



La "sindrome di Stoccolma" ha contagiato l'Italia

Enrico Hüllweck

La chiamano "sindrome di Stoccolma", ed è una patologica condizione di sudditanza psicologica che porta il perseguitato ad amare il suo persecutore, condividendone le ragioni. È una sindrome che si rifà ad un episodio di cronaca passata, nel quale alcune persone, sequestrate e tenute in ostaggio da un gruppo di banditi, finirono col solidarizzare con i loro sequestratori, difendendoli e giustificandoli.

I giornali riportano spesso esempi simili, come quello della giovane ereditiera americana che, rapita, entrò a far parte della banda che l'aveva sequestrata, diventando a sua volta rapinatrice.

In modo meno eclatante, ma altrettanto inquietante, anche quello delle "due Simone italiane" rapite in Iraq, è un caso di sindrome di Stoccolma, se si pensa a queste due nostre ipereccitate concittadine, diventate succubi dei loro rapitori, fino al punto di tornare in Italia sfoggiando look islamico, e con la bocca (e anche la mente?) piena di lodi e di ringraziamenti verso quei "generosi tagliagole" che, poco tempo prima, avevano scannato il povero Quattrocchi, reo di avere soltanto mostrato un po' di dignità.

Questa sindrome può contagiare intere popolazioni. Si pensi alla Spagna, dove un Governo incredibilmente efficiente ed efficace come quello di Aznar (che ha proiettato la Spagna ai vertici mondiali per efficienza gestionale e produttività) è stato mandato a casa da un popolo terrorizzato dal noto attentato alle stazioni ferroviarie di Madrid: un popolo che si è messo sull'attenti davanti al terrorismo internazionale islamico, capace di essere talmente crudele da suscitare appunto la sindrome di Stoccolma.

L'ecatombe terroristica spagnola, anziché suscitare una sacrosanta reazione popolare antiterroristica, ha spinto viceversa il popolo spagnolo ad "inginocchiarsi moralmente" davanti agli attentatori islamici, mandando al potere il candidato "preferito" dal terrorismo islamico (cioè Zapatero), cadendo come un tordo nella ragnatela intessuta dai terroristi che, proprio per far vincere Zapatero, avevano preparato un piano diabolico, nel quale era ampiamente calcolato il possibile errore della polizia locale di attribuire, di primo acchito, quell'attentato all'ETA, organizzazione terroristica tra le più attive d'Europa.

La sindrome di Stoccolma può colpire anche insospettabili mondi come, ad esempio, quello cattolico. Si pensi alla contraddittoria solidarietà che affratella gran parte degli attivisti cattolici agli attivisti di sinistra, comunisti più o meno doc.

La Chiesa dovrebbe essere una realtà consapevole di avere una ragione sociale fondata sui principi religiosi e sui valori umani che ad essa si ispirano, e non certo fondata su problemi politici di urbanistica, di organizzazione delle infrastrutture, di economia, ecc. Va aggiunto anche che comunisti e cattolici dissentono su tutto ciò che attiene ai principi religiosi e ai valori umani ad essi ispirati, tanto che si parli di Dio, o di famiglia, o di sessualità.

In nome di questa divergenza, i miliziani comunisti spagnoli massacrarono centinaia di preti e di suore. Ancor più in là si spinsero i regimi comunisti filorusi e filocinesi.

Il cardinale polacco Wiszinsky pati per questo la reclusione a vita, a Varsavia, nell'ambasciata americana.

Ciononostante l'attivismo cattolico (quello che lavora fra i parrocchiani e si agita in piazza) fa spesso causa comune in politica con quell'attivismo comunista che, sul piano ideologico e culturale, nega con forza proprio la ragion d'essere della Chiesa. E questa "causa comune", il più delle volte, è finalizzata a combattere proprio quella gente senza la

quale, probabilmente, le Chiese rimarrebbero vuote.

Del resto è storia recente la vicenda dell'on. Buttiglione che, da "ingenuo coerente", ha rinunciato ad un prestigiosissimo e superpagato posto in Europa (in qualità di Commissario) per non dover abiurare circa i suoi principi di fedeltà alla Chiesa: un mondo nel quale i più augurano la vittoria a quel Romano Prodi che, in caso di successo elettorale, porterebbe al Governo Bertinotti, compare di quella sinistra europea che ha rispedito a casa Buttiglione, reo di non aver voluto essere ipocrita e di aver fatto il cattolico sul serio, non limitandosi ad esserlo solo "di facciata". E non si tratta di semplice confusione sul fatto che ci sarebbe "vicinanza" tra un Cristo Gesù che disse ai ricchi: "Date ai poveri", ed un certo Carlo Marx, che disse ai poveri: "Portate via ai ricchi".

Magari ci fosse solo un po' di confusione storico-teologico-sociologica! In realtà c'è soprattutto una buona dose di sindrome di Stoccolma, che spinge l'attivista o la zelatrice di parrocchia a ricercare morbosamente il consenso dell'ateo e del comunista ideologizzato che, nella loro mente, deridono e uccidono ideologicamente sia quell'attivista che la zelatrice che, proprio per questo, cercano di compiacere il nemico, offrendogli tutti se stessi, condividendone la battaglia politica.

Esiste infine, in psicologia, il rovescio della sindrome di Stoccolma: quel fenomeno cioè che porta il beneficiario a sputare sul suo benefattore per paura di dovergli essere grato e riconoscerlo "buono". Questa "sindrome a rovescio" è ben rappresentata da ciò che stampa e mass media sono riusciti ad instillare nell'opinione pubblica a proposito del Governo Berlusconi. Si potrà essere favorevoli o contrari a Berlusconi, ma è certamente strano che contro l'attuale Governo sparino a zero proprio quelli che hanno beneficiato del suo operato. Ed allora, facciamo alcuni esempi.

Mai come con questo Governo sono aumentate (di entità e di quantità) le pensioni minime. Mai sono stati stanziati così tanti soldi pubblici per l'assistenza sanitaria e per tutti i servizi di assistenza pubblica. Mai è stata fatta una politica tanto attiva in termini economico-normativi a favore della scuola. Mai è stata fatta una politica così seria a favore del Mezzogiorno. Mai i sindacati confederali (CISLin testa) sono stati così ascoltati dal Governo. Mai si sono creati così tanti posti di lavoro. Mai sono stati avviati tanti lavori infrastrutturali.

Ciononostante, nessun Governo del dopoguerra è stato tanto massacrato come quello di Berlusconi, con continui scioperi, anche generali, che hanno visto scendere in piazza (guarda un po') i pensionati, i fruitori dei servizi sociali, le popolazioni meridionali, gli insegnanti e gli studenti, tutti in fila dietro le bandiere di CGIL, CISLe UIL, reclamizzanti, fra i tanti slogans bugiardi, anche la mancanza di posti di lavoro e la carenza di infrastrutture.

Mai, come con questo Governo, la satira e l'informazione antigovernativa hanno imperversato su tutti i canali televisivi, da quelli nazionali (Gruber, Santoro, Zaccaria, ecc.) a quelli "berlusconiani" (Costanzo, Mentana, i comici di Zelig, De Filippi, ecc.).

Ciononostante, mai come oggi si grida alla perdita della libertà di stampa ed al dominio egemonizzante (ma dove?) di Berlusconi sugli organi di informazione (TV, quotidiani, periodici, ecc.).

Sia che si tratti di sindrome di Stoccolma, o di sindrome rovescia, credo che la politica avrebbe bisogno di qualche psicanalista in più, e di qualche deputato in meno

Enrico Hüllweck
Sindaco di Vicenza

PER UNA COMUNITÀ EU

L'AIA, 7-9 SETTEMBRE 2004

La Presidenza Olandese dell'Ue, nel periodo compreso tra il 1° luglio 2004 ed il 31 dicembre 2004, ha programmato numerosi eventi in materia di politiche sociali e sanitarie, tra cui spicca in particolare la conferenza europea denominata: *Shaping the EU Health Community*.

La Conferenza è stata organizzata dalla Federazione olandese dei pazienti e dei consumatori, con il sostegno del Ministero olandese della Salute ed ha avuto luogo a L'Aia, durante la prima decade di settembre.

L'evento è stato dedicato all'analisi delle nuove prospettive delle politiche sanitarie europee ed alla valutazione dei rapporti tra salute, sviluppo sociale e mercato interno.

L'assemblea generale ed i gruppi di lavoro specifici hanno presentato degli studi e delle valutazioni in merito alle seguenti tematiche:

- gli effetti che le decisioni politiche e le esigenze dell'economia hanno rispetto al finanziamento, all'organizzazione ed alla qualità delle cure e servizi sanitari in Europa;
- i bisogni dei cittadini europei (stato della situazione, prospettive ed aspettative);
- le attuali linee di tendenza della governance in materia di salute pubblica;
- l'influenza reciproca tra politiche socio-sanitarie e mercato interno europeo;
- l'evoluzione dei bisogni della società europea in conseguenza del suo invecchiamento: dall'acuzie al trattamento delle malattie croniche.

All'analisi di questi grandi temi ha fatto seguito l'approfondimento di sei specifiche problematiche, trattate successivamente, realmente significative nell'identificazione di una dimensione europea della salute e della sanità.

La salute pubblica ed il mercato interno europeo

È stata evidenziata la necessità di una più attenta disciplina in materia di tabacco, alcol, alimentazione ed i servizi collegati (nonché relative sponsorizzazioni e promozioni di vendita).

Una legislazione europea sensibile a queste problematiche potrebbe contribuire in maniera significativa alla prevenzione ed all'attenuazione delle conseguenze che il tabacco, l'uso sconsiderato dell'alcol e forti squilibri alimentari hanno sulla salute dei cittadini.

Le cure transfrontaliere

Pur essendo ancora un fenomeno piuttosto marginale, la tendenza di un numero sempre maggiore di pazienti alla ricerca di cure mediche al di fuori del proprio Paese d'appartenenza è un dato che bisogna monitorare costantemente.

