

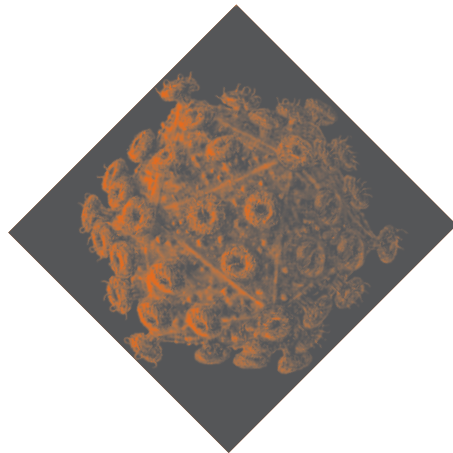
segue da pag. 6

primo, con effetti giuridici ed economici che decorrono dal primo giorno del mese successivo" (salta quindi la storica data del 30 novembre); c) esiste una importante norma di salvaguardia (comma 2 dell'art. 5) secondo cui le nuove regole di incompatibilità (esclusività di rapporto), previste dal provvedimento in esame, "decorrano dalla data di pubblicazione nella G.U. della Repubblica italiana della presente legge per gli incarichi assegnati successivamente, e al momento del rinnovo degli incarichi per quelli attualmente in vigore".

In conclusione:

1. il ddl Turco, nella versione attuale, merita una sufficienza scarsa ed andrebbe sostanzialmente modificato, nel corso della discussione parlamentare;
2. purtroppo il furore ideologico, che aveva accecato la Bindi, è ancora riuscito a contaminare anche la Turco (sangue rosso non mente...);
3. speriamo che i parlamentari di questa povera Repubblica (povera perché indebitata, povera di idee, legata a vecchi schemi, senza un briciolo di liberalità e coraggio) vogliano e riescano a seguire i richiami al realismo che anche questa volta il nostro Sindacato non farà mancare Loro.

Infatti, se dovesse morire la libera professione dei medici dipendenti, non sarebbe solo una sconfitta della nostra categoria, ma ancor più della professione medica in senso lato e dello stesso valore e significato della "libertà di cura".



LOTTA ALL'HIV: UNA BATTAGLIA NON ANCORA CONCLUSA

Amalia Sartori

I numeri sono ancora allarmanti, oltre 39,5 milioni di persone vivono con l'HIV, mentre 4,3 milioni di persone sono state contagiate dall'HIV nel 2006. Il 95% della popolazione affetta da HIV/AIDS vive nei Paesi in via di sviluppo, ma le relazioni dell'EuroHIV e dell'UNAIDS confermano che il numero di nuovi contagi HIV continua a crescere ad un tasso preoccupante anche nell'Unione europea e nei Paesi vicini: nel periodo 1998-2005, 215.510 persone sono state contagiate dall'HIV nell'Unione europea. Inoltre, in alcuni Paesi il numero di persone che si stima siano contagiate dall'HIV è quasi tre volte superiore alle cifre ufficiali.

Nel corso della sessione di aprile il Parlamento europeo ha esaminato questa tematica sottolineando da un lato i recenti progressi nel trattamento dell'HIV/AIDS, ma dall'altro il preoccupante calo dei finanziamenti per la prevenzione, che ha indirettamente contribuito ad un aumento dei comportamenti a rischio e di nuove infezioni da HIV.

Dati affidabili e prevenzione mirata

Il Parlamento ha sottolineato la necessità di disporre di dati affidabili sulle nuove infezioni da HIV, le nuove forme di contagio, la concentrazione geografica, i Paesi e le fasce di popolazione maggiormente colpiti. Rafforzando il ruolo del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (CEPCM) incaricato della sorveglianza e

della raccolta e pubblicazione dei dati relativi all'HIV/AIDS.

Alla Commissione è poi chiesto di mettere a punto programmi basati sulle prove e di promuovere l'attuazione di misure di prevenzione e riduzione del danno, inclusi l'utilizzo di preservativi, trattamenti sostitutivi delle droghe, accesso a test clinici su base volontaria, scambi di aghi e siringhe pulite, e consultazioni per le persone appartenenti a gruppi ritenuti vulnerabili, affette da AIDS o sieropositive.

Combattere l'ignoranza

L'ultimo Eurobarometro sulla prevenzione dell'AIDS, del febbraio 2006, mostra dati preoccupanti anche per quanto riguarda il livello di conoscenza della malattia: il 54% della popolazione dell'UE-25 considera possibile contrarre l'HIV attraverso il bacio, mentre il 42% della popolazione pensa realizzabile il contagio bevendo da un bicchiere utilizzato da una persona malata di AIDS o positiva all'HIV. Per tale ragione è sempre più forte la necessità di promuovere campagne di comunicazione che informino con chiarezza la popolazione sull'infezione da HIV, sui relativi meccanismi di prevenzione, sui comportamenti a rischio e su quelli che ne favoriscono la prevenzione. Gli Stati Membri vengono incoraggiati ad assumere una posizione di guida, promuovendo e finanziando a livello europeo, nazionale e locale: l'accesso all'educazione in materia di HIV/AIDS; le consulenze su un compor-

tamento sessuale responsabile e la prevenzione e il trattamento delle malattie sessualmente trasmissibili, nonché l'accesso all'informazione, ai test clinici e ai servizi connessi. Il Parlamento sottolinea l'importanza dell'istruzione sanitaria e la necessità di Corsi di educazione sessuale nelle scuole, per aumentare il livello di consapevolezza e promuovere un comportamento sessuale sicuro. Sostenendo, allo stesso tempo, programmi e campagne di informazione e di sensibilizzazione per lottare contro l'ostracismo e la discriminazione che colpisce tutte le persone che si trovano a convivere con questa malattia.

Particolare attenzione per le donne

Il Parlamento chiede alla Commissione di rivolgere particolare attenzione alla promozione di programmi di salute sessuale e riproduttiva per le donne, per contrastare il crescente diffondersi dell'epidemia presso la popolazione femminile, che oggi rappresenta il 52% dei malati ed il 59% dei nuovi contagi, con un preoccupante abbassamento nell'età media del contagio, giovani donne al di sotto dei 25 anni. Esorta quindi a sostenere la ricerca e lo sviluppo di microbici e profilattici femminili attraverso opportuni stanziamenti, per permettere alle donne di proteggere se stesse ed il proprio partner, anche in quei casi in cui non vi sia l'accordo del partner stesso.

Più soldi per la ricerca

Nel chiedere alla Commissione di valutare le procedure in vigore per migliorare l'accesso delle ONG a vari tipi di finanziamento comunitario, il Parlamento sollecita un chiarimento delle norme per il ricorso ai Fondi strutturali e al Fondo sociale per progetti e/o programmi connessi all'HIV/AIDS. Incoraggia inoltre la Commissione ad utilizzare tutte le possibilità previste dal Settimo programma quadro di ricerca e sviluppo per continuare a finanziare e ad identificare ulteriori progetti di ricerca e la messa a punto di farmaci antiretrovirali innovativi, di nuovi vaccini e microbici. La Commissione e gli Stati membri sono anche invitati ad assegnare finanziamenti pubblici maggiori alla ricerca sui farmaci, stabilendo, per i beneficiari dei fondi pubblici, che una certa parte della loro ricerca sia dedicata a queste malattie. Non viene sottovalutato il ruolo delle cure palliative importanti nell'assistenza alle persone malate di HIV/AIDS e di cui si sollecita lo sviluppo e la diffusione.

Capitolo delicato quello relativo ai prezzi dei farmaci; mentre da un lato si osserva come la concorrenza dei farmaci generici nel settore dei farmaci antiretrovirali di prima linea abbia contribuito a ridurre i prezzi di quasi il 99%, dall'altro permane la preoccupazione per i costi elevati dei farmaci per

l'AIDS nuovi e di seconda linea, soprattutto a causa dei crescenti ostacoli posti dai brevetti nei principali Paesi produttori di farmaci generici. Il Parlamento ha illustrato agli Stati membri la possibilità di conferire un mandato alla Commissione - limitato nella portata e nel tempo - per negoziare con l'industria farmaceutica un accordo inteso ad abbassare i prezzi dei farmaci antiretrovirali nell'Unione europea.

In Italia

Dal 1983 al 30 novembre 2006 le persone colpite dal virus dell'HIV in Italia sono state stimate tra le 140 mila e le 180 mila. Tra queste sono stati 57.000 i casi di malattia conclamata notificati. I decessi sono stati circa 40.000.

Nel 2006 i cittadini residenti in Italia che ancora vivono con il virus HIV sono tra i 110 mila e i 130 mila, di cui la maggior parte oggi sono in un programma terapeutico di lunga durata. I casi con malattia conclamata sono stati stimati in 25 mila. La percentuale delle donne colpite dal virus è risultata pari al 30-35%.

Sebbene il numero dei casi risulti significativamente in calo da oltre 10 anni, vi sono state 1.452 nuove diagnosi di AIDS nel 2005 ed almeno 3.500 nuove infezioni da virus HIV. Per quanto riguarda le modalità di trasmissione, si stima che circa il 40% dei nuovi casi di infezione avvenga attraverso rapporti eterosessuali, il 20% attraverso rapporti omosessuali o bisessuali e il 35% attraverso lo scambio di siringhe infette. Il 20% dei casi di AIDS si riscontra in persone immigrate dall'estero (la metà dall'Africa). Dai 4.335 morti a causa dell'AIDS del 1994 si passa ai 327 decessi nel 2005. L'età media di diagnosi oltrepassa i 40 anni e l'AIDS dei bambini è un evento ormai molto raro, solo 3 casi nel 2005.

*Amalia Sartori
Europarlamentare*



QUANDO L'ORCO CI STA ACCANTO

Vincenzo Savatteri e Luciana Fici



Per pedofilia intendiamo una forma di attrazione sessuale verso bambini in età prepubere o pubere, cioè di età generalmente inferiore a 13 anni circa. La parola pedofilia deriva dal greco pais (fanciullo) e filia (amicizia, affetto), ma ha dei risvolti che si allontanano enormemente dai significati dei termini affetto ed amicizia, sfociando nel comportamento criminale più efferato.

In ambito psichiatrico è classificata come una parafilia, ovvero tra i disturbi del desiderio sessuale. Il termine pedofilia è da considerarsi identificativo di quei soggetti che visionano materiale pedopornografico o materiale che coinvolge bambini o abusano sessualmente di un bambino, o che commettono reati informatici legati alla pedo-pornografia.

La criminologia distingue i pedofili dai *child molester* (molestatori o persone che abusano di bambini). Le due categorie non sono coincidenti in quanto il *child molester* è un soggetto che abusa di un minore dal punto di vista fisico e psichico; il pedofilo gode invece nella visione di immagini legate ad abusi sui minori.

In ambito giuridico, il termine pedofilia viene usato per definire una tipologia di reato, cioè gli atti illeciti che sono conseguenza del desiderio sessuale pedofilo. Anche se questi atti illeciti possono comprendere atti gravissimi di violenza, l'a-

buso sessuale di un minore si configura già con il suo coinvolgimento in attività sessuali, anche non caratterizzate da violenza esplicita.

“L'abuso sessuale costituisce sempre e comunque un atto confusivo e destabilizzante alla personalità del minore e al suo percorso evolutivo” e causa danni gravissimi al minore-vittima.

La pedofilia comprende una serie di pratiche efferate che distinguiamo in pratiche latenti, pratiche attive e pratiche killer. Le prime comprendono morbose passioni e attrazioni per i ragazzini, che restano confinate a livello di fantasie erotiche latenti. Le pratiche di pedofilia attiva, conseguenza diretta della forma latente di pedofilia, comprendono una serie di violenze sia psichiche che fisiche a danno dei bambini allo scopo di soddisfare i propri impulsi libidici. Le pratiche killer rappresentano l'estremizzazione delle prime due, ed il pedofilo diviene un sadico assassino, il cui massimo godimento è rappresentato dalla morte della vittima.

In tutti le pratiche su esposte filmare gli abusi per serbarne memoria, per una condivisione tra pedofili o per una commercializzazione ad esempio attraverso internet, è divenuta una modalità particolarmente usata negli ultimi anni.

Il pedofilo è, dunque, colui che riesce ad avere una relazione

od una esperienza sessuale soddisfacente e gratificante con i bambini. Sono i bambini l'oggetto primario dei suoi interessi erotici. Il bambino, però, per il suo particolare stadio evolutivo, non è in grado di dare un consenso responsabile e non è nemmeno in grado di rifiutare la proposta dell'adulto, soprattutto se questi appartiene all'area dei conviventi.

Il pedofilo è un individuo criminale immaturo ed infantile, incapace di instaurare relazioni stabili e solide. A volte, può essere guidato dal bisogno patologico di ferire e di dominare l'altro, o da un'antica ferita mai sanata, o da violenze mai dimenticate.

Solitamente, il pedofilo si presenta gentile ed affettuoso, generoso di regali e compagnia, appare senz'altro come una persona "normale". Le proposte sessuali avvengono dopo aver creato una dipendenza affettiva, ottenuta attraverso strategie specifiche. Egli studia e conosce la vittima, attende pazientemente che si creino la stima, la considerazione e l'affetto necessari. Approfitta delle fragilità del bambino, del suo bisogno di affetto, di affermazione, di rassicurazione, e ricatta poi la vittima al fine di evitare il rischio di essere denunciato.

Per il medico di famiglia od il medico che lavora in una struttura pubblica è fondamentale conoscere i segni legati ad abuso sessuale nei confronti dei minori. Innanzitutto si deve definire l'abuso sessuale come un atto sessuale compiuto dall'adulto nei confronti di un bambino (ma anche di un adolescente) che, a causa del grado di sviluppo fisico e mentale che gli è proprio, non è ancora in condizione di acconsentire con cognizione di causa e liberamente all'atto stesso. L'adulto approfitta della grossa differenza nei rapporti di forza esistenti tra lui ed il bambino per persuadere o costringere il bambino stesso alla partecipazione.

Il punto centrale sta nella costrizione alla segretezza, che "forza" il bambino al silenzio, mettendolo così nell'impossibilità di difendersi e di chiedere aiuto. Possiamo avere le seguenti principali tipologie:

- il coinvolgimento di un bambino in relazioni sessuali da parte di un genitore (incesto);
- lo sfruttamento a scopo di gratificazione sessuale da parte di individui legati al bambino da vincoli di parentela o di conoscenza (ad esempio, membri della famiglia intesa in senso lato);
- la violenza sessuale da parte di individui estranei;
- la prostituzione;
- lo sfruttamento di minori nella produzione di materiale pornografico.

Una valutazione adeguatamente approfondita ed articolata da parte del medico curante che sospetta di un caso di abuso a

danno di minore deve includere necessariamente i seguenti aspetti: la descrizione e la natura dell'atto sessuale, se è possibile e compatibile con l'età e la sensibilità del minore; la frequenza nel tempo, se si sia trattato di un atto isolato o di un continuum di atti nel tempo; la considerazione dell'età delle persone coinvolte e delle differenze nella maturità e nello sviluppo; la comprensione del tipo di rapporto esistente tra assalitore e vittima; le loro percezioni e vissuti su quanto è accaduto e perché è accaduto; una descrizione dell'atteggiamento e del coinvolgimento degli altri membri della famiglia e dei loro valori circa la sessualità; dell'atteggiamento riguardo alla sessualità del gruppo sociale o della comunità di appartenenza; il grado di coercizione subito dalla vittima; le reazioni dell'ambiente familiare.

