CALCOLO DELLA PRESTAZIONE

a) Di rilievo è che il sistema retributivo continuerà ad avere applicazione, con le attuali regole e con quelle ora già fissate per il prosieguo, fino prevedibilmente al 2017, epoca in cui si completeranno i 40 anni di servizio garantiti dalla riforma Amato per il periodo transitorio (15 anni al 1992, più i 25 anni successivi).

Pertanto, anche in presenza del requisito anagrafico di 60 o più anni, la pensione viene lasciata ad integrale sistema retributivo (più favorevole), ovviamente se si dispone dei 18 anni di servizio al 1995 (riforma Dini), come da regola attuale.

Per chi ha meno periodo al 1995, resta ugualmente applicabile il “sistema misto”.

Ovviamente, il tutto con il corollario di quote A e B, media (in salita ulteriore ai 10 anni entro il 2007) e tetto. Non può tuttavia escludersi una totale omogeneizzazione alle regole INPS, con provvedimento delegato.

b) Quanto al calcolo della misura per il sistema contributivo, viene anzitutto mantenuto il sistema attuale, per le cessazioni fino al 2007.

Pertanto, sia ora che nel periodo ulteriore, resta escluso il mantenimento dell'obbligo della “verifica” della legge Dini (fissata al 2005), nonché il passaggio al sistema contributivo in prorata, obbligatoriamente per tutti, come pure era stato ventilato, che avrebbe determinato più immediate penalizzazioni alla misura dei trattamenti.

Tuttavia, dal 2008 – per chi è già obbligato al sistema contributivo in tutto od in parte (assunti dal 1996, sistema misto, ecc.) – è prevedibile che, in base a delega, venga apportata modifica al sistema degli indici di trasformazione (vedi Tabella A allegata alla legge n. 449/1997), facendo scalare la “forbice” dai 60 ai 67 anni (in luogo degli attuali 57-65), con risultati sensibilmente ridotti in ipotesi di cessazione ai 60 anni.

Si fa riserva di trattazione, per gli altri motivi di modifica, sul prossimo numero di questo Giornale.



ATTUALITÀ E PROSPETTIVE DELLA “MEDICINA DEI VIAGGIATORI”

Alberto Tomasi e Mauro Giraldi

FINALITÀ DELLA MEDICINA DEI VIAGGIATORI

La Medicina dei Viaggi e delle Migrazioni rappresenta uno dei settori nuovi ed interdisciplinari della medicina, avente lo scopo di proteggere i viaggiatori di qualsiasi età, sesso e condizione sociale, da eventuali rischi per la propria salute (di diverso tipo e gravità) che possano sorgere durante un viaggio.

Per raggiungere questo obiettivo, si deve partire da una attenta valutazione dei rischi infettivi e non, connessi al viaggio, e delle misure di prevenzione oggi disponibili.

L'efficacia della Medicina dei Viaggiatori si misura proprio con la capacità di individuare e proporre i vaccini, le terapie ed i comportamenti più adatti al tipo di viaggiatore e di viaggio, evitando però di generare preoccupazioni o paure inutili e dispendiose.

La Medicina dei Viaggiatori è quindi un settore interdisciplinare che raccoglie il contributo di varie discipline specialistiche. I recenti cambiamenti, sia sociali che epidemiologici, nel settore dei viaggi e del turismo, pongono la necessità di affinare, in questa nuova disciplina, le possibilità di intervento ai fini di una sempre migliore opera di prevenzione, diagnosi e terapia.

I VIAGGIATORI

a) *Turisti*: il turismo rappresenta, al momento, una risorsa economica importante non solo per i Paesi occidentali, come ad esempio la Francia, la Spagna e l'Italia, mete di milioni di stranieri ogni anno, ma soprattutto per i Paesi del Terzo Mondo, dove spesso è una delle prime attività economiche.

L'attacco terroristico dell'11 settembre 2001 ha dimostrato quanto l'industria del turismo, e del trasporto aereo in particolare, sia vulnerabile, con gravi conseguenze per le economie locali, nazionali ed internazionali.

Eguale l'evento SARS, e la successiva influenza aviaria, hanno seriamente compromesso il turismo nel Sud-Est asiatico, confermando che anche le epidemie possono ridurre sensibilmente questa fonte di reddito.

Al di là degli eventi eccezionali, una semplice tossinfezione alimentare può creare un notevole danno ai tour-operators ed ai turisti stessi.

Nel corso degli anni, la figura del viaggiatore è cambiata notevolmente, con la nascita di nuove forme di turismo, tra cui merita ricordare il fenomeno “last minute”, sempre più diffuso non solo tra i giovani ma anche nelle famiglie.

È evidente che questo comporta un approccio diverso anche nei confronti dello stesso calendario vaccinale, che deve consentire la possibilità di effettuare almeno le vaccinazioni principali nei periodi in cui il viaggiatore, per motivi di studio o di lavoro, è certo di non intraprendere nuovi soggiorni all'estero.

b) *Operatori e volontari all'estero*: in una economia globale, molte aziende operano in diverse sedi all'estero, spesso in aree rurali o lontane da strutture sanitarie. Oltre ai rischi legati all'attività professionale per se stessa, vi è la necessità di dover formare gli operatori all'estero per prevenire le patologie presenti nei Paesi di destinazione, in accordo con la normativa

oggi vigente in Italia e in Europa sulla “sicurezza sui luoghi di lavoro”, meglio nota come D.Lgs. 626. Sarebbe quindi opportuno operare presso i medici competenti affinché, già nelle visite previste dalla normativa richiamata, si possa intervenire preventivamente al fine di poter garantire che il lavoratore, qualora venga inviato all'estero, sia protetto almeno contro le malattie infettive principali, quali ad esempio l'epatite A.

Questo vale anche per i quadri intermedi e dirigenziali, che spesso compiono viaggi brevi, ma frequenti, in diverse parti del mondo, spesso in grandi città, sottostimando i possibili rischi sanitari connessi a tali spostamenti.

Un altro aspetto particolare, che deve essere affrontato, è la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse (MST), in modo da rendere il lavoratore consapevole dei rischi e delle misure che deve mettere in atto per proteggersi, al di là di ogni valutazione di ordine morale legata al cosiddetto “sesso facile”.

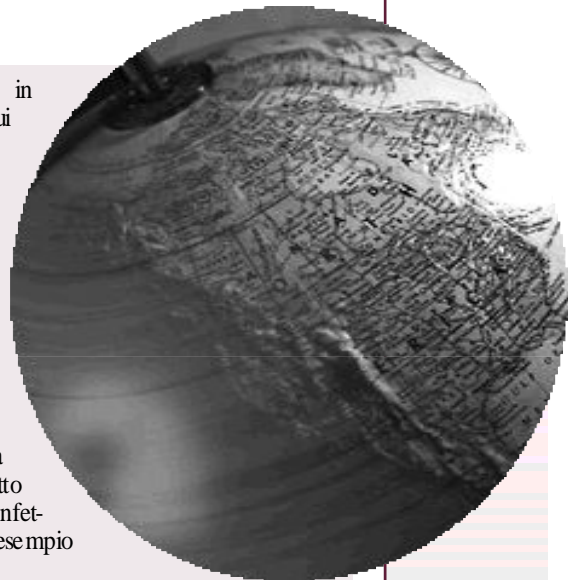
c) *Migranti*: mentre il turista viaggia per diletto, il migrante viaggia per necessità politiche, economiche e sociali. Di fronte a questo viaggiatore, in passato si è privilegiata la necessità di proteggere la comunità locale dalla possibile diffusione di malattie infettive importate dal migrante, ma oggi è necessario ampliare l'attenzione anche alle conseguenze cui va incontro il migrante stesso con le visite periodiche al Paese di origine.

Questo aspetto è rilevante perché spesso la percezione del rischio per il migrante, con riferimento al Paese di origine, è bassa. Oltre tutto la visita al Paese di origine viene affrontata frequentemente da interi nuclei familiari, con bambini nati nei Paesi di immigrazione che, sebbene vaccinati contro le nostre principali malattie infettive, possono essere più vulnerabili dei loro genitori rispetto ad una nutrita serie di noxae patogeni.

Si raccomanda inoltre di usufruire di nuovi strumenti, come sono i mediatori linguistici e culturali, per riuscire ad avvicinare queste persone senza creare diffidenze e/o incomprensioni.

GLI OPERATORI

1. *Medici*: il personale medico, che lavora spesso part-time, nell'ambito della Medicina dei Viaggiatori, appartiene fondamentalmente a due gruppi: da una parte gli igienisti, che si occupano dell'attività di prevenzione pre-viaggio; dall'altro gli specialisti di malattie infettive e tropicali, che focalizzano la loro attenzione nella prevenzione delle malattie infettive e





nella clinica delle eventuali patologie riscontrate al momento del rientro. Per entrambi i settori di intervento ci sono problemi di percorsi formativi e di aggiornamento e di qualità del servizio offerto.

Cattedre in Medicina dei Viaggiatori non sono disponibili nelle Università, perché si ritiene ancora che questo settore sia patrimonio di altre discipline, quindi senza una vera identità propria. Anche nel settore dei libri di testo dedicati esclusivamente alla Medicina dei Viaggiatori, oltre ad alcune linee-guida redatte da Organismi internazionali (CDC, WHO), sono disponibili quasi solo alcuni trattati in lingua straniera.

