

## Intervista all'europarlamentare Lia Sartori

Enrico Hüllweck

È vero, l'Europa ci fa soffrire con i problemi dell'euro, dei Patti di stabilità e dei meccanismi di omogeneizzazione fra i diversi Stati membri. Ciononostante dobbiamo renderci conto che siamo sempre più "europei" e che l'Europa è il nostro futuro.

Anche la Sanità, quindi, non può non guardare al Parlamento europeo come alla sede strategica dove ripartirà il processo di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, compresa quella italiana.

Così, mentre i parlamentari europei vanno sempre più perdendo quel carattere prevalente di mera "rappresentatività" (che aveva connotato purtroppo e inevitabilmente le pattuglie parlamentari europee degli anni scorsi) per assumere sempre più caratteristiche di competenza specifica, tecnica e operativa nei diversi settori della politica, diventa sempre più interessante un collegamento stretto fra il mondo medico e la neoletta Commissione europea per la Sanità. Fra i Parlamentari italiani che lavorano in questa Commissione, troviamo l'on. Lia Sartori, rieletta nel Collegio elettorale del Nord-Est, da circa un anno collaboratrice de "Il Medico ospedaliero e del territorio", con articoli di prevalente interesse sanitario.

A Lia Sartori abbiamo posto alcune domande.

**D.** On. Sartori, la Sanità, in genere, è uno spauracchio per i politici che, spesso, cercano di dribblarne i problemi, difficilissimi da risolvere. Storica fu, in tal senso, la costernazione di Carlo Donat Cattin quando gli annunciarono la nomina a Ministro della Sanità. Pare che in quell'occasione abbia detto: "Che me ne faccio di bende e cerotti?". Lei, diversamente e in netta controtendenza, appare sempre più affascinata dall'impegno politico in questo difficile settore. È ancor oggi dello stesso parere?

**R.** Nel mese di luglio è ripartita, con grande fervore, l'attività del Parlamento europeo. La pausa dovuta alla tornata elettorale mi ha consentito di incontrare moltissime persone che mi hanno confortata sulla mia scelta di occuparmi di Sanità. Sia da parte di chi in questo mondo esercita la sua professione, che da quella di tutti coloro che ne usufruiscono, c'è una forte domanda per avere una Sanità, italiana ed europea, capace di rispondere con preparazione, con sollecitudine e con continuità alle esigenze di prevenzione e di cura. Personalmente devo testimoniare di aver avuto un'importante sostegno da parte di tutti coloro che sono impegnati nel settore della salute, ed in particolare dal mondo medico, e di questo voglio anche ringraziare. Nella ridefinizione delle competenze, ho allora deciso di lavorare, tra l'altro, nella "Commissione per l'ambiente, la sanità pubblica e la sicurezza alimentare".

\*\*\*

**D.** Come è composta la Commissione europea della Sanità e, soprattutto, quali sono gli altri Parlamentari italiani che vi partecipano stabilmente?

**R.** È una Commissione molto seguita sia dai deputati sia, come uditori, da numerosissimi rappresentanti delle più diverse Associazioni che, ufficialmente, vengono in Parlamento a fare "lobby", difendendo e promuovendo i loro interessi. Ovviamente questi Signori in

Commissione non hanno diritto di parola, ma possono comunque partecipare ai lavori e interloquire con i deputati prima e dopo i lavori stessi. Nella rappresentanza italiana della Commissione per l'ambiente, la sanità pubblica e la sicurezza alimentare ci sono gli Onorevoli Alessandro Foglietta, Roberto Musacchio, Adriana Poli Bortone, Guido Sacconi, Marcello Vernola.

\*\*\*

**D.** In quali direzioni si stanno muovendo i programmi di intervento europeo in materia di Sanità?

**R.** Noi sappiamo che l'Europa è impegnata a promuovere e migliorare la salute prevenendo le malattie e lottando contro le minacce potenziali per la salute, nel tentativo di ridurre la morbidità, la mortalità precoce e le disabilità invalidanti evitabili. Le Istituzioni europee, perché tutto ciò avvenga, cercano di mettere in condizione la Comunità tutta di ricevere informazioni semplici, chiare e scientificamente valide sulle misure volte a tutelare la salute e a prevenire le malattie, allo scopo di migliorare la qualità della vita. Noi sappiamo che finora l'Europa ha iniziato a svolgere un ruolo attivo nel settore sanitario adottando, conformemente al principio di sussidiarietà, le misure che non possono essere adottate dai singoli Stati. Le crescenti differenze fra i Paesi membri e, all'interno di essi, della situazione sanitaria e nelle ripercussioni sulla salute, richiedono sforzi rinnovati e coordinati a livello nazionale e comunitario.

\*\*\*

**D.** On. Sartori, noi sappiamo che nel Suo programma futuro è ben delineata la volontà di partecipare alla rielaborazione del programma sanitario europeo, senza perdere di vista i problemi cogenti della situazione italiana e, proprio per questo, guardiamo con speranza e con fiducia al Suo impegno nel quinquennio di legislatura appena iniziato. Nel frattempo, a poche settimane dalla Sua rielezione, ha già avuto modo di affrontare qualche argomento specifico?

**R.** Per quanto mi riguarda, la prima richiesta che ho ritenuto di fare a Markos Kyprianou, il nuovo Commissario europeo che si occuperà di Sanità dal 1° di novembre, è stata quella di preparare un documento comparativo sulla organizzazione sanitaria, sulla qualità dei servizi resi, sui risultati raggiunti e sui costi del sistema nei diversi Stati membri. Da qui partiremo per raggiungere un miglioramento, laddove questo sarà necessario, e per valorizzare e promuovere le eccellenze, dove emergono.

\*\*\*

**D.** Possiamo allora dire: "Ripartiamo dall'Europa"?

**R.** Certamente.

Enrico Hüllweck  
Sindaco di Vicenza

# LA SANITÀ EUROPEA

## “THE OECD HEALTH PROJECT”

Maurizio Dal Maso

**È** nota la comune difficoltà dei diversi sistemi sanitari europei, soprattutto dopo il recente allargamento della UE, di garantire in modo uniforme, e secondo medesimi standard prestazionali, qualità ed efficacia, efficienza ed equità, accessibilità e sostenibilità economica nella erogazione dei servizi socio-sanitari. Cosa accomuna, nel terzo millennio, sistemi sanitari diversi fra loro, nati per rispondere ad esigenze particolari e in diversi contesti storici, sociali, culturali e politici?

È il “campo di battaglia”, in cui tutti i diversi sistemi si cimentano, e sempre più si cimenteranno, quello cioè in cui cercare di “mantenere in piedi il carattere universale della tutela sociale, riuscendo nel contempo ad innalzare la qualità e l’efficienza dei servizi”. Da sempre per raggiungere obiettivi simili le comunità umane hanno fatto ricorso alla gara, alla concorrenza, all’emulazione (1).

In questo contesto di sfida istituzionale, l’OCSE-OECD (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) ha predisposto un documento di progetto sulle future politiche sanitarie comunitarie (2). In esso si evidenzia come i Paesi-OCSE possono ritenersi soddisfatti dei progressi compiuti nel miglioramento complessivo delle condizioni di salute della popolazione, ma che questi miglioramenti hanno ovviamente un costo e alcuni dati mostrano come la spesa sanitaria già ora raggiunga la media dell’8% del PIL (Prodotto Interno Lordo) e che superi il 10% negli Stati Uniti, Svizzera e Germania, mentre nel 1970 rappresentava solo il 5% del PIL. Il problema principale è, dunque, il costante aumento dei costi di gestione di tutti i sistemi sanitari, dovuto alla continua innovazione tecnologica e medica, alla crescente domanda di prestazioni socio-sanitarie, all’aumento dell’età media della popolazione e alla contemporanea e progressiva diminuzione della popolazione attiva, che determinerà prevedibili e crescenti squilibri nelle finanze pubbliche. Tutto ciò è aggravato nel nostro Paese dal problema della sostenibilità finanziaria e sociale del nostro sistema pensionistico e da come questo gravi in misura eccessiva sul costo del lavoro, penalizzando l’occupazione. Cala, infatti, il numero delle persone professionalmente attive e parallelamente aumentano i costi dei sistemi di protezione sociale e sanitaria.

Come non considerare che gli ultrasessantacinquenni assorbono oltre il 30% della spesa sanitaria mondiale, pur essendo circa il 5% della popolazione e che questi diverranno oltre il 40% entro il 2050? E come ignorare che da questo anno l’Italia è al primo posto nella classifica degli ultrasessantenni, con una percentuale del 24.5%, destinata a salire al 34% entro il 2025? Tutto ciò deve tradursi in una nuova visione complessiva del Welfare, considerando che l’Italia è il Paese fra quelli della UE che destina alla spesa previdenziale la quota

più alta del PIL e che registra la più alta quota di spesa per le pensioni, ben sopra la media UE.

Dunque una prima domanda è la seguente: i sistemi sanitari potranno migliorare la propria performance complessiva senza richiedere un aumento della pressione finanziaria? Il progetto triennale dell’OCSE traccia uno scenario percorribile, analizzando diversi aspetti (2).

### 1. Efficacia della prevenzione e delle cure sanitarie

Le grandi differenze registrate tra i diversi Paesi rispetto alla speranza di vita e ad altri indicatori di salute mostrano che molti di loro possono, in questo caso, migliorare ancora. Tra i diversi Paesi esistono tuttora differenze nelle condizioni di salute di alcuni strati della popolazione, attribuibili in parte alle disparità nell’accesso ai servizi necessari, che colpiscono in modo particolarmente grave le fasce sociali meno abbienti. Negli ultimi dieci anni si è sempre più diffusa la consapevolezza del problema della qualità delle cure sanitarie. Esistono prove certe che una qualità insufficiente delle cure si traduce in morti evitabili, invalidità e livelli scadenti di salute che portano a minore salute e all’incremento della spesa. I problemi riscontrati a questo proposito sono di tre tipi. Innanzitutto, ci sono casi in cui le cure fornite si rivelano non necessarie. Un secondo tipo di problema è la mancata accessibilità alle cure primarie di pazienti che ne avrebbero bisogno, mentre il terzo tipo riguarda la fornitura di cure sbagliate o con scarsi mezzi tecnologici, come interventi chirurgici in luoghi inadeguati ed errori nelle prescrizioni, ad esempio, di farmaci. Per un grande balzo qualitativo, sono indispensabili migliori sistemi di registrazione e di misurazione dei dati, riguardanti lo stato di salute e le cure sanitarie. Cartelle cliniche, ricette mediche, rapporti di analisi su supporto cartaceo, non facilitano la precisione, l’accesso e la condivisione di informazioni. Laddove sono stati attivati, invece, i sistemi d’informazione automatizzati, e più in generale gli strumenti della ICT (Information and Communication Technology), si sono regi-



strati effetti positivi sulla diminuzione dei costi e sull'incremento contestuale della qualità delle cure erogate.

## 2. Accessibilità alle cure sanitarie

In alcuni paesi dell'OCSE sono state espresse delle preoccupazioni sul divario che potrebbe crearsi tra domanda e offerta di servizi. Infatti, mentre la domanda di servizi crescerà inevitabilmente, l'offerta potrebbe diminuire o crescere molto più lentamente come conseguenza, ad esempio, della tendenza a ridurre contrattualmente le ore di lavoro, al pensionamento anticipato e al minore interesse nei confronti della professione di infermiere rispetto ad altre professioni. Tuttavia l'esperienza mostra che l'intervento di alcune politiche può ridurre, laddove esistono, le disparità economiche nell'accesso alle cure sanitarie anche se ciò può rilevarsi, in prima istanza, più costoso.

## 3. Sistemi sanitari in grado di soddisfare le attese di pazienti e consumatori

I sistemi sanitari possono fare di più per rispondere alle attese e alle preferenze di pazienti e consumatori. È possibile adottare alcune politiche comuni in grado di ridurre i tempi di attesa per gli interventi chirurgici e migliorare le cure a lungo termine.

In almeno dodici Paesi i tempi di attesa per gli interventi chirurgici sono considerati eccessivi. I Paesi che desiderano ridurre i tempi di attesa hanno bisogno generalmente di aumentare la capacità o la produttività dei loro sistemi sanitari.

Inoltre la disponibilità di diversi tipi di coperture sanitarie pubbliche e/o private offre al consumatore una maggiore scelta, e un sistema sanitario in cui gli assicuratori sono liberi di innovare è in grado di introdurre cambiamenti che rispondono meglio alle preferenze dei consumatori.

Ma come tutti i benefici, la possibilità di scelta ha i suoi costi. Rispetto ai sistemi con un unico pagatore per i servizi sanitari, o ai sistemi integrati di finanziamento e offerta di cure sanitarie, i sistemi con più pagatori fanno aumentare la pressione finanziaria e rendono più difficile un equo accesso e un'equa ripartizione della contribuzione finanziaria.

## 4. Costi e finanziamenti sostenibili

I sistemi sanitari finanziati con la fiscalità generale subiranno particolari pressioni dovute all'aumentare dell'età media della popolazione e alla riduzione del numero della popolazione professionalmente attiva. Al fine di allentare la pressione del finanziamento pubblico, i Governi potrebbero richiedere ai cittadini una maggiore partecipazione al finanziamento delle cure

sanitarie. È tuttavia improbabile che la partecipazione finanziaria degli utenti porti a notevoli economie, soprattutto se le popolazioni meno abbienti saranno, come è ovvio, esonerate. Una forma di assicurazione sanitaria complementare privata permetterebbe di garantire l'accesso alle cure quando la partecipazione alla spesa è più diffusa, ma potrebbe provocare, allo stesso tempo, un incremento della domanda dei consumatori e dei costi complessivi. Anche nei Paesi in cui gran parte della popolazione ha un'assicurazione privata, ciò incide scarsamente sulla totalità della spesa per la sanità, poiché copre spesso rischi minori, e non i trattamenti e le malattie più costose. È necessario inoltre garantire una protezione contro il rischio di dover affrontare spese eccessive per cure a lungo termine, la lungodegenza e l'invalidità. Diversi sono i metodi possibili, quali l'assicurazione pubblica obbligatoria (come in Lussemburgo, Olanda e Giappone), l'associazione di assicurazioni obbligatorie pubbliche e private (come in Germania), le indennità sanitarie finanziate dalle tasse (come in Austria) e i servizi in natura finanziati dalle imposte (come in Svezia e in Norvegia). Il mercato delle assicurazioni private per le cure sanitarie a lungo termine è ancora esiguo, ma potrebbe allargarsi grazie al sostegno di politiche adeguate. I Governi hanno frenato i costi tramite l'abbinamento di controlli di bilancio e controlli amministrativi sui pagamenti, sui prezzi e sull'offerta di servizi. Sebbene i sistemi complicati di pagamento siano tecnicamente difficili da adottare, esistono numerosi esempi di sistemi, come il sistema basato sulle diagnosi di dimissione (DRG's) per gli ospedali, che incoraggiano la produttività senza inficiare i risultati.