Ancor più poiché sempre più significativo è anche il flusso di operatori sanitari che si spostano da un Paese all'altro.

È necessario, quindi, muovere i primi passi verso una decisiva riduzione del fenomeno garantendo, per esempio, informazioni standardizzate da diffondere sia presso i pazienti sia verso gli operatori sanitari e le istituzioni dei diversi Stati membri in cui i professionisti prestano i loro servizi.

Naturalmente le informazioni dovrebbero riguardare:

- qualità e disponibilità delle cure offerte;
- costo dei servizi;
- responsabilità civile e penale dei professionisti;
- informazione facile e di accesso immediato;
- maggiore comunicazione tra gli Stati membri circa la qualità dei professionisti che si muovono da uno Stato all'altro, al fine di prevenire gli abusi.

E-health

Argomento già fortemente dibattuto durante la Presidenza irlandese, l'e-health è stato uno degli elementi portanti della Conferenza in questione.

È stato definito uno strumento essenziale per assicurare il miglior livello possibile di informazione, possibilità di scelta e coinvolgimento del paziente/cittadino nelle decisioni che riguardano la salute.

Si tratta di una serie di nuovi servizi, come le diagnosi e le prescrizioni via video, nonché schede cliniche digitali consultabili



ROPEA DELLA SALUTE

Amalia Sartori

li on-line, che dovrebbero essere facilmente accessibili per ogni singolo utente in qualsiasi momento.

Per rendere l'e-health operativo bisognerebbe stimolare i Ministeri della Salute di ogni Stato membro affinché si concretizzi una integrazione stabile tra la telemedicina e le tecnologie dell'informazione nei sistemi socio-sanitari europei.

L'uso dei farmaci ed i presidi medico-chirurgici

Il dibattito si è focalizzato sulla necessità di razionalizzare il ricorso all' 'auto-prescrizione' dei farmaci nei pazienti. A tal fine è utile divulgare chiare informazioni riguardo ai pericoli in cui i pazienti potrebbero incorrere nel rendersi troppo indipendenti nella cura della loro salute.

Così come garantire una maggior trasparenza nella definizione dei prezzi dei farmaci e dei presidi medico-chirurgici in generale. Si è ipotizzato che il criterio guida dovrebbe essere quello del reale valore aggiunto terapeutico del prodotto.

L'organizzazione dei servizi sanitari a livello locale

È stata evidenziata come 'altamente prioritaria' la necessità di organizzare servizi sanitari a livello locale per trovare una soluzione al progressivo invecchiamento della popolazione, anche adottando le norme necessarie a livello europeo soprattutto in materia di cure primarie.

Le cure di lungo termine

Anche in quest'ambito si è fatto riferimento al problema

dell'invecchiamento della popolazione soprattutto per quanto concerne la necessità di garantire un invecchiamento in buona salute. Atal fine si dovrebbero elaborare delle campagne informative che pubblicizzino degli stili di vita più salutari e dei modelli di invecchiamento che possano ritardare il più possibile la cronicità e la dipendenza.

La Conferenza europea all'Aia ha avuto il grande merito di riportare alla luce delle problematiche significative e di elaborare, in seguito, delle possibili strategie d'azione che sono poi state presentate al Consiglio informale dei Ministri europei della salute. Tra queste ricordiamo in particolare:

- la necessità di una maggior interrelazione tra i servizi della Commissione e a livello di Consiglio europeo e del Parlamento Europeo per valutare in maniera trasversale il tema della salute pubblica;
- l'individuazione e la diffusione di standard di vita salutari che possano ridurre fenomeni come: tabagismo, obesità oppure la mancanza di attività fisica.

L'Ue è chiamata a concertare l'operato delle proprie istituzioni, nonché le diverse esigenze nazionali, al fine di garantire un ancor più efficiente intervento nel campo della sanità. È una sfida ardua ma imprescindibile.

Amalia Sartori
Parlamentare europea



LA CIMO-ASMD NELL'EUROPA DELLA SALUTE

Carlo Sizia

Nella splendida cornice della Villa Recalcati di Varese, si è tenuto il 1° ottobre scorso un incontro a più voci su “Nuovi modelli di cura nell’ospedale europeo”.

L’iniziativa, quanto mai tempestiva, ha preso le mosse dall’Ufficio-Esteri della CIMO-ASMD (Ivo Spagnoli, Maurizio Dal Maso, Pier Maria Morresi e R. Minari) ed è stata organizzata con l’importante impegno di Pier Maria Morresi, che è anche Presidente dell’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Varese, e di Pietrina Coniglione.

Il workshop, che ha occupato l’intero pomeriggio del 1° ottobre, è stato articolato in tre momenti: nel primo, moderato da Pier Maria Morresi, la stampa invitata (generalista e di settore) ha incontrato una nutrita rappresentanza degli ospedali europei; nel secondo, moderato da Alberto Clivati, i medici ospedalieri italiani si sono confrontati con i Colleghi europei per un proficuo scambio di esperienze sul comune terreno del loro impegno di lavoro e delle problematiche connesse; nel terzo, moderato da Ivo Spagnoli, l’avv. Roberto E. Forte, Segretario generale della “Regio Insubrica” ha presentato l’esperienza di tale “Comunità di lavoro”.

La voce degli ospedali europei è stata rappresentata, nell’occasione, dai massimi vertici delle due principali Associazioni sindacali mediche europee, la FEMS (Federazione europea dei medici dipendenti) e la AEMH (Associazione europea dei medici ospedalieri). In tali Organizzazioni la CIMO-ASMD ricopre oggi posizioni di assoluto rilievo con Maurizio Dal Maso (Vice Presidente FEMS) e Pier Maria Morresi (Vice Presidente AEMH), ed aveva avuto in passato, con il prof. Marzio Resti, la massima responsabilità (Presidenza FEMS).

Si sono così aperte, per i partecipanti al workshop, importanti “finestre” su prospettive e problemi degli ospedali europei, illustrati direttamente dal dott. Raymond Lies (Lussemburgo), dai dott. Claude-François Degos, Jean-François Gillette e Claude Wetzel (Francia), dal dott. Hartmut Nolte (Germania), dal dott. Reinhart Waneck (Austria), dal dott. Rolf Kirschner (Norvegia), dal dott. Roberto Malacrida (Università di Ginevra), ecc.

Cosa è emerso dal confronto anzidetto con gli “ospedalieri” della parte più significativa (in termini di qualità sanitaria) dei Paesi della Comunità europea?

È emerso che sono veramente tanti i problemi comuni, che oggi frenano lo sviluppo degli ospedali (e della medicina ospedaliera) in Europa, non meno che in Italia, talché le principali carenze evidenziate con grande lucidità dal Presidente Biasioli con riferimento al sistema sanitario italiano (sottofinanziamento del sistema; incerto ruolo del personale sanitario nel sistema; assenza di un modello di ospedale di riferimento; cattivo rapporto ospedale-territorio; inadeguata copertura assicurativa del rischio professionale medico; ritardi contrattuali e misconoscimento dei meriti degli operatori addetti all’assistenza, ecc.) rappresentano in realtà il “grido comune di dolore” di tutti i medici ospedalieri europei.

In qualità di direttore de “Il Medico ospedaliero e del territorio”, e di past-President CIMO-ASMD, ho posto ai Colleghi europei le seguenti domande:

1. è “vizio comune” in Europa rinnovare i contratti con grandi ritardi?

In Italia, negli ultimi 14 anni, per soli 2,5 anni (cioè il 17,8% del periodo) i medici dipendenti hanno lavorato in presenza di un contratto nella pienezza della sua vigenza giuridico-normativa;

2. anche in Europa si tende ad enfatizzare l’assistenza sanitaria territoriale, fino al punto di “disarmare” gli ospedali, e l’assistenza medico-specialistica di secondo livello?

3. come si affronta in Europa il problema di contenere la richiesta impropria, cioè consumistica, dei servizi sanitari?

4. anche in Europa si tende ad incrementare le competenze sanitarie e professionali del personale non medico a scapito di quelle del personale medico?

5. la Convenzione di Oviedo dell’aprile 1997, nell’ambito della quale gli Stati membri del Consiglio d’Europa hanno preso impegni per la protezione dei diritti dell’uomo e la dignità dell’essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina, con particolare riguardo al problema del consenso informato, ha trovato piena e convinta applicazione?

Le risposte non sono state del tutto complete ed esaurienti, ma consentono di delineare il seguente “quadro”:

a) in Europa c’è più puntualità nel rinnovare i contratti scaduti dei medici dipendenti. Si nota tuttavia una tendenza ad introdurre contratti “a tempo”, anche di breve durata, fino ad ipotizzarsi contratti di tipo “privatistico-professionali” di durata inferiore all’anno, disegnando così una prospettiva di precarietà per la nostra categoria;

b) c’è in Europa (quantomeno in quella del Nord) meno enfasi sull’assistenza territoriale, nella consapevolezza che l’innovazione scientifico-tecnologica impone la necessità di concentrare strutture e attrezzature costose e personale altamente qualificato;

c) tutta l’Europa ha il problema di rivedere il proprio “welfare-state” e di contenere le spese sanitarie (tickets su farmaci e prestazioni, filtri alle prestazioni specialistiche, assistenza indiretta con rimborso parziale, ecc.);

d) anche in Europa sono cresciute le competenze e le responsabilità attribuite al personale non medico di assistenza, anche se il fenomeno si nota meno che in Italia, in quanto tradizionalmente il mansionario del personale infermieristico era già più ampio rispetto a nostro;

e) i medici europei sono combattuti, nel dare piena attuazione al

nuovo rapporto medico-paziente rappresentato dal consenso informato, tra due tendenze: applicare il consenso informato nel modo più puntuale, quasi ossessivo, per avere migliori difese in caso di possibili controversie medico-legali, ovvero di limitare l'informazione ai fini del consenso in modo da non alterare, con un eccesso di coinvolgimento del paziente sulle sue reali condizioni e rischi, l'instabile equilibrio psico-fisico della persona in un momento di difficoltà.