Il riconoscimento invece della Medicina dei Viaggiatori come specialità a sé stante contribuirebbe allo sviluppo di ricerche nel settore, come ad esempio programmi di studio post-laurea per neolaureati.

Anche se l'innovazione dei percorsi di formazione, con l'adozione dell'accreditamento ECM, ha determinato un impulso ulteriore alla realizzazione di convegni e workshop, è necessario realizzare un maggior coordinamento dell'offerta formativa, che non deve essere fine a se stessa, ma tesa a conseguire l'adozione di linee-guida comuni di intervento.

2. *Personale non medico*: per il personale non medico valgono le stesse considerazioni già espresse relativamente al personale medico. È evidente che solo una diretta sinergia tra medici e personale non medico, possa garantire che l'ambulatorio della Medicina dei Viaggiatori offra una prestazione adeguata. L'attività ambulatoriale comporta la necessità di saper comunicare con il viaggiatore con appropriatezza ed attenzione rispetto a tutte le sue necessità.

Un altro aspetto importante è la possibilità di raccogliere dati ed informazioni. Gli elementi raccolti durante la fase del counseling, ed eventualmente dopo contatto telefonico al rientro, possono costituire una base-dati rilevante, da cui definire indicatori di attività ed efficacia ed attività di prevenzione ed educazione alla salute.

3. *Altri soggetti*: nell'ambito della Medicina dei Viaggiatori, l'attività di prevenzione, di comunicazione e di informazione non può prescindere dalla necessità di un maggior coinvolgimento anche di altri soggetti, che possono giocare un ruolo importante, come i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta, i Farmacisti, le Agenzie di viaggio, ecc.

QUALE FUTURO

Nuovi strumenti a disposizione: Internet ha conquistato lentamente negli ultimi anni anche la Medicina dei Viaggiatori. Inizialmente le nuove capacità di comunicazione hanno ridefinito la possibilità di essere informati quasi in tempo reale sulle epidemie in atto. Questo fenomeno, che era solo disponibile per le Istituzioni coinvolte direttamente, ora è praticamente accessibile a tutti.

La potenzialità di Internet sta quindi nella possibilità di accedere rapidamente a dati e quindi di essere in grado di aggiornarsi, quantomeno su alcuni aspetti della Medicina dei Viaggiatori.

Un altro aspetto tecnologico in rapida crescita è l'applicazione dello strumento della Telemedicina per interventi a distanza relativi a patologie od incidenti verificatisi in un Paese lontano da quello di origine.

NUOVI ASPETTI DELLA MEDICINA DEI VIAGGIATORI

In questi ultimi tempi si sta affermando la consapevolezza che la Medicina dei Viaggiatori non può essere solo confinata nella prevenzione delle malattie infettive, ma deve comprendere anche i rischi non infettivi, cioè quelli ambientali ed in alcuni casi anche sociali.

Ad esempio, molti turisti praticano sport anche estremi, durante le vacanze all'estero, o praticano trekking in zone selvagge e naturali, spesso in condizioni ambientali difficili, o addirittura iniziano a viaggiare dopo la pensione verso mete esotiche sognate da tempo.

In questi casi, oltre al rischio infettivo, diventa rilevante anche il rischio non infettivo, ed è quindi necessario approfondire le proprie conoscenze al fine di poter correttamente valutare le possibilità del viaggiatore ed illustrargli i comportamenti corretti da seguire.

Allo stesso tempo, la possibilità di viaggiare si è estesa a tutte le età, con tutti i problemi ad esse collegate: dal bambino che viaggia in zone ad alta endemia malarica, all'adolescente alla prima esperienza all'estero in cerca di avventure, sino alla futura mamma in gravidanza o all'anziano che corona il sogno della sua vita. Per ciascuna di queste figure, si devono realizzare linguaggi comunicativi e schemi di prevenzione diversi, da adottare caso per caso.

CONCLUSIONI

Se da una parte vi è ancora la necessità di dare a questa disciplina un ruolo ed un compito specifico, dall'altra vi è la consapevolezza che sia necessario anche il contributo di altre specialità, mediche e non mediche, alla sua evoluzione.

In Italia questo settore della medicina preventiva è cresciuto negli ultimi anni per interesse e per una maggiore consapevolezza da parte degli operatori circa la sua importanza ed affidabilità.

Ciò è testimoniato dal fatto che in quasi tutte le ASL sono attualmente operativi degli ambulatori per il viaggiatore internazionale, gestiti in prevalenza da medici ed assistenti sanitari delle Unità operative di Igiene pubblica.

Molti sono ancora i progetti e le proposte da realizzare, prima fra tutti la necessità di generare strumenti di formazione e ricerca, come Cattedre e Corsi universitari e linee-comuni di intervento, protocolli e linee-guida per l'attività ambulatoriale e clinica, che coinvolgano direttamente sia i medici igienisti che gli specialisti in malattie infettive ed in medicina tropicale. L'impegno e l'interesse degli operatori, testimoniato dalla nascita della Società Italiana della Medicina dei Viaggi e delle Migrazioni nel 1999 a Lucca (www.simvim.it), fanno ben sperare per il futuro.

Alberto Tomasi
Dipartimento di prevenzione ASL 2, Lucca
Comitato direttivo

Mauro Giraldi
Ospedale Campo di Marte ASL 2, Lucca
Comitato scientifico SIMVIM

LA PREVENZIONE DEL CANCRO

Mario Ferrera



La prevenzione in campo oncologico è al centro degli interessi degli studiosi in tutto il mondo. Il tema è stato affrontato in due interessanti Congressi: la 2ª Conferenza annuale sulla prevenzione del cancro – “Frontiers in Cancer Prevention Research”, tenuta alla fine dello scorso anno a Phoenix negli Stati Uniti, e il “7° Simposio in Oncologia predittiva e preventiva”, svoltosi a febbraio 2004 a Nizza.

In questi due Congressi è stato fatto il punto sulle strategie preventive ed i progressi delle nostre conoscenze in tema di prevenzione.

ALIMENTAZIONE E PREVENZIONE

Al Congresso di Nizza il danese Jens Peter Hart Hansen, dell'Università di Copenaghen, ha presentato i risultati di un lavoro sul ruolo preventivo, nel carcinoma della prostata, di una alimentazione ricca in selenio ed acidi grassi poliinsaturi tipo omega 3 nei residenti di un villaggio della Groenlandia.

Questo studio prospettico, basato su 61 autopsie, ha messo in evidenza un solo caso di carcinoma prostatico, che paragonato ai decessi per cancro in quella

popolazione (28%), dà una incidenza molto bassa per questo tipo di tumore rispetto ad altre popolazioni di origine asiatica. Il tasso di omega 3 nel tessuto adiposo era basso solo nell'unico caso di tumore prostatico riscontrato. L'alimentazione degli abitanti della Groenlandia è basata quasi esclusivamente su alimenti ricchi in omega 3, quali pesci grassi, foche, balene. Questo lavoro conferma un precedente studio prospettico su 6.272 cittadini svedesi, che aveva messo in evidenza come il consumo di pesci grassi, tipo salmone, foca, ecc. riduceva il rischio di cancro alla prostata.

A Phoenix, uno studio cino-americano (David B. Thomas, Fred Hutchinson, Cancer Center, Seattle) ha dimostrato come il mutamento delle abitudini alimentari modifichi l'incidenza di cancro al seno. Lo studio ha messo in evidenza che nella donna cinese, trasferita negli Stati Uniti e che adotta lo stile di vita occidentale (alimentazione squilibrata e consumo di tabacco), l'incidenza del cancro al seno può raddoppiare.

Un altro lavoro ha rivelato come sin dal 1960 il tumore alla mammella sia inesorabilmente aumentato nelle donne asiatiche che hanno abbandonato l'alimentazione tradizionale ricca in pesce, riso e soia a favore di una alimentazione ricca in grassi di origine animale.

Al di là dei risultati presentati su diversi agenti antiossidanti, il cui ruolo protettivo resta sempre da dimostrare, in entrambi i Congressi, sia quello americano che francese, è stata unanimemente ribadita da diversi studiosi l'azione protettiva nei riguardi del cancro presentata dal Resveratrolo, un polifenolo antiossidante presente nell'uva, nel vino rosso, nelle noccioline americane e in diverse piante medicinali. Il Resveratrolo è un inibitore della crescita tumorale, un attivatore dell'apoptosi cellulare ed un protettore del DNA.

L'utilizzo del Resveratrolo per via orale è inefficace, secondo uno studio di T. Walle (Università della Carolina del Sud), poiché l'80% è eliminato nel giro di 72 ore, mentre il restante 20% verrebbe metabolizzato. L'azione protettiva è dovuta al fatto che il Resveratrolo ha la tendenza ad essere assorbito ed accumularsi nelle cellule intestinali.