## 5. Ottimizzare le risorse disponibili dei sistemi sanitari

In definitiva, migliorare l'efficienza (ovvero il rapporto fra output e input, cioè le prestazioni prodotte e le risorse impiegate) è l'unico modo per conciliare l'incremento della domanda di cure sanitarie con i vincoli del finanziamento pubblico. Per migliorare l'uso delle risorse è necessario cambiare il modo di utilizzare i finanziamenti, piuttosto che tagliare spese e prestazioni. Nell'area OCSE i metodi di pagamento per gli ospedali, i medici, e altri fornitori di cure stanno cambiando e si diffondono sempre più i pagamenti basati sull'attività, che premiano la produttività, rispetto ai tradizionali pagamenti mediante rimborso dei costi che favoriscono l'inefficienza. Un ulteriore miglioramento è quello di pagamenti che offrono incentivi per la fornitura di servizi adeguati al momento opportuno, e che premiano i fornitori, o le organizzazioni, che contribuiscono al raggiungimento contemporaneo degli obiettivi di efficacia/efficienza. Tuttavia contenere i costi mediante strumenti di riduzione degli stessi può avere effetti economici a breve termine, ma non permette di cogliere le opportunità di aumentare il valore delle risorse disponibili sul medio-lungo termine attraverso investimenti in tecnologie mediche.

## 6. Verso migliori prestazioni dei sistemi sanitari

I Ministri della Sanità dei Paesi dell'OCSE dispongono dei mezzi e dei metodi da adottare per raggiungere alcuni importanti obiettivi di politica sanitaria, controllare il tasso di crescita della spesa pubblica, garantire condizioni di uguaglianza nell'accesso alle cure, migliorare le condizioni di salute, pre-

venire le malattie e instaurare un sistema di finanziamento equo e sostenibile per la salute e le cure a lungo termine. L'obiettivo principale è indubbiamente una migliore condizione di salute della popolazione, ma promuovere la salute non è l'unico elemento da considerare, data la rapidità dei progressi medici e l'evoluzione degli obiettivi clinico-sanitari, quindi la riforma dei sistemi sanitari è necessariamente un processo in costante divenire.

Numerose questioni di rilievo per le politiche sanitarie sono tuttora senza risposta, ad esempio: come promuovere le innovazioni mediche, garantire un accesso tempestivo alle cure e gestire allo stesso tempo le risorse pubbliche in modo responsabile? come orientare l'innovazione medica verso tecnologie che rispondono meglio ai bisogni e alle priorità in materia di salute? come garantire, in futuro, un'offerta adeguata di cure sanitarie a tutti i lavoratori? come conciliare gli interessi economici dei fornitori di cure con gli obiettivi di un'offerta di cure sanitarie economicamente efficace? come utilizzare la competitività dei mercati per aumentare l'efficienza dei sistemi sanitari? quali approcci della responsabilità professionale dei medici permettono meglio di evitare le negligenze, di risarcire le vittime e di incoraggiare un uso appropriato dei servizi? L'obiettivo di ottimizzare l'uso delle risorse disponibili è in costante evoluzione, ma ottimizzare le risorse disponibili richiede sperimentazione e accurate valutazioni delle prestazioni, usando indicatori specifici ed affidabili. Il raffronto fra i vari Paesi e la condivisione di informazioni possono essere uno strumento valido. Il processo di mutuo esame aiuta a scoprire le pratiche efficaci e l'ambito nel quale esse possono agire con successo. Nuove professionalità a livello internazionale che riuniranno esperienze, elementi di accertamento e nuove idee, contribuiranno ad aiutare i responsabili delle politiche sanitarie a vincere le sfide che dovranno affrontare. Ecco, in sintesi, quanto l'OCSE suggerisce come elemento di analisi e di azione congiunta per i diversi "decisioni politici internazionali". Quali considerazioni si possono fare circa l'attuale situazione italiana?

Innanzitutto possiamo considerare un dato importante quale la caduta del tasso di crescita della spesa sanitaria pro-capite dopo la grande esplosione degli anni '70. Questo è un aspetto assolutamente ineludibile: non si deve cercare l'aumento dei finanziamenti in valore assoluto, ma bisogna aumentare, in modo stabile e duraturo, l'uso appropriato delle risorse disponibili, ricercando sempre più la qualità e l'efficienza, sia allocativa sia tecnica (gestionale ed organizzativa), entrando pesantemente nel merito della riorganizzazione e delle modalità di erogazione delle attività di prevenzione, diagnosi, cura, terapia e riabilitazione, oltre che didattica e ricerca, ed abbattere stabilmente i costi della "non qualità", tuttora presenti e mai effettivamente scomparsi. Giova ricordare che la crescita della spesa sanitaria pubblica in Italia dal 1995 al 2001 è stata del 57.5%, in linea con i livelli di crescita nei Paesi OCSE, e con un incremento superiore a quella del costo della vita (vedi Tabella 1) (3).

La seconda riflessione riguarda la necessità di predisporre nuovi sistemi di finanziamento, che riallineino tutte le fasi della produzione, e i diversi produttori, secondo logiche di processo. L'obiettivo non è definire un sistema ottimale dei

Tabella 1 NAZIONE	SPESA % SUL P.I.L.		RIPARTIZIONE % FINANZIAMENTO	
	1970	2001	PUBBLICO	PRIVATO
STATI UNITI	6.9	13.9	44	56
CANADA	7.0	9.7	71	29
AUSTRALIA	5.6	8.9	69	31
GIAPPONE	4.5	7.6	78	22
REGNO UNITO	4.5	7.6	-	-
SVIZZERA	5.6	10.9	56	44
GERMANIA	6.2	10.7	75	25
FRANCIA	-	9.5	76	24
BELGIO	4.0	9.0	-	-
AUSTRIA	5.3	7.7	70	30
ITALIA	-	8.4	75	25
SPAGNA	3.6	7.5	71	29
PORTOGALLO	2.6	9.2	-	-
REP. SLOVACCA	-	5.7	89	11
OLANDA	6.9	8.9	63	37
<b>Media OCSE</b>	<b>5.3</b>	<b>8.2</b>	Fonte: OECD Health Data, 2003.	

prezzi, ma definire un sistema di valori in base ai quali finanziare l'intera attività e non i singoli fattori produttivi utilizzati (4).

Andranno definiti nuovi sistemi di finanziamento, ad esempio su base budgetaria, fra aziende sanitarie territoriali ed aziende Ospedaliere/Universitario-ospedaliere o altri erogatori pubblici. Anche gli erogatori privati si dovranno orientare verso un processo di profondo cambiamento e di razionalizzazione nella fornitura di prestazioni di ricovero e/o ambulatoriali.

La programmazione sanitaria dovrà indirizzare le strutture private a rispondere con appropriati livelli di assistenza ai bisogni sanitari dell'utenza in modo complementare alle strutture pubbliche: la complementarità garantirà l'uso ottimale delle risorse ed il segreto della complementarità sarà la chiarezza dei ruoli.

Un terzo punto dovrebbe riguardare i sistemi incentivanti, fatti con un nuovo mix di incentivi non solo monetari. È noto infatti che i comportamenti di tutti gli operatori sanitari non sono determinati dagli obiettivi generali espressi dalle leggi, ma sono determinati dal sistema premiante connesso ai comportamenti stessi: solo se il sistema premiante è coerente con gli obiettivi questi saranno davvero perseguiti!

Ecco dunque la necessità di un diverso coinvolgimento di tipo "bottom-up" dei professionisti nelle future scelte strategiche aziendali, fortemente motivazionale oltre che professionale, a cui fare seguire nuovi tipi di incentivi quali, ad esempio, corsi di formazione per la crescita professionale e di leadership per quella direzionale, o di informazione o comunicazione, sia interna sia esterna (4, 5).

L'augurio finale, per noi tutti a questo proposito, è quello espresso dal pensiero di Isaac Newton "Se ho visto così lontano è perché sono salito sulle spalle di giganti". Non ci rimane dunque che sperare "nell'altezza" dei nostri decisori pubblici!

#### Bibliografia

1. F. Adornato. *La nuova strada - occidente e libe nà dopo il Novecento*. Mondadori, Milano, 2003.
2. *Towards high-performing Health Systems: The OECD Health Project* OECD 2004 - 7.
3. *Il Sole 24 Ore Sanità*, pp. 2-3, N° 21 (25-31 maggio 2004).
4. N. Dindin. *La ricetta: una svolta graduale motivando e coinvolgendo i medici*. *Il Sole 24 Ore Sanità*, pag. 2-3, N° 21 (25-31 maggio 2004).
5. C. Ham. *Improving the performance of health service: the role of clinical leadership*. *Lancet* 2003; 361: 1978-1980.

# È STATA APPROVATA LA LEGGE-DELEGA SULLE PENSIONI

Prevista l'emanazione di una dozzina di provvedimenti attuativi nel 2005

Alberto Karumann

Come anticipato, il varo della legge di riforma dei trattamenti pensionistici si è avuto a fine luglio, con l'approvazione della Camera (in terza lettura) ed a mezzo del voto di fiducia, con il quale è stato ratificato in via definitiva il testo del Senato.

Si ricorda che la parte fondamentale della nuova legge, che riguarda i requisiti per la pensione anticipata ed i criteri per il calcolo dei trattamenti, è già stata illustrata nel precedente numero de "Il Medico ospedaliero e del territorio" (n. 4/2004), con le progressioni temporali in vigore da ora in poi.

Si ritiene pertanto opportuno un riguardo ad altri aspetti della riforma, i cui dettagli operativi verranno precisati dai decreti delegati, da emanarsi entro i prossimi 18 mesi.

## 1. Finestre

Nonostante il deciso superamento dei 57 anni, la nuova legge mantiene il regime delle "finestre", che – per le pensioni di anzianità – rallenta l'uscita anche a diritto maturato.

Anzi, le attuali partenze trimestrali nel corso dell'anno verranno ridotte a due (rimangono solo quelle del 1° gennaio e del 1° luglio).

A tal motivo, in concreto, il limite ora disposto dei 60 anni verrebbe incrementato di almeno 6 mesi, rafforzando così la penalizzazione (lo "scalone" ora previsto per l'età, cioè dai 57 ai 60 anni, si allungerebbe a circa 61 anni, e così via in seguito).

Resta probabile che la finestra interessi anche il limite dei 40 anni contributivi, attualmente sottratto al condizionamento dell'uscita. La precisazione al riguardo è rimessa al provvedimento delegato (comma 10, lett. d).

Tutto quanto precede concorre ad avvicinare il momento (dal 2015) che consacrerà l'abolizione totale della pensione di anzianità, con l'unico limite della pensione di vecchiaia.

## 2. Incentivi

Nel testo definitivo approvato dal Senato, gli incentivi per chi opta per la permanenza in servizio restano concedibili per chi ha raggiunto il diritto a pensione anticipata (57 a. di età e 35 a. di servizi), sia pure fino al 2007 (e prima dei 65 anni) e sempre con esclusione dei dipendenti pubblici.

Si sostanziano in una maggiore quota della retribuzione percepita, pari al 32,7 per cento (importo del contributo pensionistico complessivo), anche esentasse, per i due anni o più di ulteriore permanenza, ma non determinano una maggiore pensione.

Sarebbe stato auspicabile invece una gratificazione, più che in termini di maggiore retribuzione (come detto, di breve periodo), piuttosto di maggiore pensione (che è beneficio vitalizio), commisurata al periodo di proroga ed anche ad alcuni punti percentuali di rendimento in più, a titolo di abbuono.

Si imponeva peraltro di prolungare la durata oltre il 2007 ed oltre i 65 anni, ma soprattutto estenderla ai dipendenti pubblici (al momento, ne sarebbe possibile l'applicazione alle sole categorie a disciplina privatisti-



ca, anche se iscritte alla gestione pubblica). In conclusione, allo stato attuale l'iniziativa in discorso non ha richiamo di particolare interesse e comunque il ristretto numero di adesioni preventivabile in proposito ne mina già ogni possibile proroga, oltre il 2007.

### 3. Decontribuzione

È stata cancellata la già prevista riduzione della contribuzione ordinaria per i nuovi assunti, fino a cinque punti percentuali, peraltro solo a favore del datore di lavoro. Era una proposta del tutto in controtendenza, visto che si riduceva l'apporto globale della contribuzione in un momento in cui era lamentata la insostenibilità dell'attuale spesa pensionistica, creando maggiori problemi per il futuro. Deprecabile poi l'intento di destinare il ricavato della riduzione a favore delle sole imprese, a compenso della perdita della disponibilità delle somme accantonate per TFR.

Comunque, viene ora previsto un rimando del problema ad un successivo Testo unico per l'armonizzazione della contribuzione per tutti i lavoratori, soprattutto al fine di equilibrare, anche per i lavoratori autonomi, l'aliquota di computo delle pensioni all'aliquota di contribuzione effettivamente versata, per ogni singola categoria.

### 4. Destinazione buonuscita e TFR ai fondi

Al fine di finanziare i fondi complementari di pensione, la legge n. 335/1995 aveva disposto il travaso della contribuzione accudita per le prestazioni di fine servizio o fine rapporto (per il passato e per il futuro) ai predetti fondi, però soltanto a domanda dei singoli dipendenti interessati.

L'iniziale progetto Maroni disponeva invece che gli stessi contributi, limitatamente a quelli da accreditare per il futuro, venissero destinati **obbligatoriamente** ai fondi, per tutti i dipendenti, con effetto dalla nuova legge. Modifica questa chiaramente in contrasto con l'originaria delega, ma soprattutto pregiudizievole per la più libera ed opportuna decisione di ciascun singolo dipendente.

Il compromesso è stato infine rinvenuto con l'introduzione del "silenzio-assenso", nel senso che la contribuzione per la buonuscita transirebbe ex nunc ai fondi pensioni, salvo che l'interessato chieda espressamente di permanere nella precedente disciplina. Chiaramente, pur salvaguardando formal-

mente la scelta, si tende a far acquisire ai fondi la contribuzione dei disattenti, incerti, ritardatari, ecc., limitando così la garanzia che richiedeva invece l'assenso specifico al passaggio, permanendosi al contrario nell'attuale regime.

Per quanto sopra, sarà opportuno che ogni singolo dipendente inoltri all'INPDAP, ove scelta di proseguire con la vecchia buonuscita, apposita richiesta in tal senso, entro il limite dei sei mesi decorrente dalla pubblicazione in G.U. del provvedimento attuativo che verrà emanato al riguardo. Poiché tale termine ha carattere perentorio (con decadenza della stessa facoltà), la mancata richiesta comporterebbe il passaggio obbligato a TFR, peraltro con destinazione obbligata al fondo complementare.

Resta facoltativa l'adesione ai fondi, per la precedente contribuzione già accreditata nel passato, dall'inizio del rapporto.

### 5. Enti di diritto privato

Particolari misure vengono previste, tra l'altro, per gli enti di diritto privato, di cui al D.Lgs. 30 giugno 1994, n. 509, che gestiscono la previdenza per le categorie professionali.

Le deroghe potranno riguardare (vedi commi da 34 a 41):

- la possibilità di gestire forme pensionistiche complementari, anche in forma diretta;
- analogamente, forme di tutela sanitaria integrativa, tuttavia con l'obbligo di gestione separata;
- un eventuale accorpamento tra detti enti professionali;
- l'estensione del proprio obbligo assicurativo ad altre categorie professionali similari, se prive di tutela pensionistica.