Un elemento da considerare, e che è di primaria importanza, è l'obbligo del medico di segnalare alla Procura presso il Tribunale dei minori il caso. Quindi non deve essere assolutamente segnalato al Tribunale dei minori, ma alla Procura e solo a questa, in quanto una difforme segnalazione determinerebbe un'indagine a carico dell'abusatore compromessa dalla procedura vigente.

Gli indicatori fisici che si possono trovare in un minore abusato sono: presenza di liquido seminale nella vagina, nell'ano o in bocca; ferite e contusioni ai genitali, in zona mammaria, alle cosce, all'ano (ad esempio: morsi, graffi, ematomi); ferite nella bocca e/o in gola; presenza di infezioni batteriche, ad esempio gonorrea od altre malattie veneree, in bocca, nei genitali o nel retto; perdite vaginali e/o ureterali; gravidanze precoci; dolore e prurito nell'area genitale e/o anale; insufficiente tono sfinterico; difficoltà nel camminare o nello star seduto; presenza del virus HIV o di altre malattie sessualmente trasmissibili in una bambina od un bambino, figli di genitori sani; sintomi psicosomatici (dermatiti, eczemi, mal di testa, crisi d'asma, tachicardie, ecc.).

A questi segni propriamente somatici si possono aggiungere degli indicatori non esattamente corporei, ma comunque riscontrabili sulla persona della vittima: presenza di biancheria intima strappata, macchiata o insanguinata; presenza di liquido seminale sugli indumenti o sulla cute, ecc.

Più rilevabili, in termini di frequenza ed accessibilità da parte del medico, sono gli indicatori comportamentali.

In un sospetto di abuso ci devono allarmare i seguenti elementi: disturbi a livello alimentare, in particolare vomito nei neonati o bambini molto piccoli; ritardo nello sviluppo fisico; autostimolazioni come succhiare continuamente, mordere frequentemente, battere la testa o altre stereotipie; disturbi di tipo psicomotorio; disturbi psicosomatici; mancata acquisizione o perdita del controllo sfinterico con enuresi e/o encopresi.

A seconda dell'età del bambino in cui si verifica l'abuso, si potranno quindi avere le seguenti reazioni: a) nel bambino al di sotto dei cinque anni di età: stati d'ansia acuti, terrori notturni, comportamenti di iperdipendenza, fenomeni di regressione nello sviluppo; b) nel bambino in età scolare: crisi d'ansia acuta, fobie, depressione, insonnia, manifestazioni isteriche, repentina e marcata perdita oppure aumento di peso, insuccesso scolastico, trascuratezza, fughe da casa; c) nell'adolescente: comportamenti antisociali accompagnati da perdita dell'autostima; isolamento sociale; ribellione crescente; fughe da casa; tentativo di suicidio.

Altri indicatori di comportamento sono: paura, ostilità velata verso gli adulti, conoscenza sessuale inadeguata rispetto all'età, disinteresse verso le attività che coinvolgono il gioco con i coetanei, aggressività verso i coetanei, seduttività verso l'adulto, calo del rendimento scolastico, difficoltà dell'attenzione, linguaggio inappropriato.

Altri indicatori psicologici, generalmente aspecifici, sono: insonnia, pavor nocturnus, bulimia, anoressia, deflessione dell'umore, ansia, ipocondria, ossessività, abuso di sostanze, condotte devianti, inibizione sessuale o ipersessualità, condotte autolesive fino al tentativo di suicidio.

La necessità di attenzionare i sospetti di abuso sui minori impone una serie di procedure che, da un lato, proteggano il più possibile lo stesso minore e, dall'altro, accertino in modo assai preciso l'evoluzione dei fatti, la validità e veridicità di quanto riferito e le responsabilità del fatto criminoso.

Ciò presuppone un'attenta sensibilità e preparazione delle figure professionali preposte all'accertamento ed una preparazione multidisciplinare che consenta di esaminare i fatti con una visione globale della loro evoluzione e delle possibili cause che hanno determinato il crimine stesso.

Il ruolo del medico di famiglia o del medico ospedaliero che entra in contatto con un minore sospetto vittima di abuso, è fondamentale nel valutare la presenza dell'abuso stesso e nel proporre una soluzione urgente nel proteggere il minore. La conoscenza della normativa al riguardo deve essere un patrimonio presente in chi svolge la professione sanitaria, in quanto gli errori di valutazione o le omissioni determinano conseguenze gravissime sulla vittima dell'abuso.

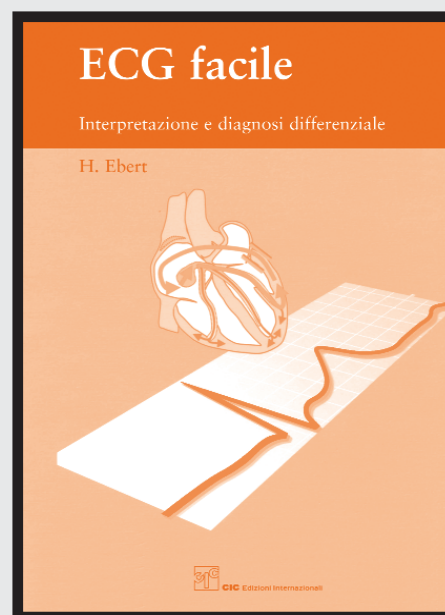
Gli indicatori precedentemente descritti chiariscono possibili dubbi di valutazione o di diagnosi di abuso; in ogni caso l'atteggiamento omissivo da parte del sanitario che sospetta un abuso, è il peggiore errore che può essere commesso, in quanto espone la vittima a possibili ulteriori abusi reiterati che danneggiano sempre più la vittima, causando danni psichici spesso irreversibili.

*Vincenzo Savatteri, Criminologo
Luciana Fici, Psichiatra*

H.Ebert

ECG FACILE

Interpretazione e diagnosi differenziale



f.to cm. 17x24
pagine 152 - € 35.00

 **CIC Edizioni Internazionali**

GESTIONE DEL RISCHIO IN GERIATRIA

Luigi Mario Addante, Salvatore Rubino, Alberto Bertolini

Il nuovo assetto che negli ultimi tempi ha assunto il Sistema sanitario, nazionale e regionale, ha condotto ad una profonda riconsiderazione dell'approccio assistenziale ai soggetti in età geriatrica.

Infatti la necessità di un congruo utilizzo delle risorse assegnate, direttamente collegato all'appropriatezza dei ricoveri in ospedale per acuti, ha portato al potenziamento di strutture alternative extraospedaliere, dedicate al trattamento e alla gestione della cronicità, quali le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Tali strutture, pur collocandosi ad un livello di complessità assistenziale certamente inferiore rispetto all'ospedale per acuti, sono chiamate al superamento di una logica essenzialmente custodialistica ed alberghiera, configurandosi in verità come nuclei all'interno dei quali il soggetto, affetto da condizioni di cronicità, riceve prestazioni qualificate, sia dal punto di vista prettamente riabilitativo che da quello sanitario.

Tutto ciò si prefigge il fine di minimizzare il numero dei ricoveri in ospedale che, oltre alle indicazioni di tipo meramente economico-organizzativo, costituisce un momento di particolare criticità nella qualità della vita del soggetto anziano e portatore di disabilità, a causa dell'elevato livello di tecnicizzazione dell'assistenza ospedaliera e dell'inevitabile contrazione della dimensione socio-relazionale dell'assistenza, della quale questi soggetti sono particolarmente bisognosi.

Ci muoviamo pertanto in un'area molto delicata che spesso ha come confini l'accanimento terapeutico, da un lato, e l'abbandono, dall'altro.

Nell'area sanitaria hanno poi enorme importanza le varie figure professionali sanitarie che devono essere consapevoli del loro ruolo, che non ha nulla da invidiare a quello dei Colleghi che svolgono attività esclusivamente in ambito sanitario, ma anzi necessita di capacità diverse e più complete. Inoltre, sempre nell'ambito sanitario, attualmente vedo profilarsi all'orizzonte un rischio, che è quello di trovarci a vicariare completamente l'ospedale necessitato che, sempre più pressato da esigenze di economia e da carenza di posti letto oltre che di strutture non implementate, tende a dimettere in modo affrettato ed intempestivo i pazienti, soprattutto anziani.

Qui va chiarito che la RSA non è l'equivalente di Lungodegenza né di una Riabilitazione. Infatti la RSA si

dovrebbe occupare di situazioni deficitarie, ma stabilizzate, nelle quali l'intervento sanitario è mirato a mantenere le condizioni di salute, ad evitare rapidi fenomeni regressivi, a risolvere anche fatti acuti intercorrenti frequenti nella popolazione anziana.

Non può e non deve improvvisarsi Servizio ospedaliero anche se deve avere, come già ricordato, quelle competenze sanitarie in grado di garantire una vita qualitativamente buona in relazione al proprio stato.

Sono quindi personalmente piuttosto critico nei confronti dell'assunzione da parte delle RSA di compiti prevalentemente sanitari che, per essere svolti, necessitano di tante professionalità, risorse e organizzazione diverse che necessariamente scandiscono i ritmi quotidiani su istanze del servizio, piuttosto che su esigenze dell'ospite, che funzionano con una logica di servizio piuttosto che di progetto, cioè quella capacità di rilevare i bisogni e di fornire risposte commisurate alle risorse disponibili.

Come già precedentemente accennato, l'assistenza qualificata in RSA si articola su tre grandi assi strategici, quali la riabilitazione fisica e socio-relazionale, la prevenzione del rischio, la gestione sanitaria della cronicità unita all'intervento precoce sull'insorgenza di situazioni acute, al fine di stabilizzare le condizioni cliniche, prima dell'eventuale trasferimento in ospedale.

La riabilitazione fisica e socio-relazionale si pone come obiettivo il recupero, quando possibile, e il potenziamento delle abilità residue, sia dal punto di vista prettamente fisico, che da quello relativo alla capacità di interagire con l'ambiente esterno. Essa si configura come attività riabilitativa di tipo estensivo, caratterizzata da un impegno di livello intermedio, che non pregiudica pesantemente la normale vita quotidiana degli ospiti.

Considerata l'alta variabilità delle condizioni cliniche dei soggetti afferenti alle nostre strutture con gravi disabilità, che varia da un livello intermedio fino a situazioni di estrema gravità e complessità, l'attività riabilitativa viene condotta in maniera personalizzata, attraverso l'attuazione di un piano riabilitativo, specifico per ogni ospite, che vede la partecipazione di professionisti della riabilitazione, unitamente al personale sanitario e addetto all'assistenza. Il controllo dei risultati raggiunti viene effettuato con periodicità dalla Direzione sanitaria delle RSA, sulla base di un approccio per obiettivi.

La gestione del rischio riveste un'importanza fondamentale in tutta la sanità, come fatti di recentissima cronaca dimostrano; ma tanto è ugualmente pregnante nel management degli ospiti di RSA geriatrica. Infatti il grado variabile di disabilità da essi presentato comporta un aumentato notevole del rischio di incidenti, con conseguenti eventi traumatologici che, a loro volta, finiscono spesso per pregiudicare in via definitiva e in senso negativo la vita del soggetto.

L'approccio alla prevenzione del rischio non può essere affidato all'estemporaneità o al semplice buon senso degli operatori, ma, in questo ambito più che mai, necessita di un approccio sistematico che, partendo dall'analisi retrospettiva e dallo studio prospettico di probabilità, porti alla standardizzazione di procedure finalizzate alla prevenzione del rischio.

Nella nostra esperienza, accanto all'individuazione della tipologia del rischio basato sulla memoria di eventi accaduti, è stata utilizzata una metodologia fondata sulla descrizione dei processi assistenziali tramite opportuni algoritmi. Tali algoritmi permettono di evidenziare passaggi ad alto rischio di incidenti (es. possibilità di eventi traumatologici durante le operazioni legate all'igiene personale, possibilità di eventi "ab ingestis" durante la refezione, ecc.) e di standardizzare le opportune soluzioni di prevenzione, che vengono inserite in apposite procedure. Infine, il terzo asse strategico è costituito dalla gestione sanitaria della cronicità, associata alla capacità di stabilizzazione precoce di eventi acuti.

La complessità clinica della maggior parte degli ospiti che realmente afferiscono alla RSA, infatti, impone una competenza specifica nella gestione sanitaria della cronicità, dal monitoraggio continuo delle patologie croniche metaboliche, cardiovascolari e respiratorie, al trattamento di complicanze, quali piaghe da decubito, incontinenza sfinteriale, contratture da immobilizzazione prolungata, ecc.

Alle suddette competenze va aggiunta anche la capacità di intervento precoce nella individuazione e stabilizzazione precoce di eventi acuti che spesso complicano la cronicità (es. insufficienza respiratoria acuta, eventi cardiovascolari, neurologici, metabolici).

In questo ambito, il Consorzio San Raffaele in Puglia ha puntato soprattutto ad obiettivi di formazione del personale medico, infermieristico ed ausiliario, che viene sottoposto ad un programma di addestramento sia sul trattamento della cronicità, che sulla gestione di eventi acuti (Corsi di BLS e ACLS; il corretto uso del carrello dell'emergenza; il corretto uso dell'ossigenoterapia; i protocolli per la profilassi e la terapia delle piaghe da decubito; le tecni-

che di gestione del paziente ventilato; la gestione del paziente in malnutrizione, ecc.).

Tutte le RSA del Consorzio San Raffaele sono state dotate di defibrillatori semiautomatici regolamentari; i Corsi di BLS sono ECM per tutto il personale avente titolo. Alla fine dei Corsi, chi supera l'esame finale ottiene il relativo diploma IRC abilitante al protocollo d'uso dei defibrillatori.

La metodologia della formazione segue presupposti dettati dalla spirale educativa dell'OMS, con individuazione dei bisogni formativi, strutturazione di obiettivi didattici specifici, programmazione, analisi dei risultati tramite indicatori di output e di outcome assistenziale.

La nostra esperienza e i problemi quotidiani che ci troviamo ad affrontare ci consentono in conclusione di porre alcune questioni di carattere normativo ed organizzativo. Le fonti normative in tema di RSA infatti (vedi Regolamento 8/2002 e DGR 210), pur ponendo fortemente l'accento sugli aspetti alberghiero-assistenziali, poco prevedono riguardo agli aspetti più propriamente sanitari. La realtà quotidiana, tuttavia, ci conduce a prospettive molto più avanzate dal punto di vista sanitario, poiché la carenza cronica di strutture di lungodegenza provoca l'ingresso in RSA di ospiti caratterizzati da condizioni cliniche più complesse di quelle previste e abbisognevole di un management di più elevato livello sanitario.

È quindi auspicabile che si apra un confronto istituzionale regionale dedicato ad una rivisitazione delle procedure assistenziali e riabilitative all'interno delle RSA, al fine di porre siffatte strutture in grado di offrire il proprio servizio in condizioni ottimali per la dignità e sicurezza delle persone da queste assistite.