FARMACI E PREVENZIONE

In tema di chemioprevenzione, l'attenzione si è focalizzata su diverse sostanze:

- *la vitamina D riduce il rischio di cancro al seno nelle donne con indice di massa corporea > 25 Kg/mq;*
- *la gamma - tocoferolo, una forma di vitamina E presente negli oli vegetali, è più efficace della forma alfa nell'indurre apoptosi;*
- *acido ascorbico, betacarotene, antinfiammatori non steroidei, hanno un'azione preventiva nel cancro gastrico da infezione da Helicobacter pylori;*
- *interferone alfa, betacarotene, folati, vitamina C sono efficaci nella prevenzione degli epatocarcinomi da infezione da virus epatite B o C.*

Uno dei lavori più discussi al Congresso di Phoenix, in Arizona, riguardava i risultati di un questionario inviato a 90.000 infermiere americane. Secondo questo studio della Harvard Medical School di Boston l'assunzione regolare e per un lungo periodo di tempo di aspirina aumenta significativamente il rischio di cancro al pancreas nella donna.

Questa conclusione va in senso contrario rispetto a quanto sino ad oggi si conosceva sul ruolo protettore di questo antinfiammatorio in differenti forme tumorali, vedasi il cancro al colon. Gli autori riconoscono che un rischio effettivo esisterebbe solo nelle donne che assumono più di 0,5 g di aspirina alla settimana per un periodo superiore ai 20 anni.

Sempre nello stesso Congresso di Phoenix, uno studio del Johns Hopkins di Baltimora, condotto su 15.000 pazienti a partire dal 1996, ha confermato che l'assunzione di aspirina per settimane riduce il rischio di cancro al colon, polmone, prostata e mammella.

FATTORI DI PREVENZIONE

L'Oscar dell'interesse, per gli studi in corso in tutto il mondo, è stato attribuito, in entrambi i Congressi, agli inibitori della cicloossigenasi di tipo 2 (Cox 2). Cox 2 è responsabile della formazione di prostaglandine E2, interviene quindi nei processi infiammatori, ma gioca un ruolo favorente sulla cancerogenesi nel senso di una inibizione dell'apoptosi cellulare, attivazione dell'angiogenesi tumorale e trasformazione di pro-cancerogeni in cancerogeni.

Sono tuttora in corso studi su questi farmaci (celecoxib, rofecoxib) nel trattamento dei tumori del colon, prostata, mammella durante la chemioterapia con taxani e nel trattamento del dolore. Quanto agli effetti del tabacco, la miglior prevenzione resta l'astinenza. Con il tasso di consumo attuale nel mondo, in gran parte dovuto all'offensiva dei produttori di tabacco nei Paesi del Terzo Mondo, la progressione è così rapida che le semplici proiezioni di cancro provocate dal tabacco sono scandalose.

Paul Kleihues, direttore dell'IARC, stima in 8 milioni il numero di morti per tumore dovuto al tabacco da qui al 2020! Considerando una crescita di almeno 300 milioni di nuovi consumatori di tabacco per anno, John Potter (Fred Hutchinson Research, Cancer Center, Seattle) prevede più di un centinaio di milioni di morti all'alba del prossimo XXII Secolo, se la progressione di tumori da tabacco continuerà a procedere al ritmo attuale.



RISK MANAGEMENT IN CHIRURGIA

Mario Ferrera

ASPETTI GENERALI

Dall'analisi dei rischi connessi all'attività chirurgica emerge, da un lato, la rarità di gravi eventi avversi, se paragonati al numero di interventi chirurgici eseguiti, dall'altro, la maggior frequenza di piccoli errori spesso inosservati, perché privi di conseguenze evidenti sul paziente, il cui sovrapporsi nel tempo è tuttavia fonte di rischio.

La criticità nel lavoro del chirurgo non è concentrata esclusivamente nella sala operatoria o nell'immediato postoperatorio, ma riguarda anche i momenti concernenti la fase diagnostica e quelli delle indagini preoperatorie.

La sicurezza del paziente, che non sempre è nelle condizioni di scegliere chirurgo e struttura in cui farsi operare (intervento in urgenza), dipende da due fattori inscindibili: le capacità professionali del chirurgo, il tipo di organizzazione del dipartimento chirurgico.

Sulle competenze cliniche e professionali, sulla capacità tecnica nel portare a termine un intervento, il giudizio può essere espresso solo da un pari grado, o da chi ha la responsabilità della struttura.

Sul problema organizzativo incide il tipo e l'urgenza dell'intervento, che può avere un canale preferenziale legato alla priorità dell'atto chirurgico e, come tale, scompaginare un programma operatorio già predisposto nel dettaglio.

Tra gli operatori sanitari, il chirurgo è certamente la figura a maggior rischio personale per il tipo di lavoro che quotidianamente affronta. Rischi per la propria salute legati al contatto con sostanze organiche infette, dentro e fuori la sala operatoria, punture con materiali o aghi infetti, per arrivare al fattore "stress", spesso sottovalutato, ecc.

I quesiti ai quali il chirurgo è chiamato

a dare una risposta sono i seguenti: vi è l'indicazione ad eseguire un intervento chirurgico?; quale tipo di intervento è più adatto per quello specifico paziente?; le condizioni cliniche del paziente in questione sono tali per cui possa affrontare in tutta sicurezza quel certo intervento?; come chirurgo sono in grado di eseguire quell'intervento?

L'ultimo quesito coinvolge direttamente il chirurgo, il quale risponde secondo scienza e coscienza. Gli altri quesiti richiedono sia il consenso del paziente che la partecipazione di altre figure mediche, oltre a quella dell'anestesista.

VALUTAZIONI DEL RISCHIO

Se la settorializzazione della medicina ha certamente migliorato l'efficacia dell'intervento medico, e quindi la sicurezza del paziente, dall'altro rappresenta una delle cause di aumento del rischio legato al sistema organizzativo. La capacità di comunicare tra chirurghi di varie branche specialistiche, nelle situazioni di emergenza-urgenza, e l'esistenza di una buona organizzazione del lavoro, sono tutti fattori limitanti il rischio.

Il trasferimento del paziente in un ospedale meglio organizzato e attrezzato, dotato di più branche specialistiche, non esime da responsabilità oggettive che devono tener conto delle condizioni cliniche attuali del paziente.

È fondamentale, ad esempio, la comunicazione tra chi invia e chi riceve la persona malata. Il paziente da trasferire in altro ospedale andrà opportunamente stabilizzato e monitorato nei suoi parametri vitali, dovrà essere accompagnato da personale specializzato e trasferito con il mezzo più idoneo alla particolare situazione clinica.

Chi riceve l'ammalato va informato su

tutti i passaggi clinici compiuti e preparato ad affrontare la situazione clinica che gli viene trasferita.

Se in condizioni di emergenza solo in presenza di una struttura organizzativa preparata sarà possibile limitare i rischi, anche in chirurgia di elezione, l'errore è dietro l'angolo e dipende da diversi fattori.

Talvolta vi è sottovalutazione delle condizioni cliniche del paziente in rapporto ad un aumento del rischio determinato da particolari condizioni. Tra le principali, cito:

Obesità: rischio cardiovascolare, comportamento metabolico diverso dal soggetto normopeso, difficoltà tecniche durante l'intervento chirurgico, trasferimento in sala operatoria, ecc.

Fumo: condizioni apparato respiratorio, insufficienza respiratoria al risveglio, accumulo di muco nelle vie respiratorie, tosse, tenuta della ferita chirurgica, rischio di ematomi, ecc.

Precedenti terapie farmacologiche: ad esempio per diabete mellito, trattamento con anticoagulanti, abuso di sostanze stupefacenti.

Età: aumento del rischio di trombosi e infezioni nel postoperatorio, squilibri elettrolitici, ecc.

In tutte le fasi che caratterizzano il contatto del paziente con la struttura ospedaliera, dalla fase del pre-ricovero (ambulatorio, pronto soccorso) al ricovero vero e proprio (corsia, sala operatoria), possono presentarsi eventi avversi. Ma è la sala operatoria la sede più frequente dell'errore medico. Nel 90% dei casi è imputabile alla tecnica operatoria e al tipo di intervento.

Le complicanze più frequenti dopo un intervento chirurgico sono, in ordine decrescente di frequenza: sanguinamento post operatorio (50%), infezioni sistemiche o della ferita chirurgica (27%), errata somministrazione di far-

maci (27%), trombosi venosa profonda (14%), infarto del miocardio (10%), embolia polmonare (8%), ictus cerebrale (6%), scompenso cardiaco (6%), eventi legati all'anestesia (6%), complicanze respiratorie (3%).

STRUMENTI PIÙ IDONEI PER RIDURRE I RISCHI IN CHIRURGIA

a) Capacità ed esperienza dei chirurghi:

è naturalmente commisurata alla complessità dell'intervento. La Corte di Cassazione (IV Sez. Penale, sentenza 11 settembre 1981) ha stabilito che il chirurgo, nell'esercizio del proprio potere discrezionale, è libero di seguire gli insegnamenti della scuola alla quale appartiene. Ma quando esegue un intervento diverso da quello normalmente praticato, deve farlo in modo da tener sempre sotto controllo il rischio che corre il paziente "altrimenti non si tratta di discrezionalità ma solo di arbitrio".