Viene inoltre prevista, in subordine all'equilibrio finanziario di ogni singola gestione, la possibilità di differenziare l'aliquota contributiva, a scelta poi dell'iscritto. Ulteriori misure, per specifici aspetti contributivi di competenza, riguarderanno l'ENPAM. Le particolarità di attuazione dei punti che precedono verranno successivamente precisate, in dipendenza del varo dei diversi decreti delegati. Ecco, infine, uno schema riassuntivo della riforma previdenziale in questione.

### 6. La riforma previdenziale "in pillole"

- Per le cessazioni dal servizio fino al 31 dicembre 2007, rimangono in vigore gli attuali requisiti per la pensione anticipata

(57 anni di età e 35 anni di servizio).

- Nello stesso periodo ed anche successivamente, la pensione di vecchiaia resta ancorata di 65 anni per gli uomini ed ai 60 per le donne, sempre con 20 anni di servizio.

- Le nuove regole, in sostanza, si applicheranno dal 2008. I primi ad essere colpiti dalla riforma saranno quelli assunti nel 1973 (se senza riscatti), o che completeranno i 35 anni di contribuzione solo nel 2008.

- Negli anni 2008 e 2009, per la pensione anticipata saranno necessari, per uomini e donne, 60 anni di età, sempre però con 35 anni di contributi.

- Negli anni 2010-2014, il requisito anagrafico salirà ai 61 anni (dal 2010) ed ai 62 anni (dal 2014), tuttavia solo per i dipendenti maschi. Nello stesso periodo, le donne potranno invece valersi del limite di vecchiaia, che – come detto – resta fermo, per loro, ai 60 anni.

- Per tutti, rimangono comunque "liberatori" i 40 anni di servizio, a qualunque età.

- Dal 2015 è prevedibile la completa abolizione della pensione anticipata, con diritto alla pensione solo dal 65° anno per gli uomini e dal 60° anno per le donne.

- A dette nuove regole sono previste due deroghe:

a) chi matura i 35 anni di servizio e 57 anni di età entro il 2007, può andare via in qualunque epoca successiva (anche nel periodo 2008-2014), pur se ci saranno ulteriori modifiche della normativa;

b) limitatamente alle donne, dal 2008 al 2015 resteranno sufficienti i 35 anni di servizio e i 57 di età, a condizione però che si accetti di ottenere pensione con calcolo "contributivo".

- Peggiorano le condizioni anche per la "pensione contributiva" (quelle riservate agli assunti dal 1996), che matureranno il diritto (dal 2008 al 2014) a 62-60 anni di età (per uomini e donne) e con 35 anni di contribuzione, prescindendosi dal requisito anagrafico solo con 40 anni di contributi.

- Quanto al calcolo della prestazione, importante è che rimane applicabile il sistema interamente retributivo, con le attuali regole, anche nel periodo fino al 2017, e pur in presenza di 60 o più anni di età. Resta pertanto escluso ogni passaggio in forma obbligata al sistema contributivo pro-rata, nello stesso periodo.

- Quanto al sistema interamente contributivo (prevalentemente per le cessazioni a medio-lungo periodo), sono prevedibili nel provvedimento delegato analoghi inasprimenti.

menti (come per il "diritto") dal 2008, con scalo degli indici di trasformazione dai 60 ai 67 anni di età (in luogo degli attuali 57-65).

- Restano operanti le finestre, probabilmente anche per chi raggiunge i 40 anni di servizio. Addirittura, con la prossima legge finanziaria, potrebbe essere divisa una sola "uscita" nel 2005 (dal 1° luglio).

- Il rendimento della pensione retribuita, disponendo di 40 anni di servizio, scenderà dall'attuale 87 all'85% della retribuzione finale (sempre con quota A e B), a fine 2007. In caso di omogeneizzazione alle regole INPS, il rendimento della prestazione passerebbe all'80%, sempre con 40 anni di servizio.

- La pensione calcolata con il sistema contributivo sarebbe invece da rapportare al 51%, già dal 2008, in caso di scelta delle donne per la pensione anticipata con i requisiti previdenti (35 + 57).

- Gli incentivi per la permanenza in servizio a diritto maturato, non spettano ai dipendenti pubblici. Potranno essere estesi solo con successiva legge e previa verifica dei risultati ottenuti, solo dopo il 2006. È tuttavia prevedibile che il vigore di detta concessione, prevista per il triennio 2005-2007, non sia prorogato. È bene peraltro precisare che gli stessi incentivi non determinano incremento della pensione.

- Vale anche chiarire che il trattenimento fino ai 70 anni, previsto per i dipendenti pubblici dalla legge 27 luglio 2004, n. 186, analogamente non apporta alcun beneficio od incremento alla pensione.

- A partire dal vigore del provvedimento delegato (nel 2005) non ci saranno più incrementi della buonuscita. Gli ulteriori, nuovi contributi andranno devoluti, a mezzo del TFR, al fondo complementare, per essere poi oggetto di un segmento di pensione integrativa. Dato il vantaggio dell'attuale sistema, è tuttavia consentito a ciascun dipendente di chiedere di permanere in buonuscita anche per il futuro, con domanda all'INPDAP da produrre entro il 6 mesi successivi alla pubblicazione in G.U. del decreto delegato, a pena di decadenza. Mancando tale richiesta, si passerà d'obbligo al fondo, in virtù del silenzio-assenso.

## IL LIBRO BIANCO DELL'ONCOLOGIA ITALIANA 2004

Mario Ferrera



È in stampa la seconda edizione del "Libro bianco" dell'Oncologia italiana, edito dall'AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica). Si tratta di "un'inchiesta accurata sul mondo dell'Oncologia italiana", a giudizio del prof. Emilio Baietta, Presidente AIOM, ma anche di "un dovere degli oncologi per una corretta informazione in senso diagnostico e terapeutico". Insomma, vengono "radiografate" le condizioni dell'Oncologia italiana nel biennio 2002-2004.

Sono stati censiti circa 400 Servizi di cura oncologica per definire il tipo di assistenza oncologica e fornire ai malati oncologici un quadro preciso di come, oggi, opera la rete oncologica nazionale.

Sorta negli anni '70, per lo più sotto forma di ambulatori aggregati alle divisioni di medicina o di chirurgia, l'Oncologia medica italiana è una branca relativamente giovane. Lo sviluppo delle conoscenze sulla storia naturale dei tumori, l'avvento di nuove terapie farmacologiche, il diverso approccio al malato oncologico, hanno indirizzato questo tipo di ammalati verso una nuova figura di specialista: l'oncologo medico.

Secondo l'AIOM, la rete oncologica del nostro Paese è tra le migliori in Europa, non solo in termini di Centri di eccellenza, ma come copertura sull'intero territorio nazionale.

Per i risultati raggiunti nella terapia dei tumori, in termini di sopravvivenza e qualità di vita, l'Oncologia si avvia, nei prossimi anni, ad essere protagonista nel panorama sanitario, spaziando dalla prevenzione alla terapia e assistenza dei malati terminali, operate in regime di degenza, ovvero in ambito domiciliare od in Hospice.

Rispetto al primo Libro bianco uscito nel 2001, sono state censite il 14% di strutture oncologiche in più, con una media di quasi due Centri in più per Regione. Ben l'80% delle strutture oncologiche censite (in complesso 319) sono ubicate in strutture di tipo ospedaliero, il 2,8% in Policlinici universitari, il 7,5% in IRCCS, il restante 8% in strut-

ture private.

Riguardo al tipo di organizzazione delle Unità operative di Oncologia, per il 64,3% si tratta di Unità complesse, mentre il rimanente 35,7% rientra tra le Unità operative semplici: le strutture dirette da dirigenti già di 2° livello sono 176; quelle con un responsabile già di 1° livello sono 106. Il dato che emerge quindi dal Libro bianco è che molte strutture di Oncologia medica non siano dirette da un dirigente di struttura complessa, tuttavia molti dirigenti, già di 1° livello, svolgono "di fatto" le funzioni di direttore, senza che a ciò consegua alcuna equiparazione di tipo economico.

Riguardo al numero dei medici specializzati in Oncologia, secondo i dati AIOM, essi sono 1.192, di cui 270 (cioè il 23%) in possesso anche di altre specializzazioni. Il loro numero, rispetto ai dati del 2001, è cresciuto del 6%, con una prevalenza nel Sud d'Italia: quasi 4 oncologi (3,8) per struttura, contro il 3,6 del Nord e del Centro Italia. Da notare che nel 2001 "i rapporti erano invertiti e le medie ovunque più basse: 3,2 al Sud, 3,3 al Centro, 3,5 al Nord".

È cresciuto il numero dei laureati in medicina e chirurgia utilizzati nei Centri oncologici: da 1.867 unità del 2001 a 2.176 nel 2003, su 319 strutture censite. Di pari passo sono cresciuti del 6% i medici strutturati, mentre più che dimezzati (- 61%) risultano i non strutturati (passati da 557 a 135).

Il numero degli specializzandi passa da 336 a 448 (+ 20%), anche qui con una prevalenza al Sud.

Riguardo al tipo di ricovero, rimane immutato il ricorso al Day Hospital (D.H), anche se la disponibilità di posti letto in D.H. è al Nord e al Centro di circa il 30% in più rispetto al Sud, vi è da dire che rispetto al 2001 i posti letto in D.H. si sono incrementati maggiormente al Nord (+ 35%) ed al Centro (+ 28%) rispetto al Sud (+ 18%).

Sono stati in media 300 mila i ricoveri in Oncologia nel 2002, con una prevalenza al Sud "malgrado un numero di posto letto medio in dotazione inferiore".

Si è ridotta la durata media dei ricoveri rispetto ai dati del 1999: 8,5 giorni contro i 13 giorni di qualche anno fa. Al Nord la degenza media è di 9 giorni, contro gli 8 al Centro ed al Sud, rispetto ai dati del '99, che assegnavano 13 giorni al Nord (- 33%), 9 al Centro (- 11%), mentre al Sud era di 5 giorni (+ 62%). Al riguardo, tuttavia, gli estensori del Libro bianco precisano che "questo dato può risentire della complessità della cura dei pazienti, ed avrebbe bisogno di ulteriori approfondimenti per essere meglio compreso".

Con riferimento agli aspetti amministrativi, nonostante al Sud si registri un numero di Centri di costo inferiore del 50% rispetto al Centro ed al Nord, i dati emersi rilevano che "al Sud la spesa per paziente è notevolmente inferiore a quella delle strutture del Centro e del Nord d'Italia". L'ultima parte del libro bianco riporta i principali tumori diagnosticati e trattati nelle Oncologie mediche censite, con la premessa che i dati riguardanti mortalità, incidenza e sopravvivenza per tumore "non possono rappresentare nessun tipo di analisi o stima epidemiologica".

Incidenza: in Italia 260.000 persone ogni anno vengono colpite da una forma di tumore. Il tasso di incidenza stimato, cioè i nuovi casi ogni 100.000 abitanti, nel 2000 è stato di 536 per gli uomini e 425 per le donne. Le nuove diagnosi di tumore sono più frequenti nel sesso maschile (60%) e nei residenti del Nord

e del Centro Italia, rispetto al meridione.

Mortalità: il numero dei decessi per tumori nel 2000 è stato di 157.145, pari al 28% di tutti i decessi registrati nel corso dell'anno. Rispetto agli anni '80 "l'aumento nel numero dei morti per tumore è influenzato dall'invecchiamento della popolazione italiana e dal fatto che la mortalità per tumore è più elevata in età avanzate".

Sopravvivenza: rispetto agli anni '80, la sopravvivenza per tumore è nettamente migliorata, di circa 5 punti percentuali per gli uomini (dal 32 al 37%) e di 6 punti percentuali per le donne (dal 50 al 57%). Complessivamente nei due sessi meno della metà dei pazienti con tumori (circa il 47%) è vivo a 5 anni dalla diagnosi.

Tumori del polmone: l'incidenza e la mortalità è in riduzione nei maschi, mentre è in crescita nelle femmine. Lieve incremento complessivo (dal 10 all'11%) di sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi.

Tumore della mammella: sono in crescita le nuove diagnosi, mentre è in riduzione la mortalità. La sopravvivenza osservata dai Registri italiani ai 5 anni è del 74% circa.

Tumore della prostata: la crescita imponente delle nuove diagnosi è legata alla diffusione nel nostro Paese, sin dagli anni '90, della ricerca dell'antigene prostatico specifico (PSA). La mortalità è in lieve riduzione. La diffusione dell'esame del PSA e l'incremento nella diagnosi di tumori a buona prognosi ha contribuito all'aumento della sopravvivenza, passata dal 52% degli anni '80 al 71% del periodo '90-'94.

Tumore del colon-retto: si candida a diventare la sede tumorale più frequente nei maschi e la seconda nelle femmine, con incidenza in crescita e mortalità in riduzione. La sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi è passata dal 48% a più del 53%.

Melanoma: si registra un sostanziale incremento dell'incidenza in entrambi i sessi. La mortalità è stabile. La sopravvivenza è tuttavia in aumento in rapporto alla diversa attenzione diagnostica, con conseguente diagnosi precoce.

*Mario Ferrera  
Unità Operativa Day Hospital e  
Ambulatorio Oncologia Medica e Chemioterapia  
Ospedale San Biagio - Marsala*



## IL RUOLO DEL COLLEGIO DI DIREZIONE

Luigi Dal Sasso e Chiara Marangon



L'articolo 17 del D.Lgs. 30.12.92, n. 502 (e successive modifiche e integrazioni), prescrive per ogni azienda sanitaria la costituzione del Collegio di direzione. L'articolo precisa che il direttore generale si avvale del Collegio di direzione "per il governo delle attività cliniche, la programmazione e la valutazione delle attività tecnico sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria".

Il modello attuale delle aziende sanitarie soffre di una crisi via via crescente tra il momento decisionale di carattere generale ed il momento decisionale di carattere applicativo; il Collegio di direzione, con competenze che dovranno essere meglio definite, potrebbe rappresentare uno strumento fondamentale per interfacciare i due momenti, e consentire di ottimizzare il ruolo di responsabilizzazione dei medici nel governo delle aziende medesime.

Vogliamo fermarci un momento per proporre alcune considerazioni sul concetto di "governo clinico" e sulle opportunità che vengono offerte ai Direttori di U.O. che costituiscono il Collegio di direzione, prevalentemente medici, per migliorare la relazione e la collaborazione fra Ospedale e Territorio.

Il Collegio di direzione deve diventare il luogo in cui si incontrano l'autonomia professionale del medico e le inderogabili / inevitabili esigenze di gestione, insomma il luogo di sintesi fra autonomia e responsabilità.

A tutti i livelli della dirigenza, medica e non, oggi è richiesto di prestare attenzione e di assumere responsabilità non solo limitatamente alla propria professionalità, ma anche in merito alla organizzazione del servizio e alla gestione delle risorse assegnate. Ciò è vero per tutti, in maniera progressivamente crescente a seconda del grado gerarchico ricoperto, per culminare con la figura del Direttore di dipartimento.

Il Dipartimento strutturale, inteso come struttura forte, centrale rispetto al meccanismo della generazione dei processi di cura, gestore a pieno titolo delle risorse specifiche e titolare del budget di riferimento, rappresenta il livello organizzativo più adatto dove concretizzare i concetti di governo clinico ed appropriatezza.