Sono inoltre ben presenti nei nostri Collegi europei le seguenti preoccupazioni:

- la possibile migrazione dei cittadini dell'Est europeo verso i servizi sanitari dell'Europa dell'Ovest, quando diverrà pienamente operante l'adesione alla Comunità europea dei nuovi Stati membri, proprio in conseguenza di una direttiva UE, ormai datata, sulla libera circolazione dei medici e dei pazienti. Per quanto riguarda l'Italia, la pletera medica fungerà probabilmente da deterrente alla scomposta migrazione di medici della Comunità europea sul nostro territorio, mentre esiste già il problema della migrazione presso di noi di medici extracomunitari (come ha ricordato il dott. Righetti, presente all'incontro in rappresentanza della FNOMCeO);

- il sistema sanitario, in particolare i servizi ospedalieri, hanno bisogno di una iniezione sostanziosa di risorse finanziarie fresche e di una migliore integrazione tra intervento pubblico-statuale e intervento privato nel settore: l'evoluzione della scienza medica e della tecnologia applicata non possono attendere. Anche se si andrà incontro a "meno Stato" nella Sanità, ciò non dovrà significare "meno risorse" per la Sanità;

- il costo crescente dei premi assicurativi per la responsabilità civile dei medici (cresciuta fino a dieci volte negli ultimi 4-5 anni in Francia, con l'oasi felice della Norvegia, dove i medici dipendenti non vengono chiamati a rispondere sul piano della responsabilità civile).

Mediamente, in Europa sono più avanti di noi in materia di formazione specialistica del personale medico (favoriti dal fatto che non esiste l'egemonia universitaria) ed hanno una tradizione più consolidata nell'ambito dell'aggiornamento e dell'educazione medica del personale già inserito nel sistema sanitario.

Come medici ospedalieri italiani abbiamo, infine, cercato di sensibilizzare i Collegi europei sul rischio di considerare i servizi di guardia medica fuori dall'orario contrattuale di lavoro, evidenziando come sia illusoria considerare tale modalità organizzativa di "costo minore": infatti la guardia medica extraorario andrà comunque pagata più dell'ora ordinaria di lavoro ed esporrebbe i medici ospedalieri ad "orari di fatto" da veri stacanovisti.

Al termine dell'incontro, l'avv. Forte ha presentato la "Regio Insubrica": si tratta di una Comunità di lavoro, costituita a Varese nel 1995, e rappresentata dal Cantone Ticino e dalle Province di Como, di Varese e del Verbano-Cusio-Ossola. Si tratta di una Associazione di diritto privato conforme alle dichiarazioni di Madrid del 1980 sulla cooperazione transfrontaliera.

La denominazione trae origine dagli Insubri, popolazione di origine celtica che popolò la regione dei tre laghi prealpini nel IV-V secolo a.C., con

>> segue a pag. 14



Giovanni Russo

IL MEDICO

Identità e ruoli nella società di oggi

Volume cartonato

f.to cm. 17x24

264 pagine - € 20,00



D. Gui, P. Piscitelli,
M. Azzaretto

Manuale di TERAPIA MEDICO CHIRURGICA

Volume cartonato

f.to cm. 12x19

1242 pagine - € 60,00

capitale Mediolanum.

La Regio Insubrica conta oggi oltre 160 membri, oltre ai quattro soggetti istituzionali anzidetti, e cioè: numerosi Comuni della Regione, Associazioni economiche e culturali, Istituti universitari, Regioni di montagna del Canton Ticino e Comunità montane delle Province italiane, singole persone fisiche e giuridiche.

La Regio Insubrica ha inoltre stipulato un accordo di collaborazione con le Province di Lecco e di Novara.

Scopi della anzidetta Comunità di lavoro sono:

- favorire lo scambio di conoscenze e informazioni per giungere alla "lettura globale" della regione transfrontaliera al fine di definire una progettualità comune, o perlomeno coordinata;
- fornire e raccogliere impulsi innovatori e rimuovere ostacoli, incomprensioni, formalità burocratiche, pur demandando agli Enti istituzionalmente competenti la successiva fase esecutiva;
- indurre una mentalità transfrontaliera aperta, al punto di favorire l'unione di Associazioni e singole persone in progettualità comuni;
- non porsi in competizione con le realtà istituzionali già presenti, ma al loro servizio.

La cooperazione transfrontaliera nella regione italo-svizzera dei Tre Laghi Prealpini è già una realtà di fatto, ma si vuole favorire la presa di coscienza dell'appartenenza ad un territorio che è iscritto, al di là dei confini istituzionali, nella storia, nella geografia, nella cultura, nella religione e nella lingua, tutte largamente comuni.

Solo pensando al "confine che unisce", e non che divide, potrà realizzarsi in un futuro non troppo remoto anche una Europa veramente unita, anche se appare paradossale che proprio la Svizzera, ancor oggi, non aderisca alla Comunità europea.

Anche nel corso del workshop di Varese, sono tuttavia emersi almeno due aspetti preoccupanti: con le regole e gli strumenti che finora i Paesi della Comunità si sono dati, l'Europa della burocrazia e degli apparati non potrà andare lontano; le rappresentanze delle categorie professionali, dei medici in particolare, sono tenute (in Italia come in Europa) in un ruolo troppo marginale, tale da non consentire loro né visibilità né efficacia di intervento in un settore fondamentale e di pubblica utilità, come è la tutela della salute.

Al termine dei lavori, il Presidente della CIMO-ASMD, dott. Stefano Biasioli, nel presentare al Vice Presidente della Provincia di Varese (arch. Giorgio De Wolf), che faceva gli onori di casa, e al Prefetto di Varese (dott. Alfonso Pironti) le conclusioni del workshop, ha ricordato come non si possa lasciare colpevolmente "senza contratto" una categoria professionale così importante e decisiva, come sono i medici dipendenti, e come sulle tematiche europee occorra mettere a tacere il "pessimismo della ragione" per esaltare "l'ottimismo della volontà", a meno che non si voglia delegare ai nostri figli, o ai figli dei nostri figli, la costruzione in concreto di quell'Europa, dotata di valore politico e capacità di indirizzo, a cui i nostri padri e nonni hanno guardato con speranza.

La CIMO-ASMD ha investito in Europa, mandando a rappresentarla alcuni dei suoi uomini migliori: Spagnoli, Dal Maso, Morresi, ecc. Se solo ci saranno le condizioni minime per operare, non potranno che fare grandi cose.

L'EUROPA CI

Maurizio Dal Maso e Ivo Spagnoli

Ci sembra realistico, e rispettoso del bipolarismo delle vicende umane, titolare in modo pessimisticamente e dubitativo il nostro report (contrariamente appunto al nostro precedente, v. Il Medico Ospedaliero e del territorio, anno II - N°4) della riunione autunnale della F.E.M.S. (Federazione Europea dei Medici Ospedalieri), tenutasi a Strasburgo dal 7 al 9 ottobre scorso.

Ma cosa è accaduto di tanto (potenzialmente) pericoloso sullo scenario europeo, tale da allarmare i Vostri cronisti?

Tema: l'orario di lavoro (scusate se è poco!). Personaggi (noti): la Commissione Europea, il Parlamento Europeo e la Corte di Giustizia Europea. Personaggi (ignoti, o meglio, nascosti): le lobbies dei vari mercati e mercanti che, in nome del liberismo, se ne infischiano delle regole, delle norme e delle Persone.

È opportuno ripercorrere con ordine il succedersi degli eventi. Tutto nasce quando un Collega tedesco, il Dr. Jaeger e il maggiore sindacato medico di Germania, il Marburger Bund, ricorrono alla Corte di giustizia europea (CJCE) contro una sentenza del tribunale di Kiel che aveva stabilito che non dovesse essere conteggiato come orario di lavoro il tempo "di riposo" durante un turno di guardia attiva.

Il 9 settembre 2003 la CJCE ha accolto la tesi dei Colleghi tedeschi e ha stabilito che tutto il tempo di guardia passato in ospedale è tempo di lavoro, indipendentemente che il medico effettui prestazioni o meno. Questo indirizzo fu recepito nella direttiva del Parlamento europeo del 4 novembre 2003 (2003/88/CE) concernente più in generale i criteri di svolgimento dell'orario di lavoro.

Sembrava tutto appianato, ma i soliti ignoti mercanti (grandi multinazionali, liberisti illuminati e lobbies di vario genere)



FARÀ LAVORARE PEGGIO?

agivano nell'ombra del Tempio!

Ed ecco che nel settembre 2004 la Commissione Europea propone la modifica della precedente Direttiva 2003/88 con una serie di norme miranti alla deregulation (leggi: mancanza di garanzie per i medici, e dunque per i pazienti!) dell'orario di lavoro. Tra queste, di grande importanza per gli operatori sanitari, l'affermazione che consiste nel definire "tempo di lavoro" solo la parte attiva del turno di guardia.

Ciò comporterebbe l'annullamento del diritto di beneficiare di periodi di riposo compensatori dopo un periodo di guardia, specie nel caso, purtroppo frequente, di una giornata completa di lavoro diurno seguita dalla guardia notturna.

Sia chiaro che tutto ciò è una "raccomandazione" che la Commissione Europea rivolge al Parlamento Europeo perché la ratifichi. Quindi nulla è ancora perduto, ma il livello di guardia (mai termine è così appropriato!) deve essere altissimo. In tutta Europa è in corso un dibattito estremamente aspro che vede tutti i sindacati (non solo dall'area sanitaria) opporsi alla ridefinizione del tempo di guardia, e tale vigilanza coinvolge anche il rinnovo del contratto di area medica in Italia, poiché il documento della Commissione prevede possibili deroghe per quei Paesi nei quali i contratti collettivi di lavoro prevedano altrimenti.

La FEMS, al termine dei lavori di Strasburgo, ha approvato all'unanimità una mozione nella quale "si contrasta il tentativo di peggiorare le condizioni di lavoro dei medici e di sicurezza per i cittadini e a tale fine implementerà tutti i più opportuni collegamenti con le altre Associazioni mediche affinché il Parlamento non ratifichi le proposizioni della Commissione".