Più complessa risulta l'attribuzione di responsabilità in presenza di attività professionale di speciale complessità. La prestazione di speciale complessità, ai sensi dell'art. 2.236 c.c., viene chiarita dalla dottrina richiamata da una sentenza del Tribunale di Roma del 6 aprile 1978. Essa è configurabile come tale quando: a) la malattia si manifesta in modo non chiaro; b) esistono incertezze sulla sua origine; c) il caso si presenti come eccezionale.

In tema di corresponsabilità tra i componenti l'équipe chirurgica è sempre la Cassazione (Sent. del 5 gennaio 1982) ad affermare che "in caso di evento colposo determinato da negligenza in corso di operazione chirurgica va ritenuto responsabile il chirurgo principale esecutore dell'intervento e anche il suo assistente, poiché quest'ultimo, nella qualità di collaboratore e potenziale continuatore dell'operazione, aveva il compito di vigilare sulla sua intera esecuzione".

b) Programmazione della durata degli interventi: deve tener conto del grado di autonomia psicofisica del chirurgo e della complessità del tipo di intervento per non creare inutile affanno al chirurgo.

c) Linee guida e protocolli terapeutici: è difficile la condivisione di linee guida standardizzate per ogni intervento; esse dipendono dal percorso che il chirurgo segue in quel determinato intervento. Al contrario sono condivisi percorsi tera-



peutici nella fase di preparazione all'intervento, nonché nel post-operatorio. In particolare, sono ormai accettati protocolli per la profilassi delle infezioni e della trombosi venosa profonda.

d) Trasparenza delle liste di attesa: pongono un freno ai contenziosi sui ritardi nella diagnosi e cura. È buona norma indicare al paziente una data presunta di ricovero e di esecuzione dell'intervento. Anche se a prima vista tutto ciò appare complicato, risulta che tale pro-

cedura abbia, da un lato, ridotto i rischi per il paziente e, dall'altro, ridimensionato il numero di pazienti che non si ricoverano alla data indicata.

e) Cartella clinica e identificazione del paziente: sembrerebbe anacronistico parlare oggi di scambio di pazienti o di interventi eseguiti su una gamba piuttosto che su quella veramente bisognosa, o su un organo sano anziché malato, o di somministrazione di un farmaco al paziente sbagliato. Sono eventi fortunatamente rari, ma che sostanziano le notizie del genere "malasanità".

Cartelle cliniche compilate da figure professionali diverse dal chirurgo che ha in cura il paziente, o un "dx" scritto a mano in modo maldestro e confuso per un "sx", ed il gioco è fatto.

L'individuazione del responsabile della gestione del singolo paziente, i vari braccialetti elettronici di identificazione, l'utilizzo dei cosiddetti "carrelli intelligenti", le check liste in sala operatoria, sono tutti elementi utili per monitorare i percorsi che il paziente compie in ospedale e ridurre i rischi.

f) Reporting degli eventi "sentinella": in ambito chirurgico, quando compaiono "eventi sentinella", essi sono di notevole gravità. Più utile risulta monitorare i mancati incidenti per poterli prevenire.

g) Consenso informato: in ambito chirurgico la mancata acquisizione del consenso ha, come si suol dire, fatto giurisprudenza. Non vi è testo sull'argomento che non faccia riferimento alla nota sentenza della Corte di Assise di Firenze del 18 ottobre 1990 con la quale un chirurgo fiorentino fu condannato alla pena di anni 6 e mesi 8 di reclusione perché considerato reo "di aver effettuato un intervento chirurgico dal quale derivò, poi, la morte della paziente, senza il previsto consenso all'intervento da parte della paziente stessa".

BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA

APPLICAZIONE PRATICA DELLE LINEE-GUIDA

Luigi Dal Sasso e Chiara Marangon

Negli ultimi tempi è profondamente cambiata la domanda di salute. La ricerca sui servizi sanitari ha più volte messo in evidenza il fenomeno della variabilità clinica: lo stesso paziente può ricevere cure diverse a seconda di dove e come viene in contatto con i servizi sanitari.

Le linee guida sono specificazioni sistematiche di buona pratica clinica, sviluppate per assistere professionisti e pazienti nella presa di decisioni relative all'assistenza sanitaria più appropriata per specifiche condizioni cliniche.

Nella situazione attuale, alla luce della necessità di rendere coerenti gli aspetti scientifici e quelli economici, si devono identificare due livelli di linee guida: linee guida generali, elaborate e proposte da Società scientifiche e linee guida locali, che hanno caratteristiche di pratica attuazione in un determinato contesto organizzativo e vengono elaborate, sulla base di quelle generali, dai professionisti che in seguito le dovranno applicare.

Si tratta in entrambi i casi di raccomandazioni sul miglior modo di svolgere il lavoro medico ma, mentre le linee guida generali garantiscono la migliore prestazione possibile in assoluto, le linee guida locali garantiscono la migliore prestazione possibile nelle specifiche condizioni organizzative ed economiche della realtà in cui vengono emanate.

Non potendosi ormai realizzare il sogno di dare a tutti le cure al livello più alto possibile, le linee guida locali possono rappresentare un valido strumento per garantire la "miglior qualità possibile in determinate condizioni", in modo da assicurare il massimo di salute possibile ad una determinata popolazione, senza che nessuna frangia di essa subisca il peso eccessivo e intollerabile di tagli del livello di assistenza.

Una difficoltà che si incontra rapportandoci con le linee guida consiste nel fatto che spesso queste rimangono un esercizio culturale e difficilmente vengono usate nell'attività quotidiana come reale strumento di lavoro.

Proponiamo l'esperienza di uno studio osservazionale in corso a Vicenza, scaturito dal confronto fra MMG e specialisti, dopo la condivisione delle linee guida, sempre interessati a raccogliere il parere dei Colleghi e stimolare il dibattito sui problemi che migliorano l'integrazione fra l'Ospedale e il Territorio.

TRATTAMENTO DELLA BPCO IN STADIO 2° e 3° IN FASE STABILE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ANCHE AL RAPPORTO COSTO/BENEFICI: A PPLICAZIONE A LIVELLO LOCALE DELLE LINEE GUIDA INTERNAZIONALI
(Organizzazione Mondiale Sanità e Istituti Statunitensi per le Malattie Polmonari, Cardiache e del Sangue)

Gli obiettivi della terapia del paziente affetto da BPCO in fase stabile sono i seguenti:

- arrestare/rallentare la progressione della malattia;
- migliorare la sintomatologia;
- ridurre le riacutizzazioni;
- migliorare la qualità della vita.

È di fondamentale importanza allontanare ogni possibile fattore di rischio ed in particolare abolire il fumo di sigaretta.

I più recenti indirizzi terapeutici internazionali in merito al trattamento farmacologico della BPCO modificano in modo determinante i protocolli terapeutici.

In particolare, nello stadio 2° e 3°, prevedono un trattamento continuativo con uno o più broncodilatatori e, in presenza di sintomatologia significativa e di ripetute riacutizzazioni, l'associazione di corticosteroidi inalatori.

L'efficacia della terapia con broncodilatatori viene solitamente valutata sulla base dell'effetto sul FEV1, parametro di flusso espiratorio. Nella BPCO, tutte le classi di broncodilatatori hanno dimostrato migliorare la qualità di vita senza determinare variazioni significative del FEV1: è possibile cioè mettere in evidenza un incremento del FEV1 molto piccolo, spesso inferiore al 10%, pur ottenendo un miglioramento dei sintomi e della capacità di esercizio.

Le formulazioni comunemente utilizzate sono i beta2-agonisti, gli anticolinergici, le metilxantine. La loro scelta dipende dalla disponibilità dei farmaci e dalla risposta del paziente.

I beta2-agonisti a lunga durata d'azione somministrati 2 volte al giorno, e l'ipratropio somministrato 4 volte al giorno, diversamente dai beta2 ad azione pronta, hanno dimostrato di migliorare significativamente lo stato di salute; la teofillina è efficace nei pazienti con BPCO ma a causa della sua potenziale tossicità viene meno utilizzata che in passato.

L'associazione fra beta-agonisti e anticolinergici comporta un aumento di efficacia terapeutica.

La somministrazione prolungata di glucocorticoidi per via inalatoria non modifica il declino del FEV1, tuttavia ci sono evi-

denze cliniche che questi farmaci sono in grado di ridurre la sintomatologia dispnoica, migliorare la qualità di vita e ridurre il numero e la gravità delle riacutizzazioni. Queste ultime rappresentano un fattore favorente l'evoluzione della BPCO verso l'insufficienza respiratoria.

La riacutizzazione della BPCO è caratterizzata da un aggravamento di uno o più dei seguenti sintomi: aumento della dispnea; aumento della tosse e del volume dell'escreato e/o comparsa di escreato purulento. Le cause più comuni di riacutizzazione sono rappresentate dalle infezioni dell'albero tracheobronchiale e dall'inquinamento ambientale, ma la causa di circa un terzo delle riacutizzazioni severe rimane ad eziologia sconosciuta.

I costi economici di una riacutizzazione di BPCO vanno calcolati in:

costi diretti, quali farmaci aggiunti, visite specialistiche, esami strumentali, giornate di ricovero ospedaliero;
costi indiretti, quali perdita giornate lavorative del malato, o di chi l'assistente.