Al Direttore di dipartimento oggi vengono chieste competenze / abilità di negoziazione di obiettivi e di risultati, con la Direzione strategica da un lato e con le U.O. del dipartimento dall'altro, anche se con scarsità di mezzi tecnici e operativi.

Ecco allora la grande opportunità che viene offerta dalla istituzione del Collegio di direzione: partecipare alla elaborazione

delle strategie aziendali, pur con tutti i limiti che si possono subito intuire e precisamente come conciliare il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA) con rigide indicazioni regionali, il rispetto dell'autonomia aziendale e dell'autonomia dei professionisti.

Il professionista clinico viene così ad assumere anche funzioni gestionali e responsabilità nei confronti dell'azienda, in aggiunta a quelle che già assume nei confronti del singolo paziente. La costituzione di un Collegio di direzione "forte" potrà aiutare il professionista ad evitare tutta una serie di "errori", attribuibili non tanto a carenza di competenze professionali specifiche, quanto piuttosto a difficoltà di adeguamento alle nuove esigenze culturali e organizzative.

Il Collegio di direzione deve diventare il luogo di consultazione/concertazione permanente che fa sentire importante/determinante il ruolo della dirigenza nei processi decisionali e nel contempo lascia meno solo il direttore generale al momento di assumere decisioni importanti.

Il Collegio di direzione deve diventare il luogo ove si realizza compiutamente (e completamente) l'integrazione aziendale fra i servizi e le U.O. ospedaliere e del territorio. Senza contare tutte le opportunità – innumerevoli – che la costituzione dei dipartimenti già ora offre alle UU.OO. ospedaliere di condividere con la Direzione strategica idee, progetti di sviluppo, preoccupazioni, risorse, occasioni, investimenti, evidenziamo invece quanto il Collegio di direzione possa rinforzare tutte queste azioni e, in aggiunta, diventare il luogo del dialogo collaborativo più ampio ed efficace per le UU.OO. ospedaliere e quelle del distretto. Ne esemplifichiamo alcune.

L'adozione di linee-guida aziendali, previste dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, ha portato il territorio ad elaborarne di proprie, senza raccordarsi sufficientemente con le UU.OO. ospedaliere (e viceversa), con discordanza di vedute sui criteri diagnostici e terapeutici, che invece avrebbero dovuto trovare completa sintonia (diabete, ipertensione, BPCO ... ) Le convenzioni della medicina generale e dei pediatri di libera scelta rimandano alle Regioni il compito di normare i criteri per condividere a livello aziendale iniziative di collaborazione professionale, cui corrisponde un preciso istituto incentivante. Tutti gli accordi finora portati avanti hanno prodotto risultati diversi nelle varie Regioni e nelle varie aziende.

Questi accordi sono solamente una opportunità – più o meno qualificata – per attribuire una parte variabile dello stipendio ai medici di medicina generale, oppure possono raccogliere e

individuare le esigenze assistenziali che oggi l'azienda ha ed esprime anche attraverso le richieste delle UU.OO. ospedaliere? Gli accordi con la Medicina generale individuano sempre obiettivi di attività con il rispetto di tetti di spesa per la prescrizione farmaceutica, per il controllo della richiesta di prestazioni specialistiche per il contenimento dei ricoveri, per l'accoglimento delle dimissioni ospedaliere precoci e protette, ecc. Detti accordi individuano linee-guida e percorsi diagnostico terapeutici, ma nel Collegio di direzione si deve poter discutere più che opportunamente: di quali servano realmente all'azienda; come applicarli e misurarli, perché l'attività non sia autoreferenziale; quali ricerche epidemiologiche siano utili; quali obiettivi di qualità meritino impegno e investimento.

Tutti questi argomenti dovrebbero essere oggetto di discussione e valorizzazione nel Collegio di direzione perché gli obiettivi condivisi con la Medicina generale siano inerenti effettivamente alle esigenze aziendali, espresse attraverso l'intervento dei Direttori di dipartimento, superando il canovaccio di discussione finora riservato solo al Distretto sanitario ( o socio-sanitario ).

Altra opportunità di integrazione fra Ospedale e Territorio per il Collegio di direzione è offerta dall'adozione dei percorsi assistenziali centrati sulla tecnologia della telemedicina. Ormai tutte le aziende guardano con molto interesse a questi progetti. Quali utenti seguire con priorità e quanti? Ad esempio, quali parametri monitorare nei pazienti cardiologici o pneumologici; come articolare queste tecnologie nel processo assistenziale, che vede sempre più sfumato il confine fra ospedale e il territorio nella gestione del paziente cronico con riacutizzazioni.

E ancora: è di interesse aziendale collegare in rete con l'azienda (e l'iniziativa vale la spesa?) gli ambulatori dei medici di Medicina generale per effettuare prenotazioni, ricevere referti di laboratorio direttamente in cartella? Con quali UO ospedaliere privilegiare il collegamento? Ha senso una chat room fra UO e medico di medicina generale per dialogare sui quesiti più frequenti?

Tutta la disponibilità dei posti letto per residenzialità extra ospedaliera e centri diurni, per anziani e disabili nei vari profili di assistenza, medio, lieve, RSA, Comunità Alloggio, Hospice, Residenza distrettuale, ... non deve essere riserva di dialogo per pochi iniziati, ma patrimonio di conoscenza – quanto meno – e di proposte operative per tutti i membri del Collegio di direzione.

Lo studio del fenomeno della mobilità per ricoveri può essere produttivamente affrontato in Collegio di direzione. Capire per quali motivi si registrano fughe per tanti ricoveri, relativi a quali Unità Operative, con quale ricorrenza, è un esercizio che richiede il contributo di tutti, senza timori di essere "esaminati" e giudicati nel senso scolastico del termine.

Piacerebbe sapere come nelle varie ASL è organizzato e funziona il Collegio di direzione, con quale frequenza viene convocato, per discutere quali argomenti. Viene forse avvertito dai componenti-partecipanti come uno strumento utile, o come un ulteriore orpello che appesantisce la burocrazia e l'organizzazione, senza alcun valore aggiunto?

Sarebbe interessante conoscere le varie esperienze regionali e aziendali attraverso questa rivista, cui i lettori sono invitati ad inviare loro opinioni.

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

## LE PROFESSIONI

Michele Poerio

Fino a qualche anno fa, le professioni sanitarie venivano classificate in ausiliarie e principali: le prime, le ausiliarie, caratterizzate da limiti spesso cristallizzati in mansionari, e le seconde, le principali, in particolare quella medica, caratterizzate da ampia autonomia.

Attualmente la concezione della suddivisione delle professioni sanitarie in principali ed ausiliarie è chiaramente superata dalla legge 42/99, che ha definitivamente eliminato l'aggettivazione di "ausiliaria". Ma l'idea dell'autonomia delle professioni ex ausiliarie resta ancorata ad una sorta di affrancamento dalla professione medica, il che induce a considerare l'autonomia di una data professione per contrapposizione a quella medica.

D'altra parte sono note le resistenze che la classe medica ha sviluppato verso le maggiori autonomie degli infermieri e delle altre professioni sanitarie. E la cosa è alquanto singolare perché fu proprio la classe medica, nella sua rappresentanza accademica, che spinse per la chiusura delle scuole professionali e per la realizzazione dei diplomi universitari, e successivamente delle lauree delle professioni sanitarie.

Il vantaggio immediato di condurre nell'alveo universitario la formazione degli infermieri e delle altre professioni ex ausiliarie, con il potere di distribuire incarichi di insegnamento tra i docenti delle Facoltà di medicina, fece sottovalutare le conseguenze che a medio e lungo termine si sarebbero poste. In ogni caso non vorrei che ciò fosse interpretato come una nostra aspirazione al ritorno delle professioni ausiliarie.

L'attuazione dell'art.6 del D.Lgs. 502/92, e successive modificazioni, inerente l'individuazione delle figure professionali che dovranno essere formate con le nuove lauree, risponde all'esigenza di una migliore organizzazione del settore sanitario e permette l'affidamento dei malati a personale competente e preparato in specifiche materie.

È evidente però che le competenze e l'autonomia delle nuove figure professionali debba avvenire nei limiti derivanti dal rispetto delle competenze connaturali alla professione medica, e pertanto non attribuibili a coloro che medici non sono, pena la nascita futura di contrasti e malintesi.

Oggi abbiamo 22 professioni sanitarie non mediche e circa 600 mila unità di personale professionale impegnato nella tutela della salute. Sono figure qualificate da garantire, ma senza "invasioni di campo".

Lo schema di disegno di legge sulla regolamentazione delle professioni sanitarie è pronto: la Conferenza Stato-Regioni ha dato il via libera ed il testo dovrà tornare al Consiglio dei Ministri. Ma qualcuno si è posto, tanto per fare un banalissimo esempio, il problema della confusione che scaturirà in una qualsiasi corsia ospedaliera quando saremo tutti "dottori"? Perché, se è vero che il titolo non compete ai possessori dei diplomi universitari e delle successive lauree triennali, come la

## SANITARIE: ambiti di competenze e di responsabilità

metteremo con i futuri possessori della tanto pomposamente definita "laurea magistrale" quinquennale?

Già oggi i docenti delle varie Scuole infermieri, tecnici e medici, sono tutti "professori". E cosa dire della "autonomia" di queste nuove figure professionali? Proprio in merito a ciò ed alla opportunità di delinearne le competenze, separandole e distinguendole dalle competenze dei medici, il Consiglio di Stato a suo tempo si era così espresso: "L'aspetto più rilevante della materia è costituito dall'impatto che le professioni individuate ex novo e quelle riordinate avranno sul mercato del lavoro subordinato e libero professionale, ne consegue l'esigenza di delimitare, in confini sufficientemente certi, l'ambito dell'esercizio della professione di ciascuna figura professionale rispetto ai contenuti professionali esprimibili da altre categorie similari e da quelle di livello superiore o inferiore"

E non basta! Sempre in merito all'autonomia del medico tutte le volte in cui il potere politico ha ritenuto di intervenire con leggi (come quelle delle regioni Marche, Piemonte e Toscana in materia di terapia elettroconvulsivante, lobotomia prefrontale e transorbitale) per limitare o vietare il ricorso a determinate terapie o pratiche terapeutiche, la Corte Costituzionale le ha sistematicamente abrogate ribadendo che "Non è di norma il legislatore a poter stabilire direttamente e specificamente quali siano le pratiche terapeutiche ammesse, con quali limiti e a quali condizioni. Poiché la pratica dell'arte medica si fonda sulle acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione, la regola di fondo in questa materia è costituita dalla autonomia e responsabilità del medico che, sempre con il consenso del paziente opera le scelte professionali basandosi sullo stato delle conoscenze a disposizione. Autonomia del medico nelle sue scelte professionali e obbligo di tener conto dello stato delle evidenze scientifiche e sperimentali sotto la propria responsabilità, configurano dunque un'altro punto di incrocio di principi di questa materia".

Ed è davvero singolare osservare che, mentre da un lato la Corte Costituzionale invita il Legislatore ad astenersi dal regolamentare ciò che è ammesso o proibito in materia di interventi terapeutici, esaltando nel contempo l'autonomia e la responsabilità del medico con il consenso informato del paziente, dall'altro lo stesso Legislatore alimenta la confusione assegnando alle numerose professioni sanitarie patenti di autonomia professionale di dubbio significato ed ancor più dubbia legittimità. Comunque, piaccia o meno, le leggi 42/99 e 251/2000 hanno ridefinito le professioni sanitarie e concesso ambiti di autonomia senza, però, fissare i limiti entro i quali quest'autonomia possa o debba essere esercitata e se la stessa possa o debba ritenersi compatibile con la "collaborazione" professionale essendo, *per tabulas*, da escludere che autonomia e gerarchia siano tra loro compatibili. Pertanto il "campo proprio" delle singole "professioni sanitarie" deve essere definito dalla legge.

Questa affermazione potrebbe apparentemente sembrare pleonastica, ma va invece precisata con particolare riferimento al fatto che sia consentito agli specifici Codici deontologici, cioè ad atti di formazione intraprofessionale, di contribuire alla determinazione dei contenuti del "campo proprio e della responsabilità" delle singole professioni sanitarie.

Tutto ciò in spregio alla lettura costituzionale della materia che attribuisce al medico, alla sua autonomia e responsabilità, collegata alle acquisizioni scientifiche e sperimentali e all'indispensabile consenso informato del paziente, ogni decisione in merito all'indirizzo diagnostico-terapeutico (Sentenza Corte Costituzionale 14/10/2003, n° 328 e sentenza 27/10/2003, n° 353).

È fin troppo palese come dall'autonomia delle scelte e degli interventi sia facile scivolare nell'anarchia delle responsabilità, posto che la mancanza di unitarietà delle decisioni conduce inevitabilmente a percorsi diagnostico-terapeutici di dubbia linearità, quando non di devastante contraddittorietà.

Quello che la CIMO rivendica con forza per i medici è la titolarità della diagnosi e del conseguente indirizzo terapeutico, cui devono fare riferimento gli atti e le scelte pratiche di tutti gli altri professionisti sanitari, che opereranno con la necessaria autonomia che deriva dalla funzione loro attribuita dalla legge. Solo così il trattamento sanitario del malato può essere ricondotto, nella salvaguardia delle singole prerogative, ad un unico centro di responsabilità che faccia capo al dirigente medico.

In buona sostanza la costruzione gerarchica dell'organizzazione delle Unità operative ospedaliere e del territorio corrisponde ad una esigenza niente affatto superata. Posto che il referente per la struttura di appartenenza e per il malato è sempre il Primario, o Direttore che dir si voglia, della medesima, sarebbe contraddittorio non consentire allo stesso quell'"esercizio del potere" che gli deriva dalla legislazione vigente, e che la avocazione del singolo caso e l'utilizzo di ordini o disposizioni di servizio per dare seguito concreto alle decisioni assunte. Se da un lato, infatti, si richiede, con vigore e con rigore, che le scelte terapeutiche siano "condivise" dal e con il malato, non può essere consentito, dall'altro, che ciascun singolo operatore proceda al di fuori di un protocollo tracciato dal Responsabile ultimo della prestazione sanitaria richiesta o valutata opportuna o necessaria.

Al di fuori di ciò vi è soltanto il caos diagnostico-terapeutico e la deriva delle responsabilità. Ciò detto, non voglio mettere in dubbio la sacrosanta autonomia delle professioni sanitarie, la qual cosa, peraltro, non è possibile a legislazione vigente, ma vorrei anche che non fosse messa in discussione da chichessa la centralità della funzione del dirigente medico.

## TRACCE PER UNA MODULISTICA SUL “CONSENSO INFORMATO”

Carlo Sizia

Ritengo che una modulistica ospedaliera standardizzata per la “documentazione della informazione sanitaria ricevuta ai fini del consenso circa gli interventi diagnostici e/o terapeutici proposti” debba contenere i seguenti elementi caratterizzanti.