La CIMO, da sola e con i partners sindacali europei, vigilerà attivamente su questa cruciale questione. Molto efficace la frase di un Collega europarlamentare della repubblica ceca: "Tempo di lavoro: torniamo a Dickens, o progrediamo verso un'Europa

sociale?"

Era nostro preciso dovere, data l'importanza e la potenziale gravità del problema, iniziare la nostra nota occupandoci di esso in modo esteso; ma a Strasburgo si è parlato anche di tanti altri temi. All'ordine del giorno c'erano diversi argomenti di interesse professionale e sindacale: la femminilizzazione della professione (in Italia risulta essere pari al 33%); il consenso informato; la formazione medica continua; il risk management; la demografia medica nei diversi aspetti; l'orario di lavoro; l'evoluzione delle diverse specialità; le nuove modalità di lavoro; l'organizzazione degli ospedali e i sistemi di finanziamento. Questo tema verrà studiato, in modo particolare, da un gruppo di studio misto FEMS-AEMH allo scopo di predisporre un documento che permetta di proporre un sistema integrato di finanziamento, partendo dalle condizioni esistenti nei diversi Paesi UE.

Considerazione conclusiva

Restano aperti diversi temi scottanti per la qualità della vita professionale dei medici della UE, ma sullo sfondo resta il tema di sempre, e cioè come permettere, garantire e tutelare la libera circolazione dei cittadini e dei professionisti riconoscendo l'esistenza di profonde diversità, non solo professionali, esistenti nei diversi sistemi sanitari europei.

Questa sarà la vera scommessa che vedrà tutti noi al lavoro, e su cui vi terremo costantemente informati.

*Maurizio Dal Maso
Vice presidente FEMS*

*Ivo Spagnoli
Responsabile nazionale esteri CIMO-ASMD*



RIFORMA DELLE PENSIONI: GLI ULTERIORI MOTIVI DI DELEGA

Alberto Karumann

Dopo i punti già tratteggiati nei precedenti articoli (in particolare, diritto e misura delle pensioni), restano da precisare gli ulteriori ambiti di intervento, delegati dalla legge di riforma n. 243/2004, che dovranno essere concretizzati con appositi provvedimenti attuativi. Per ognuno va riguardato il quadro attuale di riferimento, oltre che i prevedibili, nuovi contenuti.

Buonuscita e TFR

È stata già data notizia del “silenzio-assenso”, collegato all’avvio ai Fondi degli accantonamenti per TFR e buonuscita, dal vigore della nuova legge. Ciò per il carattere perentorio dell’opzione, cui ogni iscritto dovrà (o potrà) provvedere nel termine semestrale concesso. Poiché il relativo provvedimento attuativo (il secondo, dopo quello sugli incentivi, il famoso bonus) è previsto (salvo rallentamenti) per gennaio prossimo, il limite dei 6 mesi dovrebbe scadere a luglio 2005.

Tuttavia, la delega riserva, in materia, un riguardo più ampio. Sul piano generale, si tende allo stralcio e all’anticipo della parte normativa riguardante la costituzione dei Fondi complementari, per realizzare a breve il consolidamento del cosiddetto “secondo pilastro”.

Vale ricordare che i Fondi forniranno prestazioni integrative in forma di rendita, in base ai contributi accantonati ed ai rendimenti realizzati dai soggetti gestori, individuati dai rispettivi Fondi.

Il finanziamento potrà avvenire mediante destinazioni di elementi retributivi, di quote di accantonamento per il TFR, di contributi a carico del datore di lavoro.

Quanto ai destinatari, saranno associati al Fondo i dipendenti già in servizio a tutto il 2000, per i quali l’adesione è

“a scelta”, mentre per i nuovi, assunti successivamente, l’adesione è obbligata.

Con la nuova legge, verrà garantita al dipendente adeguata informazione sulla struttura e sulle condizioni dei Fondi, con ogni ulteriore elemento cognitivo per facilitarne l’adesione.

Verrà previsto il Fondo “aperto” anche per i dipendenti pubblici, che pertanto non saranno obbligati ad una gestione di categoria, né preclusi a successivi trasferimenti.

Si adotteranno misure finalizzate ad incrementare il finanziamento dei Fondi, coinvolgendo anche contratti ed accordi collettivi. Desto fondate preoccupazioni l’individuazione di modalità tacite di conferimento del TFR ai Fondi, per chi non ha aderito ad alcuna forma pensionistica complementare (sulla falsariga del silenzio-assenso).

Si provvederà a che gli investimenti del capitale dei Fondi sia tale da garantire (quanto meno) rendimenti non inferiori al tasso di rivalutazione del TFR.

Verrà semplificato il riconoscimento di personalità ai Fondi e l’approvazione di regolamenti e convenzioni per l’esercizio e la gestione degli stessi. È anche previsto un potenziamento degli Organismi di vigilanza del settore.

Sarà ridefinita infine la disciplina fiscale della previdenza complementare per la deducibilità nei confronti della contribuzione, dei rendimenti delle attività e sul trattamento corrisposto in forma di rendita.

Liberalizzazione dell’età pensionabile

Riguarderà la permanenza in servizio anche a pensione di vecchiaia conseguita (e quindi oltre i 65 anni di età). Le modalità di incentivazione saranno le stesse codificate per l’ipotesi ante i 65 anni, ma qui è determinante il consenso



del datore di lavoro. Non saranno modificate le regole per la pensione di vecchiaia delle donne e per quelle di tipo interamente contributivo.

Eliminazione progressiva del divieto di cumulo

Verrà ampliata la possibilità di cumulo della pensione di anzianità con i redditi da lavoro dipendente ed autonomo. Si ricorda che il cumulo è già ora possibile per le pensioni di vecchiaia, per quelle anticipate con almeno 37 anni di servizio e 58 di età, nonché con 40 anni di contributi utili a prescindere dall'età anagrafica, nonché per le pensioni di inabilità (tranne quelle di cui all'art. 2, comma 12, della legge n. 335/1995).

Omogeneizzazione dei trattamenti

Si tende ad eliminare le attuali diversità tra le varie gestioni, relativamente alla misura della prestazione erogata, al fine di realizzare una radicale omogeneizzazione, a parità di anzianità contributiva e di retribuzione, con conseguente abolizione dei trattamenti privilegiati. Da questa parifica resterebbero però escluse le gestioni privatizzate ancora sussistenti, come quelle per le categorie professionali, di cui al D.Lgs. 30/06/1994, n. 509.

Le diverse gestioni verranno anche obbligate ad erogare la pensione definitiva non oltre un anno dalla cessazione.

Tetto assoluto alle pensioni

Verrà previsto un limite massimo alle pensioni di tipo retributivo e misto, in misura pari ad € 15.480,00 lordi mensili.

In concreto, la retribuzione eccedente il predetto valore non sarà presa a riferimento per il calcolo della pensione. È prevedibile, peraltro, che le quote eccedenti restino ugualmente assoggettate a contributo, trovando tuttavia valorizzazione con un segmento di Fondo integrativo, di rilievo pressoché simbolico.

La vicenda, anche se interesserà un numero limitato di casi, introduce il principio di non retribuire per intero, sia pure con criteri riduttivi, la base imponibile per la pensione obbligatoria.

Contributo sulle pensioni "d'oro"

Il contributo di solidarietà, stabilito per le pensioni superiori ad € 80.000,00 annui lordi nella misura pari al 3% dal 2004 al 2006 (e già operativo, perché anticipato dalla legge finanziaria per il 2004), verrà elevato al 4% dal 2005 e fino al 2015, restando non deducibile fiscalmente.

Il prelievo in discorso mantiene concreti dubbi di costituzionalità, agendo su un diritto soggettivo già perfezionato da parte dei pensionati interessati.

Benefici a carattere sociale

Verranno rinnovate e potenziate le particolarità a favore

degli inabili, dei lavoratori precoci, delle categorie "usuranti", delle lavoratrici madri, nonché le misure a tutela degli handicappati, completando con contribuzione figurativa il tempo parziale svolto dagli stessi ed anche da soggetti che assistano familiari disabili conviventi.

Prosecuzione volontaria

Per i lavoratori autonomi (professione abituale, co.co.co., ecc.), tenuti all'obbligo presso la gestione separata INPS, di cui all'art. 2, comma 26, della legge n. 335/1995, verrà prevista anche la facoltà di una prosecuzione volontaria presso altre forme di previdenza obbligatorie, per conseguire altra pensione a carico delle stesse.

Sul piano generale, sarà consentito di proseguire nella contribuzione volontaria anche oltre i 5 anni dal raggiungimento del limite dell'età pensionabile.

Casellario posizioni previdenziali

Sarà costituito presso l'INPS il Casellario centrale delle posizioni previdenziali attive, al quale saranno tenute a fornire i dati sui propri iscritti tutte le gestioni obbligatorie (comprese le "autonome") e quelle dei regimi facoltativi. Opererà un costante monitoraggio di vari dati (denunce contributive, tipologia delle categorie, stati di invalidità o di disabilità, ecc.) anche al fine della preliminare valutazione delle iniziative legislative e regolamentari in materia previdenziale.

Tra l'altro, il Casellario consentirà di emettere l'estratto conto individuale, ovvero di calcolare preventivamente la pensione, per ogni assicurato che ne ha maturato il diritto. Si completerà ed interagirà con il Casellario dei pensionati, già esistente.

Riordino Enti di previdenza

Ancora, una delega verrà a riordinare gli Enti pubblici di previdenza e assistenza obbligatoria. Ciò al fine di una maggiore funzionalità ed efficacia, ma anche per una complessiva riduzione dei costi gestionali.

* * *

Per tutti gli argomenti che precedono, il Governo provvederà all'emissione di decreti attuativi, entro un periodo di 12 ovvero di 18 mesi, secondo le specifiche istruzioni della delega.