Luigi Mario Addante

Coordinatore Sanitario Consorzio San Raffaele Puglia

Salvatore Rubino

Direttore Sanitario Tosinvest Sanità

Alberto Bertolini

Direttore Generale Consorzio San Raffaele Puglia

RIFORMA DELLE PENSIONI: ANCORA UN RINVIO

Umberto Celotto

Mancano ancora pochi mesi alla fine dell'anno. Pertanto, ove il Governo confermi l'intento di applicare nuove regole pensionistiche per le cessazioni dal 1° gennaio 2008, resta obbligato il ricorso alla legge finanziaria, come al solito.

A tal fine, il Governo ha sollecitato la fase della concertazione, ma finora sono poche le intese e parecchie le contrapposizioni sugli specifici argomenti dell'emananda legge (di riforma della pregressa "legge Maroni").

Il Governo, che intanto ha formulato la cornice finanziaria del decreto di programmazione economica (Dpef), provvederà a precisare gli aspetti normativi con il vero e proprio disegno di legge finanziaria per il 2008, da varare entro il 30 settembre 2007.

Sarà, quindi, la volontà politica globale a tal momento a definire gli ultimi accordi, salvo ovviamente l'intervento del Parlamento in fase di conversione, emendamento o integrazione al testo, da approvare entro fine dicembre, per l'effetto operativo dal 1° gennaio 2008.

Ma, vediamo, a questo momento, la situazione che riguarda gli aspetti di maggior interesse della riforma previdenziale in esame.

1. Pensioni di anzianità

Il più rilevante è il punto sui nuovi requisiti per il conseguimento del trattamento in via anticipata, rispetto ai limiti di età (65 anni per l'uomo e 60 per la donna) per le pensioni di vecchiaia.

Si ricorda che sull'argomento sussiste una previsione normativa, ratificata dalla legge n. 243/2004, relativamente alle cessazioni dal servizio a partire dal 2008 e fino al 2014, dove è prevista la salita del requisito anagrafico a 60 anni dal 2008 (il più che famoso "scalone"), con successiva elevazione a 61 anni dal 2010 e a 62 dal 2014, fermo rimanendo il requisito di servizio ai 35 anni, come è attualmente. A detta disciplina veniva contrappuntata una deroga, che avrebbe consentito a chi maturava i requisiti di 57 anni di età e 35 anni di servizio entro il 2007, di andare via liberamente nel 2008 e negli anni successivi, anche nel caso di una modifica peggiorativa delle regole per effetto di successive norme.

Viceversa, il Governo Prodi appare oggi orientato a disciplinare la salita del requisito anagrafico in modo più flessibile, sempre a partire dai 58 anni per il 2008. Proprio in rapporto alla salita del requisito anagrafico, è sorto vivace

B. Manger

CHECKLIST REUMATOLOGIA

A cura di K.L. Schmidt

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

Terza edizione completamente riveduta

Volume cartonato di 586 pagine - € 70,00



CIC Edizioni Internazionali

Checklist ✓

Reumatologia

B. Manger

a cura di

K. L. Schmidt

con la collaborazione di

R. Häfner,
B. Helmich,
H. Schulze-Koops,
K. Tillmann,
H. Truckenbrodt

Checklist di Medicina
moderna a cura di
E. Langjahr, A. Sturm,
O. Wickl



CIC Edizioni Internazionali

contrasto, anche nella maggioranza: vi sono alcuni che propendono per far avanzare il requisito di un anno ogni 18 mesi di decorso temporale fino al 2014, ovvero di un anno ogni due anni, fino al 2016. A tale soluzione altri contrappongono – fermo restando il passaggio ai 58 anni dall'anno prossimo – l'instaurazione, a far tempo dal 2010, delle cosiddette "quote" (cioè mix di età e di servizio), a partire da quota 95, con successivo progressivo aumento.

In conclusione, mentre appare del tutto superato lo scalone, restano da comporre le ultime divergenze, aggravate anche dalla richiesta sindacale "finale" di incentivi per la permanenza in servizio.

Peraltro, la "finestra" di attesa (che ora impone il salto di un trimestre, dopo quello in cui si maturano i requisiti), già prevista di durata semestrale dal 2008 e con la riduzione delle finestre da 4 a 2 annuali, potrebbe ulteriormente essere rafforzata a misura annuale. La soluzione "scalini" – nelle due tesi sopraillustrate – viene indubbiamente ad avvantaggiare le circa 200.000 persone che potrebbero cessare nel periodo dal 1/01/2008 al 30/06/2012, eliminando i circa due anni di ulteriore attesa di cui alla legge Maroni. Va anche aggiunto che, se la proposta governativa che impone maggior spesa dovesse essere finanziata con l'elevazione dell'età di vecchiaia per le donne o con l'inasprimento dei coefficienti di trasformazione per i giovani, la cosa non costituirebbe certo un'apprezzabile risultato. La decisione del Governo, in merito, non potrebbe ancora ritardare di molto, in vista della richiamata scadenza del 30 settembre prossimo (ddl finanziaria 2008).

Tutto quanto premesso, il Governo appare orientato, da ultimo, a proporre un'ipotesi di scalini ancora più rallentata, richiedendosi i 58 anni per il 2008 ed il 2009, i 59 anni per il 2010 e il 2011, i 60 anni per il 2012 ed il 2013, approdandosi, dal 2014, ai 61 anni, e non più ai 62.

Verrebbe, peraltro, esclusa ogni forma di incentivazione per chi prosegua l'attività in servizio.

2. Pensioni di tipo contributivo

È il punto più sofferto della riforma, riguardando i trattamenti riservati agli attuali giovani, già destinatari del sistema interamente contributivo. Per detto sistema di calcolo si ricorda che la previsione attuale (di cui alla L. 335/1995) rivaluta i contributi versati nell'intera carriera sulla base dei coefficienti di trasformazione contenuti nella Tabella A allegata alla predetta legge (cioè dal 4, 720 al 6, 136 %) in rapporto alla data prescelta per la cessazione nel periodo dai 57 ai 65 anni di età. Poiché la stessa legge n. 335 prevede che detti coefficienti vadano rivisti ogni decennio, il

Governo ha intenzione – essendo decorso il decennio – di rivedere gli stessi indici in misura riduttiva, tenendo conto dei presupposti segnalatisi nell'intermedio (ad esempio, per l'allungamento della vita umana). Tale misura porterebbe, tuttavia, a contrarre ulteriormente, e in maniera decisamente rilevante, il ricavo della prestazione per gli assicurati più recenti, cui è stata, invece, promessa una tutela più equa.

In proporzione alle nuove misure, si scenderebbe (tasso di sostituzione) ad una quota dal 50% al 40% della retribuzione alla cessazione, in presenza di 40 anni di contribuzione.

In rapporto a tale circostanza, da parte sindacale viene chiesto di soprassedere ad un intervento di questo tipo, anche in considerazione delle poste attive prevedibili (ad esempio, per la contribuzione degli extracomunitari) o, quantomeno, la moratoria di detta misura per un ulteriore periodo di tempo.

Per quanto sopra, può farsi affidamento sulla sospensione di ogni intervento su questo argomento, ancora per qualche anno.

3. Aumenti per le pensioni più basse

Appare ormai deciso un intervento a favore delle pensioni di minore importo, anche mediante ricorso a decreto emanato in via d'urgenza. Il riguardo si avrebbe per le pensioni al minimo e per quelle immediatamente superiori, escludendosi le pensioni non integrate al minimo, in rapporto al reddito del coniuge o per mancanza dei requisiti economici.

In sostanza, in rapporto alla quota del "tesoretto" destinato a tale misura, un intervento a favore di circa due milioni di pensionati (su 9 milioni circa di trattamenti di importo ridotto). In concreto, verrebbe attribuita un'una tantum di 300 euro, da corrispondersi già nell'ottobre 2007; un incremento mensile di circa 40 euro lordi a valere dal 1/01/2008 – da conguagliare con la predetta una tantum per chi l'abbia ricevuta – ed un incremento perequativo annuale più consistente, cioè dal 90 al 100% dell'indice ISTAT, per il gruppo di pensioni ricomprese da 3 a 5 volte l'importo minimo Inps.

In sostanza, un intervento non risolutivo né generalizzato, lamentandosi che il criterio di distribuire le risorse per i vari aspetti in discussione rischia di non risolvere alcun problema, in modo radicale e neppure apprezzabile.

4. Riordino degli enti previdenziali

Possiamo dire che si farà, sia pure con progressiva gradualità, la ristrutturazione degli Enti interessati al settore

cui si ha riguardo. In sostanza, è stata divisata la creazione di due poli, il primo previdenziale (con l'INPS che, alla fine di detto percorso, assorbirebbe INPDAP, ENPALS ed IPOST) e l'altro assicurativo, nel quale troverebbero unificazione INAIL ed IPSEMA. La proposta, già più volte ventilata e che raccoglie il consenso sindacale, comporterebbe, per quanto riguarda la previdenza, una rideterminazione delle strutture in modo più razionale, con riduzione delle sedi e una loro unificazione (ma, si spera, senza riduzione del personale). La spinta all'esecutività del progetto è più marcata dal momento che c'è l'aspettativa di ricavare dall'ipotesi una riduzione della spesa previdenziale da destinare al finanziamento delle altre misure di riforma.

Ovviamente, detta ristrutturazione accelererebbe anche il processo di omogeneizzazione della normativa, con l'approdo a prestazioni uguali a parità di condizioni. Nell'immediato, detto processo comporterebbe per le pensioni INPDAP di tipo interamente retributivo il passaggio immediato della "media" agli ultimi 10 anni di servizio e l'applicazione del "tetto" dal 1993, invece che dal 1998, così come oggi è già normativa INPS.

Altra conseguenza è l'accentramento in capo all'INPS del riscontro delle condizioni di inabilità per gli assicurati di tutte le gestioni, interessati a detto tipo di prestazioni.

5. TFR e Fondi

Altro punto su cui c'è piena concordanza tra Governo e Sindacati confederali è il completamento delle procedure per il travaso del premio di fine servizio (o liquidazione) ai Fondi di previdenza complementare.

Si ricorda che per il settore privato si è conclusa la fase semestrale di opzione concessa ai singoli interessati, peraltro con risultati piuttosto deludenti per quel che riguarda le nuove adesioni raccolte, dedotte ovviamente le ipotesi riguardanti le categorie che avevano già investito il proprio TFR, o parte di esso, nella previdenza integrativa.

Per il settore pubblico, innanzitutto, si è avuta recentemente la creazione del Fondo di categoria a mezzo di contratto collettivo per il personale di Regioni, ASL e Comuni (Comparto), in aggiunta a quello del personale della Scuola, decollato in precedenza. Detti Fondi riguarderebbero circa 2.500.000 adesioni potenziali.

La nuova legge concederà anche a statali e dipendenti di altri enti pubblici l'analogo semestre per la scelta a favore di TFR e Fondi, ovvero per il mantenimento della disciplina vigente.

In proposito, relativamente a modalità e criteri per la scelta in parola, si rimanda a quanto specificatamente illustrato nella precedente informativa (vedi "Il Medico ospedaliero e del territorio" n. 3/2007, pagina 25).

6. Altre misure

Si aspettano, infine, soluzioni più organiche per i cosiddetti "lavori usuranti", per i contributi figurativi, per la revisione dei trattamenti privilegiati, per i divieti di cumulo, per la riduzione dei premi dei riscatti e per la rielaborazione più favorevole della disciplina sulla totalizzazione. Su tutte queste materie, la CIMO-ASMD Vi terrà costantemente aggiornati, sia mio tramite che con tutti gli altri strumenti di comunicazione anche più rapidi.



TESTO UNICO DEI CONTRATTI DI LAVORO DELLA DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE 1996 - 2006

A cura di R. Cassi, G. Faletti

Volume di 168 pagine - Brossurato - f.to cm.15x31 - € 25,00



CIC Edizioni Internazionali

LA POSIZIONE APICALE: PIÙ ONERI CHE ONORI

Vania Cirese

La figura dell'ex "primario ospedaliero", oggi denominata "dirigente di struttura complessa", è stata più volte oggetto dell'attenzione del legislatore e della giurisprudenza. La posizione apicale dei medici ospedalieri, da meta ambita e fonte di ammirazione per il prestigio sociale connesso al ruolo funzionale, per l'esponentiale incremento del contenzioso sanitario, è sempre più esposta a rischi di responsabilità "oggettiva" che, seppur in contrasto con i principi del nostro ordinamento, deriva dalla normativa di settore e dalle interpretazioni delle sentenze dei giudici, per una quasi inevitabile quanto biasimevole esasperazione dei doveri e degli obblighi di garanzia nei confronti dei pazienti.

Appare opportuno, nella mutata sensibilità giuridica e sociale, ripercorrere l'elaborazione fino ad ora svolta da dottrina e giurisprudenza intorno alla figura apicale per dar conto di quanto sia divenuta più onerosa in ambito sanitario la funzione connessa alla qualifica più elevata, cui si richiede un'alta professionalità non solo sotto il profilo medico-specialistico ma anche manageriale, spesso senza reali e adeguati strumenti e supporti, con il rischio sempre in agguato di ascrizione di responsabilità per condotte altrui: dei membri dell'equipe, del personale sanitario non medico, del personale amministrativo-direttivo dell'ente di appartenenza.

Uno sguardo al passato consente di notare come il quadro normativo sia fortemente mutato.

Il D.Lgs. 502/92, occupandosi del riordino della disciplina in materia sanitaria, modificato dal D.Lgs. 517/93, ha abrogato il D.P.R. 128/69 (che descriveva le attribuzioni dei primari, aiuti, assistenti) delegando alle Regioni le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera. L'abrogazione in questione, tuttavia, non ha apportato significative modifiche sotto il profilo sostanziale, perché relativamente alla concreta individuazione delle funzioni e dei doveri del "primario ospedaliero" la norma abrogata (DPR 128/69) e quella in vigore (D.P.R. 761/79) portano agli stessi risultati.

Ai sensi del citato D.P.R. 761/69 (che attiene ai profili professionali, qualifiche funzionali, attribuzioni del personale) "il medico appartenente alla posizione apicale svolge attività e prestazioni medico-chirurgiche, attività di studio, di didattica, di ricerca, di programmazione e di direzione dell'unità operativa o dipartimentale, servizio multizonale o ufficio complesso affidatogli. A tal fine, cura la preparazione dei piani di lavoro e la loro attuazione ed esercita

funzioni di indirizzo e di verifica sulle prestazioni di diagnosi e cura, nel rispetto dell'autonomia professionale operativa del personale dell'unità assegnatagli, impartendo all'uopo istruzioni e direttive ed esercitando la verifica inerente all'attuazione di esse. In particolare, per quanto concerne le attività in ambito ospedaliero, assegna a sé e agli altri medici i pazienti ricoverati e può avocare casi alla sua diretta responsabilità, fermo restando l'obbligo di collaborare da parte del personale appartenente alle altre posizioni funzionali. Le modalità di assegnazione in cura dei pazienti debbono rispettare criteri oggettivi di competenza, di equa distribuzione del lavoro, di rotazione nei vari settori di pertinenza".

La normativa di settore, come la giurisprudenza ha più volte ribadito, è pertanto fonte per "il primario" di obblighi di garanzia, da cui possono derivare addebiti di responsabilità a titolo omissivo. Infatti la legge gli fa carico di impedire che nella struttura da lui diretta si verifichino eventi dannosi per la salute dei pazienti. Al verificarsi di un danno può essergli mosso un addebito ex art. 40, 2 comma c.p. per non aver impedito il concretizzarsi di comportamenti che aveva l'obbligo giuridico di impedire. In altre parole, la figura apicale, per la sua specifica posizione, può essere chiamata a rispondere di condotte di operatori a lui subordinati che abbiano cagionato lesioni o morte di pazienti, in concorso o cooperazione, a titolo omissivo per non aver scongiurato quelle conseguenze.