### Elementi identificativi

1. Nome dell'azienda sanitaria od ospedaliera .....
2. Nome dell'ospedale .....
3. Nome dell'U.O. o Servizio .....
4. Nome e cognome del/della paziente .....
5. Data di nascita del/della paziente .....
6. Abitazione e/o residenza .....
7. Nazionalità .....
8. Lingua parlata .....
9. Nome e cognome del medico che fornisce l'informazione e raccoglie il consenso .....  
(possibilmente lo stesso sanitario che, di fatto, esegue l'accertamento od il trattamento).

### Informazione tecnico-sanitaria di merito per il consenso

Io sottoscritto/a ..... dichiaro di essere stato/a informato/a  
dal dott. .... (ed, eventualmente, anche di aver letto e compreso

l'informazione scritta allegata), in modo comprensibile ed adeguato, su:

- la mia situazione clinica attuale: ....  
(specificare: malattia accertata o fortemente presunta e relativa prognosi, ovvero principali sintomi, che consigliano interventi medici o chirurgici);
- il trattamento medico o chirurgico consigliato per la guarigione o per migliorare la prognosi: .....  
(specificare: il tipo di intervento o accertamento e le modalità esecutive dello stesso);
- le alternative terapeutiche, a sostanziale parità di efficacia, e le ragioni che motivano l'intervento consigliato: .....  
(specificare, in modo sintetico);
- le eventuali terapie da effettuare prima dell'intervento medico o chirurgico consigliato: .....  
(specificare se medico-farmacologiche, radioterapiche, dietetiche, ecc.);
- i benefici attesi dall'intervento consigliato: ..... (specificare brevemente);
- i disagi, gli effetti indesiderati e le conseguenze inevitabili dell'intervento: ..... (specificare: conseguenze estetiche, funzionali, eventuali menomazioni o limitazioni, necessità di terapie sostitutive o antidolorifiche, ecc.);

- i possibili rischi e complicanze connessi all'intervento consigliato:  
.....  
(specificare i rischi e le complicanze principali, loro grado di probabilità, gli eventuali interventi da essi richiesti);
- la possibilità di dover modificare o ampliare l'intervento, così come già programmato e autorizzato, di fronte a situazioni impreviste e al momento difficilmente prevedibili: ..... (specificare le principali ipotesi), ovvero di modificare il tipo di anestesia;
- la eventuale necessità di nuovi interventi, trattamenti, terapie mediche o chirurgiche a seguito dell'intervento principale:  
..... (specificare con sufficiente completezza);
- le prevedibili conseguenze della "non cura": .....  
(specificare la probabile evoluzione naturale della patologia diagnosticata);
- la posizione funzionale (ed eventualmente anche i nominativi) dei medici che effettueranno l'intervento consigliato:  
.....(specificare in apposito spazio).

## Aspetti relazionali e contrattuali

Il/La sottoscritto/a conferma di aver avuto risposte esaurienti dal dott. ....  
anche a tutti i quesiti e chiarimenti avanzati spontaneamente e di essere pienamente cosciente, consapevole e libero/a nelle scelte che attengono alla propria persona.

Preso atto della situazione illustrata, accetta (o rifiuta), con scelta attuale, spontanea e consapevole, la seguente procedura propostagli: ..... (specificare: tipo di trattamento, accertamento, intervento e modalità esecutiva dell'intervento stesso, ad esempio via laparotomica o laparoscopica, via vaginale o addominale, via chirurgica tradizionale o mediante endoscopia, chirurgia laser, radiologia tradizionale o interventistica, mezzi di contrasto per os o endovena, ecc.).

La firma sottostante conferma che: il consenso alla (o il rifiuto della) procedura medica o chirurgica proposta è espresso dal sottoscritto/a in modo attuale, libero e consapevole, e che la presente documentazione è conforme all'andamento del colloquio/dei colloqui avuti con il dott./con i dottori .....

Firma del/della paziente ..... oppure

Firma dei genitori o del legale rappresentante . .....

Data ..... del 1° consenso (o rifiuto) informato (al momento della programmazione dell'intervento)

Data ..... (successiva alla precedente, cioè del 2° consenso, nell'imminenza dell'esecuzione dell'intervento, ovvero dopo la pausa di riflessione concessa al paziente, quando richiesta da interventi che comportino mutilazioni permanenti o conseguenze irreversibili, ad esempio sulla potenza sessuale e sulla fecondità, ecc.).

Prima della firma del medico che ha fornito l'informazione e raccolto il consenso, è molto opportuno annotare una valutazione tecnica sul grado di attenzione, lucidità, autonomia e capacità relazionali dimostrati dal paziente nel corso dell'informazione e al momento del consenso.

Firma del medico, data e timbro (del medico o dell'ospedale di appartenenza)

.....

Firma degli eventuali testimoni (autorizzati ad assistere alla procedura del consenso informato)

.....

Copia della presente documentazione originale è stata consegnata il .....  
nelle mani del diretto interessato/a: .....  
(riportare la firma sia di chi consegna, sia di chi riceve la documentazione e la relativa data).

Nei casi di intervento in day-hospital o day-surgery, nell'informazione vanno comprese tutte le indicazioni utili circa i comportamenti, le regole igieniche, i controlli specialistici e le precauzioni che si impongono in casi di interventi con tempi di degenza estremamente brevi. Contestualmente al consenso a tali procedure, il paziente (od i genitori del minore di età o il rappresentante legale delle persone interdette o inabilitate) deve/devono assumersi ogni responsabilità per quanto compete l'osservanza delle regole di comportamento, nonché igienico-sanitarie, consigliate a livello domiciliare.

Qualora il paziente non volesse essere dettagliatamente informato, limitandosi a dare un consenso puramente fiduciario, ovvero volesse delegare ad altri il consenso informato circa la propria situazione clinica e gli interventi propostigli, tali volontà e circostanze vanno rispettate, ma devono nel contempo essere puntualmente documentate.

Nel caso di rifiuto delle cure proposte dai sanitari su pazienti di minore età o incapaci di intendere e volere da parte dei genitori o del legale rappresentante, occorre evidenziare nella modulistica del consenso informato che la direzione sanitaria dell'ospedale segnalerà il caso all'Autorità giudiziaria per le decisioni competenti, riservandosi tuttavia (i medici che hanno la responsabilità clinica del paziente) di procedere comunque al trattamento necessario, ove fosse richiesto da situazioni di gravità ed urgenza indifferibili, al fine di evitare un danno grave alla persona in questione.

#### Considerazioni conclusive

Vista la varietà e disomogeneità delle situazioni cliniche proprie della medicina specialistica, o di secondo livello, quale è quella ospedaliera, non credo sia realistico immaginare un unico modello-tipo di formulario (idoneo a raccogliere e documentare quel complesso processo, rappresentato dalla "informazione per il consenso"), calandolo indifferentemente nel "mare magnum" delle diverse patologie e sulle migliaia di interventi diagnostici, preventivi, curativi, riabilitativi, difforni per impegno professionale e rischio, per i quali si richiede il necessario consenso.

La "traccia di percorso", che ho appena indicato, può tuttavia risultare utile al fine di non dimenticare aspetti importanti da illustrare, approfondire, concordare nella relazione-alleanza tra medico e paziente nel corso dell'iter della degenza ospedaliera, sia esso assorbito dalla ricerca della diagnosi o delle migliori soluzioni terapeutiche o riabilitative.

Ritengo invece indispensabile che venga istituita una specifica "cartella per la documentazione dell'informazione finalizzata al consenso", in analogia alla cartella clinica e ad essa collegata, utilizzando la tipologia del quaderno-raccoglitore ad anelli, dove poter catalogare, in rigoroso ordine cronologico, tutti i consensi informati che si renderanno necessari durante il ricovero (dal consenso al ricovero stesso, ai vari consensi specialistici di volta in volta richiesti, fino al consenso alla dimissione, magari protetta, o insensibilmente

transitata in ADI o in ospedalizzazione a domicilio, o al consenso al trasferimento in altro reparto od ospedale, ecc.).

Ciò favorirebbe anche quella gradualità e progressività che è richiesta per una informazione tecnica al fine di renderla anche comprensibile, accetta, adeguata.

Non sarà ancora realizzato l'utopico modello-tipo di consenso specialistico, ma sarà almeno evitato l'attuale caos nella compilazione e conservazione dei moduli stessi.

È pur vero che anche di fronte al consenso informato più documentato e scrupoloso, c'è sempre la possibilità, da parte dell'eventuale "magistrato radicale, barbuto, impegnato" di turno, di mettere in croce il medico responsabile, reo di non so quali delitti. Non per nulla in America, che ci precede sempre di molti anni, sta prendendo piede l'acquisizione filmata del consenso.

Quel che è certo è che dalla mia indagine (pur modesta, ufficiosa, su un piccolo campione, senza aggressività o intenti punitivi) è emersa una conferma: il consenso informato come mentalità, come cultura o, se preferite, come "prassi", stenta ad entrare a vele spiegate nella nostra vita professionale quotidiana.

L'avevo ampiamente previsto, nel 1998, quando all'interno del C.C. FNOMCeO ho visto nascere l'art. 32 del Codice di deontologia medica: infatti una previsione così severa, estensiva e categorica come quella di cui al comma 1, secondo cui "Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso informato del paziente", se può essere idonea per il medico di famiglia nel suo rapporto duale col paziente, si adatta con difficoltà alla medicina specialistica svolta in équipe spesso pluridisciplinari nell'ambito di un ricovero ospedaliero, dove la nostra attività può essere disarticolata in una miriade di interventi, ciascuno necessitante di un consenso informato specifico. Ma sono stato, allora, l'unico a richiedere, invano, che il consenso informato fosse richiesto solo per le attività diagnostiche e/o terapeutiche impegnative e comportanti rischi concreti per il cittadino-paziente.

E poi mancano le strutture, il tempo, lo spazio, ecc., per una informazione almeno adeguata, se non proprio approfondita, modulata sulla lunghezza d'onda della personalità e sensibilità del paziente, con un minimo di rispetto della privacy della persona, ecc. Ed allora è facile scivolare nell'alibi "ad impossibilia, nemo tenetur".

Ed invece ritengo sinceramente che se la nostra categoria continuerà, non solo per propria colpa, ad interpretare in modo sciatto i due nuovi modi di "essere medico dipendente ospedaliero oggi", che sottendono notevoli valori e che sono quasi diventati "istituti del nostro rapporto di lavoro", mi riferisco proprio al consenso informato e all'ECM, perderemo una ottima occasione per dare una accelerazione alla medicina ospedaliera nel senso della sua umanizzazione e miglior qualificazione.

## L'ARTICOLO 24 CCNL: UNA TUTELA CHE NON CI TUTELA!

Carlo Sizia



### *I contenuti dell'art. 24 in materia di copertura assicurativa della responsabilità civile dei dirigenti*

L'ultimo, e ancora vigente, CCNL '98/2001 di area medica, si è interessato della tutela assicurativa della responsabilità professionale della nostra categoria negli articoli 24 e 25, che hanno contestualmente disapplicato: l'art. 28, c. 2, del D.P.R. 761/79, nonché gli artt. 41 del D.P.R. 270/87 e 88 del D.P.R. 384/90, pur senza stravolgerne i relativi contenuti.

L'art. 24 (coperture assicurative), prima richiamato, prevede al comma 1 che le aziende assumano "tutte le iniziative necessarie per garantire la copertura assicurativa della responsabilità civile dei dirigenti, ivi comprese le spese di giudizio ai sensi dell'art. 25 (patrocinio legale), per le eventuali conseguenze derivan-

ti da azioni giudiziarie dei terzi, relativamente alla loro attività, ivi compresa la libera professione intramuraria, senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave".

Il comma 2 dello stesso articolo, al fine di pervenire ad una omogenea e generalizzata copertura assicurativa, istituisce "una Commissione paritetica nazionale", formata dai rappresentanti di tutte le Regioni e delle OO.SS. firmatarie del contratto, "per la realizzazione, attraverso forme consortili delle stesse Regioni, di un fondo nazionale che consenta di provvedere alla predetta tutela mediante la sottoscrizione di accordi quadro con compagnie di assicurazione appositamente selezionate secondo le vigenti disposizioni di legge, ai quali (accordi) le aziende aderiscono".

La Commissione paritetica avrebbe

dovuto, secondo il comma 3, indicare "le modalità di costituzione, gli Organi di gestione, le modalità di funzionamento, il sistema dei controlli del predetto fondo e la decorrenza dei versamenti" ed il fondo avrebbe dovuto essere "costituito - come base - dagli apporti economici prestabiliti dalla Commissione a carico delle singole aziende e finanziati dalle stesse con le risorse già destinate alla copertura assicurativa ed in misura media pro-capite di L. 50.000 mensili, trattenute sulla voce stipendiale prevista dalla Commissione stessa, a carico dei dirigenti per la copertura di ulteriori rischi non coperti dalla polizza generale" e, secondo il comma 4, avrebbe dovuto "ultimare i propri lavori entro tre mesi dall'entrata in vigore del presente contratto".

Come vedete, si tratta di norme poco perentorie, anzi interlocutorie, ma non

prive di una certa concretezza. Cosa ha prodotto la Commissione paritetica nazionale di cui all'art. 24, non in tre mesi, ma in diciotto mesi?

*I lavori della Commissione paritetica nazionale*

La Commissione ha concluso i suoi lavori il 20 dicembre 2001 con un documento articolato in più parti: conclusioni, proposta, box 1, box 2.

Nelle "Conclusioni" si prende atto delle "difficoltà" connesse: "alla istituzione di un fondo nazionale per una generalizzata e omogenea tutela assicurativa per tutti i dirigenti del SSN"; "alla obbligatorietà di adesione al fondo"; "alla rappresentanza dei soggetti coinvolti - aziende sanitarie e dirigenti - all'interno degli Organi di gestione del fondo e ciò in ragione dei loro apporti economici"; "alle forme consortili delle Regioni"; alle "censure dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato circa la sottoscrizione di accordi-quadro con le Compagnie di assicurazione, se finalizzati alla realizzazione di una unica gara a livello nazionale", a maggior ragione in mancanza di "una analisi del rischio e quindi di una soglia di gara congrua" e per la necessità "di allineare, preliminarmente, tutte le scadenze contrattuali" delle polizze in essere.

Per tutte queste ragioni, la Commissione ha valutato "più rispondente ad ottenere immediati risultati rispetto all'obiettivo contrattuale, una linea di intervento regionale", che avrebbe anche consentito di "addivenire ad una gara unica (regionale) senza incorrere nelle censure dell'Autorità". Tuttavia, conclude la Commissione, la "applicazione omogenea e generalizzata" della linea di intervento sostanziata nella successiva "Proposta", dovrà "essere garantita, al momento, mediante impegno di tutte le Regioni in sede di Conferenza dei Presidenti".