Sarà necessaria richiesta di preventivo parere alle Commissioni parlamentari competenti per materia. Inoltre, ove si determinino nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, l'emanazione del decreto legislativo sarà possibile solo dopo l'emanazione della legge che stanzi le occorrenti risorse finanziarie.

È dato anche un ulteriore termine di 18 mesi, per eventuali correzioni che si rendessero necessarie; ed a completamento del varo delle stesse norme, ne è prevista la rapsodia in Testo Unico.

PENSIONI: IL PUNTO SU RIVALUTAZIONE E REVERSIBILITÀ

Carlo Sizia

Ho presenziato in Roma, l'11 ottobre 2004, su incarico del Presidente Biasioli, ad una Tavola rotonda in tema di "rivalutazione e reversibilità" pensionistica.

L'iniziativa dell'incontro, tenutosi presso la Sala Conferenze di Palazzo Marini, era stata promossa da tre Associazioni (ANLA, ANSE, UGAF), che sono rispettivamente l'Associazione Nazionale Lavoratori d'Azienda, l'Associazione Nazionale Seniores Enel e l'Associazione Seniores Aziende Fiat, che raggruppa 73 Gruppi Anziani di Aziende Fiat.

Queste Associazioni, insieme ad altre, hanno promosso un Comitato d'iniziativa a difesa dei trattamenti previdenziali, che rappresenta oltre 1.600.000 lavoratori anziani.

Hanno partecipato attivamente alla Tavola rotonda: l'on. Publio Fiori, Vicepresidente della Camera dei deputati; l'on. Giorgio Benvenuto, Capogruppo DS alla Commissione Finanze della Camera dei deputati; dirigenti delle Associazioni anzidette; il dott. Elio Schettino, Direttore Nucleo Previdenza, Assistenza e Sanità della Confindustria.

Avrebbe dovuto partecipare alla Tavola rotonda anche il prof. Gianni Billia, docente di Economia e Commercio presso l'Università La Sapienza (già Presidente dell'INPS, dell'INAIL e, per un breve periodo, anche della Rai-TV), che purtroppo è mancato improvvisamente pochi giorni prima dell'incontro anzidetto.

Si devono tuttavia proprio all'impegno del prof. Billia, e alla cortesia della dott.ssa Marcella Amati (dell'Ufficio legislativo INPS) i dati e le tabelle, che verranno riportati qui di seguito.

Erano invece assenti (pur essendo stati ufficialmente annunciati come partecipanti) i senatori Tiziano Treu, Lamberto Dini e Giulio Andreotti, nonché la sen. Grazia Sestini, come gli onorevoli Emanuele Falsitta ed Enzo Scotti.

Perché la protesta delle Associazioni

anzidette e quale è il punto in tema di rivalutazione e reversibilità pensionistica?

Nel 1993, a causa della grave crisi economica del Paese e dell'andamento dei prezzi, il Governo Amato I ha eliminato l'adeguamento delle pensioni alla dinamica salariale (perequazione), limitandosi ad applicare (una sola volta all'anno) l'adeguamento inflattivo, ma non in uguale misura per tutti i trattamenti pensionistici.

E così (Tabella 1) su 16,4 milioni di pensionati, la rivalutazione annua rispetto all'inflazione si attua in modo differenziato, secondo la misura della pensione percepita.

generale al Ministero delle Finanze).

Dall'insieme dei dati anzidetti, emerge con certezza che le pensioni in godimento perdono dal 4 al 5% ogni anno in termini di potere reale d'acquisto, per dimezzarsi in circa 10-12 anni, con un decremento più sensibile per le pensioni delle categorie medie e medio-alte.

Per quanto riguarda le pensioni di reversibilità, esse erano nel 1980 circa 2,3 milioni; nel 2003 esse sono circa 3,8 milioni, di cui beneficiano 430.000 uomini e ben 3.348.000 donne (87,2%).

L'importo complessivo erogato solo dall'INPS per le pensioni di reversibilità è passato da 17,8 milioni di euro/anno nel 1998 a 21,2 milioni di euro nel 2003, di

Tabella 1 INDICIZZAZIONE DELLE PENSIONI

numero dei pensionati anno 2003	importo lordo annuo della pensione (in lire)	recupero inflazione
11,6 milioni	fino a 30 milioni	100%
3,5 milioni	da 30 a 50 milioni	90%
1,3 milioni	oltre 50 milioni	75%
totale pensionati: 16,4 milioni		

L'importo medio delle pensioni della nostra categoria supera per l'appunto i 50 milioni annui lordi di vecchie lire.

A ciò si aggiunga che la rivalutazione è effettuata secondo un "paniere" di voci che è certamente inadeguato, in particolar modo per i lavoratori pensionati, per cui gli indici di svalutazione (e, quindi, di rivalutazione) come calcolati dall'ISTAT sono certamente "bugiardi" rispetto alla svalutazione reale.

Ma non basta: il prelievo fiscale sui pensionati è passato dal 4,7% nel 1987 al 12,7% nel 2002, e toccherà il 14% nel 2004 (dati forniti per competenza dall'on. Benvenuto, che è stato per anni Direttore

cui circa 19,5 milioni di euro per le sole pensioni "al femminile".

Dal 1996, con la riforma Dini (L. 335/1995), le pensioni di reversibilità hanno subito una ulteriore decurtazione in relazione ai redditi personali del superstite.

Infatti la pensione di reversibilità era già decurtata fin dall'origine in quanto, per legge, il superstite ha diritto di godere solo del 60% dell'importo della pensione diretta (con riduzione, quindi, del 40%). Con la riforma Dini, vengono apportate le seguenti ulteriori riduzioni (Tabella 2).

Tabella 2 PENSIONI DI REVERSIBILITÀ
(valori lordi annui in lire)

pensione diretta	pensione di reversibilità teorica	controllo su altri redditi del superstite	pensione di reversibilità effettiva	riduzione della pensione di reversibilità effettiva al:
60 milioni	36 milioni	fino a 31 milioni	36,0 milioni	-
		da 31 a 41,5 milioni	27,0 milioni	= 75% (-25%)
		da 41,5 a 51,8 mil.	21,0 milioni	= 60% (-40%)
		oltre 51,8 milioni	18,0 milioni	= 50% (-50%)

Anche in questo caso, la decurtazione penalizza principalmente il ceto medio, in particolare le donne.

La rilevanza data al reddito personale del superstite ai fini previdenziali risulta inoltre "vessatoria": si tratta infatti del reddito complessivamente dichiarato ai fini fiscali, quindi anche quello derivante da beni mobili o immobili eventualmente pervenuti in eredità (oltre che quelli frutto del proprio lavoro personale), che nulla hanno a che vedere con la contribuzione specificamente versata dal dante causa ai fini previdenziali, cioè proprio allo scopo di tutelare socialmente "l'evento-morte". Tutti i dati numerici e quantitativi fin qui riportati, sono riferiti esclusivamente all'INPS, il principale Istituto previdenziale italiano, ma gli stessi criteri in termini di indicizzazione e reversibilità pensionistica valgono anche per gli altri Istituti previdenziali, INPDAP compreso. L'on. Benvenuto ha anche affermato che la deindicizzazione delle pensioni, che opera dal 1993, e gli ulteriori abbattimenti sulle pensioni di reversibilità, che operano dal 1996, hanno determinato a tutto il 2002 (cioè in 10 anni) un "risparmio" sul fronte della spesa previdenziale di circa 150.000 miliardi di vecchie lire, anche se la spesa sociale in Italia non presentasse, e non presenti complessivamente, sbilanciamenti particolari rispetto ad altri Paesi europei (vedi Tabella 3, di confronto con la Germania riferito al 2001).

È interessante considerare l'atteggiamento tenuto dai due politici presenti alla Tavola rotonda: l'on. Publio Fiori (AN) ha parlato di "tradimento della politica" nei confronti dei pensionati (dimenticando, come spesso succede ai politici, di essere tra i responsabili del "tradimento"), e di "22 anni di sue sconfitte personali" rispetto all'obiettivo di garantire l'aggancio automatico delle pensioni alla dinamica salariale; l'on. Giorgio Benvenuto (DS) ha naturalmente "cavalcato la tigre", facendo leva sulla sentenza 30/2004 della Corte costituzionale (sentenza purtroppo non immediatamente precettiva, ma che ha segnalato il degrado dei trattamenti di quiescenza in essere, dovuto alla "inadeguatezza" degli attuali meccanismi di indicizzazione) ed invitando i pensionati a suggerire emendamenti (da inserire nella finanziaria 2005!) al fine di migliorare (attraverso l'adozione di un "paniere" specifico per i pensionati) l'adeguamento delle pensioni rispetto alla svalutazione (nessuna apertura è venuta dall'on. Benvenuto rispetto al loro aggancio alla dinamica salariale dei lavoratori attivi, ovvero ad una indicizzazione non differenziata rispetto alla misura della pensione).

Il rappresentante di Confindustria (dott. Schettino), giustamente contestato dall'assemblea dei pensionati, ha naturalmente sostenuto il "rigore" nella spesa previdenziale e ha fatto l'occhiolino

all'attuale commistione tra previdenza e assistenza (gli industriali vogliono continuare a giocare con la cassa integrazione).

IN CONCLUSIONE, MI PARE DI POTER OSSERVARE:

- che se davvero si volessero rivedere le aliquote fiscali sui redditi da lavoro, non si potrebbero non rivedere contestualmente anche le attuali norme in tema di rivalutazione e reversibilità pensionistica;
- che non è vero che non sono state "toccate le pensioni in essere": il Governo Amato I e la riforma Dini hanno calpestate certamente diritti acquisiti dai pensionati, e leso sicuri diritti in capo al coniuge superstite, mentre sono state rinviate le penalizzazioni nei confronti dei lavoratori attivi e dei pensionandi;
- che temo che non sarà la finanziaria 2005 quella che consentirà ai pensionati di "allargare la cinghia" dei pantaloni; anzi, qualora il Governo Berlusconi promettesse di alleggerire la pressione fiscale (IRE) 2005, Vi consiglio di attendere, per gioire, il consuntivo 2005 del vostro personale portafoglio per operare la "prova verità", cioè la verifica se è più quello che il Governo ci ha dato, o quello che ci ha complessivamente tolto (anche sul fronte del rinnovo contrattuale, che sta registrando ritardi ed inadempienze "da record").