OBIETTIVI

Con il presente studio, ci si propone l'applicazione a livello locale degli indirizzi terapeutici per la terapia della BPCO contenuti nel GOLD (Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), linee realizzate in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'Istituto Statunitense per le Malattie Polmonari, Cardiache e del Sangue (NHLBI), valutando:

- le variazioni clinico-funzionali respiratorie;
- le variazioni della sintomatologia e dello stato di salute;
- l'adesione e compliance terapeutica;
- i costi della terapia di base e delle eventuali riacutizzazioni.

CONTENUTI

Utilizzando la classificazione della BPCO proposta dall'ERS, sono stati individuati 2 gruppi di pazienti raggruppati come segue:

1° GRUPPO: pazienti con FEV1 compreso tra 50 e 69% (BPCO in stadio 2°)

2° GRUPPO: pazienti con FEV1 inferiore al 50% (BPCO in stadio 3°) e con una o più riacutizzazioni nell'anno precedente.

Sulla base di due diverse proposte terapeutiche, i pazienti del 1° gruppo sono suddivisi in 2 sottogruppi a) e b):

- a) terapia continuativa con beta2-agonisti long-acting, somministrati 2 volte al dì (Formoterolo o Salmeterolo)
- b) terapia continuativa con Oxitropio bromuro, somministrato 4 volte al dì.

Per i pazienti di entrambi i sottogruppi è consentito l'uso di beta2-agonisti short-acting a.b.

L'arruolamento dei pazienti in uno dei due gruppi avverrà sulla base della compliance del paziente alla terapia, avendo cura di ottenere due gruppi numericamente confrontabili.

Sono arruolabili pazienti di nuova diagnosi, oppure già in trattamento farmacologico, purché rientrino nei criteri indicati.

I pazienti del 2° gruppo sono suddivisi nei seguenti 2 sotto-

gruppi c) e d):

c) terapia continuativa con corticosteroidi inalatori associati a beta2-agonisti long-acting 2 volte al dì;

d) terapia continuativa con corticosteroidi inalatori 2 volte al dì associati a Oxitropio 4 volte al dì.

Per i pazienti di entrambi i sottogruppi è consentito l'uso di beta2-agonisti short-acting a.b.

L'arruolamento dei pazienti in uno dei due gruppi avverrà sulla base della compliance del paziente alla terapia, avendo cura di ottenere due gruppi numericamente confrontabili.

Sono arruolabili pazienti di nuova diagnosi, oppure già in trattamento farmacologico, purché rientrino nei criteri indicati.

Tutti i pazienti arruolati saranno messi al corrente con adeguate note informative sulle finalità e modalità di svolgimento dello studio e riceveranno materiale educativo sulla BPCO.

Sono esclusi dallo studio i pazienti:

- minori di anni 18;
- che hanno presentato flogosi alle vie aeree nelle ultime 4 settimane;
- con patologie di altri organi e apparati in fase acuta o in corso di accertamento;
- con patologie neoplastiche;
- con gravi patologie cardiache ischemiche e del ritmo in fase di scompenso;
- in terapia corticosteroidica orale e/o parenterale (fino a 30gg prima) e/o immunosoppressiva;
- in ossigenoterapia domiciliare continuativa (15 o più ore al giorno) per IRC;
- incapaci di fornire adeguata adesione e compliance allo studio.

METODOLOGIA E PROTOCOLLO OPERATIVO

Durata dello studio:

- arruolamento 3 mesi
- durata del follow-up: 12 mesi dall'arruolamento
- durata complessiva dello studio 18 mesi

N.B. Poiché il fumo rappresenta il principale fattore di rischio di BPCO, nel follow-up deve essere chiaramente indicata qualsiasi modificazione nelle abitudini al fumo del paziente arruolato.

Siamo disponibili a relazionare sull'andamento dello studio, quando concluso.

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

QUALCHE UTILE CONSIGLIO

Giancarlo Faletti

Fresco di stampa (17.6.04), l'atto di indirizzo del Comitato di Settore del Comparto Sanità – Area della Dirigenza Medica e Veterinaria, pur significativamente meritevole per alcuni aspetti di sostanziale differenza rispetto ai precedenti (pare ora più lineare il percorso per l'avvio delle trattative per il rinnovo del contratto scaduto, ormai, da due anni e mezzo), tace del tutto a proposito della responsabilità professionale.

Ciò potrebbe significare, secondo una lettura conservativa, che i contenuti degli artt. 24 e 25 CCNL 8.6.00 sono implicitamente confermati, senza essersi posti il problema della evidente elusione regionale (e delle singole aziende) di quei principi, specie riguardo agli annosi problemi dell'adeguatezza delle coperture assicurative e della assicurabilità della "colpa grave", con denaro dei dipendenti e con conseguente limitazione del rischio della cd. "rivalsa" in capo al soggetto responsabile del fatto colposo, generatore del danno.

Secondo, invece, una lettura evolutiva, l'assenza di indicazioni del Comitato di Settore potrebbe lasciare ampio spazio di trattativa in materia in sede negoziale, potendosi, in tal modo, apportare i correttivi del caso alle disposizioni vigenti. Questo perché, nonostante i progetti di legge in attesa di esame (l'ultimo dei quali, a firma Palumbo e Altri, ha il pregio di riassumere le prese di posizione più evolute in materia di tutela dei dipendenti in caso sia impegnata la loro responsabilità professionale), gli interventi normativi tardano significativamente e le intese pattizie non sono applicate secondo il loro spirito ed il loro contenuto.

Nel contempo, la giurisprudenza continua ad affinare le proprie pronunce al riguardo, seguendo un percorso evolutivo di crescente favore per il paziente, a discapito, a volte, di principi consolidati in materia di onere probatorio e di definizione del contenuto dall'obbligazione professionale del sanitario.

Così, Cass. Sez. III civile n. 9471 del 19.5.04 afferma il principio secondo cui "pur gravando sull'attore l'onere di allegare i profili concreti di colpa medica posti a fondamento della proposta azione risarcitoria, tale onere non si spinge sino alla necessità di enucleazione e indicazione di specifici e peculiari aspetti tecnici di responsabilità professionale, conosciuti e conoscibili soltanto dagli esperti del settore". Ragionando diversamente – secondo la Corte – "si finirebbe per gravare il richiedente di un onere supplementare, quanto inammissibile, quale quello di richiedere, sempre e comunque, un accertamento tecnico preventivo" che supporti l'atto di citazione in giudizio con le necessarie connotazioni tecniche. Sarebbe, invece, sufficiente la sola con-

testazione dell'aspetto colposo dell'attività medica "secondo quelle che si ritengono essere, in un dato momento storico, le cognizioni ordinarie di un non professionista". Cosicché, limitando l'onere probatorio di chi accusa, si grava inevitabilmente l'onere probatorio contrario del sanitario interessato (anziché ritenere non provato l'assunto di parte attrice e, quindi, respingere la domanda, si esige che il soggetto danneggiante provi positivamente di aver eseguito la prestazione con la diligenza dovuta e, in mancanza di tale prova positiva, si ritiene accoglibile la domanda del danneggiato): tanto che la Corte si spinge ad affermare che "la colpa medica giunge a sfiorare una dimensione paraoggettiva della responsabilità o, almeno, una dimensione "aggravata", in sintonia con le nuove frontiere del concetto di professionalità e imprenditorialità che si affermano anche per effetto della normativa comunitaria".

Per altro verso, non meno devastante pare essere l'impatto della sentenza n. 10297/04 della medesima Corte riguardo alla nota limitazione, ex art. 2236 cc, della sussistenza di responsabilità per colpa grave o dolo da imperizia quando l'intervento implichi la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà. Dopo aver affermato la dimensione negoziale del rapporto professionale che si instaura tra paziente e sanitario, nella conseguente ripartizione degli oneri probatori, la Corte pone a carico del paziente l'obbligo di dimostrare l'esistenza del contratto e l'aggravamento della situazione o l'insorgenza di nuove patologie a seguito dell'intervento, attribuendo, invece, al sanitario la prova liberatoria che, in caso di prestazione implicante la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, investe tale qualificazione della prestazione o, in mancanza, che la prestazione sia stata eseguita in modo diligente e che gli esiti pregiudizievoli siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile. Peraltro, la prestazione ex art. 2236 c.c., quella per la cui cattiva riuscita è sanzionabile solo la colpa grave o il dolo, ricorre esclusivamente "laddove il caso non sia stato in precedenza adeguatamente studiato o sperimentato o quando nella scienza medica siano stati discussi sistemi diagnostici, terapeutici e di tecnica chirurgica diversi ed incompatibili tra loro": mai, comunque, la "speciale difficoltà" dei problemi tecnici da risolvere può essere desunta dall'"alto tasso di esiti negativi di un certo intervento", circostanza di significato non univoco da considerare nella "valutazione globale della particolare difficoltà dell'intervento", privilegiando, però, il riferimento alla prestazione che il sanitario rende e la conseguente valutazione del grado di diligenza richiesto e di quello, in concreto, utilizzato.