La L. 833/78, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, ribadendo il contenuto dell'art. 32, 1 comma Cost. e valorizzando la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, ha stabilito che le USL, come unità territoriali, provvedano all'assistenza medica generica e specialistica e a quella ospedaliera, ha individuato i doveri a carico degli operatori del SSN e ha identificato i soggetti titolari di questi doveri, ricollegandosi ai contenuti del citato D.P.R. 761/79.

Il primario, come gli altri operatori del SSN, è destinatario del dovere di tutelare la salute, cioè la vita e l'integrità fisico-psichica del paziente e ottempera a tale dovere svolgendo i compiti delineati nel D.P.R. 761/79.

Il D.Lgs. 229/99 ha mutato la denominazione di "primario" definendo i medici ospedalieri in posizione apicale "dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa". Il dirigente di struttura ha il compito di vigilare sull'operato dei sanitari subordinati per evitare che da loro azioni derivino danni ai pazienti e a tale fine è fornito

dalla legge di poteri giuridici impeditivi, cioè dispone di poteri-doveri, in particolare di indicazione nei confronti dei collaboratori relativamente all'indirizzo terapeutico ed agli interventi da eseguire, di ripartizione e affidamento del lavoro "per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative". Pertanto, se non adotta i poteri-doveri impeditivi di cui dispone, là dove ne ricorra la necessità, la sua omissione è equiparata all'azione causale dell'evento dannoso ed è censurabile penalmente perché per la disposizione ex art. 40, 2 comma c.p. "non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo".

A chiarimento di tutto quanto fin qui rappresentato, sembra opportuna qualche precisazione rispetto agli elementi costitutivi della fattispecie omissiva attribuibile al medico in posizione apicale e cosa debba intendersi per "evento non impedito" e "mancato impedimento".

Innanzitutto occorre che l'azione doverosa omessa appaia idonea ad impedire l'evento così come si è verificato in concreto. Inoltre deve ravvisarsi la violazione di un obbligo giuridico di impedire l'evento in quel particolare contesto. L'elemento soggettivo può sostanziarsi tanto nel difetto di diligenza per mancato riconoscimento della situazione tipica che faceva sorgere l'obbligo di agire, tanto per errata scelta dell'azione doverosa da compiere. Certamente l'obbligo del dirigente di struttura non può essere totale, assoluto, illimitato. Non sarebbe lecito ascrivere la responsabilità alla figura apicale per qualunque lesione alla vita o all'integrità di qualsiasi paziente per qualsiasi altrui condotta ed in qualsiasi contesto e condizione.

L'elemento caratterizzante l'obbligo di garanzia rispetto agli altri obblighi di agire è la titolarità in capo al garante, accanto all'obbligo di impedire l'evento, di un simmetrico "potere impeditivo" su cui può fondarsi, se ne ricorrono i presupposti, "l'omissione non impeditiva dell'azione causale". Di conseguenza, deve farsi riferimento al complesso di poteri-doveri giuridici impeditivi espressamente conferiti al garante da una specifica norma, in un momento precedente la situazione di pericolo che concretizza l'obbligo di impedire l'evento. In altre parole, il garante può essere responsabile solo relativamente a quelle lesioni del bene protetto che egli ha il potere-dovere giuridico di impedire, senza che possano essere considerate quelle che sfuggono al suo controllo, che oltrepassano i suoi poteri giuridici impeditivi, per le quali non potrà essere chiamato a rispondere. Orbene i poteri giuridici impeditivi di cui dispone il medico in posizione apicale sono indi-

viduati dal citato D.P.R. 761/69: poteri di organizzazione e gestione del reparto, organizzazione e divisione del lavoro, indirizzo e controllo delle attività sanitarie, didattica, ecc.

Va distinto dunque il caso in cui l'evento lesivo sarebbe stato realmente impedito dal corretto adempimento dei poteri-doveri giuridici impeditivi dalla circostanza in cui l'attività che ha cagionato un danno non rientri nella sfera di controllo circoscritta dai predetti poteri-doveri. Si pensi ad un danno cagionato dal medico subordinato per errore nell'esercizio di un trattamento delegatogli in virtù della sua esperienza specialistica e anzianità, cioè nel corretto (prudente e diligente) esercizio, da parte della figura apicale, dell'attività di assegnazione dei compiti. È dunque necessario individuare con precisione i limiti degli obblighi di garanzia del dirigente per evitare che il medico in posizione apicale sia chiamato a rispondere di qualsiasi evento lesivo verificatosi nella struttura da lui diretta. Egli può rispondere solo di quegli eventi lesivi che avrebbe potuto impedire facendo ricorso ai poteri impeditivi riconosciutigli dalla legge se non li ha doverosamente esercitati, là dove avrebbe dovuto farlo.

L'obbligo in questione non è un obbligo generico in quanto il dovere del garante è un dovere di diligenza: ciò che rileva è la violazione dell'obbligo di diligenza per la tutela del bene affidatogli in custodia (per il medico, la salute del paziente). Occorre dunque verificare se, in quello specifico contesto, in capo al dirigente di struttura si sarebbe potuto pretendere il comportamento impeditivo dell'evento, secondo le regole di diligenza, prudenza e perizia alla luce degli obblighi giuridici derivanti dalla legge e da questa delimitati.

Per fare un esempio si può ricordare che, analogamente, in tema di omesse cautele per la prevenzione di infortuni sul lavoro, non è ravvisabile la responsabilità del datore di lavoro che abbia predisposto tutte le cautele nel caso in cui l'infortunio si sia verificato per esclusiva imprudenza del lavoratore che ha trasgredito le istruzioni ricevute, o ha eseguito il lavoro in difformità delle prescrizioni ricevute. Tuttavia, vale la pena notare, non tutta l'elaborazione dottrinale del diritto penale dell'impresa è attualmente suscettibile di estensione in ambito sanitario. Infatti poiché l'attività imprenditoriale ha raggiunto livelli di notevole complessità, nell'evidenza che l'imprenditore non possa adempiere personalmente ad ogni prescrizione, gli si è riconosciuto il potere di "delegare" ad altri l'adempimento di funzioni sue proprie, che egli non riuscirebbe ad adempiere.

Questa "delega di funzioni" (purché munita di requisiti di

identificabilità e conferita a persona competente) comporta il trasferimento della posizione di garanzia totalmente o parzialmente a seconda che residuo o meno poteri-doveri di controllo / vigilanza da parte del delegante sul delegato. Fino ad oggi l'istituto della delega di funzioni non è stato ritenuto applicabile all'attività sanitaria svolta in equipe.

La giurisprudenza ha invero ritenuto che non possa definirsi "delega di funzioni" il potere-dovere assegnato dalla legge al medico in posizione apicale, consistente nella divisione del lavoro all'interno del reparto ospedaliero attuata con l'assegnazione dei pazienti alle cure dei diversi medici collaboratori, sul presupposto che tale attività non depriva la figura apicale dei propri obblighi di garanzia ma li realizza. In altre parole, l'adempimento degli obblighi derivanti dalla legge si concretizza anche predisponendo e gestendo il lavoro del proprio reparto. Se da una parte la figura apicale non è garante in assoluto della salute di ogni paziente, dall'altro deve assicurare che al paziente non derivi un danno da un errato svolgimento delle funzioni che la legge gli assegna, tra le quali anche la divisione del lavoro. Pertanto se un subordinato, membro dell'equipe cagiona un danno ad un paziente, il medico in posizione apicale potrà essere chiamato a risponderne se c'è stata una errata scelta del medico assegnatario del caso, per mancata avocazione a sé di un caso che fin dall'inizio si presentava particolarmente difficile o sulla cui difficoltà subentrata sia stato allarmato, per mancata o errata scelta dell'indirizzo terapeutico, per mancata verifica del rispetto delle direttive, ecc.

Può dunque affermarsi che la "delega di funzioni" riguarda il lavoro del medico in posizione apicale nelle sole ipotesi di sua assenza o impedimento, ossia nei casi di sostituzione temporanea da parte di un medico subordinato, secondo le specifiche disposizioni sull'organizzazione dei servizi ospedalieri su base decentrata.

Nella complessità delle situazioni che possono dar origine a responsabilità della figura apicale ricorrono le evenienze di "culpa in eligendo" e "culpa in vigilando", omesso esercizio degli obblighi di istruzione, programmazione e direzione dell'unità operativa affidatagli.

La responsabilità del malato che la legge assegna al dirigente di struttura impone, infatti, la puntuale conoscenza delle vicende cliniche dei pazienti presi in carico, tanto con visite dirette, quanto con consultazione degli altri medici e operatori sanitari o consultazione delle cartelle cliniche. Disponendo delle corrette informazioni sui casi, il dirigente della struttura potrà (e dovrà) decidere quali interventi diagnostici e terapeutici avocare alla sua diretta

responsabilità e quali delegare ai suoi collaboratori, scegliendo i più indicati per i vari casi, avvalendosi della turnazione.

L'assegnazione del malato ad un collaboratore che, nel rispetto del turno, implica la sua responsabilità per gli eventi a lui imputabili che danneggino il malato, non esime il primario dall'operare la necessaria vigilanza, quantomeno procurandosi con continuità informazioni sui casi per la loro durata. La sua responsabilità può derivare dalla violazione del dovere di fornire istruzioni o direttive adeguate e verificarne la puntuale attuazione, controllare l'adozione (che si sia resa necessaria) di accorgimenti sostitutivi o di informazione di eventuale maggior rischio corso dal paziente.

Riguardo all'attività terapeutica e di esecuzione degli interventi, la funzione di sorveglianza del dirigente di struttura si esplica nel momento dell'attuazione ed antecedentemente ad essa. A parte gli interventi di particolare complessità, appare evidente che non si possa richiedere alla figura apicale la contestuale sorveglianza di tutte le operazioni, cosa materialmente impossibile.

L'opera di efficace controllo dovrà pertanto essere realizzata anteriormente alla esecuzione degli interventi, in via preventiva, predisponendo delle "misure di sicurezza" mediante procedure standardizzate, prescrizioni delle modalità di esecuzione dei diversi tipi di intervento, concordando e sottoscrivendo protocolli, procedure, linee guida per fornire modelli di comportamenti professionali, garantire la qualità dei risultati, assistere e orientare il personale nelle modalità di intervento ed assistenza nelle specifiche circostanze e vicende cliniche.

Il dovere di vigilanza preventiva si concreta in quell'attività di organizzazione e strutturazione del reparto che la legge esplicitamente assegna alla figura apicale. Inoltre, il D.Lgs. 229/99 ha ulteriormente accresciuto i compiti direttivi, amministrativi e le responsabilità connesse alla gestione delle risorse umane (art. 15). Se si considera che, oltre ai compiti di indirizzo e direzione, gli spettano quelli di verifica dell'attività diagnostica e terapeutica, informandosi dei risultati, della congruità delle scelte operative e l'evoluzione delle condizioni dei ricoverati anche assegnati alle cure dei membri dell'equipe, c'è da auspicare una pronta e rispondente attuazione di un congruo sistema di risk management, per consentire al dirigente di struttura di far fronte ai suoi numerosi ed onerosi compiti, risolvendo nel contempo molti problemi giuridici suscitati dalla divisione tecnica del lavoro sanitario e dall'esigenza di evitare l'eccessiva frammentazione dell'intervento sanitario ripartito fra i diversi operatori.

PER FAVORE, FATE SEGUIRE ALLE PAROLE I FATTI!

Giancarlo Faletti

Si è celebrato, pochi giorni prima di quando queste note raggiungeranno l'editor, uno degli ormai (solo) due topic event della politica nostrana, che scandisce i suoi tempi tra gli intervalli che intercorrono tra una finanziaria ed un DPEF: nell'occasione, il 29 giugno (Santi Pietro e Paolo), il Governo ha approvato il DPEF 2008-2012, che la stampa amica ha definito "di fine legislatura", piuttosto attento agli interessi politici immediati e scarsamente lungimirante sulle prospettive di rilancio dell'economia e di risanamento della finanza pubblica, fornendo al Paese un pessimo segnale di capacità decisionale ed una chiara impostazione della politica del rinvio. Quasi che, come accade alla vigilia di un passaggio elettorale, i nodi cruciali vengano rinviati allo smatassamento di chi verrà poi.

Tra le materie che hanno principalmente occupato i programmatori spicca, quantomeno per l'entità della spesa dedicata, il mondo del lavoro, cui – in coerenza temporale con il documento di programmazione – è stato pressoché integralmente dedicato un decreto di spesa per il ragguardevole importo di 6,5 miliardi di euro. Interessa sottolineare che – come già previsto nella scorsa finanziaria – parte di quelle somme sono destinate alla soluzione del problema dei precari, non già nel senso di superare definitivamente il nodo ricomprendendolo in una organica riforma del mercato del lavoro, quanto piuttosto con la più italiana delle alternative: quella di sanare – ex lege – le situazioni di precedente illegalità (o di uso abnorme di strumenti pur previsti dall'ordinamento) con una norma che

"stabilizzi" ciò che, fino a quel momento, era stato il campione della instabilità.

A questa logica non sfugge neppure il breve capitolo (tre pagine su 172) dedicato alla sanità: dopo aver evidenziato che "nel periodo 2000-2006 la spesa sanitaria ha registrato un aumento di 1,2 punti percentuali di PIL", interessando principalmente il costo del personale e l'acquisto di beni e servizi, il documento registra gli interventi di risanamento dei conti e di riequilibrio generale della spesa adottati, sottolineando come "l'ammontare delle risorse complessivamente messe a disposizione del SSN è definito nel quadro del Nuovo Patto per la Salute siglato tra Governo e Regioni nel settembre 2006". Secondo le indicazioni del Patto, la finanziaria 2007 ha incrementato di 6 miliardi di euro il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato "dando certezza circa le risorse a disposizione nel triennio 2007-2009". Ancora la Finanziaria ha fissato a 20 miliardi complessivi "le risorse a disposizione del cofinanziamento degli accordi di programma con le Regioni in materia di investimenti in edilizia sanitaria ed innovazione tecnologica", il tutto al netto delle "ulteriori risorse per la "sanità-sviluppo economico" destinate dal Governo e dalle Regioni nell'ambito del programma dei fondi strutturali europei 2007-2013". In questo fiume di denaro, chissà se sono ricomprese le risorse necessarie al rinnovo del CCNL di area medica, fermo al 31/12/2005 e, a scadenza ravvicinatissima, quelle utili per risolvere strutturalmente la piaga della libera professione intramoenia?