Tabella 3 SPESA PUBBLICA PER PRESTAZIONI SOCIALI (valori percentuali sul PIL)

	Germania 2001	Italia 2001
pensioni	14,4%	16,7%
disoccupazione	2,4%	0,4%
famiglia	3,0%	1,0%
totale prestazioni sociali	28,7%	24,6%

Fonte: Eurostat 2004.

L'ONAOSI SI RINNOVA NELLA CONTINUITÀ

Mario Colucci



L'ONAOSI, con sede in Perugia, è un Ente che, grazie al genio ed all'intuito del fondatore, il medico condotto Luigi Casati, ha avuto sin dal 1892 il precipuo compito di assistere gli orfani dei medici, veterinari e farmacisti italiani. Storicamente, venivano, per legge, automaticamente considerati aderenti all'Opera tutti i sanitari delle suddette categorie che avessero un contratto di dipendenza, e la quota annuale veniva pagata con una trattenuta mensile, calcolata in percentuale sulla maggior parte delle voci stipendiali. Ad essi si aggiungevano quelli che, pur non essendo a rapporto di dipendenza, volontariamente decidevano di iscriversi, versando una quota annuale.

L'assistenza che l'Opera ha sempre dato ai ragazzi, orfani dei sanitari, dall'età pre-scolare a quella universitaria, sino alla laurea, e successivamente anche durante la specializzazione o il perfezionamento post-laurea, è variegata: dal semplice sussidio in denaro per i ragazzi che rimangono a studiare presso la propria famiglia, all'ammissione nelle strutture di proprietà dell'Opera (collegi maschili e femminili di Perugia, oppure presso i Centri-studio presenti a Torino, Pavia, Padova, Bari), nonché sostegno per coloro che studiano fuori dalla propria residenza, supporto per i portatori di handicaps, premi (di studio, post-laurea, per le tesi migliori) e specifiche sovvenzioni (aggiuntive rispetto a quelle anzidette) per gli scambi culturali (Erasmus, Socrates), sia in Paesi europei che extraeuropei, ecc.

Si tratta di assistenza agli orfani, in prima battuta, ma successivamente essa si è dilatata anche ai figli non orfani dei sanitari aderenti all'Opera, nonché a tempi successivi al conseguimento della laurea, infatti l'ONAOSI finanzia Corsi di formazione (Progetto Logos, Programma Start) per facilitare loro l'ingresso nel mondo del lavoro.

Ma altri servizi (offerta anch'essi in prima istanza agli orfani ed ai loro familiari) sono stati estesi (in caso di non completo

utilizzo da parte degli assistiti "prioritari") anche alle famiglie di tutti i sanitari italiani (che ne facciano richiesta, e seguendo un trasparente ordine di precedenza). Si tratta dei Centri Vacanza, estivi ed invernali, che l'Opera possiede e mette a disposizione a costi molto contenuti a Pré Saint Didier (AO), a Nevegal (BL), a Porto Verde (RI) e a Torre Normanna di Ispani, in Provincia di Salerno.

Ancora successivamente, il campo di assistenza dell'Opera si è esteso anche ai Collegi anziani, aprendo per loro, in Perugia, la Residenza di Montebello.

Personalmente, un sentimento di riconoscenza mi lega a tale Ente: in quanto orfano di medico ho goduto dell'assistenza da esso erogata. Inoltre, nel 1977, allorquando, con il D.P.R. 616, l'Opera fu considerata un "ente inutile", quindi da sopprimere, insieme ad altre Organizzazioni (in particolare, vedi quella delle Mogli dei Medici Italiani), risposi subito all'appello nazionale indirizzato alla sua difesa, con la costituzione nella mia Provincia, così come diversi altri Collegi hanno fatto nelle loro, della Sezione provinciale dell'Associazione Nazionale Assistenza Orfani Sanitari Italiani (ANAOSI). Tale Associazione, che ho avuto l'onore di presiedere, riuscì a raccogliere in breve tempo, e a dire il vero senza grandi difficoltà, un buon numero di adesioni; e devo sottolineare che l'adesione avvenne da parte di tutte le categorie mediche, dipendenti e non.

In questo modo si riuscì a raggiungere l'obiettivo prefissato: infatti con la legge n. 167 del 1991 l'ONAOSI veniva salvata definitivamente, con riconoscimento del suo buon diritto di continuare ad esistere ed operare.

Fino al 2003, come ho detto prima, erano obbligati al versamento solo i sanitari dipendenti pubblici, mentre quelli privati o convenzionati aderivano solo volontariamente. Recentemente, con la legge n.289/2002 (legge finanziaria per il 2003), in virtù dell'art. 52, comma 23, l'adesione



all'Opera (che frattanto dal 1995 è stata trasformata in "Fondazione") è diventata obbligatoria non soltanto per i sanitari dipendenti, e per quelli che volontariamente si erano iscritti, come era già avvenuto finora, ma per tutti i laureati in Medicina, Odontoiatria, Veterinaria e Farmacia.

Ai sensi dell'art. 4 del Regolamento, l'entità dei contributi annuali per il 2004 è la seguente: €. 36,00 per una età inferiore ai 33 anni, €. 144,00 per una età compresa tra i 33 ed i 67 anni e, per chi ha più di 67 anni, €. 18,00 annuali, oppure €. 100,00 una tantum, quota quest'ultima valida per tutta la vita.

In tal modo, con le nuove quote, la trattenuta mensile dei medici dipendenti, precedentemente iscritti obbligatori, si è ridotta di circa il 50%.

Ma, nel frattempo sono venute alla ribalta numerose proteste da parte di varie Associazioni, sia dei Medici (SNAMI), che dei Farmacisti e dei Veterinari (ANMVI), che considerano non legittimo tale tributo. Persino alcuni Ordini provinciali delle suddette categorie (vedi quelli della Lombardia, in particolare di Milano) considerano iniqua tale nuova "tassazione", facendo notare tra l'altro che per alcuni la quota da pagare è superiore a quella di iscrizione all'Albo stesso. La Federazione Nazionale degli Ordini dei Farmacisti ha persino presentato un ricorso al TAR Lazio, mentre già dal giugno 2003 al Senato della Repubblica è stato presentato un disegno di legge che mira ad abrogare l'estensione a tutti i sanitari italiani, iscritti agli Ordini professionali dei medici e degli odontoiatri, dei veterinari e dei farmacisti, dell'obbligo del contributo all'ONAOSI.

Il notevole aumento di iscritti, che così si è venuto a creare, ed il conseguente aumento degli introiti annuali dell'Opera, permetterà sicuramente a quest'ultima di poter migliorare l'attuale ventaglio delle prestazioni di assistenza, già più che meritoria, e di allargare ulteriormente i campi di intervento.

È inoltre probabile, visto il notevole apporto economico annuale, che si va ad aggiungere al suo già considerevole patrimonio, che l'Opera possa deliberare in futuro un ulteriore abbassamento della quota annuale di iscrizione.

E, con tale decisione, penso che tutti potranno accettare di buon grado questa contribuzione (vecchia e nuova), che permette di assistere giovani figli di nostri Colleghi scomparsi (ma non solo questi), consolandosi col fatto di poter dedurre fiscalmente, ed in toto, tale contributo di solidarietà, lungimirante forma di previdenza ed assistenza integrativa, che le categorie dei sanitari italiani hanno saputo darsi, da ormai più di un secolo.



C.K. Cassel, R.M. Leipzig, H.J. Cohen, D.E. Meier, E.B. Larson,

MEDICINA GERIATRICA

Un approccio basato sull'evidenza

Prima edizione italiana dalla quarta edizione inglese

a cura di Marco Trabucchi

Volume cartonato

f.to cm. 21x28

1264 pagine - € 15,00



E. Rosati, R. Galli, A. E. Catucci

LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

qualità della compilazione e controlli di congruità

come NON compilare la parte sanitaria della scheda di dimissione ospedaliera

2004

Volume di 322 pagine

Brossurato

f.to cm. 17 x 24

€ 20,00

ESENZIONE DAL TICKET

Luigi Dal Sasso e Chiara Marangon

DISPOSIZIONI E PRINCIPI

Dalla seconda metà degli anni Ottanta, varie leggi statali, in particolare leggi finanziarie, hanno previsto l'obbligo, da parte del cittadino, di concorrere nel sostenere i costi del Servizio Sanitario Nazionale, versando un "quantum economico", definito col termine "partecipazione ai costi sanitari" o (ticket sanitario).

La corresponsione, da parte del cittadino, ha riguardato in modo pressoché continuativo nel tempo le prestazioni specialistiche ambulatoriali, di laboratorio d'analisi e di diagnostica per immagini e, talvolta, le prestazioni farmaceutiche, secondo disposizioni normative contenute nelle varie leggi statali.

Sin dall'inizio, il Legislatore si è preoccupato di prevedere forme di esenzione dal pagamento del ticket per particolari situazioni di malattia, di interesse sociale (es.: maternità), di prevenzione collettiva, di status di invalidità e di fragilità socio-economica (essere titolari di un certo reddito IRPEF; essere titolari di una pensione sociale o di una pensione al minimo, ecc).

Da subito, le situazioni di fragilità socio-economica sono state contemplate in varie leggi finanziarie dello Stato: il primo provvedimento che ha normato l'esenzione dal pagamento del ticket sanitario per situazioni di malattia o invalidità è il decreto ministeriale del 1° febbraio 1991 "Rideterminazione delle forme morbose che danno diritto alla esenzione dalla spesa sanitaria"; la tappa successiva è rappresentata dal D.Lgs. n. 124/98 "Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime di esenzioni a norma dell'art. 59, c. 50, della L. 27.12.1997, n. 449".