Se queste sono le linee di tendenza giurisprudenziali, credo che non risulteranno inutili alcune indicazioni che la delegazione trattante dovrà avere presente al tavolo negoziale, quando e se si affronterà il tema:

1. il rapporto contrattuale finalizzato all'ottenimento di una prestazione professionale intercorre, sempre e comunque, tra il paziente e la struttura; il sanitario altri non è che il tramite professionale attraverso il quale la struttura rende al paziente la prestazione che gli è dovuta;
2. conseguentemente, il mancato adempimento dell'obbligazione (la cui valutazione comprende – anche – la diligenza utilizzata dal professionista) ricade, prima e sempre, sulla struttura la quale ha il diritto di rivalersi nei confronti del professionista solo ove risulti che questi ha operato con dolo o colpa grave: in altri termini, il soggetto destinatario delle lamentele giudiziarie del paziente può (e deve) essere solo la struttura, che si deve assumere l'onere di tutelare giudizialmente (oltre a se stessa) il proprio personale coinvolto;
3. la copertura assicurativa per i danni a terzi deve obbligatoriamente fare capo alla struttura, contestualmente all'adozione di un piano virtuoso di risk management volto a limitare e ridurre le occasioni di rischio strutturale o organizzativo quali componenti facenti capo direttamente alla responsabilità della struttura;
4. il rischio della "rivalsa" per il caso di dolo o colpa grave costituisce oggetto di assicurazione (almeno, la seconda) con onere a carico del professionista; in presenza di copertura assicurativa di tal genere, la struttura esercita i diritti che la legge le attribuisce soddisfacendo le proprie pretese creditorie nei confronti dell'assicurazione;
5. il latente tavolo negoziale regionale costituisce una efficace prospettiva istituzionale per la sistematizzazione negoziale della materia nel solco dei principi comuni fissati dal CCNL.

Questi – attenzione! – sono obiettivi minimi a legislazione vigente, chiamando semplicemente con il proprio nome le responsabilità di ciascuno ed utilizzando virtuosamente competenze interne alle aziende, oggi piuttosto sottovalutate. In prospettiva (e già in sede negoziale) non è affatto vietato disapplicare le norme vigenti in materia di esercizio della rivalsa, introdotte con legge ordinaria, che la fonte negoziale collettiva può disapplicare: ma i tempi sono maturi perché lo Stato – datore di lavoro si comporti con i propri dipendenti come un qualunque imprenditore privato, assumendo su di sé, in proprio, il rischio gestionale, comprese le eventuali conseguenze risarcitorie?

Fiato, quindi, alle iniziative che percorrono questa scelta di civiltà: ma, se così non può ancora essere, si faccia – da subito – attento utilizzo delle tutele che l'ordinamento già oggi consente. Quantomeno, per lavorare con un minimo di serenità in più.

Giancarlo Faletti
Avvocato

CONTENZIOSO EX SPECIALIZZANDI ANNI 1982/83-1991/92

Spiace comunicare che, come in altri procedimenti del tutto analoghi promossi da Sigle sindacali di categoria, il giudice ha respinto la domanda nella causa in oggetto, compensando le spese tra le parti in considerazione della complessità della controversia.

Già tempo fa era stato riferito, da una Collega milanese dell'avv. Fabrizio Scagliotti, che le cause degli ex specializzandi, proposte avanti al Tribunale di Milano da lei stessa e da altri Colleghi, erano state tutte decise con il non accoglimento delle domande.

Va considerato che anche le notizie di decisioni positive nelle controversie di cui si tratta, vanno adeguatamente soppesate, posto che queste sono state spesso utilizzate da qualcuno per "spingere" ulteriori ricorsi. Alcuni giudici, infatti, si sono pronunciati favorevolmente in cause dove, ad esempio, il problema della prescrizione del diritto, più volte evidenziato, non si poneva, perché introdotte nei termini all'inizio degli anni '90. In altre pronunce si afferma il diritto dei ricorrenti, ma lo si subordina a tante e tali condizioni (dimostrazione di un'attività a tempo pieno, dimostrazione dell'esclusività, ecc.) da renderlo nel concreto vano.

L'impressione che se ne ricava è che nella decisione dei magistrati abbia pesato, magari inconsciamente, la considerazione della gravosità di una loro pronuncia favorevole per le finanze dello Stato (inteso in senso allargato).

Bisogna tuttavia evidenziare la conseguenza aberrante della pronuncia sfavorevole anzidetta.

Per i soggetti che hanno proposto ricorso, i quali con la loro attività hanno quindi concorso a far sì che alcuni Parlamentari presentassero progetti di legge (alcuni dei quali già assegnati alle competenti Commissioni) tesi al riconoscimento economico dell'attività prestata dagli ex specializzandi negli anni 1982/83-1991/92, e che hanno visto rigettata la loro domanda, si imporrebbe ora la necessità di appellare la sentenza.

Quabra non lo facessero, infatti, questa passerebbe in giudicato, definendo una volta per tutte la questione: e dunque proprio quelle disposizioni legislative che dovessero vedere la luce grazie anche alla copiosa attività giurisdizionale sorta attorno alla vertenza "ex specializzandi", non si applicherebbero Loro.

È noto, infatti, che la legge trova un limite nelle situazioni "definite". In sostanza per i medici la cui domanda sia stata respinta e non appellata nei termini, le leggi che dovessero essere promulgate sulla base dei disegni di legge Pepe (n. 2475), Marinello (n. 2466) e Molinari (n. 2242) non si applicherebbero.

Quindi i Colleghi che avessero perso questa prima battaglia, al fine di non vedersi preclusa per sempre la possibilità di un riconoscimento economico degli anni di specialità ai sensi di eventuali, futuri provvedimenti legislativi, dovrebbero proporre appello, onde tenere in vita la causa che consentirebbe di essere ricompresi nelle eventuali disposizioni di legge a Loro favorevoli.

L'avv. Fabrizio Scagliotti ha inviato (il 12/05/2004) una lettera personale a tutti i ricorrenti, spiegando Loro la situazione, e chiarendo che, qualora volessero appellare la sentenza, il tempo per interporre appello è di trenta giorni dalla data di notifica della sentenza stessa.

C.d.R.

I CASI PIÙ FREQUENTI DI CONTENZIOSO PENALE: LE EMERGENZE OSTETRICO-GINECOLOGICHE

Vania Cirese

Gli aspetti dell'assistenza ostetrico ginecologica che più di frequente formano oggetto delle indagini/investigazioni del pubblico ministero, e di successiva valutazione del giudice, riguardano senza ombra di dubbio la specialistica di urgenza e/o emergenza in sala parto.

Gli accertamenti dell'autorità giudiziaria possono attendere, in particolare, alle problematiche connesse al controllo cardiocografico eseguito nelle ultime ore della gravidanza, soprattutto se protratta; o alla scelta, operata dal chirurgo, di procedere al taglio cesareo; o al riconoscimento, da parte dell'operatore, di lesioni o perforazioni uterine o, infine, al trattamento, da parte dello specialista, di complicanze infettive.

Sono queste, infatti, le "occasioni" della pratica medica da cui possono derivare le più gravi e, delle volte, irreparabili, lesioni in danno sia del feto/neonato, che della parto-

riente.

In danno del feto, ad esempio, la sofferenza cardiaca pre-partum, intrapartum e post-partum e la lesione del plesso da parto distocico.

In danno della madre, la setticemia acuta (da complicanza infettiva) e i fenomeni emorragici, più o meno copiosi, più o meno ingravescenti, dovuti al mancato/tardivo riconoscimento di perforazione uterina da atto chirurgico, o lo shock emorragico sopraggiunto alla fine di un intervento chirurgico di taglio cesareo.

Per quanto attiene alle emergenze ostetriche materne, preme rilevare che nelle aule di tribunale sono state affrontate entrambe le tipologie:

a) senza prevalente componente emorragica: embolia amniotica o di altra natura; gestosi eclamptica e sindromi correlate; addome chirurgico acuto; emergenze da cause



non ostetriche (come anestesia, farmaci e trasfusioni);
b) a prevalente componente emorragica; anomalie della sede d'impianto, come gravidanza ectopica e placenta previa; distacco intempestivo di placenta normalmente inserita; rottura d'utero, ad esempio da deiscenza di cicatrice isterotomica; emorragie del secondamento; placenta accreta, inversione uterina; emorragie del post-partum, ad esempio per lacerazioni delle parti molli o da atonia dell'utero; coagulazione intravascolare disseminata e shock ostetrico.

Nelle aule giudiziarie dai CT e dai periti si sente definire l'emorragia primaria o acuta del post-partum, non sempre con adeguatezza.

Ciò che colpisce i giuristi è la rappresentazione di copiose perdite di sangue dai genitali esterni (spesso non c'è concordanza sulla quantità e spesso in aula non è accertabile questo dato che si verifica entro le prime 24 h. dal secondamento)

Frequentemente si sente distinguere tra quelle che compaiono prima dell'espulsione della placenta e quelle vere e proprie emorragie del post-partum che si osservano dopo il secondamento, mentre l'emorragia secondaria del post-partum o tardiva, normalmente è rappresentata dai CT dell'accusa come quella perdita abnorme di sangue che si verifica dopo 24h. dal parto, a volte tra il 5° e il 15° giorno.