Ma, oggi si parla d'altro: infatti, le somme testè citate ("compatibilmente con i limiti del finanziamento sopra indicato"), saranno destinate dal Governo, d'intesa con le Regioni, a rafforzare le azioni già intraprese riguardo a:

- aggiornamento dei LEA, superando prestazioni ormai obsolete e potenziando prestazioni ad elevata rilevanza sociale, compresa la revisione di 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza;

- attuazione di un sistema di monitoraggio attraverso un pacchetto adeguato di indicatori;

- ammodernamento del sistema sanitario focalizzato sulla valorizzazione delle risorse umane a partire dai medici e dal personale sanitario, completando il processo di graduale superamento del fenomeno del precariato avviato con la Finanziaria 2007;

- riorganizzazione e potenziamento della rete delle cure primarie promuovendo forme evolute di associazionismo tra i medici e di integrazione con l'attività dei distretti sanitari;

- riorganizzazione della rete ospedaliera e razionalizzazione dei sistemi di acquisto di beni e servizi;

- programma per la promozione permanente della qualità del SSN attraverso il monitoraggio del gradimento dei servizi da parte dei cittadini-utenti.

Queste azioni ("nei limiti delle risorse disponibili") saranno accompagnate da interventi rivolti a potenziarne gli effetti quali:

- adeguamento delle risorse a disposizione del cofinanziamento degli investimenti in edilizia sanitaria e innovazione tecnologica;

- riforma del sistema di regolazione del settore farmaceutico, con l'obiettivo sia di garantire un più adeguato controllo della spesa, sia di offrire alle imprese un nuovo assetto di regolazione dei prezzi che dia loro certezze e crei un contesto di mercato più favorevole alla competizione e all'innovazione e più incentivante per gli investimenti in ricerca e sviluppo nel nostro Paese;

- revisione del sistema della compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini per improntarlo ad una maggiore equità con riferimento alle condizioni economiche delle

famiglie (tramite l'indicatore sulla situazione economica equivalente -ISEE);

- promozione dell'assistenza odontoiatrica anche attraverso il miglioramento delle forme di regolazione e incentivazione dei fondi sanitari integrativi;

- avvio, nell'ambito di un programma volto a tutelare le situazioni di fragilità, di un graduale percorso di passaggio della sanità penitenziaria nell'ambito del SSN.

Infine, il Governo ("compatibilmente con le risorse disponibili") conferma la necessità di sviluppare l'integrazione socio-sanitaria a partire dall'assistenza ai non autosufficienti per la quale occorre incentivare l'assistenza domiciliare integrata, che costituisce una forma di servizio più appropriata alle esigenze del cittadino non autosufficiente rispetto alla istituzionalizzazione in strutture residenziali, con l'importante corollario di una spesa per assistito notevolmente inferiore.

Insomma, un altro libro dei sogni, dal momento che – mentre si scrive ciò che ho fedelmente riprodotto – questo stesso Governo ha imposto – in alcune Regioni – piani di rientro del debito pregresso (certamente non determinato dal personale medico) incentrati sul (i) blocco del turn over, (ii) eliminazione di ogni rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, (iii) riduzione delle risorse regionali per i fondi contrattuali, (iv) riduzione al lumicino di ogni forma di compenso per prestazioni connotate dal disagio (straordinari, reperibilità, festivi, notturni, ecc.), intervenendo, con i piedi nel piatto, in materia contrattuale, affatto disponibile alla competenza legislativa. Con la conseguenza che le prestazioni che la struttura pubblica non sarà più in grado di offrire, saranno – nei fatti – dirottate al privato, senza alcun sensibile risparmio di spesa (anzi, con qualche indubbio peggioramento).

Quanto, invece, alla razionalizzazione della rete ospedaliera che i medici stanno ormai da tempo sollecitando, a patto che lo si faccia secondo logica e con il loro coinvolgimento diretto e nell'interesse effettivo dell'utenza, le risposte che sembrano possedere il carattere della indefettabilità sono quelle che riguardano nuovi insediamenti, specie privati, mentre la riconversione o la chiusura delle sedi sottoutilizzate avviene con scarso criterio epidemiologico, a spese dei cittadini e sulle spalle dei medici cui si aggravano turni di servizio a disagio ripetuto: tanto che la maxi sanzione (15 m.ni di euro) comminata dall'Ispettorato del Lavoro ad una ASL lombarda per mancato rispetto del tempo/riposo spettante a ciascun

dipendente la dice lunga su come i direttori generali interpretino la “valorizzazione delle risorse umane, a partire dai medici”!

Stanno, invece, fiorendo iniziative regionali (Emilia Romagna, Toscana, Sardegna...) in materia di precariato e di suo superamento, con il positivo coinvolgimento delle organizzazioni sindacali (anche) della dirigenza medica (a riprova del fatto che – se la sanità pubblica è sempre più sanità regionale - diventa indispensabile un livello di relazioni sindacali di quella dimensione).

I principi che governano quelle iniziative sono, per lo più, comuni e condivisi (e qualcuno, ovvio):

- l'attività istituzionale delle ASL deve essere svolta e garantita mediante personale dipendente (a tempo indeterminato); il conferimento di incarichi all'esterno ha carattere di eccezionalità e deve riferirsi a professionalità non presenti nell'organico;

- eventuali nuovi rapporti a termine devono rispondere ai requisiti della temporaneità ed eccezionalità;

- fatta la ricognizione dell'esistente, laddove posti di lavoro finalizzati a soddisfare esigenze non temporanee ed eccezionali risultino coperti con rapporti precari (a tempo o con collaborazioni coordinate e continuative o, peggio, occasionali), occorre provvedere alla loro copertura con rapporti a tempo indeterminato;

- le modalità applicative di questa trasformazione devono essere il frutto di un negoziato sindacale.

La lettura di alcune proposte di accordo regionale in materia ha un che di gattopardesco: tutto ciò che prima era precario e negativo diventa, all'improvviso, stabile e positivo perché, infine, tutto muti (il rapporto di lavoro da instabile a stabilizzato) perché nulla cambi nella realtà (chi già precariamente occupava quei posti li occuperà stabilmente).

Nulla di personale contro questi “precari”: alcuni sono stati selezionati con criteri non sempre professionali e cristallini e premiarli con la stabilizzazione del rapporto mi sembra un regalo impagabile. Soprattutto perché ad ogni posto così stabilizzato potrebbe corrispondere un “capace e meritevole” ingiustamente sacrificato. Ma anche la parabola evangelica rimarcava che, durante la mietitura, è difficile separare il grano dal loglio: e questa, come tutti sanno, è stagione di mietitura!

Buone vacanze!

RISCHIO CLINICO

I Rappresentanti degli Ordini e delle Associazioni professionali dei medici europei, nell'aprile 2005, si sono riuniti a Sanremo e da questo incontro è scaturito un documento che ha toccato i principali argomenti comuni della sanità europea: la salute, bene multidimensionale; l'autonomia, indipendenza e responsabilità dei medici come condizioni irrinunciabili per garantire le cure migliori e il fatto che il medico, nelle sue decisioni, dovrà sempre tener conto “in scienza e coscienza” delle più aggiornate e provate acquisizioni della ricerca scientifica ma rispettare anche il principio di un'equa distribuzione tra i cittadini delle risorse, senza che queste raccomandazioni mortifichino la sua dignità umana e professionale; il consenso e la libertà di cura dei cittadini, che hanno il diritto di esprimere liberamente la propria volontà di curarsi o di non curarsi; il rapporto fra medico e cittadini, nuova alleanza terapeutica, fondata sul rispetto dei diritti e dei doveri reciproci; la formazione professionale continua, che deve consistere in un processo di cambiamento globale della persona, che concili lo sviluppo delle competenze e delle conoscenze cliniche con l'adattamento socioculturale a nuove istanze etiche e organizzative; il diritto e i problemi bioetici.

Un capitolo intero riguarda la sicurezza dei pazienti, la Clinical Governance e le soluzioni alternative in tema di responsabilità professionale.

La sicurezza dei pazienti rappresenta un problema in tutti i sistemi sanitari avanzati e complessi, perché la medicina è una professione rischiosa e sono sempre possibili errori umani, tecnologici, organizzativi e di leadership gestionale, fra loro variamente intrecciati. La gestione del rischio clinico implica la necessità di identificare le cause degli errori nei percorsi clinico-assistenziali dei pazienti (spesso frutto di una concatenazione imprevedibile ed irripetibile di eventi), di imparare da essi e intraprendere le azioni correttive necessarie per ridurli al minimo, evitando così che si ripetano in futuro.

La Clinical Governance è stata recentemente definita dalla FIASO come un sistema integrato, multidisciplinare ed interprofessionale di indirizzo e governo delle attività tecnico-sanitarie finalizzato all'efficacia, alla appropriatezza e alla sicurezza delle prestazioni nell'ambito di risorse definite e di obiettivi di salute predefiniti. Si riferisce, quindi, al governo, alla gestione e responsabilizzazione dei processi clinico-assistenziali e ai meccanismi di definizione, mantenimento e verifica della Qualità clinica.

Ha come unico obiettivo il miglioramento continuo della qualità dei servizi, da raggiungere attraverso l'uso costante

IN ITALIA E IN EUROPA

Maurizio Dal Maso

e coerente di alcuni strumenti principali quali il risk management, l'audit clinico, l'accreditamento (istituzionale e professionale), l'efficacia e l'appropriatezza clinica, la comunicazione, l'informazione e la gestione integrata dei dati, la customer satisfaction e participation, la pratica clinica basata sull'evidenza (EBM), lo sviluppo e la crescita professionale (ECM), lo sviluppo e l'adozione di linee guida e protocolli di cura, l'innovazione, la ricerca e lo sviluppo e l'Health Technology Assessment.

Il risk management può, a sua volta, definirsi come l'insieme sistematico di metodi, strategie e strumenti che consentono l'identificazione, la valutazione e la riduzione del rischio clinico, ovvero l'insieme di azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente.

La FNOMCeO ha ufficialmente definito come prioritario trasmettere ai professionisti la cultura dell'errore, del rischio clinico e della sicurezza delle cure attraverso un efficace collegamento formativo con le Università e con i percorsi formativi post-laurea; rafforzare ed estendere la diffusione delle buone pratiche cliniche e la valutazione delle attività sanitarie attraverso l'attivazione di centri nazionali per le Linee Guida, per l'Health Technology Assessment, per la Valutazione dei Servizi Nazionali e per il Risk Management; ri-progettare le organizzazioni sanitarie ed orientare la loro gestione in funzione della sicurezza delle attività attraverso la responsabilizzazione dei professionisti e dei manager; ridurre i costi economici e sociali del contenzioso garantendo l'accessibilità a procedure di risarcimento eque, tempestive e trasparenti, del danno derivante da trattamento sanitario; puntualizzare i diversi profili di responsabilità del medico, quali l'illecito, le attività peritali, la qualità professionale e il ruolo degli Ordini.

Il Ministero della Salute, a sua volta, ha recentemente organizzato un corso di formazione a distanza sulla sicurezza delle cure e governo del rischio clinico, in collaborazione con la Federazione Nazionale Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri (FNOMCeO) e con la Federazione Nazionale Collegi Infermieri (Ispasvi). A conclusione del corso l'operatore sanitario dovrebbe essere in grado di:

1. riconoscere le motivazioni, anche etiche, per l'impegno nei confronti della prevenzione e della gestione del rischio clinico nella pratica professionale quotidiana;
2. applicare una metodologia appropriata nella propria pratica professionale per:
 - a) identificare i rischi clinici ed i relativi determinanti nella specifico contesto professionale;

- b) riconoscere e segnalare gli eventi avversi;
- c) analizzare le cause delle insufficienze attive e di quelle latenti;
- d) scegliere ed applicare interventi per la prevenzione dei rischi e per la gestione degli eventi avversi e delle relative conseguenze;
- e) riconoscere il valore e le potenzialità della documentazione clinica e gestionale per la prevenzione del rischio clinico e l'analisi degli eventi ad esso correlati;
- f) compilare in forma corretta la documentazione e collaborare alla sua adeguata gestione ed archiviazione;
- g) identificare le funzioni connesse al rischio per le diverse figure professionali e le relative responsabilità;
- h) istruire i pazienti, i familiari, i volontari e gli operatori per la identificazione dei rischi, la prevenzione, la protezione dagli stessi, nonché la gestione dei danni e delle relative conseguenze;
- i) comunicare ai pazienti ed ai familiari eventuali eventi avversi, utilizzando metodi e strumenti efficaci;
- j) identificare le implicazioni in termini di rischio clinico delle tecnologie sanitarie;
- k) riconoscere le implicazioni organizzative ed economiche del rischio clinico.

I dati registrati su questo fenomeno sono diversi, a volte fra loro discordanti, ma tutti ugualmente preoccupanti e indicano il peso oggettivo di questo settore. Secondo dati del 2002 del CINEAS sono stati 320.000 i pazienti ricoverati in Italia che hanno subito danni dovuti ad errori e disservizi e circa 30.000 sono stati i decessi provocati direttamente o indirettamente dagli errori dei medici o dai sistemi di assistenza e cura.

È stato calcolato che ogni denuncia costa al Servizio Sanitario Nazionale circa 27.000 euro per cui ogni anno l'aggravio economico è di 2,5 miliardi di euro. I costi complessivi annuali sono pari a circa 10 miliardi di euro, circa l'1% PIL. I reparti più a rischio sono le sale operatorie (32%), i reparti di degenza (28%), i DEA (22%), e gli ambulatori (18%), mentre le specialità principalmente coinvolte sono l'ortopedia (17%), l'oncologia (13%), l'ostetricia e ginecologia (11%) e la chirurgia generale (10%).

La Tabella 1 indica i dati di una specifica ricerca effettuata recentemente negli USA.

TABELLA 1

Causa incidente	N. Totali incidenti 2003-2005	N. % incidenti	N. % morti associate	Costi per ospedale (milioni di dollari)
1. Ulcera da decubito	518.292	44,68	37.473	2.811
2. Omissione di soccorso	195.591	16,86	195.591	=
3. Embolia polmonare p.o. o tromb. venosa	119.886	10,34	7.865	1.301
4. Puntura o lacerazione accidentale	112.639	9,71	2.433	465
5. Infezione dovuta a medicinali	60.983	5,26	2.628	1.178
6. Insufficienza respiratoria post-operatoria	58.010	5,10	12.669	1.551
7. Pneumotorace iatrogeno	23.121	1,90	1.616	200
8. Emorragia o ematoma post-operatorio	21.893	1,89	659	234
9. Sepsi post-operatoria	18.418	1,59	4.037	531
10. Morte in DRG a bassa mortalità	11.221	0,97	11.221	=
11. Disordine fisiologico e metabolico in paziente operato	6.913	0,60	1.369	189
12. Ferita addominale post-operatoria	5.028	0,43	484	101
13. Frattura dell'anca post-operatoria	3.363	0,29	152	22
14. Corpo estraneo lasciato all'interno del paziente.	2.614	0,23	56	17
15. Complicazioni da anestesia	2.014	0,17	5	2
16. Reazioni da trasfusione	198	0,02	0	1
TOTALE	1.160.184	=	278.259 (24%)	8.603

IV° Rapporto annuale sulla sicurezza dei pazienti in Ospedale - HEALTH GRADES, 2007

TABELLA 2

1 - Ogni organizzazione sanitaria, a qualsiasi livello di articolazione, deve dotarsi di un sistema strutturato per la sicurezza dei pazienti e degli operatori tramite la gestione del rischio clinico.

2 - Ogni organizzazione sanitaria deve avere una politica ed una strategia per la sicurezza mediante la prevenzione e la gestione del rischio clinico e, almeno annualmente, individuare le priorità di intervento nell'area della sicurezza del paziente per le quali avviare azioni preventive e protettive.