Accanto alle situazioni di esenzione storicamente consolidate nel tempo in regime di totale e generale gratuità/esenzione (prestazioni di medicina generale e pediatria di libera scelta, ricoveri ospedalieri, interventi di prevenzione collettiva, gravidanza, vaccinazioni, prevenzione HIV, atti di donazione d'organo, ecc), il suddetto provvedimento di riordino generale, contemplando la revisione delle esenzioni già elencate nel D.M. 1° febbraio 1991, delineava regolamentazioni distinte per le malattie cronico invalidanti, per le malattie rare e per lo status di invalidità.

Da questo provvedimento sono derivati i due distinti regolamenti applicativi, il D.M. 329/99 per le malattie cronico in-

validanti e il D.M. 279/2001 per le malattie rare, mentre relativamente alle esenzioni collegate agli status di invalidità e per reddito, la revisione risulta essere non ancora intervenuta.

Un richiamo a parte va fatto circa le modalità attraverso le quali si riportano in prescrizione medica i titoli di esenzione. Relativamente alle prestazioni specialistiche e farmaceutiche erogabili in regime di esenzione per motivi di fragilità economica, la posizione di esenzione viene riportata direttamente dal cittadino utente, sul retro della prescrizione medica, sotto forma di autocertificazione rilasciata ai sensi dell'art 46 lett."o" del D.P.R. n. 445/2000.

Viceversa, relativamente alle prestazioni specialistiche e farmaceutiche erogabili in regime di esenzione per motivi di malattia, di status di invalidità, di interesse sociale prevalente,

la tipologia di esenzione viene riportata direttamente dal medico prescrittore (chiunque esso sia, medico di medicina generale o specialista ospedaliero o ambulatoriale) sul davanti della prescrizione apponendo nello spazio dedicato, il relativo codice di esenzione, previa esibizione da parte dell'assistito della relativa attestazione/certificazione - titolo di esenzione, rilasciata dall'azienda di appartenenza.

RISVOLTI PRATICI

Perché dedicare attenzione al problema dell'esenzione dal ticket in una rivista sindacale?

Perché dare spazio ad un argomento solo apparentemente "burocratico", e che nulla ha a che fare con la professione?

A cosa serve e a chi serve?

A noi sembra utile dedicare un po' di tempo a questo argomento perché non è solo un problema burocratico che riguarda gli uffici amministrativi, o solo i medici di medicina generale, ma a diverso titolo coinvolge tutti gli operatori della sanità.

È questa una frequente causa di conflitti fra medici e riteniamo che con una conoscenza migliore dell'argomento e qualche atteggiamento di buona volontà molti attriti si potrebbero evitare.

La norma prevede che la certificazione medica per attestare il diritto all'esenzione sia redatta da un medico specialista di struttura pubblica (e quindi sono escluse le Case di cura priva-



te). Ancora oggi molte persone vengono visitate negli ambulatori divisionali o dimesse dopo ricovero ospedaliero con diagnosi di patologia per cui è prevista l'esenzione dal pagamento di tickets sanitari. Se per questa patologia viene redatto il certificato medico dallo specialista, e data l'indicazione all'utente di recarsi nel proprio distretto per ottenere il tesserino di esenzione, si ottengono due risultati positivi: il cittadino vede riconosciuto da subito un suo diritto e gli ambulatori di reparto e i poliambulatori delle ASL non vedono allungarsi a dismisura le liste di attesa per visita medica unicamente per ottenere una certificazione utile per il riconoscimento dell'esenzione dal pagamento del ticket.

Va anche precisato che laddove si prenotano visite ambulatoriali dando la precedenza a criteri di gravità clinica, e non di arrivo temporale, le visite tese unicamente ad ottenere una certificazione di malattia non vengono – giustamente – considerate con priorità e attendono anche lungo tempo.

Ogni specialista non deve (né può) conoscere tutto l'elenco delle malattie esentabili. È sufficiente che ciascuno conosca le patologie riconosciute esenti relative alla propria disciplina. Ad esempio, un neurologo non dovrà far diagnosi di diabete, l'ortopedico non occorre conosca cosa è previsto per le anemie, ecc.

Per ciascuna patologia compresa nel decreto delle malattie croniche, è previsto un elenco di prestazioni esentabili (fanno eccezione particolari malattie e condizioni, per esempio la sclerosi multipla, patologie neoplastiche maligne e tumori dal comportamento incerto, per le quali non sono identificate le singole prestazioni erogabili in esenzione, in quanto le necessità dei soggetti affetti sono estese e variabili, ed il medico prescrittore le individuerà in base alle specifiche condizioni cliniche e necessità del paziente). Tutto ciò che non è compreso in detto elenco è soggetto al pagamento del ticket da parte di chiunque: il non rispetto rigoroso di questa limitazione ha visto di

recente alcune sentenze che hanno imposto al medico prescrittore il pagamento di quanto indebitamente sottratto all'erario. Per quanto riguarda invece le malattie rare, il D.M. n. 279/2001, a causa della varietà e della complessità delle manifestazioni cliniche di ciascuna malattia, prevede che siano erogate in esenzione tutte le prestazioni appropriate ed efficaci per il trattamento ed il monitoraggio della malattia rara accertata e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.

La non conoscenza di questi aspetti e la non corretta informazione data al paziente genera i successivi conflitti fra utenti e medico di medicina generale, e di questi ultimi con gli specialisti.

Una ricetta medica compilata per un cittadino cardiopatico e con l'indicazione del relativo codice di esenzione, con richiesta di esami di laboratorio senz'altro utili per il monitoraggio della malattia, ma non contemplati negli elenchi ministeriali, viene intercettata in qualunque accettazione di laboratorio dove verrà spiegato all'utente che per alcuni esami dovrà pagare il ticket. Ciò genera discussioni e scarico di responsabilità che potrebbero essere evitati in partenza.

L'argomento esenzione ticket può essere visto non solo come zavorra burocratica e motivo di confusione, ma anche come opportunità. Lamentiamo spesso la modesta possibilità di condurre ricerche epidemiologiche, o la difficoltà di avere dati precisi relativi alla prevalenza e incidenza di una determinata patologia.

Certamente il processo della "esenzione ticket" non rappresenta il massimo della ricerca scientifica. È un processo nato per riconoscere un diritto al cittadino, e quindi con criteri specifici e limitati. Proprio perché riconosce il diritto ad ottenere benefici economici, la quasi totalità degli eventi diritto chiede di essere certificata. Oggi pertanto per 57 DRG di patologie croniche e per qualche centinaio di malattie rare si conoscono numeri precisi.

Si può allora ragionare con maggiore

appropriatezza e pertinenza, quando si fa programmazione a livello locale, e si deve ragionare per allocare risorse, umane e tecnologiche.

Oggi ciascun medico specialista può chiedere alla propria ASL i dati relativi alle patologie che lo interessano, e su questi fare considerazioni più mirate. Si possono progettare percorsi diagnostico assistenziali integrati fra ospedale e territorio, sapendo a quanta utenza ci si rivolge, e quindi offrendo una più equa accessibilità ai servizi, incrementando l'offerta dove è maggiore la prevalenza di quella patologia, e riducendola dove è minore.

Ancora: poiché una percentuale contenuta di popolazione con patologia cronica (oltre agli anziani) assorbe una grande quantità di risorse, una buona conoscenza dei dati di prevalenza delle malattie croniche potrebbe essere anche un criterio da considerare per distribuire le risorse del FSN e FSR diverso dall'attuale, basato unicamente sulla popolazione residente, magari sana (come da tempo sostiene la CIMO-ASMD).

Anche su questo argomento chiediamo il parere degli iscritti e la segnalazione di iniziative locali degne di essere diffuse.

P.S. Per chi fosse interessato ad approfondire l'argomento, i riferimenti normativi essenziali sono i seguenti:

- Decreto Legislativo 29 Aprile 1998, n. 124.
- Decreto Ministeriale 28 Maggio 1999, n. 329 (malattie croniche)
- Decreto Ministeriale 18 Maggio 2001, n. 279 (malattie rare)
- Circolare Ministeriale 13 Dicembre 2001, n. 13 (Indicazioni ...)

Per il Veneto: DGR n. 1361 del 7 Maggio 2004.

Per chi volesse consultare il sito Veneto delle malattie rare.
<http://malattierare.pediatria.unipd.it>

CARTELLA CLINICA: IMPEGNO INSIDIOSO

Stefano Biasoli

È strano come uno strumento quotidiano di lavoro, la cartella clinica, sia così negletto e trascurato: negletto, perché pochi medici lo usano e lo valorizzano come sarebbe doveroso fare e come converrebbe (nel loro stesso interesse); trascurato, perché – all'interno del lavoro medico – la tenuta e la compilazione della cartella viene considerata una noia o una routine, e non un preciso dovere, da affrontare con grande impegno e senso di responsabilità.

Ecco, in sintesi, alcuni elementi da cui non si può prescindere per una corretta compilazione della cartella clinica.

STORIA ED EVOLUZIONE

I progenitori della cartella clinica risalgono all'era paleolitica (i graffiti di pazienti), proseguono nell'epoca egizia (colonne con disegni di persone malate) e ai tempi di Ippocrate (negli "asklepiei", cioè templi/ospedali di Asclepio, esistevano colonne con i nomi dei pazienti) e con Galeno, i cui seguaci pubblicavano i resoconti medici nei "Romana Acta Diurna", affissi nel Foro.

In Italia, la cartella clinica è stata variamente, anche se incompiutamente, normata. Ad esempio:

- da un Regio decreto del 1891 (relativo agli affetti da malattie mentali);
- dalla legge Petragliani del 1938 (che attribuiva al primario la responsabilità delle cartelle cliniche);
- dal D.P.R. n. 128/69 (in cui il direttore sanitario è individuato quale responsabile dell'archivio delle cartelle cliniche);
- dal D.P.R. n. 225/74 (in cui vengono responsabilizzati anche gli infermieri professionali circa la tenuta della "cartella infermieristica");
- dal vigente Codice di deontologia medica (artt. 21 e 22).