La migliore assistenza ostetrica, stando alla casistica medica, ha grandemente ridotto l'incidenza delle emorragie acute del post-partum, tuttavia esse rappresentano ancora un rischio reale per la madre ed essendo le più frequenti cause di morte, destano allarme sociale e quindi danno luogo a contenzioso legale specie in sede penale, oltre che per la gravità degli eventi, per le aspettative di giustizia e animosità che suscitano nelle famiglie e nei parenti, che spesso altera la serenità, il dovuto distacco, e l'obiettività nello svolgimento delle indagini e del dibattimento, finendo con il condizionare anche la difesa e il giudice.

Le evenienze considerate in letteratura medica che si ritrovano più frequentemente nei processi attengono a: 1) emorragie derivanti da inserzione placentare; 2) attività contrattile inadeguata (la cd "atonia uterina"); 3) ritenzione del tessuto placentare; 4) lacerazioni: vaginali, del collo, rottura dell'utero; 5) placenta previa o distacco intempestivo di placenta.

Un numero elevato di indagini giudiziarie si aprono per casi di emorragia proveniente da inserzione placentare in dipendenza di una carente attività contrattile miometriale. Il caso classico in cui il sanitario si trova davanti all'"atonia uterina".

Altre denunce che comportano l'apertura di indagini attengono a casi in cui, pur con una contrazione dell'utero, si sia verificata una metrorragia dipendente dalla presenza di residui placentari nella cavità uterina.

Sempre più frequentemente in questi processi una difesa che tenti strenuamente di dimostrare che l'atonia uterina del post partum è un evento accidentale si trova sfavorevolmente confrontata con un'accusa pubblica (del PM) o privata (della parte civile) che ha facilità nel dimostrare al

giudice la prevedibilità dell'evento, portando all'attenzione del magistrato l'esistenza di fattori predisponenti che il sanitario non può ignorare, (se dimostra di averli ignorati peggiora la sua situazione processuale).

Occorre allora subito adoperarsi, mediante un'apposita CT di parte, per verificare se sussiste o possa escludersi nell'interesse del medico:

- 1) un'anamnesi positiva di precedenti parti complicati da emorragie del post partum;
- 2) la presenza di iperdistensione uterina, ad es. gravidanze gemellari, fibromiomi;
- 3) un travaglio di parto prolungato;
- 4) un'anestesia generale profonda;
- 5) un'emorragia pre parto, ad es. la complicità di una placenta previa o un distacco intempestivo di placenta, se l'emorragia (del post partum) si sia verificata per la ritenzione di frammenti di tessuto placentare.

Occorre mettere in luce al magistrato che la diagnosi non è "ovvia", specie se la perdita di sangue, ad esempio all'esterno, era modesta, o perché si è raccolta nella cavità uterina che si è distesa.

Il secondo obiettivo da raggiungere, in una difesa legale appropriata, è la dimostrazione della condotta incensurabile nel trattamento preventivo e al sorgere dell'emergenza, distinguendo:

- a) se il sanitario ha seguito anche la gravidanza, ad es. se erano presenti e ha tenuto in conto eventuali anemie, dando la prova di averle in tal caso adeguatamente trattate;
- b) se il sanitario ha seguito il travaglio e ci si trovi in uno dei casi considerati, occorre invece dar la prova che l'ostetrico abbia considerato la possibilità di comparsa di una emorragia post partum; che abbia somministrato la profilassi; che non abbia compiuto manovre errate; abbia fornito assistenza attiva.

Val la pena notare che una strategia improntata unicamente nella dimostrazione dell'imprevedibilità dell'emorragia ha dato prova di inadeguatezza nel processo.

Naturalmente le manovre cui ci si riferisce terranno conto se la emorragia si sia verificata prima dell'espulsione della placenta (distinguendo se poi sia seguita l'espulsione della placenta o la rimozione manuale). O se la perdita emorragica sia persistita dopo l'espulsione della placenta, anche qui dimostrando che siano state effettuate le manovre per indurre le contrazioni; la somministrazione di farmaci adeguati; l'esplorazione della cavità uterina asportando eventuali frammenti placentari o coaguli; e/o sono state valutate eventuali lacerazioni.

In caso di lesioni traumatiche, uterine o vaginali, occorre dar prova di aver proceduto a corrette suture riparatrici, spiegando la correttezza della tecnica adottata con il consulente tecnico, con i testi e la letteratura scientifica medica.

L'ultimo dovere difensivo attiene alla dimostrazione nei casi estremi di persistente metrorragia, di aver preso tempestivamente la decisione dell'isterectomia (se questa è intervenuta) e che la tecnica è stata correttamente eseguita.

Non va sottovalutata l'importanza di fornire la prova del-

l'essersi attivati per il ripristino del volume ematico, specie se nella paziente sia subentrata anemia o stato di shock, dando così prova, documentale e/o testimoniale, che la perdita ematica iniziale non è stata sottostimata ma controllata e che eventualmente in attesa del sangue siano stati, nel frattempo, utilizzati altri rimedi (infusione endovena di soluzione fisiologica, sostituti plasmatici, ecc.) e non siano state compiute manovre errate (es. manipolazioni intrauterine).

Questo excursus di differenti obiettivi in ambito di dimostrazione probatoria si ricollega al fatto che la sentenza del giudice è composta da una "motivazione", in base alle prove che sono state acquisite nel corso del processo.

Perché egli ricostruisce "il fatto storico", ascritto all'imputato, interpreta la legge e precisa il fatto tipico, previsto dalla norma incriminatrice, infine, valuta se il fatto storico entra nel fatto tipico.

All'inizio del processo il fatto storico ascritto all'imputato non è certo: l'accusa ne afferma l'esistenza, la difesa, in tutto o in parte, lo nega.

Il conflitto tra accusa e difesa non può essere risolto in base ad un atto di fede (come accadrebbe se si dicesse: il fatto è vero perché, altrimenti, il pubblico ministero non avrebbe formulato l'accusa), bensì deve essere verificato mediante un accertamento basato su principi razionali. Il giudice ricostruisce il fatto storico usando come strumento la ragione umana.

Affinché l'accertamento sia "razionale": deve essere basato su prove; deve essere oggettivo; deve essere basato su principi della logica e della scienza.

"Provare" vuol dire, in estrema sintesi, indurre nel giudice il convincimento che il fatto storico sia avvenuto in un determinato modo.

Il fatto storico deve essere rappresentato al giudice mediante fatti. La prova è, appunto, quel procedimento logico in base al quale da un fatto noto si deduce l'esistenza del fatto storico da provare. Affinché l'accertamento sia "oggettivo", non deve fondarsi sulla conoscenza privata del giudice, bensì su elementi esterni, e cioè su prove. Il massimo grado di oggettività si ha quando il giudice si trova in una situazione di piena terzietà, anche di tipo psicologico, rispetto alla prova. L'avvocato e il consulente devono essere, quindi, credibili e tecnici.

Nel procedimento probatorio ognuno deve assolvere al suo compito. Al giudice spetta la valutazione delle prove raccolte e il principio del libero convincimento non lo esime dal motivare la sua valutazione perché in base all'articolo 192 c.p.p., il giudice deve "dar conto dei risultati" acquisiti e dei criteri adottati nel valutare la credibilità e l'attendibilità delle prove.

L'ammissione è chiesta dalle parti al giudice. Le parti (pubblico ministero, imputato e parte civile) hanno l'onere di introdurre il mezzo di prova e partecipano alla formazione - assunzione delle prove.

Prima ancora, è compito delle parti la ricerca delle fonti di prova. Non sfugge, allora, l'estrema importanza per un'appropriate difesa nell'interesse del sanitario, di predisporre una raccolta, tempestiva e più completa possibile, di elementi (documentali, testimoniali e scientifici) idonei

a dimostrare con certezza che il fatto-reato non si è verificato, così come lo ha ricostruito l'accusa.

Se nel nostro codice non vi è più una "prova del giudice", e spetta alle parti il potere - dovere di ricercare le fonti di prova, chiedere e ottenere l'ammissione del mezzo di prova e partecipare direttamente alla formazione (in contraddittorio) della prova, è assolutamente indispensabile approntare, sin dall'inizio, una strategia che tenga conto di tutti gli elementi raccolti dalla difesa, e del confronto tra questi e quelli rapportati dall'accusa; che si giovi di un'ampia collaborazione con l'interessato e con il consulente tecnico e si avvalga altresì di ogni utile riferimento tratto dalla più aggiornata letteratura medica, oltre le linee guida e i protocolli.

Non sempre si può dimostrare che la situazione attuale non si è verificata, anzi, normalmente la ricostruzione del fatto storico è incontestabile, ed è condivisa dal consulente tecnico dell'accusa e da quello della difesa (ad es. l'intervenuta emorragia post partum), non si può negare l'evidenza.

Il versante dove la difesa dovrà sobbarcarsi il massimo sforzo è piuttosto quello relativo alla dimostrazione della non prevedibilità o evitabilità dell'evento, o, ancora meglio, proprio perché l'emergenza è nota o prevedibile, occorre fornire la dimostrazione convincente che al suo insorgere è stata prontamente e correttamente fronteggiata, tanto da doversi escludere qualsiasi addebito di imprudenza, negligenza o imperizia a carico del sanitario e, soprattutto, da doversi escludere la sussistenza del nesso causale tra la condotta e l'evento.