Nella "Proposta", la Commissione paritetica indica un percorso, articolato in più fasi, da condursi a livello regionale, per realizzare l'obiettivo contrattuale di cui all'art. 24. Le fasi indicate sono:

1. analisi del rischio, a livello regionale, operata da un soggetto competente e terzo, al fine di addivenire ad una congrua soglia di gara;
2. individuazione delle soglie minime



di garanzia, con eventuali integrazioni da parte delle singole aziende (vedi anche box 1);

3. mappatura delle singole situazioni contrattuali aziendali (contratti in essere, contenuti e scadenze; numero dei beneficiari; risorse disponibili, da parte aziendale e a carico dei singoli dirigenti interessati);

4. allineamento delle scadenze contrattuali, con adeguamento delle aziende all'ultima scadenza rilevata, mediante la stipula pro-tempore di contratti di più breve durata;

5. bando di una unica gara a livello regionale, ad avvenuto allineamento, condotta dalla Regione o dalle aziende sanitarie, mediante una unione di acquisto o l'individuazione di una azienda-capofila;

6. promozione di un nuovo rapporto tra aziende-dirigenti e rischio-assicuratore, in cui le aziende abbandonino l'attuale atteggiamento passivo per convertirlo nella attiva trattazione e gestione diretta dei sinistri e delle coperture assicurative (vedi anche box 2);

7. previsione di una Commissione di vigilanza regionale (composta da una rappresentanza di Regione, aziende e OO.SS.) con poteri di intervento per correggere comportamenti difformi. I dati in possesso della Commissione di vigilanza regionale dovranno affluire ad un Osservatorio nazionale (composto da rappresentanti regionali e OO.SS.) con il compito di vigilare sulla reale e omogenea applicazione sul territorio nazionale della clausola di cui all'art. 24e, attraverso una azione continua di monitoraggio e comparazione, proporre interventi di correzione-miglioramento del sistema.

Il box 1 contiene "i riferimenti ed i criteri per le condizioni minime di garanzia".

I principi di riferimento essenziali sono:

n oggetto della copertura assicurativa: a) l'oggetto della garanzia della **polizza aziendale** deve essere l'obbligo "della Compagnia assicuratrice di tenere indenne l'assicurato - aziende e dirigenti - da ogni somma che questi debba risarcire a terzi in conseguenza di fatti colposi - connessi ai rischi per i quali è stipulata l'assicurazione - che determinino responsabilità ai sensi di legge". Le risorse a disposizione sono quelle già destinate dalle aziende alla copertura assicurativa; b) l'oggetto della garanzia della **polizza dei dirigenti** è la tutela di tutti i dirigenti dell'azienda "dall'azione di rivalsa esercitata dall'azienda stessa nei loro confronti per fatti commessi per colpa grave, accertata con sentenza passata in giudicato, nell'ambito della propria attività professionale per conto dell'azienda di appartenenza, compresa l'attività libero professionale intramuraria", in ogni sua forma, nonché dalla "responsabilità dei dipendenti per danni patrimoniali provocati a terzi e/o all'azienda medesima per fatti commessi per colpa grave", nell'ambito della propria attività professionale per conto dell'azienda di appartenenza. Le risorse necessarie per la copertura della responsabilità per colpa grave o di eventuali ulteriori rischi sono a carico dei dirigenti fino alla concorrenza dell'importo pro-capite previsto dal contratto nazionale di lavoro;

n validità temporale dell'assicurazione, con garanzia prestata "per tutti i sinistri occorsi nel periodo di validità del contratto, indipendentemente dal momento in cui viene avanzata la richiesta di risarcimento del danno, purché l'evento che ha causato il danno sia avvenuto durante il periodo di validità del contratto";

n definizione di massimali adeguati per sinistro: devono essere calibrati naturalmente sulla base dell'analisi del rischio, ma con le seguenti indicazioni di massima per la responsabilità civile verso terzi: 10 miliardi per ogni sinistro, con il limite di 10 miliardi per ogni persona e di 10 miliardi per danneggiamenti a cose (trattati in euro: circa 5 milioni di euro);

n definizione delle clausole di recesso: con preavviso di almeno 180 giorni;

n obblighi reciproci tra compagnia e assicurato: le aziende devono esercitare un controllo complessivo sulla gestione dei sinistri, con scambio di informazioni, monitoraggio delle pratiche e valutazione degli eventi potenzialmente produttivi di danno, con periodico censimento, di concerto tra aziende e Compagnie: dei sinistri denunciati; dei sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva); dei sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato); dei sinistri respinti (con le relative motivazioni scritte).

Nel box 2 si danno indicazioni per rivoluzionare l'attuale atteggiamento delle aziende in materia di sinistri: ciò consiste nel passaggio dall'attuale atteggiamento passivo alla trattazione e alla gestione diretta dei sinistri e delle coperture assicurative, nonché nell'attuare una politica di riduzione e prevenzione dei rischi, modificando comportamenti ed organizzazioni. Per realizzare tale obiettivo, bisogna prima censire, analizzare e valutare i rischi gravanti sull'amministrazione, secondo i criteri del risk-management, per arrivare poi a definire efficaci azioni di prevenzione.

Ciò può essere realizzato in particolare mediante: a) adozione di linee-guida per la redazione del consenso informato e la tenuta delle cartelle cliniche; b) informazione e coinvolgimento degli operatori nella segnalazione di eventi potenzialmente produttivi di danno; c) produzione di apposita modulistica di segnalazioni; d) coinvolgimento del Servizio di medicina legale aziendale; e) produzione di una casistica di specifici eventi di rischio; f) adozione di misure cliniche ed organizzative finalizzate a ridurre gli eventi di rischio; g) valutazione statistica delle correlazioni tra sinistri, richieste di risarcimento ed effettiva corresponsione dello stesso.

Come vedete, le conclusioni e le indicazioni della Commissione sono ancor più interlocutorie delle norme di cui all'art. 24 del contratto. Come se tutto ciò non bastasse, le conclusioni e le proposte della Commissione non sono state né ratificate, né fatte proprie, dalla

Conferenza dei Presidenti delle Regioni, né dalla Conferenza per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome, per cui non c'è, ad oggi, nessun impegno in materia da parte delle Regioni, le nuove padrone della Sanità pubblica, dopo la bislacca modifica del Titolo V della Costituzione.

L'ARAN, da parte sua, si è chiamata pilatescamente "fuori" dalla problematica.

Come risultato della irresponsabilità delle nostre Controparti, sono passati ormai 4 anni dalla stipula dell'art. 24 del CCNL '98/2001 e non si è fatto alcun passo avanti per rendere adeguata la copertura assicurativa della responsabilità civile dei dirigenti del S.S.N.

#### ***I contenuti dell'art. 25 (Patrocinio legale) del CCNL '98/2001***

Anche l'art. 25 non si mostra affatto generoso nei confronti dei dirigenti del S.S.N. Infatti:

n al comma 1, è previsto che l'azienda, nella tutela dei propri diritti ed interessi, ove si verifichi l'apertura di un procedimento di responsabilità civile, contabile o penale nei confronti del dirigente "per fatti o atti commessi nell'espletamento del servizio o nell'adempimento dei compiti di ufficio, assume a proprio carico, a condizione che non sussista conflitto di interesse, ogni onere di difesa fin dall'apertura del procedimento e per tutti i gradi di giudizio, facendo assistere il dipendente da un legale, previa comunicazione all'interessato per il relativo assenso";

n al comma 2, è previsto che se il dirigente intende nominare "un legale di sua fiducia in sostituzione di quello indicato dall'azienda o a supporto dello stesso, i relativi oneri sono a carico dell'interessato" e che, in caso di conclusione favorevole del procedimento, "l'azienda procede al rimborso delle spese legali nel limite massimo della tariffa a suo carico" (qualora l'azienda avesse incaricato il proprio legale), limite comunque che "non potrà essere inferiore alla tariffa minima ordinistica";

n al comma 3, è specificato che l'azienda "dovrà esigere dal dirigente", ove condannato con sentenza passata in

giudicato per fatti a lui imputati per averli commessi con dolo o colpa grave, "tutti gli oneri sostenuti dall'azienda per la sua difesa".

#### ***Considerazioni e commenti finali***

Giudico l'atteggiamento, mediamente inadempiente delle Regioni e delle aziende, e la passività dell'ARAN, su questa materia, assolutamente irresponsabile:

n perché gli "eventi avversi" (cioè gli errori in ospedale) colpiscono circa il 4% dei ricoverati ed il relativo contenzioso è in continua espansione, con circa 10.000 denunce penali/anno in Italia, anche se almeno l'80% delle cause avviate si risolve con l'assoluzione dell'imputato;

n perché l'azienda sanitaria stessa è titolare di una "responsabilità per fatto proprio", che si collega a difetti di organizzazione o a carenze strutturali, che vanno dalla mancata asepsi della sala operatoria o inadeguata messa a norma dei molteplici impianti (elettrici, idrici, di aerazione, ecc.) alla cattiva tenuta della pavimentazione con conseguente caduta del paziente, dalla mancata adozione delle misure di sicurezza alla omessa previsione di sistemi di vigilanza, deficienze tutte che spesso finiscono di scaricarsi sul medico, che compie l'ultimo definitivo passaggio produttivo del danno, e che viene quindi abitualmente individuato come capro espiatorio, sottostimando invece l'incidenza causale della catena degli eventi preliminari, anche se latenti, intervenuti nella determinazione del danno;

n perché la consapevolezza dei dirigenti sanitari di svolgere una professione estremamente rischiosa, e di non essere nel contempo adeguatamente tutelati sul piano assicurativo dalla responsabilità civile, determina gravi conseguenze sul piano dell'equilibrio psicofisico della persona-medico (con depressione, abuso di alcool o stupefacenti, problemi familiari, burn-out, ecc.) e, anche se inconsapevolmente, il rifugio sul piano professionale nella cosiddetta "medicina difensiva", il cui costo è stimato negli USA pari all'8% circa delle spese complessive di tutte le



cure fornite ai pazienti;

**n** perché con questo andazzo (disimpegno di ogni tipo delle amministrazioni sanitarie), le compagnie assicuratrici fuggono dalla copertura della responsabilità civile sanitaria, visto che il rapporto sinistri-premi ha raggiunto il 290%, con raccolta premi sul mercato nazionale di circa 155 milioni di euro a fronte di sinistri per 517 milioni di euro/anno, anche se tale ultima cifra rappresenta solo lo 0,6% della spesa sanitaria nazionale pubblica annuale;

**n** perché per autoassicurarsi con polizza individuale per la responsabilità civile contro terzi, i medici del S.S.N. dovrebbero spendere da 1/6 a 1/12 del loro stipendio annuale, a seconda dei rischi connessi alle varie specializzazio-

ni (che sono massimi per gli ostetrici-ginecologi, i chirurghi, gli ortopedici, gli anestesisti, ecc., e minimi per i dermatologi, i dentisti, ecc.);

**n** perché per organizzare una diversa "cultura della sicurezza", basata soprattutto sulla prevenzione degli errori, ci vogliono comunque tempo, denaro (investimento per il futuro), un approccio globale e, soprattutto, bisogna crederci (da parte dei medici e delle aziende). Ed invece solo 23 delle 197 ASL (11,7%) hanno, ad oggi, istituito Unità di gestione del rischio (Unità di risk-management), ecc., ecc.

Anche per centrare i nostri obiettivi e per vedere realizzate le nostre proposte (e cioè: ottenere la derubricazione degli eventi lesivi sanitari non voluti da illecito penale a illecito civile, come avvie-

ne prevalentemente nel resto d'Europa; la cancellazione, anche in caso di accertata colpa grave, della barbara possibilità dell'azienda sanitaria di rivalersi del risarcimento pagato sul proprio dipendente; la possibilità di gestire totalmente a livello aziendale il "piccolo rischio sanitario", ecc.), è necessario potersi confrontare con un interlocutore politico e amministrativo serio, impegnato, lungimirante e credibile. Tali non sono, oggi, ma non lo sono stati neppure ieri, il Governo, le Regioni, l'ARAN, le aziende sanitarie.

Lo dimostrano: il fatto che a quattro anni dalla stipula dell'art. 24 del CCNL '98/2001, la copertura della responsabilità civile dei dirigenti del S.S.N. è ancora in alto mare; il fatto che maggioranza e opposizione di Governo sappiano solo delegittimarsi a vicenda, senza costruire il futuro, correggendo gli errori del passato; il fatto che il CCNL '98/2001 è scaduto da 27 mesi (31/12/2001) ma è ancora largamente inattuato, e del tutto disatteso è rimasto l'art. 24, e che abbiamo lavorato l'intero biennio economico 2002-2003 non solo senza avere preventivamente definito la relativa disciplina contrattuale, ma senza avere neppure avviato le trattative a ciò finalizzate.

Con queste premesse, è possibile che ci attenda il destino dell'America (che ci precede sempre di qualche anno), dove in Florida il 25% dei medici ha abbandonato anticipatamente la professione per paura di denunce e dove (in alcune zone del Nevada e della Georgia) non ci sono più ostetrici.

Ciò non rappresenterebbe solo un danno per la nostra categoria, ma per tutta l'utenza dei servizi sanitari, specie per coloro che hanno diritto a risarcimenti per aver subito "eventi avversi", a prescindere dall'accertamento di colpe professionali specifiche. Sconcerta tuttavia constatare la sordità della classe politico-amministrativa a fronte di segnali così evidenti ed allarmanti: speriamo che i nostri scioperi e le prossime elezioni sveglino gli "addormentati"; per gli "incapaci" purtroppo non basterà neppure la sconfitta elettorale.

## IL RISK MANAGEMENT IN SANITÀ

Michele Poerio

Cosa è il risk management (RM)? Significa letteralmente “gestione del rischio”. Ma che cosa è un rischio? Ci sono diversi modi di parlarne e ancora più sfumature nei concetti che la singola parola evoca. Lessicalmente esistono due estremi: possiamo vedere il rischio come un pericolo oppure come una opportunità positiva. Occuparsi dei rischi che si corrono stimola una duplice reazione: di attenzione ai fattori di rischio e di tutela del bene con comportamenti e mezzi opportuni.

In generale, ritenendo possibile il furto della nostra nuova auto, ci preoccupiamo di chiuderla bene, quando la lasciamo in giro. Inoltre, siamo ben contenti del fatto che ci sia una assicurazione obbligatoria, che ci allevia i danni in caso di incidente o di furto. D'altra parte, il concetto comprende anche un “positivo”, che i media ci mettono sotto gli occhi continuamente e che evidenzia il valore della persona che affronta un rischio e lo supera: il fattore “positivo” consiste nella possibilità di rischiare per ottenere un vantaggio.

In qualsiasi attività umana esistono i rischi; in questo caso parliamo ovviamente di rischi che possono comportare perdite o danni, che incidono quindi sui profitti, o sulle quote di mercato di qualsiasi azienda, o possono danneggiarne l'immagine: si va dall'incendio al furto di merci, dagli infortuni del personale dipendente ai danni a terzi, ecc.

Ma non esistono le assicurazioni per tutto ciò? Certo, ma l'assicurazione non rappresenta la panacea di tutti i mali: quando si subisce un danno, l'abbiamo sperimentato tutti con la nostra autovettura, raramente si è risarciti di tutti i danni patiti, delle spese affrontate e del tempo perduto. E poi, l'assicurazione stessa è un costo. È un costo certo, contro l'incertezza che avvenga il danno. È proprio necessario pagare questo costo? Possiamo farne a meno, o almeno diminuirlo? Per rispondere a queste domande, dobbiamo capire meglio il fattore “rischio”: cioè se è possibile gestirlo in modo tale da minimizzarne i costi e ridurre le perdite, nel caso in cui il danno accada. Per raggiungere questi obiettivi c'è, appunto, di supporto il “risk management”, una metodologia basata su una serie di procedure obbligate, attraverso un percorso ben definito in 7 regole auree, che consistono in:

1. identificazione delle risorse a disposizione dell'azienda;
2. identificazione dei rischi che corre l'azienda;
3. valutazione di questi rischi: se sono gravi per entità o frequenza;
4. controllo di questi rischi, al fine di prevenirli o ridurli;
5. assunzione in proprio – in tutto o in parte- dei rischi finanziariamente sostenibili;
6. trasferimento dei rischi a terzi (assicurazione);
7. monitoraggio del tempo dell'evoluzione dei rischi e del programma di risk management realizzato.