3 - Il sistema per la sicurezza tramite la gestione del rischio clinico deve essere dotato di risorse umane e strumentali cui attribuire responsabilità specifiche.

Tali risorse umane e strumentali devono essere allocate in staff alla direzione generale delle organizzazioni sanitarie, essere estese a rete nell'intera organizzazione ed avere un rapporto diretto e complementare, quando non effettivamente sovrapposto, agli staff ed alle reti per la qualità.

Il team deve essere coordinato da un dirigente medico o sanitario con preparazione specifica e documentata sulla progettazione, organizzazione e valutazione di sistemi sanitari orientati alla qualità ed alla sicurezza e avvalersi di tutte le professionalità e competenze presenti nella organizzazione.

Devono essere utilizzati gli strumenti, i metodi e le tecniche di dimostrata efficacia e coerenti con le migliori conoscenze disponibili.

4 - Le organizzazioni sanitarie curano la diffusione ai pazienti ed ai famigliari delle informazioni relative ai rischi evitabili associati agli atti sanitari, stimolando con convinzione un loro ruolo attivo nella partecipazione alle scelte per la loro salute.

5 - Deve essere introdotta la formazione di base sulla qualità e sulla gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti e degli operatori nei Corsi universitari e la formazione continua di tutti i professionisti sugli stessi temi.

6 - Deve essere favorita la crescita ed il mantenimento di reti anche informali, ma soprattutto formali, di professionisti e di organizzazioni, a livello locale e nazionale, che si propongono di indagare sugli eventi avversi nei propri ambiti e di diffondere le azioni e gli interventi correttivi più appropriati.

7 - Deve essere promossa la ricerca, anche con fondi dedicati, su strategie, strumenti e metodi per la sicurezza tramite la prevenzione e la gestione del rischio clinico.

segue TABELLA 2

8 - La gestione del rischio clinico deve riconoscere nell'errore un'opportunità di apprendimento e di miglioramento, contrastando l'attuale prevalente atteggiamento punitivo, che è uno dei principali motivi del fallimento delle politiche e delle strategie per la sicurezza nei sistemi sanitari.

L'atteggiamento punitivo ostacola la segnalazione degli eventi avversi e dei near misses impedendone di fatto la segnalazione "libera da rimprovero", in assenza di una politica coerente all'interno dell'organizzazione per la gestione confidenziale dei dati. Per questo motivo la legislazione vigente italiana va urgentemente aggiornata, sul modello di quanto fatto dai Governi austriaco e danese che vietano di utilizzare i dati delle segnalazioni sugli eventi avversi ed i near misses a scopi giudiziari, a salvaguardia del principio generale del segreto professionale.

9 - La gestione del rischio clinico fa parte della politica e della strategia per la qualità di un'organizzazione sanitaria. I leaders clinici e gestionali dell'organizzazione sanitaria sono responsabili della buona qualità delle cure e della sicurezza dei pazienti ed hanno la responsabilità di promuovere e sostenere lo sviluppo delle azioni interdisciplinari e multiprofessionali preventive di conoscenza e di ricerca garantendo e guidando l'applicazione degli strumenti e dei metodi di dimostrata efficacia che la cultura sanitaria internazionale mette loro a disposizione: linee guida, audit clinico e percorsi di cura.

10 - La gestione del rischio clinico, come lo sviluppo della qualità, deve essere supportata da un adeguato sistema informativo.

L'uso degli indicatori è finalizzato non solo ad una verifica dei risultati raggiunti, ma anche alla definizione delle priorità di intervento di quella organizzazione.

L'organizzazione si dota di strumenti di verifica dell'applicazione delle azioni preventive concordate in seguito alla valutazione dei rischi per i pazienti ed agisce di conseguenza per garantirne l'applicazione.

11 - La politica di gestione del rischio clinico deve essere coerente e coordinata dalla strategia aziendale per la qualità, e deve essere coordinata con le strategie per la comunicazione, la gestione delle risorse economiche, il mantenimento e la gestione delle risorse umane e delle loro conoscenze, la garanzia dei diritti dei cittadini e della loro partecipazione all'interno delle organizzazioni sanitarie.

12 - Deve essere curata la comunicazione pubblica attraverso un corretto ed etico rapporto coi media.

Viene raccomandata dalla letteratura internazionale una politica proattiva nei confronti dei media, che prevenga l'informazione non controllata sugli eventi avversi con una strategia di informazione trasparente che informi prima i pazienti coinvolti ed i leaders organizzativi e clinici dell'istituzione sanitaria e poi i media con trasparenza e garanzia nel contempo della privacy e del segreto professionale.

13 - I modelli, gli strumenti, le tecniche ed i metodi per garantire la sicurezza dei pazienti nei sistemi sanitari, quando sono mutuati da altri comparti produttivi e da altri contesti sanitari, devono passare attraverso un formale processo sperimentale che ne valuti l'efficacia nel contesto sanitario in cui si desidera diffonderli, prima della loro generalizzazione su vasta scala. Devono far parte di questa sperimentazione oltre che le valutazioni sull'efficacia nel ridurre i rischi ed i danni per i pazienti anche le valutazioni sui costi che tali azioni comportano e gli eventuali risparmi nel loro rapporto con i benefici conseguibili per la sicurezza dei pazienti.

14 - Esistono alcune azioni di efficacia dimostrata che sono raccomandate dalla letteratura internazionale (AHRQ, 2001; NQF, 2003; Associazione canadese degli ospedali, 2004; WHO, 2005; Consiglio d'Europa, 2005). SiQuas-VRQ ne raccomanda a tutte le organizzazioni sanitarie ed ai professionisti l'applicazione immediata per la relativa semplicità di attivazione e la garanzia di miglioramento immediato della sicurezza dei pazienti anche prima di aver istituito nelle organizzazioni un formale sistema per la qualità e per il risk management.

Nel 2006 la SIQuAS-VRQ (Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria – Verifica Revisione della Qualità) predispose un documento molto interessante sulla gestione del rischio clinico e per la sicurezza dei pazienti che si concludeva con le raccomandazioni riportate nella Tabella 2.

È dunque evidente come sia sempre stato alto l'interesse, e non solo recentemente in relazione ai fatti di cronaca, su questo delicato settore da parte dei tanti (troppi ?) attori del SSN. Una proposta di immediata

attuazione potrebbe essere quella di spingere ad un lavoro integrato fra tutti gli organismi interessati allo scopo di concentrare le risorse, unificare gli obiettivi e ridurre i tempi di raggiungimento degli stessi migliorando la raccolta dei dati e diffondendo una base comune di conoscenza e azione su tutto l'ambito nazionale. Non credo, infatti, sia utile a nessuno, e ancor meno agli utenti del SSN, avere tante proposte settoriali quando invece andrebbe rapidamente raggiunta una sintesi operativa che porti ad una sola e condivisa "via finale comune".

NUOVE FORME DI ASSISTENZA E DI INTEGRAZIONE FRA OSPEDALE E TERRITORIO

Luigi Dal Sasso e Chiara Marangon

Nei mesi scorsi abbiamo scritto sui cambiamenti in sanità e sulla necessità di adeguarsi per poterli governare e non subire. L'attività ospedaliera si sta differenziando e molto di quanto un tempo si svolgeva in regime di ricovero, ora, grazie a nuove tecnologie e a diversa organizzazione del lavoro, viene effettuato in regime ambulatoriale.

Da ultimo ha contribuito a questo cambiamento l'entrata in vigore di specifiche normative che hanno disposto il passaggio dal regime ordinario al diurno e da questo all'ambulatoriale di alcune di queste attività (di recente emanazione ricordiamo per la Regione Veneto la DGR 1079 del 17/04/2007 sul "Day Service Ambulatoriale": modello organizzativo di assistenza ambulatoriale complessa). Sono stati inoltre attivati nelle varie realtà regionali ambulatori integrati e protetti nei quali si eseguono prestazioni prima espletate in regime di ricovero. Questo, se da un lato ha ridotto i costi, dall'altro però ha messo il medico ospedaliero di fronte ad un nuovo modo di lavorare, con tempi di lavoro molto stretti e meno informazioni a disposizione riguardo al paziente, e senza aver più la possibilità di un'osservazione clinica costante, come si verificava durante il ricovero ordinario.

Nel Day Service ambulatoriale, o "ambulatorio integrato" come diversamente chiamato in varie realtà regionali, vengono svolte attività cliniche multidisciplinari di tipo diagnostico e terapeutico, che necessitano di prestazioni integrate fra professionisti, arricchendo i set assistenziali ed organizzativi disponibili in ambito sanitario.

Questi modelli sono coerenti con quanto previsto dal DPCM 29/11/2001 (istituzione dei Livelli Essenziali di Assistenza -LEA) ed hanno lo scopo di ridurre il tasso di ospedalizzazione, strutturando però un impianto organizzativo che faciliti il percorso del paziente e non rechi un aggravio burocratico per la struttura e per gli utenti.

Le attività di questi ambulatori - comunque chiamati - presuppongono:

- la presenza contemporanea nella struttura di più specialisti per assicurare una risposta multidisciplinare al problema clinico del paziente;

- L'effettuazione di atti medici o di indagini diagnostiche e interventi terapeutici complessi (di tipo invasivo o con utilizzo di farmaci specifici) appartenenti a varie discipline specialistiche, con la necessità di una gestione unitaria da parte dello specialista che gestisce il caso clinico;
- la formulazione tempestiva di una diagnosi o l'esecuzione di una terapia con un numero limitato di accessi (terapie oncologiche, cure per malattie croniche, ecc).

Gli obiettivi del Day Service ambulatoriale devono puntare a:



- assicurare alla popolazione lo stesso livello assistenziale e qualità delle cure erogate, migliorando l'efficienza organizzativa a fronte di una diminuzione del numero dei ricoveri in regime diurno;
- garantire al paziente la formulazione di una diagnosi o l'erogazione di una terapia, effettuando le visite specialistiche, gli esami strumentali o le prestazioni terapeutiche necessarie in un solo giorno o in un numero limitato di accessi;
- prendere in carico il paziente ambulatoriale coordinandone la gestione come per un paziente ricoverato, attribuendo le prestazioni ai servizi eroganti come per i pazienti ambulatoriali esterni;
- facilitare il percorso amministrativo e nel contempo

rappporto ospedale e territorio

registrare nel dettaglio per monitorare adeguatamente l'andamento delle attività;

• **identificare i profili dei pazienti che, attualmente trattati in regime diurno, non necessitano di tale modalità di degenza;**

• offrire al medico specialista la possibilità di usufruire di tutte le potenzialità diagnostiche e terapeutiche presenti in ospedale o in una struttura ambulatoriale polispecialistica, per formulare in breve tempo diagnosi o effettuare terapie che richiedono interventi multidisciplinari ma che escludono la necessità di sottoporre il paziente ad osservazione cliniche in regime di ricovero ordinario o diurno;

• **consentire all'azienda sanitaria di ridurre il frazionamento di prenotazioni delle singole prestazioni ambulatoriali, con il conseguente sovraccarico gestionale e le inevitabili duplicazioni.**

Questa nuova modalità organizzativa richiede una presenza di relazioni strutturate fra il Day Service ambulatoriale e gli altri servizi diagnostico terapeutici; pertanto deve prevedere l'individuazione di un referente medico gestionale che avrà il compito di organizzare i percorsi diagnostico terapeutici, definendo in particolare i rappor-

sia con i colleghi specialisti ospedalieri sia con la medicina di base.

Abbiamo scelto come esempio questa nuova modalità organizzativa perché ben si presta a considerazioni di ordine relazionale e professionale. Questo sviluppo dell'attività ambulatoriale comporta una presa in carico parziale del paziente da parte della struttura ospedaliera. Infatti, dopo la prestazione, il paziente viene rimandato sul territorio, dove dovrebbe trovare una continuità assistenziale per 24 ore.

Ma i canali di comunicazione tra i professionisti e tra le strutture, che più volte abbiamo invocato, sono già attivi? A livello informatico nelle aziende è iniziata la trasformazione dei sistemi che assicuri uno scambio di informazioni tra ospedale e territorio, e nei due sensi?

Se ne parla da molto tempo, ma la conoscenza reciproca tra ospedalieri e medici territoriali è ancora frammentaria, e numerosi sono i lunghi comuni che continuano a dividere i Colleghi. Noi pensiamo che questa sia l'occasione per lavorare ancora di più insieme, non a parole ma sul campo.

Il paziente fragile – portatore di patologie croniche, talora di polipatologia, ha bisogno di un percorso di cura che richiede più specialisti e in tempi diversi. Viene superata anche la storica figura del “medico di fiducia” tradizionalmente inteso, perché il sanitario di riferimento “di fiducia” potrà cambiare, nel corso della gestione del caso. Sarà necessario individuare un “care giver”, perché sia di riferimento comunque per garantire la continuità del percorso di cura. Anche la figura del medico di medicina generale in questo contesto va ripensata e ricollocata nell'ambito del percorso.

Oggi più di ieri si impone chiarezza (anche normativa e contrattuale) per superare definizioni di vetero assistenza per definire che questa prestazione / attività “spetta alla medicina convenzionata e quest'altra alla medicina specialistica ospedaliera”.

Vanno fatti sforzi per definire cosa deve erogare l'azienda per offrire un percorso di cura garantista per il paziente e per il medico. All'interno di questo panorama di richieste l'azienda assicura il risultato clinico coinvolgendo i vari professionisti a seconda delle competenze e abilità (e attribuendo a costoro – evidentemente – il relativo riconoscimento economico).

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

ti con i servizi di diagnosi, e quello di valutare a distanza di tempo la reale efficacia dei percorsi ed il loro monitoraggio in corso d'opera.

Per l'attivazione del Day Service ambulatoriale è quindi fondamentale una specifica definizione delle attività svolte con l'esplicitazione dei “protocolli diagnostico terapeutici” (PDT), individuati e condivisi dai professionisti interessati, e formalizzati dalle Direzioni delle aziende sanitarie sotto forma di “pacchetto” di prestazioni specialistiche ambulatoriali coordinate dal medico specialista che prende in carico il paziente.

Da ciò nasce la necessità, non più differibile, di codifica e quantificazione del carico di lavoro che questa nuova attività comporta, nonché una più stretta collaborazione

IL MEDICO SEMPRE SOTTO PROCESSO

seconda parte

Ivo Spagnoli

Nei giorni 21-23 giugno 2007 si è tenuto a Milano, presso l'Aula Magna dell'Università Statale, il quarto Convegno Internazionale dell'Associazione Medicina e Persona dal titolo "Medico cura te stesso. La nuova medicina: cura della persona o utopia dell'uomo perfetto?".

Medicina e Persona è una associazione culturale di professionisti che lavorano nel campo della salute, e che desiderano rimettere al centro del lavoro professionale la persona e il suo bisogno di significato. Conta circa 2500 iscritti, ha sedi in Italia e in numerosi Paesi europei ed extraeuropei (Svizzera, Spagna, Portogallo, USA, Paraguay).