Vania Cirese
Avvocato



AREA MOBBING

“I FATTORI SCATENANTI”

Paolo Bonarrio

Iniziamo la trattazione un poco più dettagliata del mobbing, parlando ampiamente circa alcuni dei principali fattori scatenanti questo vile e spregevole comportamento, che tanti danni produce alla individualità della persona che lavora.

DINIEGO DELLA QUALIFICA RICOPERTA DI FATTO

Capita spesso che ad un lavoratore venga richiesto anche informalmente, da parte del datore di lavoro o da parte di un superiore, di svolgere delle funzioni che sono proprie di una qualifica superiore a quella da lui rivestita.

Classico, storico esempio è quello dell'aiuto o dell'assistente anziano che, in assenza della figura primaria, venivano chiamati a ricoprire questo “ruolo” per anni ed anni, senza che mai alcuno avesse da eccepire sul loro modo di attendere alla funzione “superiore”.

Sia che tale investimento sia avvenuto perché era stato l'interessato stesso a smuovere mari e monti per avere quella funzione, sia che si sia trovato di fatto costretto a ricoprirlo per mancanza di altri concorrenti, è normale che un lavoratore che per mesi, o addirittura anni, abbia svolto una mansione superiore, acquisisca poi una aspettativa di ricoprire ufficialmente l'incarico alla prima occasione (ad esempio in occasione di un concorso).

Capita però che, dopo qualche anno, il panorama di chi amministra l'Azienda sia mutato, e che la nuova leadership decida di mettere nei posti apicali solo persone strettamente “devote”, senza tener conto di chi per anni si è sacrificato ed ha tappato i cosiddetti “buchi” nelle piante organiche mediche.

Poiché non tutti sono capaci di assumersi la responsabilità dei propri atti, è facile che si decida a tavolino che, prima di bandire il concorso, colui il quale potrebbe accampare diritti o priorità, venga messo in condizioni “di non più nuocere”, per cui iniziano a verificarsi i comportamenti mobbizzanti.

EMARGINAZIONE DEI DIRIGENTI NON PIÙ GRADITI

A volte le attività mobbizzanti possono iniziare per “eliminare” un dirigente che non sia più gradito all'amministrazione (ad esempio perché non ha voluto commettere qualche “porcheria”, od illegalità, che gli era stata richiesta).

Oppure possono anche iniziare per semplice invidia professionale (se magari si è evidenziata la nostra capacità rispetto a chi ci circonda, o ad altro dirigente gradito all'amministrazione), o

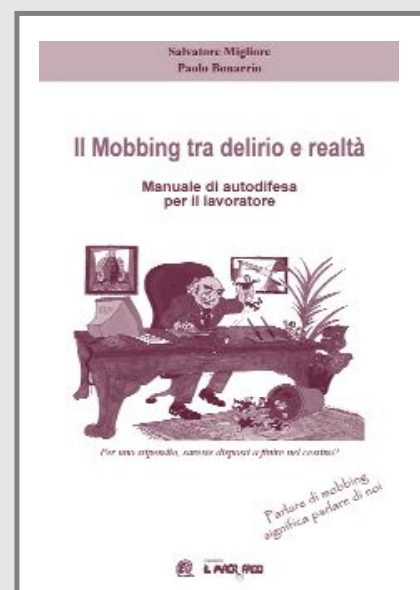
personale (per un successo nella vita, per una bella moglie o per una bella casa, ecc.).

DISTRUZIONE DI UN PUNTO DI RIFERIMENTO

Un'altra possibilità che può portare ad un caso di mobbing, è quella che si realizza allorché in un reparto o servizio arriva un nuovo dirigente, estraneo al contesto di quell'ambiente di lavoro.

Se il nuovo arrivato è una persona molto insicura, oppure un arrogante sicuro di essere spalleggiato dal vertice aziendale, avrà due possibili comportamenti da scegliere, del tutto diversi tra loro:

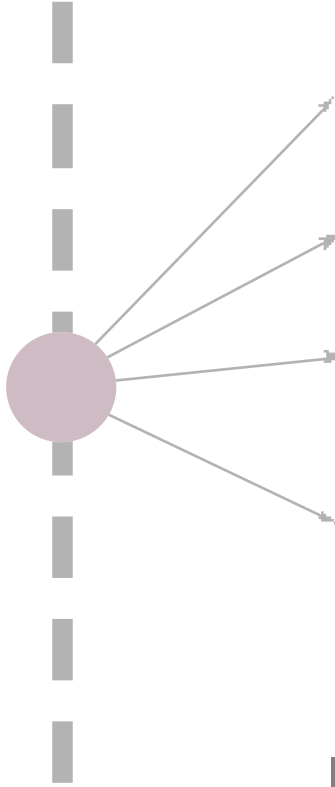
a) se è un ottimo professionista, potrà cercare di acquistare la fiducia dei suoi subordinati e collaboratori attraverso l'evidenziazione delle proprie capacità, cercando di trasmettere il messaggio che, con il suo arrivo, oltre a guadagnarci in professionalità la struttura, potrebbero avere opportunità tutti i componenti dell'equipe di apprendere qualche cosa di nuovo (tecnica, metodologia, approccio, ecc.);



b) se non è un professionista di valore, o se umanamente non vale granché, sceglierà invece di individuare tra il resto del personale colui che godeva della maggior stima e si era conquistato un buon grado di autorevolezza nei confronti degli Altri. Da quel momento il “nuovo arrivato” cercherà di distruggere il precedente punto di riferimento, di minarne la credibilità, al fine di

poter emergere lui stesso o, quanto meno, di indurre gli altri ad averne paura.

Quali che siano le cause scatenanti, le prime fasi nelle quali si instaura un procedimento mobbizzante si manifestano con i seguenti “fenomeni”, e sono caratterizzate dai seguenti eventi, che possono essere tutti presenti o solo in parte.

- 
- 1) Sottrazione di responsabilità e/o di collaboratori: il malcapitato si vede togliere sistematicamente figure professionali che collaboravano abitualmente con lui, o sottrarre alcuni dei compiti che gli erano stati affidati, partendo proprio da quelli più prestigiosi nei confronti degli altri Colleghi o subordinati.
 - 2) Affidamento di incarichi “vuoti”: in sostituzione di quelli vecchi gli vengono assegnati nuovi compiti o incarichi che non servono a nulla, o che sono perfino difficili da comprendere, da interpretare.
 - 3) Confinamento in uffici periferici: di colpo, una mattina, giungendo al lavoro, la “vittima” trova la sua stanza chiusa, o svuotata. Informandosi con il primo che incontra, viene a sapere che la sua stanza è stata spostata in un altro posto e che lui era il solo a non esserne informato, oppure che di quella stanza c’era assoluto e urgente bisogno per cui, da ora, dovrà dividere la stanza con un altro Collega.
 - 4) Soppressione del posto: da ultimo, o nei casi più sfacciatati (quando cioè chi mobbizza ha la certezza dell’impunità), la vittima viene informata che il suo posto è stato soppresso, e che resterà sì dipendente, ma senza fare nulla (“stia tranquillo....non si preoccupi....il suo stipendio non glielo tocca nessuno, finché non si troverà qualche incarico, naturalmente... idoneo alla sua bravura”).

IL RISCHIO PROFESSIONALE DEL MEDICO

A cura di Riccardo Cassi

Volume brossurato f.to 15x21
156 pagine - e 15,00



CIC Edizioni Internazionali



NOTIZIE FLASH

Continuano i Corsi di formazione CIMO-ASMD sul tema

"Il Medico ospedaliero e la comunicazione".

La prossima occasione è rappresentata dal Corso di base (4ª edizione), che si terrà ad Altomonte (CS) dal 6 al 9 ottobre 2004.

Seguirà (nelle date dell'11, 12 e 13 novembre 2004) un Corso di formazione in "Comunicazione di secondo livello" (in sede ancora da definire), in cui saranno forniti elementi di analisi transazionale.

Saranno accreditati punti ECM.

Per informazioni

rivolgersi al dott. Giulio CECCHINI, Responsabile CIMO-ASMD
Regione Liguria; Sede: Via Malta, 79/rosso-Genova
tel. Sede 010.564721 - Cell 347.4808409 - e-mail: gcecchini@infin.to.it

Il dott. Vincenzo Tegazzin, con la collaborazione di T. Rao Polamarasetti

ha organizzato il IV Congresso europeo

Corso di aggiornamento in "Anestesia in pazienti con patologie neuromuscolari", che si terrà a Padova dal 30 settembre al 2 ottobre 2004.

La sede del Congresso sarà la "Corte Benedettina" di Legnaro (PD) Via Roma, 34. Sono stati richiesti 15 crediti ECM.

Per informazioni

rivolgersi alla Segreteria organizzativa Arkè srl
Via Tiberina 2, 35036 Montegrotto Terme (PD),
tel. 049.8910709 - fax - 049/8910170 - e-mail: info@arkeventi.it.



Pierluigi Camboa

Organizzazione e gestione del distretto sanitario

Manuale di management per operatori
di distretto sanitario e medici di medicina generale

360 pagine - € 30,00



CIC Edizioni Internazionali