Ma allora, vi chiederete, non si finisce col fare quello che si

faceva già, e cioè andare dall'assicuratore? Si poteva fare a meno di romperci la testa con tutte queste riflessioni? Non è stato tempo perso, infatti con queste riflessioni ci siamo fatti un'idea molto più circostanziata del rischio che l'azienda corre. Lo abbiamo compreso e modificato a nostro vantaggio, con misure di prevenzione. Possiamo individuare quale tipo di polizza è necessaria per coprire al meglio quel tipo di rischio. Possiamo quindi chiedere una polizza “ad hoc” per il nostro rischio e quindi incidere pesantemente sul costo della polizza a seguito dell'analisi effettuata e delle misure di prevenzione adottate.

E non basta: l'azienda, e lo scenario in cui si muove, si evolvono, per cui anche i rischi cambiano. Il risk management, nella accezione più ampia del termine quale individuazione dei rischi, misurazione della probabilità di accadimento e di danni attesi e la ricerca degli strumenti di gestione, è, quindi, anch'esso in continua evoluzione. Vanno colti, pertanto, i primi segnali di cambiamento e bisogna di conseguenza modificare le decisioni già prese, in modo che quando il cambiamento avvenga in tutti i suoi aspetti, ci trovi preparati con l'azienda protetta.

In questa fase, che possiamo definire “di monitoraggio”, risulta di grande aiuto l'analisi dei sinistri che colpiscono l'azienda. È, infatti, solo ed esclusivamente con la gestione e l'analisi del sinistro, che ci si rende conto se la polizza è stata centrata: cioè se i rischi individuati sono stati correttamente coperti, sia come tipologia sia come valorizzazione. Se si punta, come in genere





avviene, esclusivamente al recupero del danno subito, senza riflettere sulle cause, modalità, tipologia e frequenza del sinistro, si finisce col disperdere gli insegnamenti utili che dal sinistro si possono ricavare per il trattamento dei rischi dell'azienda al fine di ridurre al minimo il rischio di errore.

Questi concetti possono essere tranquillamente traslati nel mondo sanitario, per cui se vogliamo ridurre al minimo il rischio di errore nelle aziende sanitarie è essenziale realizzare una metodologia di RM che promuova ed adotti procedure di analisi e di ridisegno dell'organizzazione e di ricerca/raccolta di dati relativi agli errori.

In particolare è necessario:

- individuare le aree a rischio;
- individuare gli standards qualitativi da applicare e monitorare per riconoscere e prevenire l'errore;
- fare una corretta gestione del contenzioso, con uno scambio continuo di informazioni tra Uffici legali delle organizzazioni sanitarie, Ufficio relazioni con il pubblico ed aree ospedaliere in cui sono stati registrati gli errori;
- utilizzare sistemi di riconoscimento del malato (braccialeto di riconoscimento);
- sviluppare un programma di informazione e formazione del personale;
- migliorare l'informazione erogata al paziente;
- adottare protocolli e procedure scritte;
- sviluppare ed implementare un sistema di incident report, con resoconti periodici sugli incidents e sul trend degli stessi;
- utilizzare una tecnologia appropriata nei contesti organizzativi adeguati (refertazione informatizzata, uso codice a barre, ecc.);
- potenziare sistemi di feed-back per migliorare l'azienda.

La corretta realizzazione di tali linee guida comporterebbe inevitabilmente due risultati: a) diminuzione del rischio del paziente, con conseguente riduzione del contenzioso legale; b) diminuzione dei premi assicurativi richiesti dalle compagnie varie.

Diversamente da quanto avviene da decenni negli USA e in Gran Bretagna, la metodologia di un risk management in sanità, e più specificatamente in ospedale, è ancora considerata una novità. Mentre infatti nel Regno Unito il Department of Health ha realizzato un programma nazionale per la gestione dei rischi, il nostro S.S.N. registra ad oggi solo un numero limitato di iniziative, condotte autonomamente dalle aziende più sensibili a queste problematiche.

Di fatto non esistono, né nel settore pubblico, né in quello privato, esperienze di RM con valenza aziendale, che coinvolga cioè tutta l'organizzazione e la sua attività, e non solo particolari U.O. e o processi. In buona sostanza le varie ASL non sembrano avvertire questa esigenza, non hanno competenze interne e la cultura necessaria ad un investimento in questa direzione. È sintomatico, a tale proposito, che l'unico riferimento normativo al RM sia contenuto nel documento stilato dalla Commissione paritetica ARAN-OO.SS. sull'art. 24 del CCNL 1998-2001, inerente la copertura assicurativa dei medici. Il documento riconosce per la prima volta un'area di criticità da monitorare e gestire "...la Commissione tenuto anche conto delle modifiche che si sono verificate negli scenari e nel mercato assicurativo, ritiene indispensabile che le aziende (ed i

dirigenti a tutela dei propri interessi) passino da un atteggiamento essenzialmente passivo alla trattazione e alla gestione diretta dei sinistri e delle coperture assicurative. Occorre in primo luogo analizzare i rischi gravanti sulla amministrazione, assicurati e non, secondo i criteri del RM, articolato nel censimento e valutazione degli stessi, individuando successivamente quanto sia utile e necessario fare per un efficace sistema di prevenzione".

Da rilevare, comunque, che le caratteristiche del RM in Sanità sono del tutto peculiari rispetto ai modelli affermati nel mondo industriale. La principale differenziazione è caratterizzata dal fatto che le tematiche di "protezione aziendale" in senso lato sono ritenute secondarie rispetto alla gestione del rischio clinico e delle connesse problematiche etiche, poiché nell'ambito dell'assistenza è centrale il danno alla persona, piuttosto che il danno alla struttura.

Tradizionalmente l'aspetto della sicurezza è affidato a figure specifiche (responsabile di sicurezza, l'ingegnere, l'architetto, il fisico) ed è quindi nettamente distinto dal rischio clinico. La gestione della sicurezza dei processi clinici, a sua volta, non può avvalersi dei modelli derivati dall'esperienza industriale e si colloca più propriamente nell'ambito dei sistemi per la qualità dei servizi.

Da parte loro le aziende sanitarie, nell'ambito del rischio clinico, hanno generalmente adottato un approccio amministrativo al problema, limitandosi all'acquisto di una polizza assicurativa, rinunciando da una parte a qualsiasi analisi e revisione dei propri processi assistenziali, e dall'altra determinando gravi distorsioni nel rapporto con il mercato assicurativo.

La conseguenza è stata l'esclusione delle aziende dall'accesso all'informazione sulla gestione dell'iter delle denunce, quindi, debolezza ed eccessiva dipendenza dalle compagnie.

I profili di rischio tipici delle aziende sanitarie, infatti, sono determinati da 3 ordini di fattori, di cui uno solo è direttamente controllabile:

- a) caratteristiche dell'utenza e tipologie delle prestazioni erogate (non controllabili);
- b) variabili organizzative: procedure, competenze ed abilità professionali, dotazioni strutturali e tecnologiche, sistemi di qualità, ecc. (controllabili);
- c) propensione della vittima dell'incidente alla richiesta di risarcimento (controllabile solo in minima parte).

A fronte di questa situazione, lo strumento principale individuato dal Piano Sanitario Nazionale e dal D.Lgs 229/99 è costituito appunto dai sistemi di qualità; tuttavia questi sistemi non possono essere considerati sostitutivi di uno specifico programma di risk management.

L'onere progettuale dei sistemi di risk management è stato, pertanto, trasferito alla iniziativa delle singole aziende, che si trovano oggi a dovere gestire l'emergenza di un mercato assicurativo molto poco disponibile.

Michele Poerio

Primario O.R.L. e Direttore del Dipartimento di Chirurgia  
Specialistica A.S.L. RM/G  
Membro del Consiglio Superiore di Sanità

## RISK MANAGEMENT IN MEDICINA INTERNA

Mario Ferrera

Il problema del rischio clinico nelle U.O. di Medicina Interna è forse meno appariscente rispetto a quello presente in altre branche specialistiche ospedaliere. Ciò può dipendere sia dal fatto che l'errore risulta meno visibile, sia perché nei reparti di medicina la patologia cronica, per effetto dell'aumento della speranza di vita, comincia ad essere preponderante.

Questi due aspetti spiegano il perché, in medicina interna, si è parlato di rischio clinico più tardivamente rispetto a quanto avvenuto in branche quali la chirurgia, la ostetricia-ginecologia, la ortopedia, l'anestesia, ecc.

Minore visibilità dell'errore in quanto è meno facile collegare l'effetto con la causa che lo ha determinato. Se dopo un intervento chirurgico identificare l'errore è relativamente facile, poiché direttamente derivante dalle procedure adottate e dalle condizioni cliniche antecedenti all'atto chirurgico, in medicina clinica l'atto medico è, per così dire, diluito nel tempo e, come tale, l'errore eventuale va valutato e rilevato nel tempo.

La sempre maggiore frammentazione della medicina in più branche specialistiche non consente spesso al medico di famiglia di seguire al proprio domicilio il paziente affetto da patologie croniche.

La necessità di sottoporre il paziente a periodici esami strumentali ed a cure non disponibili al proprio domicilio, ha incrementato il ricorso al ricovero in ospedale, senza tuttavia che tra medico di famiglia ed ospedale si mantenesse quella "continuità", in termini di assistenza, oggi invocata da tutti a gran voce.

L'aumento delle patologie croniche, rispetto a quelle acute, ha portato a tutta una serie di conseguenze, le principali delle quali possono essere così riassunte: aumento dei ricoveri ospedalieri per patologie non acute; aumento del tempo da dedicare al singolo paziente; mancanza di posti-letto per i malati cronici; mancato adeguamento degli ospedali alle esigenze della lungodegenza; sovraffollamento delle corsie; rischio elevato di ricoveri impropri; aumentato rischio di terapie inappropriate; mancanza di collaborazione tra Colleghi, anche di discipline diverse, ecc.

L'errore può annidarsi nelle diverse tappe che il paziente compie, fin dal momento in cui mette piede in ospedale.

*Trasferimento dall'area di emergenza in corsia:* spesso questo momento "critico" è preceduto da una valutazione superficiale delle condizioni cliniche, con sottovalutazione della gravità del paziente.

Talvolta l'errore consiste, invece, nel mancato ricovero, o nel ricovero in reparto inappropriato. Si tratta per lo più di errori umani, derivanti dalla scarsa esperienza del medico di pronto soccorso (per giovane età, per preparazione inadeguata, per mancato tirocinio formativo nei reparti di degenza, ecc.).

*Errore diagnostico:* dipende spesso dalla sottovalutazione dell'evento acuto, i cui sintomi vengono erroneamente attribuiti alla patologia cronica di base.

Si può sbagliare anche ricorrendo ad un eccesso di esami strumentali e procedure non prive di rischi (accertamenti biotici;

indagini invasive; utilizzo di mezzi di contrasto potenzialmente tossici o allergizzanti, ecc.).

L'acquisizione del consenso informato, specie per le pratiche diagnostiche e/o terapeutiche più impegnative, la discussione con il paziente sui vantaggi o svantaggi delle varie procedure, nonché sulle eventuali alternative, sono diventate ormai prassi irrinunciabili nel moderno approccio alle cure della persona malata e responsabile.

*Errore farmacologico:* può dipendere dalla mancata somministrazione del farmaco prescritto; dalla somministrazione di farmaci sottodosati e quindi non efficaci, o di farmaci iperdosati con effetti su particolari organi o funzioni; dalla errata via di somministrazione, sino allo scambio tra pazienti, ecc.

La maggior parte di questi errori dipende dal personale infermieristico di assistenza, in misura minore viene coinvolto direttamente il personale medico.

Un problema da non sottovalutare, e quindi da tenere in dovuta considerazione anche per la relativa frequenza, riguarda il rischio di reazioni allergiche, sino allo shock anafilattico.

Un'adeguata informazione tra il medico curante e l'ospedale può prevenire i rischi da allergie note. Per le reazioni avverse non note va sempre prevista la possibilità di controllo delle stesse attraverso un attento monitoraggio delle condizioni cliniche.

*Strumenti di prevenzione del rischio:* il monitoraggio del percorso clinico che ogni singolo paziente compie in corsia è una pratica utilizzata in alcuni Paesi. Ai fini pratici ha prodotto soltanto linee-guida e protocolli nell'intento di standardizzare ogni atto medico.

Se protocolli e linee-guida possono essere di ausilio nella professione, specie nei confronti dei Colleghi giovani e meno esperti, non sono però strumenti sufficienti di per sé a ridurre il rischio. In un processo i cui aspetti, come dicevamo prima, sono visibili a distanza, è molto difficile non solo identificare gli errori già fatti, ma anche quelli che potrebbero verificarsi.

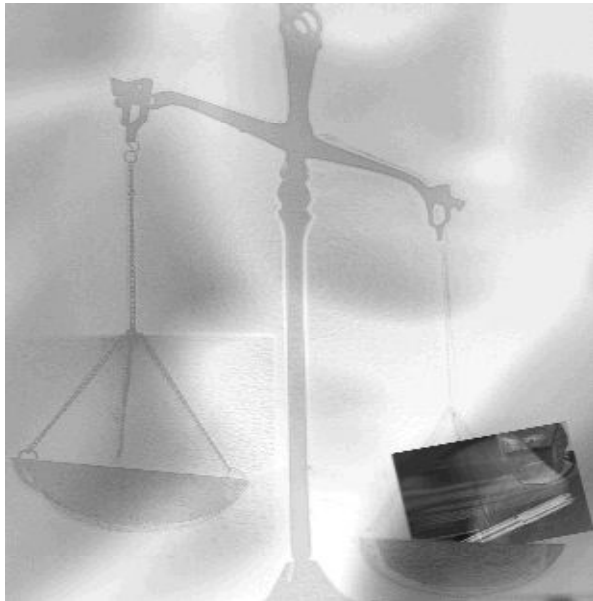
L'unico strumento in mano al clinico è quello di registrare l'evento critico, per poi analizzarlo, coinvolgendo tutti i soggetti interessati, per trovare la soluzione del problema. Questo modo di operare presuppone tuttavia l'identificazione rapida dell'evento.

In passato era prassi piuttosto consolidata ricorrere all'autopsia per identificare con precisione le cause di morte di un paziente. Oggi, il ricorso all'autopsia avviene più per motivi di ordine medico-legale che per motivazioni strettamente cliniche. Si calcola che nel 50% circa delle autopsie non ci sia precisa corrispondenza tra le effettive cause di morte e quelle indicate presuntivamente in cartella clinica.