Il Convegno, che ha cadenza biennale, non si rivolge ad una specifica categoria professionale o ad una disciplina specialistica, ma vuole mettere a confronto la modalità di affronto dei problemi e i tentativi di costruzione di tutti gli operatori della salute: medici, infermieri, tecnici, amministrativi. Circa 800 i professionisti dall'Italia e dall'estero. In questo ambito si è svolto un workshop moderato da chi vi scrive e al quale hanno partecipato Alfonso Marra, Presidente della 2° Corte d'Appello penale di Milano, Renato Mantovani, avvocato specializzato in cause penali e civili contro medici e Carlo Sizia, direttore di questa Rivista.

La tavola rotonda ha ripreso il titolo della presente nota e di quella apparsa nel precedente numero di questo bimestrale, al fine di analizzare la Persona del medico "accusato" sotto le differenti angolazioni: accusatoria, assicurativa e difensiva ed infine professionale.

Le osservazioni del magistrato

Il Presidente Marra ha diffusamente trattato dell'evoluzione del concetto di colpa medica nel processo penale.

Perché il comportamento o l'operato del personale sanitario possa interessare il giudice penale è necessario che lo stesso si manifesti in un atto che sia previsto come anti-giuridico da una norma specifica.

Non solo un'azione può portare al compimento di un reato, ma anche il non agire quando invece è necessario farlo. Un tale atteggiamento si concretizza in una omissione che ha valenza di anti-giuridicità qualora una norma specifica imponga al sanitario il dovere di attivarsi in determinate situazioni.

È il codice penale ad offrire, con il suo art. 43, la definizione del delitto colposo, ritenendo che un comportamen-

to di rilevanza penale "è colposo, o contro l'intenzione, quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza, imprudenza o imperizia, ovvero per l'inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline".

Il fatto colposo del medico si esprime pertanto in una condotta anti-giuridica che porta ad un evento non voluto, ma che purtroppo è foriero di danni alla salute del paziente, e come tale in violazione di un principio generale del nostro ordinamento che è quello del "neminem laedere" può venire perseguito innanzi all'autorità giudiziaria.

Marra è poi passato ad esaminare nel dettaglio cosa si intende nel concreto per negligenza, imperizia ed imprudenza nella pratica sanitaria.

Negligenza è la trascuratezza, la mancanza o deficienza di attenzione o di sollecitudine, la mancata considerazione di obblighi di attivarsi, la non osservanza delle regole sociali che indicano i doveri di diligenza derivanti dalla comune esperienza o dalle esigenze di normale accortezza inerenti allo svolgimento di determinate attività.

Nella valutazione di tale forma di colpa, uno dei criteri di riferimento è dato dalla prevedibilità dell'evento dannoso e a titolo esemplificativo si possono far ricondurre in questa categoria: la dimenticanza di oggetti durante interventi; l'errore nell'indicazione del farmaco da somministrare al paziente; l'errore diagnostico; la mancata esecuzione di un atto clinico palesemente necessario; l'omissione di cautele doverose, ecc.

Imprudenza è la trasgressione di una regola di condotta che impone uno specifico obbligo di non compiere una determinata azione, oppure di compierla con modalità diverse da quelle attuate, è l'avventatezza nell'agire e l'insufficiente ponderazione.

È individuabile qualora un medico compia un intervento in funzioni differenti o superiori alle proprie e una tale azione si concretizza in una lesione alla salute del paziente; quando il sanitario affida imprudentemente un paziente ad un Collega del quale conosce la mancanza di specifica competenza in relazione alla patologia da trattare; quando omette una opportuna assistenza specifica o una opportuna sorveglianza o quando ritarda l'esecuzione di atti oggettivamente da praticarsi con tempestività.

Imperizia è l'insufficiente preparazione o un'inefficienza di cui il medico, pur essendo consapevole, non abbia voluto tener conto prima di porre in essere una specifica atti-

vità; è l'insufficiente adeguamento alle regole tecniche specifiche della disciplina medica.

La giurisprudenza ha elaborato il principio secondo il quale quando si tratta di negligenza e imprudenza queste sono ravvisabili qualunque sia il grado di colpa, anche quando la sua intensità sia lieve.

Quando si è in presenza di imperizia, per la quale si discute solo nei casi di speciali difficoltà tecniche, questa ha rilevanza solo qualora il grado della colpa sia particolarmente grave.

Da ultimo Marra ha ricordato che in caso di ipotesi di colpa omissiva la malpractice non si può ovviamente riscontrare esaminando l'azione, che non esiste, di un soggetto; bensì si deve verificare se, qualora l'attività omissa si fosse compiuta, si sarebbe evitato l'evento lesivo per il paziente.

A tal riguardo il giudice ha il dovere di verificare se la condotta omissiva è stata la condizione necessaria dell'evento con alto o elevato grado di credibilità razionale, al limite della certezza. Se i dati che si evidenziano nel corso delle indagini preliminari si palesano insufficienti oppure contraddittori, portando il giudice ad avere un ragionevole dubbio sulla reale efficacia della condotta omissiva, la soluzione non può che essere di carattere assolutorio.



Le osservazioni del legale

L'avvocato Mantovani è a questo punto intervenuto puntualizzando che una simile lettura garantista in tema di riconoscimento giudiziale della colpa medica per malpractice non la si trova però nel giudizio civile, nel quale la posizione processuale del personale sanitario è valutata secondo criteri sostanzialmente diversi.

Infatti vi è da tempo una giurisprudenza costante, confermata e con grande chiarezza esplicitata con una recentissima sentenza della suprema Corte di Cassazione Civile, la n. 8826 del 13.04.2007, la quale ritiene che qualora da un atto medico derivi un danno al paziente non è onere dello stesso provare che questo si è verificato a causa di un comportamento colposo del medico.

Spetta al medico, invece, dimostrare che l'evento non sia

dipeso da un suo difetto di diligenza operativa o valutativa.

Se poi il professionista è un medico con specializzazione riconosciuta nello specifico settore dove è stato chiamato ad operare, subentra una presunzione in relazione alla sua particolare abilità tecnica che comporta un obbligo che va ben oltre a quello cosiddetto "di mezzo" (che tende a garantire solo una corretta applicazione della tecnica professionale) e si avvicina, in modo sicuramente preoccupante, ad un obbligo "di risultato", che quindi porta il medico a rispondere in tutti i casi in cui il risultato prevedibile in un intervento specialistico di non particolare difficoltà non corrisponda alle aspettative del paziente.

Come potete ben immaginare, il merito di questa testimonianza legale ha suscitato forti perplessità e vivaci reazioni tra i numerosi Colleghi presenti, che hanno visto (giustamente, a mio parere) in questo orientamento giurisprudenziale la riaffermazione dello sciagurato teorema "la guarigione è un diritto".

Mantovani ha infine ribadito come scaturisca da tutto ciò l'importanza non solo di un'assicurazione R.C. professionale, ma come questa debba essere il più possibile personalizzata all'effettiva tipologia dell'attività di ciascun medico e debba comprendere l'ipotesi di "colpa grave". In altre parole

Mantovani ha affermato, con un efficace paragone, che l'approccio ad un'adeguata copertura assicurativa professionale richiede un'attenzione e un approfondimento diversi rispetto a quelli dedicati ad una polizza per la nuova auto di famiglia.

Le osservazioni del sindacalista

Da ultimo, ma non certo per l'importanza dei temi trattati e per l'interesse suscitato, Sizia ha parlato delle conseguenze che questo spirito giustizialista del nostro tempo verso i medici provoca nel vivere quotidiano del pianeta Sanità.

L'ondata di denunce contro i medici dipendenti (circa 15.000 all'anno), per lo più non sostenute da danni effettivi o, comunque, da nessuna colpa o responsabi-

lità professionale, inducono il medico (anche se spesso inconsapevolmente) a “rifugiarsi” nella cosiddetta medicina difensiva.

Si tratta di un fenomeno caratterizzato da: un ricorso ossessivo e ridondante ad approfondimenti ed esami clinici, non giustificati su base scientifica; una “selezione inversa” dei casi, con presa in carico di quelli semplici, dirottando invece quelli complessi; una enfattizzazione dei rischi, in modo che sia il paziente stesso a non concedere il consenso; una dilatazione delle liste di attesa e dei tempi di ricovero, con un aumento dei costi delle cure, pur riducendosi la qualità delle stesse, ecc.

Per interrompere questo circolo vizioso occorre, secondo Sizia,: ridurre i rischi clinici con l’istituzione delle Unità di Risk Management; migliorare il sistema di assicurazione delle strutture e dei professionisti contro i rischi anzidetti; adeguare il nostro sistema giuridico e giudiziario (più competenza e specializzazione nei giudici e nei consulenti, specie quelli di ufficio; riconoscimento di autonoma responsabilità dell’Ente per violazione degli obblighi di sicurezza; introduzione del principio del “danno senza colpa”, in modo che si possano liquidare i danni patiti dai cittadini, senza dover necessariamente ricercare una “colpa medica” (che solitamente non c’è).

Conclusioni

Un fatto emerge chiaramente: la realtà italiana si sta adeguando con una velocità inquietante a quella di Oltreoceano, dove il medico è visto spesso come la vittima sacrificale qualora un percorso diagnostico-terapeutico non abbia raggiunto il traguardo obbligatorio della nuova medicina tecnocratica del desiderio: la guarigione obbligatoria, viatico di una laica quanto inconfessata immortalità.

Sia il cristiano Isidoro di Siviglia che l’islamico Avicenna, in un’affascinante visione bipartisan dalla comune radice monoteista, affermavano che il medico non deve essere solo uomo di scienza ma anche filosofo; ma che debba essere anche uomo di legge ci sembra troppo!

*Ivo Spagnoli
Direzione Nazionale CIMO-ASMD
Ufficio Esteri CIMO-ASMD
Responsabile IRCCS*

A PROPOSITO DI



Alcuni elementi per inquadrare lo stato giuridico degli “ospedali classificati”:

- La legge 132/68 ha riconosciuto agli ospedali dipendenti dagli enti ecclesiastici che fossero rispondenti ai requisiti strutturali ed organizzativi previsti per gli ospedali pubblici, la possibilità di ottenere la classificazione in una delle categorie disciplinate dalla legge.
 - La classificazione incide direttamente sul tipo di assistenza erogata da queste strutture, la quale assume valenza pubblicistica al pari di quella erogata dalle strutture pubbliche in quanto inserisce detti ospedali nella programmazione ospedaliera e nei piani regionali ospedalieri.
 - La legge 130/69 ha dato la possibilità al personale dipendente di ottenere l’equiparazione dei titoli e servizi a quelli acquisiti dal personale degli ospedali pubblici.
 - La legge 833/78 ha ribadito la natura pubblica dell’assistenza sanitaria fornita dagli ospedali classificati.
 - Il DPR 761/79 ne stabilisce gli effetti subordinatamente all’onere per gli Enti di provvedere ai dovuti adeguamenti dei propri regolamenti alle nuove disposizioni.
 - Il D.Lgs. 502/92 non ha modificato la situazione degli ospedali classificati.
 - Il D.Lgs. 229/99 istituisce, nell’ambito del lavoro dei medici che prestano servizio negli ospedali classificati, l’esclusività del rapporto di lavoro, per la quale è prevista una apposita indennità.
- La storia del contratto di lavoro dei medici dipendenti di questi ospedali ha visto nel tempo varie evoluzioni e alcu-

OSPEDALI CLASSIFICATI

Piergiuseppe Orlandi



ne alterne vicissitudini. Storicamente, il sindacato di riferimento è stato l'ANMIRS, a cui tuttora fanno capo la maggior parte dei medici dipendenti da questi ospedali.

Dal 1997 però l'Associazione dei datori di lavoro degli Ospedali Classificati presenta non univoche valutazioni di gestione al suo interno, e proprio a causa di tali divergenze, gli stessi datori di lavoro hanno mostrato interesse per un sistema di contrattazione diverso e con controparti sindacali diverse dall'ANMIRS. Per questo sono state effettuate trattative e rinnovi contrattuali nazionali nel 1997 e 2000 tra ANAOO e ANPO in particolare, e Istituto Figlie di S. Camillo e Fatebenefratelli Isola Tiberina.

Tali contratti facevano riferimento ad una impostazione del trattamento economico simile a quella della parte pubblica e la normativa prevedeva un avvicinamento alle norme che regolamentavano il rapporto dei Colleghi pubblici.

Nel rinnovo contrattuale 2002-2005 la trattativa è stata condotta in maniera ufficiale fra l'Istituto Figlie di S. Camillo e tutte le Sigle sindacali della parte pubblica, ovvero ANAOO, ANPO, CIMO, UMSPED e FESMED.

Dobbiamo sottolineare l'importanza di questo Tavolo, sia per la partecipazione ufficiale delle Sigle sindacali intervenute nelle trattative, che con la loro presenza sanciscono la validità nazionale di questo contratto, partecipazione che si è verificata per la prima volta nella storia della trattativa per un contratto di lavoro degli ospedali classificati. L'importanza è rilevante anche per i contenuti che sono maturati e sono stati costruiti durante la trattativa

e sanciti dalla firma finale del documento (Roma, 14/06/07).

Per la parte economica, il risultato fondamentale ottenuto è: la perfetta corrispondenza delle voci tabellari, sia del trattamento fondamentale che di quello accessorio e dei loro contenuti economici, rispetto ai Colleghi pubblici; la costituzione del fondo di posizione, del fondo di risultato e del trattamento legato alle condizioni di lavoro.

Per la parte normativa, risultano importanti: la definizione e tipologia degli incarichi; il sistema di valutazione dei dirigenti; la definizione dell'orario di lavoro e le caratteristiche del rapporto di lavoro; le nuove norme sull'ECM e la nuova normativa che regola l'assicurazione per la responsabilità professionale, anche per quanto riguarda il diritto di rivalsa per colpa grave.

Un aspetto che pone questo contratto addirittura in vantaggio su quello applicato ai Colleghi del settore pubblico, è l'articolo sul Fondo integrativo di previdenza complementare, che dà la possibilità a tutti i dipendenti degli ospedali classificati di iscriversi a detto Fondo, e conseguentemente di conferire in detto fondo il TFR.

Questo contratto, equiparando il trattamento economico e normativo dei dipendenti degli ospedali classificati a quello dei Colleghi pubblici dipendenti, potrebbe essere un documento importante anche per i nostri datori di lavoro come giustificazione della spesa per oneri contrattuali equiparati al settore pubblico, per la richiesta di adeguamento dei codici delle prestazioni ambulatoriali e dei DRG per i ricoveri ospedalieri, e conseguentemente del sistema di pagamento delle prestazioni.

Inoltre ribadiamo la valenza della firma di questo contratto da parte dei principali Sindacati nazionali di categoria conferendo, per la prima volta, una autorevole garanzia di trasparenza e congruità della normativa anche nei confronti dei Referenti ministeriali.

Un riconoscimento particolare per la volontà di costruire e concludere l'accordo si deve rivolgere alla Commissione contrattuale dell'Istituto Figlie di S. Camillo. Durante la trattativa, nonostante i momenti anche difficili, è sempre stata disponibile a trovare soluzioni che permettessero di non modificare lo spirito e i contenuti del contratto pubblico, mantenendo comunque saldi i principi e l'autonomia giuridico-amministrativa, di natura privata, dell'Istituto.

IMMIGRAZIONE: PROBLEMA DI PROSPERITÀ O DI POSTERITÀ?

Enrico Hüllweck

I grandi vizi di origine lasciano danni perenni. Ad esempio, in America, la tratta degli schiavi ha prodotto conflitti di razzismo solo oggi mitigati a fatica.

Da noi, le “verità tenute nascoste” all’inizio dell’immigrazione extracomunitaria ci hanno lasciato problemi di aggravamento nell’approccio generale a questo tema. Mi spiego: nella metà degli anni ’80, quando il fenomeno ebbe inizio, si lasciò credere che si trattasse dell’arrivo spontaneo di qualche barca di poveracci, che venivano alla spicciolata a mendicare o a fare i “vu cumprà”.

La gente li accolse come questuanti, minimizzando il problema e questo cliché rimase a lungo nell’immaginario popolare. Al mondo politico sfuggì il fatto che, in realtà, era scattata una vera ondata migratoria, favorita anche dall’illusione di poter disporre di mano d’opera “facile”, da collocare in posti lavorativi tra i più sgraditi e, magari, con rapporti di lavoro più malleabili, ai limiti della legalità sindacale e forse oltre.

Di qui un arrivo di immigrati caotico perché non ben conosciuto, non ben programmato e non monitorato per lungo tempo. Si pensi che nella mia città di Vicenza (luogo d’Italia più colpito dall’immigrazione) il primo intervento pubblico in merito si ebbe solo nel ’97, più di dieci anni dopo l’inizio del fenomeno.

Così, dovendo recuperare il tempo perduto, le due parti chiamate principalmente in causa, vale a dire le Amministrazioni locali e le Associazioni degli industriali, si trovano oggi di fronte a tre necessità.

La prima è quella di spiegare con sincerità il fenomeno alla popolazione autoctona (che ancora non sa bene del tutto cosa è successo e cosa succederà), fornendole le ragioni della giustificazione di tale fenomeno, nonché le ragioni della sua ineluttabilità e della sua irreversibilità.

La seconda è quella di consentire condizioni attuali di vivibilità socialmente corretta agli immigrati.

La terza è quella di preparare lo scenario futuro di una convivenza multietnica integrata.

In merito alla prima necessità è interessante considerare la pioggia di argomenti che si producono pro o contro il fenomeno immigratorio.

Citerò solo due esempi. Il primo è quello della badante: se nel mio Veneto volessi ricoverare un parente anziano in una casa di riposo, pagherei 63 milioni annui di vecchie

lire (36 a mio carico e 27 a carico della Regione). Diversamente, se mi tengo il vecchietto a casa e mi prendo una badante slava o russa (che magari mi fa anche qualche lavoretto domestico) me la cavo con una trentina di milioni, per cui risparmio tanto io quanto la Regione. Benissimo, ma c’è il rovescio della medaglia, perché la badante va subito a carico del Servizio Sanitario Nazionale e, in futuro, dell’Assistenza sociale e di quella pensionistica.

Il secondo esempio è quello del deficit di lavoratori attivi rispetto al numero dei pensionati.

Allora si applaude all’arrivo degli immigrati. Bene, ma anch’essi finiranno un giorno a fare i pensionati e se poi scatta il meccanismo per cui (onde incentivare il loro ritorno in Patria) possono portarsi a casa anche dopo pochi anni i soldi versati come contributo previdenziale, potremmo vedere mezza Africa turnarsi per qualche anno in Italia, portandosi poi a casa discrete cifrette e lasciando senza il becco di un quattrino i nostri pensionati.

Quanto alla seconda e alla terza necessità, esse prevedono un’unica azione di intervento. A tal proposito, ricordo una provocazione del sociologo algerino Saved, che si domanda se l’immigrazione deve servire solo alla prosperità (cioè a trovare lavoro) o anche alla posterità (integrazione sociale nei luoghi di arrivo).

Ora, se vogliamo una buona “posterità”, all’insegna di una buona convivenza, dobbiamo partire chiarendo subito chi ha diritto a far parte della società multietnica del nostro futuro.

Suggestiva è, al riguardo, la formula lanciata dal Presidente francese Sarkozy: “la Francia deve essere di chi la ama”. Direi che è un buon grimaldello concettuale, che sposta l’appartenenza dal livello burocratico, così come da quello etnico, per trasferire il tutto nel minimo comun denominatore rappresentato dal fatto di “amare una terra”. Per amare una terra non basta viverci sopra. In un epigramma di Marziale (che riprende un passo dell’Ifigenia in Tauride di Euripide), si dice “quisquis ubique habitat nusquam habitat” (= chi abita indifferentemente in ogni luogo non sa, in realtà, abitare bene nessun luogo). Ora, per far amare l’Italia agli immigrati, bisogna fargliela conoscere in profondità. Non basta che conoscano la fisionomia del paesaggio o il fruscio dei soldi della paga.

Occorre fargli conoscere la nostra storia, la nostra cultura, le nostre tradizioni e vedere se loro riescono ad accettarle e ad amarle. Il che non significa costringerli a rinunciare a una loro identità, a un loro patrimonio affettivo ereditato ma, in ogni caso, vanno salvaguardati alcuni diritti storici di priorità di intere generazioni di italiani, viventi o scomparsi.

Ma perché gli stranieri possano amare l'Italia (oltre che viverci), occorre affrontare alcuni "temi-bersaglio". Il primo è quello di una casa dove essi possano collocare serenamente i loro affetti. Nel 1997, nella mia città, provammo un esperimento: il datore di lavoro ospitava i lavoratori in regime di foresteria in appartamenti dei quali lui pagava l'affitto (con parziale prelievo dalle buste paga), mentre il Comune partecipava alle spese di locazione. L'esperimento fallì, perché gli stranieri non gradivano l'indissolubilità fra casa, luogo di lavoro e datore di lavoro. Inoltre il regime abitativo di foresteria non consentiva il ricongiungimento con la famiglia.

Così, nel 1998, provammo a costruire (con l'Azienda comunale per le case popolari) condomini a canone agevolato, dove il lavoratore poteva andare indipendentemente dal luogo di lavoro. L'operazione fallì, anche per la difficoltà di far coesistere all'improvviso immigrati di diverse provenienze ed etnie.

La formula vincente fu, nel 2002, la creazione del conto corrente Country, in collaborazione fra Banca Popolare di Vicenza, Comune, Assindustria, sindacati e Regione, il che permise di realizzare rimesse nei Paesi di origine, ottenere mutui, fidejussioni e prestiti, consentendo così agli immigrati di scegliersi l'abitazione dove e come volevano. Non c'è dubbio che lo straniero preferisca il mutuo, magari con affitto meno agevolato, ma con la possibilità di scegliersi la propria casa, senza dipendere dal posto di lavoro e con la possibilità di portarsi o crearsi una famiglia in un luogo gradito. Il 60-70% degli industriali collaborano a tale iniziativa, che ha successo, anche se sul settore abitativo stanno infiltrandosi speculatori occulti che tendono a trasformare in ghetti alcuni quartieri.

La tendenza degli immigrati a crearsi una loro famiglia in Italia deve farci ricordare che va focalizzato sulla famiglia ogni sforzo per migliorare la società del futuro. Normalmente, quando pensiamo al cuore della famiglia, pensiamo alladonna e, con la consapevolezza che negli ultimi cinque anni le donne immigrate sono quasi triplicate, raggiungendo il 45% degli stranieri totali, ho provveduto a creare, nella mia città, uno "Sportello integrato donna", per assistere le donne, dall'adolescenza in su, nel bisogno, nel tempo libero, nelle aggregazioni e in ogni

forma di integrazione sociale. È una rete di strutture con due livelli: al primo si accede a richiesta individuale. Il secondo, meno visibile, più discreto e più delicato, accompagna le donne nei loro percorsi personali, dai problemi della salute a quelli del lavoro e della famiglia: un giorno, nel mio ufficio di Sindaco, mi son visto portare una poveretta col velo arabo, abbandonata dal marito e incapace di affrontare il dramma capitolino.

Ma se la donna è il fulcro sociale della famiglia, i bambini saranno il futuro della società. Per questo ho promosso nella mia città il progetto "Real World" che, per l'integrazione infantile, si avvale di un vademecum con tutte le lingue degli immigrati (hindi, urdu, arabo, cinese, ecc.) e di operatori di madrelingua, che seguono i bambini nelle scuole, aiutando loro, gli insegnanti e le famiglie. Esistono poi "mediatori culturali" pagati dal Comune e dalla Scuola, i quali devono facilitare l'inserimento dei nuovi arrivati, rapportandosi anche con i bambini e loro famiglie italiane e seguendo il percorso culturale dei bimbi nella scuola, nel doposcuola e oltre.

I bambini vanno seguiti sotto diversi aspetti. Il primo è quello dell'apprendimento del diritto e del dovere, sfruttando un gioco chiamato "cittadella colorata zigu-zaga". Poi viene la fantasia: noi tutti abbiamo cominciato a conoscere la vita e i suoi personaggi attraverso le fiabe (la fata, la strega, la matrigna, l'orco, il principe, la regina, ecc.), imparando senza accorgerci riferimenti profondi ai problemi della vita. Sarebbe impensabile che l'approccio fantastico dei bambini stranieri partisse da approcci fantasiosi diversi con, inevitabilmente, approdi socio culturali diversi.

Anche gli spazi sono importanti per i bambini: uno spazio di vita arido, angusto, piccolo ed essenziale, crea un futuro cittadino che non sentirà alcun debito spirituale nei confronti della città che lo ha visto nascere e, anzi, coltiverà pensieri di rivalsa. Se, invece, il bimbo cresce in uno spazio non solo essenziale, ma ingentilito da qualche elemento estetico, da qualche aiuola fiorita, ecc., proverà più amore, da grande, verso la sua città, alla quale sentirà di dovere qualcosa.

E così è importante avviare i piccoli immigrati anche agli spettacoli teatrali, alla lettura, alla danza, alla musica e, perché no, anche alla conoscenza della nostra cultura gastronomica. Purtroppo, anche tra i bambini immigrati, cresce il problema della perdita dei genitori, per morte o per abbandono. Ecco allora l'importanza del "Progetto Azimut" (progetto di accoglienza per i minori immigrati non accompagnati) e del "Coordinamento nazionale del Servizio Affidi" (molto sviluppato a Vicenza, che è diven-

tata città di riferimento), operante con mediatori socioculturali per sensibilizzare soprattutto le famiglie straniere ad accogliere i bambini abbandonati.

Oltre al problema delle case, delle donne e dei bambini, i lavoratori immigrati hanno però anche bisogno di un aiuto per vivere e districarsi in una società che conoscono poco. Ecco allora la nostra preoccupazione di insegnare loro la lingua e altre cose. Una di queste è il rapporto con il denaro: spesso lo usano male, comprando rottami che poi debbono buttare, firmando rate esorbitanti, ignorando il meccanismo delle bollette, la tempistica stagionale di certe spese, quali quelle del riscaldamento o delle vacanze.

Occorre insegnare loro il risparmio così come bisogna educarli a un mangiare sano. Tutto questo viene fatto con opuscoli, vademecum o corsi di apprendimento.

Va sviluppato, infine, il gusto dell'identità anche nel senso di rimanere fedeli al posto di lavoro, abbassando la loro istintiva tendenza alla mobilità anche immotivata da un posto all'altro. Così come occorre fargli capire che la data del ritorno dalle ferie non è un optional variabile, ma un impegno vincolante.

L'ISPO (Istituto di statistica) sostiene che il 32% degli Italiani è ostile agli immigrati, il 36% è favorevole, mentre il 32% è preoccupato. Tutto ciò è legato a paure per il presente e a paure per il futuro. Nella mia città il 33% delle nascite è di stranieri mentre nelle scuole materne i bimbi immigrati toccano il 40-42%. Nel 2020 il 25% dei vicentini sarà extracomunitario.

In realtà, la presenza straniera (e i timori a essa collegati) varia in Italia. Nel Nord-Est è più forte in Provincia che nei Capoluoghi, disseminandosi in campagna e nei paesi, dove gli extracomunitari sono più occupati, sono meno concentrati e producono meno criminalità. Al contrario, nelle altre Regioni italiane, essi sono più concentrati nei Capoluoghi, dove sono più disoccupati e creano più criminalità.

La percezione della loro "pericolosità" varia anche per altri motivi. Tra gli industriali, per esempio, il 90% delle imprese non ha immigrati, per cui i padroni di tali imprese non nutrono timori. Quanto al restante 10%, è rappresentato da grandi imprese, dove l'industriale è così lontano dall'operaio da non sentire né contatto né pericolo da parte degli stranieri. All'industriale "sfugge", dunque, la paura per gli immigrati.

Anche in base al ceto sociale, l'effetto è diverso: i ricchi hanno contatto con le figure degli aiutanti domestici, colf o badanti che siano, traendone una sensazione di obbediente sottomissione che li rasserena.

Diversamente accade per i cittadini poveri o di ceto medio-basso, che temono lo straniero anche come possibile con-

corrente, che può sottrargli posti di lavoro o condizionargli la vita. Ciò che spaventa la gente è la macrocriminalità ma anche la microcriminalità, a volte confusa con realtà non pericolose: spesso il cittadino è turbato da una strada piena di negri che fanno un po' gli spiritosi e si spaventa quasi più che a vedere qualche bianco che, magari, sta per delinquere.

Il cittadino teme anche che gli immigrati locali siano i basti del terrorismo ma, forse, teme ancor più l'oscura minaccia di quel leader arabo che, anni fa, disse: "conquisteremo l'Europa con l'utero delle nostre donne". Una frase che sottintende un arrivo così numeroso di islamici da "denaturare" la fisionomia della nostra società, nella quale già oggi contiamo 4 milioni di immigrati, da aggiungere a quelli già naturalizzati e ai clandestini.

Per arginare la denaturazione della nostra società sarebbe importante selezionare gli arrivi (come fa la Germania, che accetta quasi soltanto turchi) e tenerli calmierati. Oltre a ciò, è importante battersi per una integrazione corretta, con gli strumenti dei quali abbiamo parlato più indietro, ma anche puntando ad altre strategie.

Una di queste potrebbe essere quella di far giungere figure professionali più elevate dai Paesi che ci inviano emigranti. Questo, perché nelle fabbriche la gerarchia ha bisogno di stranieri nei posti intermedi per farsi capire e ubbidire meglio dagli operai. Se si considera poi che, delocalizzando all'estero la base della mano d'opera, molte imprese necessitano qui di figure più avanzate, il discorso trova ulteriore giustificazione.

Ma c'è un motivo ancora più forte che ci fa avanzare questa esigenza. I bambini stranieri, infatti, vedono oggi i loro genitori schiacciati al livello più infimo della scala sociale lavorativa e, un po' alla volta, si accorgono che tutti quelli della loro etnia stanno in basso, all'ultimo gradino della società. È inevitabile che, divenuti adulti, questi bambini di oggi coltivino sentimenti di rivalsa, che li spingeranno sì a tentare una scalata sociale più che giustificata, ma che potrebbero spingerli a reazioni di vendetta socialmente dirompenti e destruenti. Se, invece, questi bimbi di oggi vedessero qualche maestro, qualche vigile, qualche poliziotto, qualche ingegnere o qualche avvocato appartenente alla propria gente, non proverebbero, nel proprio cuore e nella propria mente, il nascere di quei sentimenti di scontro etnico e di "vendetta etnica", che probabilmente dovremo aspettarci se le cose continueranno a essere prese come oggi accade, un po' troppo "sotto gamba".

Enrico Hillweck
Sindaco di Vicenza