L'esposizione al rischio clinico non appare purtroppo eludibile, anche alla luce del percorso formativo dei giovani medici, sempre più preparati sotto l'aspetto specialistico e tecnologico, ma spesso incapaci di inquadrare il paziente nella sua complessità fisica e psichica, e nelle sue reazioni.

# LE IPOTESI DI “FALSO” IN CARTELLA CLINICA

Vania Cirese



Per falso materiale si intende la formazione di un atto falso, o alterazione di un atto vero. Ciò può avvenire per contraffazione, ossia con la formazione ex novo di un atto, che quindi non è genuino in tutto o in parte, o per alterazione di un atto vero che, per le modifiche, non è più quello precedentemente compilato.

La distinzione tra falsità ideologica e falsità materiale si fonda sui concetti di “non veridicità” e “non genuinità”, che le connotano rispettivamente.

La falsità ideologica, a differenza di quella materiale, è punita di regola nei documenti pubblici, e solo in via eccezionale nei documenti privati. È correlata a atti genuini, ossia provenienti dall'autore apparente e non contraffatti né alterati, ma non veridici rispetto al loro contenuto.

La condotta di alterazione cade cioè sul contenuto intrinseco di documenti, che si pongono così in contrasto con la realtà.

A differenza del falso materiale, la falsità ideologica, concretandosi nella violazione dell'obbligo di veritiera attestazione documentale, può essere realizzata soltanto dall'autore del documento e nel momento della sua formazione.

Il verbale di ricovero e la cartella clinica sono ritenuti “atti di fede privilegiata”. La giurisprudenza ha chiarito che trattasi di documenti a contenuto narrativo, che hanno funzione di attestazione di verità, cioè di esposizione di un accadimento verificato dal documentatore.

Non sembrerebbe concepibile per gli atti a contenuto dispo-

tivo, cioè quelli destinati a provare esclusivamente l'emissione di una specifica manifestazione di volontà in ordine a un dato soggetto e non anche la verità o la reale sussistenza dei presupposti dell'atto. Di recente si è sostenuto che anche l'atto dispositivo è suscettibile di falsità se contiene anche l'attestata esistenza di una situazione di fatto, con obbligo di indicarla, e questa non sia conforme a verità.

L'inesistenza giuridica del documento fa venir meno la tutela penale in caso di falsità; la semplice nullità o annullabilità dell'atto non escludono la configurabilità del delitto di falso ideologico in atto pubblico.

La grossolanità del falso non è prospettabile nella falsità ideologica riguardo l'integrazione dell'elemento psicologico. La dottrina ritiene che occorre la consapevolezza della “immutatio veri” e l'animus nocendi o decipiendi.

La giurisprudenza è attestata su posizioni più rigorose e ritiene che per la sussistenza dell'elemento psicologico basti la coscienza e volontà dell'immutatio veri.

La falsità materiale riguarda la non genuinità dell'atto contenuto nel documento, la falsità ideologica riguarda la non veridicità del contenuto dell'atto.

La falsità materiale può avvenire al momento della sua formazione, o successivamente, la falsità ideologica può commettersi solo nel momento della formazione del documento.

La non veridicità del contenuto di un atto si realizza: attestando falsamente che un atto è stato compiuto dall'autore dell'atto, o è avvenuto alla sua presenza, o sono state dal medesimo ricevute dichiarazioni a lui non rese; può realizzarsi anche mediante ammissione o alterazione di dichiarazioni dal medesimo ricevute, o mediante attestazione falsa di fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità.

L'atto va interpretato attraverso il suo contenuto, con esclusione di ciò che sarebbe sottinteso o di elementi al di fuori di esso; l'ambiguità non serve ad escludere il reato, ma spesso è indice dell'elemento intenzionale dell'agente.

Il soggetto attivo è il pubblico ufficiale nell'esercizio delle sue funzioni, lo stesso soggetto attivo del delitto di falsità materiale.

Ai sensi dell'art. 476 c.p. (Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici) “Il pubblico ufficiale che, nell'esercizio delle sue funzioni, forma, in tutto o in parte, un atto falso o altera un atto vero, è punito con la reclusione da uno a sei anni. Se la falsità concerne un atto o parte di un atto, che faccia fede fino a querela di falso, la reclusione è da tre a dieci anni”.

## La cartella clinica

La cartella clinica, strumento di lavoro per il medico operante

in una struttura di degenza, costituisce una verbalizzazione, ossia una registrazione delle notizie riguardanti il soggetto ricoverato, il cui fine ultimo si identifica nella tutela della salute del paziente. Essa rappresenta dunque il mezzo più fedele in grado di documentare il decorso clinico di ogni degente, le decisioni assunte, gli interventi effettuati e quindi “testimonia” il comportamento della struttura dell’ospedale.

Secondo un orientamento giurisprudenziale ormai consolidato, la cartella clinica costituisce un “atto pubblico di fede privilegiata”, il cui contenuto è confutabile solo con la prova contraria. Come tale, essa deve essere redatta da un pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede.

Il medico ospedaliero è dunque pubblico ufficiale e dà valore di atto pubblico alla cartella clinica. L’art. 2699 del codice civile definisce atto pubblico “il documento redatto, con le richieste formalità, da un notaio o un pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede nel luogo dove l’atto è formato”. La Cassazione penale fa derivare la qualifica di pubblico ufficiale di medico ospedaliero dalla sussistenza di due requisiti oggettivi: il concorso alla formazione di volontà dell’ente pubblico ed il potere di certificazione fedefacente.

Secondo l’art. 358 del codice penale, ciò che contraddistingue la pubblica funzione è la presenza di poteri specifici di natura autoritativa e certificativa; non v’è dubbio che la cartella clinica costituisca per il medico il luogo privilegiato di estrinsecazione di detti poteri.

In definitiva, sussiste un rapporto di reciprocità inscindibile tra natura giuridica della cartella e qualifica soggettiva giuripenalistica del medico ospedaliero, che fa della prima un atto pubblico di fede privilegiata e del secondo un pubblico ufficiale. Sotto il profilo medico-legale, un problema di fondamentale importanza rappresenta la conformazione e la compilazione della cartella clinica. Una cartella clinica compilata correttamente dovrebbe raccogliere, in ordine cronologico, tutti i dati anagrafici, anamnestici, clinici, diagnostici e terapeutici, e tutte le altre prescrizioni e ogni altra notizia rilevante per la salute del paziente.

Ogni intervento diagnostico e terapeutico, specie se invasivo o rischioso, deve essere accompagnato da apposito consenso informato del paziente. Inoltre, nella cartella vanno allegati tutti gli accertamenti specialistici che sono stati effettuati durante la degenza, ivi compresa la coppia del rapporto dell’Autorità giudiziaria e l’eventuale referto di riscontro autoptico, in caso di decesso.

Infine, essendo la cartella una registrazione storica contemporanea, le annotazioni vanno effettuate contemporaneamente all’evento descritto, senza omissioni o prescrizioni tardive. La contestualità può non essere intesa in maniera rigorosa, ma nel rispetto di limiti temporali congrui, come ad esempio in caso di cosiddetta “riflessione clinica”, che si deve però collocare nell’ambito della corretta sequenza cronologica ed in costanza di degenza.

L’articolo 15 del nuovo Codice di deontologia medica dispone che “... nella compilazione della cartella clinica il medico è tenuto alla massima diligenza, alla più responsabile cura, alla più attenta e scientificamente corretta registrazione dei dati e alla più responsabile formulazione dei giudizi”.

La legge attribuisce al primario la responsabilità della compi-

lazione della cartella ma questa è, più propriamente, una corresponsabilità, in quanto l’obbligo giuridico del primario è quello di vigilare che la compilazione delle cartelle sia sostanzialmente e formalmente regolare. Nel caso in cui dall’irregolare compilazione della cartella siano derivate delle conseguenze negative al paziente, si può ipotizzare, a carico del primario, una responsabilità indiretta per “culpa in vigilando”.

I principali requisiti sostanziali sono rappresentati dalla veridicità, completezza, precisione e chiarezza.

Veridicità significa effettiva corrispondenza tra quanto eseguito ed osservato e quanto trascritto e deve riguardare tutti i fatti che rientrano nella percezione del pubblico ufficiale.

Per completezza e precisione si intende la effettiva e completa trascrizione di ciò che si è obiettivamente. Tale completezza richiede che ogni singola annotazione riportata nella cartella sia firmata, rendendo così possibile l’attribuzione ai singoli operatori intervenuti nell’attività eseguita.

Infine, anche il registro ospedaliero degli interventi operatori è da considerare atto pubblico per la sua idoneità a documentare fatti inerenti all’attività dell’ufficio pubblico cui gli autori sono addetti.

I requisiti di correttezza formale consistono nell’apposizione di data ed ora dell’accertamento, dell’indicazione del nome e cognome, con firma del medico, della precisazione della fonte dell’anamnesi, dell’intelligibilità della grafia, della presenza di accorgimenti particolari in caso di correzione di errori materiali. Il venir meno di tale requisito configura il delitto di “falso ideologico in atto pubblico”, punito dall’art. 479 del codice penale (con le stesse pene di cui all’art. 476, prima citato).

Quando invece è alterata l’essenza materiale del documento, in presenza di una divergenza fra autore apparente e autore reale del documento, oppure quando si apportano modifiche successive alla stesura definitiva, si configura il delitto di “falsità materiale”, regolato dall’art. 476 del codice penale: è opportuno precisare che le modifiche e le aggiunte integrano il falso punibile anche se si sia agito per ristabilire la verità, in quanto si viola la garanzia di certezza accordata agli atti pubblici.

L’omessa, o la non regolare, compilazione della cartella clinica configura altresì il delitto di omissione di atti d’ufficio (art. 328 c.p.).

Non è, infine, indifferente la natura dell’ente nel cui ambito venga formata la cartella clinica. Se infatti si tratta di ospedale, o casa di cura convenzionata, la cartella è atto pubblico fedefacente e, come tale, ogni falsificazione della stessa è punibile in base agli articoli 476 e 479 c.p.

Se invece si tratta di una casa di cura non convenzionata, la cartella viene considerata una mera scrittura privata, con la conseguenza che la non veridicità della stessa non integrerà l’ipotesi di reato, non essendo stata prevista dal nostro legislatore la fattispecie di falso ideologico in scrittura privata.

Residuerà invece la possibilità di configurare un falso materiale in scrittura privata (art. 485 c.p.) qualora la cartella venga alterata. In tal caso però, occorrerà la proposizione di querela, non essendo tale ipotesi delittuosa, contrariamente a quelle relative ai falsi in atti pubblici, procedibile d’ufficio.

# AMBIENTE DI LAVORO E MOBBING

Salvatore Migliore

Gli argomenti da affrontare a proposito di mobbing sono molteplici. Solo partendo da una attenta disamina delle cause del mobbing sarà possibile tracciare un percorso di prevenzione che sia funzionale, quindi efficace e duraturo.

Secondo le tesi più accreditate, diversi sarebbero i fattori predisponenti l'insorgenza dei fenomeni di mobbing, o perlomeno loro concausa. I più importanti risultano i seguenti due, che consistono:

1) nei tratti delle personalità del mobber e del mobbizzato. Attualmente si discute, tuttavia, se queste personalità "particolari" siano la causa, oppure la conseguenza delle azioni mobbizzanti. Un dato certo comunque sembrerebbe consistere nel fatto che in caso di episodi di mobbing le personalità coinvolte abbiano dei tratti caratteristici. Una, quella del mobber, risulta caratterizzata da invidia, forte competitività, insicurezza, carenza di empatia, ecc., l'altra, quella del mobbizzato, si connota per bassa autostima, scarse capacità di fronteggiare situazioni avverse o impreviste, rabbia, paranoia, ecc., nonché

2) nello "stress organizzativo", che sembrerebbe il più importante dei fattori, a causa della più alta correlazione statistica fra stress e mobbing, confermata dalla ricerca. Esso appare legato: ad una cultura del lavoro e ad un "clima aziendale" inadeguati, con una leadership autoritaria, centrata prevalentemente sul risultato e non sulla relazione; all'isolamento o esclusione del lavoratore mobbizzato dai flussi informativi, con scarso coinvolgimento nelle decisioni; ad una organizzazione operativa del lavoro disfunzionale e ad uno scarso supporto sociale e solidaristico tra i lavoratori, che nel loro insieme non fanno gruppo, squadra, équipe.

Tali fattori, tutti potenti generatori di stress, creano di fatto un "humus", su cui poi si innestano episodi mobbizzanti, estremizzazione questi di una conflittualità di base solitamente elevata.

Nelle storie di mobbing, tutti e due i fattori anzidetti si avviano e intersecano, creando di fatto un ambiente "tossico", difficilmente accettabile – se non con grande fatica – da parte del soggetto in questione.

Immaginiamo, ad esempio, un'azienda in cui vigono una cultura del lavoro ed un clima aziendale fortemente orientati a valori come la competizione, il risultato, il carrierismo, e caratterizzata da prassi e atteggiamenti che favoriscono comportamenti scorretti, prevaricatori, prepotenti.

In tale contesto, se la leadership, esercitata a vari livelli dai capi, è lontana dal porre attenzione ai problemi dei lavoratori, ma piuttosto orientata prevalentemente al compito ed al risultato, molto accentratrice e conseguentemente autoritaria, si realizza un ulteriore elemento propulsivo verso la nascita di sentimenti di invidia e prevaricazione, ma anche di sdegno, special-

mente quando l'esercizio dell'autorità direttiva favorisce lavoratori che, agli occhi degli altri Colleghi dell'équipe, non lo meriterebbero.

È facile quindi che in un tale ambiente, fortemente competitivo e conflittuale, si possano inserire personalità particolari che cercano di emergere, mettendo in atto comportamenti più o meno scorretti, generando così le basi per futuri meccanismi di mobbing.

In relazione alle considerazioni espresse precedentemente, il mobbing potrebbe definirsi, quindi, come un conflitto che emerge come figura ben caratterizzata rispetto ad uno sfondo patologico e fortemente conflittuale. Esso, quindi, sembrerebbe trarre la sua origine da un ambiente di lavoro disfunzionale, sia sotto il profilo organizzativo che sotto quello umano e relazionale, caratteristiche niente affatto fisiologiche, ma che in alcune aziende o reparti rappresentano la "normalità" del lavoro quotidiano.

Tale visione negativa (dell'ambiente di lavoro e dei suoi attori) sembrerebbe dunque caratterizzata da:

- a) scarsa attenzione alla "centralità" del lavoratore nelle politiche aziendali di organizzazione del lavoro e noncuranza per la sua dignità;
- b) scarsa o, in alcuni casi, nessuna sensibilità rispetto alla creazione di un ambiente di lavoro sicuro sul piano non solo strettamente fisico ed igienico, ma anche psicologico;
- c) scarsa sensibilità per le conseguenze sulla salute psico-fisica del lavoratore generate da meccanismi di mobbing.

Sulla base di tale disamina credo sia riduttivo, senza una adeguata e doverosa attenzione all'ambiente di lavoro ed ai fattori predisponenti, pensare di contrastare il mobbing solo a "colpi di sentenze", anche qualora favorevoli al lavoratore bersagliato.

Salvatore Migliore  
Psicologo-psicoterapeuta  
Centro Antimobbing "Il Leonardo" di Siracusa