DEFINIZIONE

La cartella clinica è il documento medico che riassume la storia del paziente durante il ricovero. Più estesamente, la cartella clinica riassume la storia sanitaria del paziente. Ma, in Italia, non esiste una car-

tella clinica che riassume tutto il percorso clinico del paziente.

Infatti il medico di medicina generale (MMG) ha una "sua" cartella; gli ospedalieri hanno un numero di cartelle pari al numero dei ricoveri (ricoveri multipli in diversi ospedali ed in diversi Divisioni, UOC, Servizi, ecc.), con ulteriori cartelle/cartelline legate alle attività ambulatoriali (ambulatori specialistici o attività in day-hospital o day-surgery); i medici dei distretti hanno una loro cartella; l'attività in ADI è ulteriormente e diversamente documentata.

Per convenzione, però, la cartella clinica è essenzialmente quella "ospedaliera".

Tale cartella rappresenta un insieme di documenti, nei quali viene registrata dai medici e dagli infermieri una serie di notizie (anagrafiche, sanitarie, sociali, ambientali, giuridiche) riguardanti il malato ricoverato in ospedale, con particolare riferimento al decorso della malattia, agli esami effettuati, alla terapia praticata, ecc.

Tutto ciò al fine di poter documentare l'iter per pervenire alla diagnosi della malattia che ha determinato il ricovero, gli interventi eseguiti e le cure mediche effettuate, anche per una loro utilizzazione sotto il profilo scientifico, statistico-epidemiologico, giuridico, amministrativo e medico-legale.

COMPOSIZIONE

La cartella clinica è composta da molte parti, tutte importanti ai fini clinici e documentali. Le ricordiamo: il frontespizio (con i dati del paziente); l'anamnesi; l'esame obiettivo; la termografica (temperatura, peso, pressione arteriosa, terapia, ecc.); il diario clinico; i referti strumentali; le varie consulenze specialistiche; la documentazione dell'attività chirurgica e/o invasiva; i fogli del consenso informato; la lettera di dimissione (resoconto clinico, diagnosi e terapia).

Tanti fogli, alcuni dei quali "volanti" (quindi soggetti a possibile "sparizione"), altri riuniti a fascicolo. Più il ricovero è lungo, più le carte si accumulano e mag-

giore è il rischio dello smarrimento di fogli documentali importanti.

Non solo, ma alla cartella clinica medica di aggiunge una "cartella infermieristica", in cui gli infermieri professionali stendono un loro resoconto relativo a quel dato ricovero, resoconto potenzialmente diverso da quello dei medici. Tutto ciò può determinare ambiguità e risultare "pericoloso", soprattutto in quelle strutture in cui i medici non ritengono loro preciso dovere e difesa la compilazione quotidiana del diario clinico, a documentazione della correttezza professionale del loro impegno di lavoro.

ATTO PUBBLICO

La cartella clinica ospedaliera rappresenta un vero e proprio "atto pubblico", la cui compilazione:

- se omessa, può esporre il medico dipendente inadempiente all'accusa di reato di "omissione di atti di ufficio";
- se non veritiera, rappresenta un falso ideologico;
- se postuma/posteriore al ricovero, ovvero contraffatta, espone l'agente all'accusa di falso materiale.

Nelle strutture pubbliche del S.S.N. la cartella clinica ha natura giuridica di atto pubblico "fede facente", fino a prova contraria, mentre nelle strutture sanitarie totalmente private (ossia non convenzionate con il S.S.N.), essa rappresenta solo un promemoria dell'attività svolta.

COMPILAZIONE

È regolamentata da numerose leggi e decreti (ad esempio: art. 63 del D.P.R. 761/79; DPCM 27/06/1986; legge 42/99), nonché dal Codice di deontologia medica (art. 23). In sintesi, le regole di fondo sono così riassumibili.

La cartella clinica è il diario del decorso della malattia e di altri fatti clinici rilevanti; i fatti debbono essere annotati contestualmente al loro verificarsi, o nella loro immediata vicinanza.

Ciascuna annotazione presenta, singolarmente, autonomo valore documentale definitivo, che si realizza nel momento

stesso in cui viene trascritta e qualsiasi successiva alterazione, apportata durante la progressiva formazione del documento nel suo complesso, costituisce falsità, ancorché il documento sia ancora nella materiale disponibilità del suo autore, in attesa di trasmissione alla direzione sanitaria.

Le annotazioni devono essere fatte con grafia leggibile, e con puntualità almeno quotidiana (a tal proposito, qualche nota di autocritica possiamo pure farla).

Per la correzione di eventuali errori di compilazione, è sufficiente barrare (lasciandola tuttavia leggibile) la primitiva annotazione e riportare la nuova con immediata sollecitudine, controfirmando e datando il testo corretto.

SEGRETO

Il Codice penale (artt. 326 e 622), il Codice di deontologia medica (artt. 9 e 10) e la legge 675/96 (tutela della privacy), affermano che la cartella clinica è un documento contenente informazioni personali, che vanno pertanto tutelate e difese.

L'illegittima divulgazione del contenuto della cartella clinica può condurre a conseguenze di ordine penale (per la violazione del segreto professionale o di quello d'ufficio) e/o a censure da parte del proprio Ordine o Collegio professionale, per violazione del segreto professionale stesso.

Lo studente frequentatore ed il medico tirocinante, in quanto non strutturati, sono tenuti solo al segreto professionale e non anche a quello d'ufficio.

CONSERVAZIONE

Alcuni riferimenti normativi (art. 97 della Costituzione; artt. 2, 5 e 7 del D.P.R. 128/69; D.P.R. 225/74; art. 10 Codice di deontologia medica; disposizioni ministeriali e interpretazioni giurisprudenziali) fanno ritenere che le cartelle cliniche, unitamente ai relativi referti, vadano conservate illimitatamente perché costituiscono un atto ufficiale a garanzia della certezza del diritto e perché sono una fonte documentale preziosa, sia sul piano clinico-scientifico che sul piano storico-sanitario.

La documentazione diagnostica, assimilabile alla documentazione radiografica, va conservata per almeno 20 anni. È prevista la possibilità di microfilmatura-scannerizzazione (D.P.R. 445/2000),

anche se non è ancora chiara la possibilità di fotocopiatura.

CIRCOLAZIONE

La circolazione della cartella è regolata da cinque disposizioni: art. 5 D.P.R. 128/69; Codice di deontologia medica (artt. 10 e 11); legge 675/96 (tutela della privacy); D.Lgs. 282/99 (tests genetici) e Parere dell'Authority sulla privacy (19/05/2000).

Sinteticamente, occorre attenersi in proposito alle seguenti norme:

- il paziente ha diritto di avere, ogni volta che lo desidera, piena visione e copia della cartella clinica, ma non può farsi consegnare l'originale della stessa;
- la cartella clinica può essere rilasciata: al diretto interessato; al tutore o a chi esercita la patria potestà in caso di minore o incapace; a persona fornita di delega scritta (ivi compreso il medico curante); all'Autorità giudiziaria; agli enti previdenziali (INAIL, INPS, ecc.); al S.S.N.; agli eredi legittimi, con riserva per determinate notizie; ai medici a scopo scientifico-statistico, purché sia mantenuto l'anonimato;
- la cartella clinica invece non può essere rilasciata a terzi, se non muniti di delega (compresi il coniuge o i parenti stretti), né al medico curante, senza l'autorizzazione del paziente stesso, né ai patronati, ecc.

Le cartelle possono essere inviate ai Ministeri (in particolare quello della Salute e, raramente, a quello della Funzione pubblica) ed all'autorità di Pubblica sicurezza, ma solo per le notizie relative a precisi quesiti di ordine sanitario.

CONCLUSIONI

La cartella clinica costituisce un "buco nero" all'interno del lavoro routinario del medico ospedaliero. Molto spesso, infatti, per i cronici problemi legati alla velocità dei tempi assistenziali ed all'insufficiente rapporto tra efficienza ed efficacia, la cartella clinica viene compilata male, cioè con superficialità, con parzialità, in ritardo.

E così la sua funzione si distorce: da fondamentale strumento per pervenire ad una diagnosi affidabile e per dimostrare la correttezza dell'iter diagnostico e terapeutico, a prova documentale di errori, omissioni, scelte cliniche parziali od immotivate.

Ma la cartella clinica è, per sua natura, uno strumento "neutro". Che diviene, invece, elemento di accusa (se compilata male) o di tutela (se compilata in modo corretto) in un mondo sanitario dominato dalla ricerca del "colpevole" e basato (purtroppo) sulla medicina difensiva e non sulla medicina del consenso. Non pensiamo che leggi e norme ulteriori possano risolvere questo grosso problema. Siamo però convinti che la medicina del terzo millennio debba darsi delle regole nuove e condivise, anche in tema di cartella clinica. Le possibilità multimediali attuali (dalle fotocopie, ai fax, alle e-mail, ad internet) possono gravemente compromettere l'integrità della cartella clinica, violando sia la privacy del paziente che la doverosa riservatezza sugli atti professionali quotidiani, che diventano così esposti al pubblico commento (specializzato o no) e, talvolta, anche al pubblico ludibrio. Le cronache giornalistiche sono, purtroppo, ripiene di presunti scandali sanitari quotidiani, alimentati proprio da uno scarso rispetto della privacy e dell'integrità della cartella clinica dei pazienti.

Proprio perché oggi è più difficile mantenere "contenuto" il segreto professionale all'interno del solo rapporto fiduciario medico-paziente, a maggior ragione c'è necessità di regole nuove e moderne sulla composizione, compilazione, archiviazione e diffusione della cartella clinica.

Il passaggio da cartelle cartacee a cartelle elettroniche e da cartelle rinchiusi in armadi a cartelle flottanti nel web, impone rapide e serie decisioni. Questo, anche questo, è un compito che va affidato a tutte le componenti della medicina moderna: Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, Sindacati medici, Società scientifiche di settore, ecc. Perché regole così importanti debbono essere affidate soprattutto alla professione, che deve – su esse – informare e formare.

Anche su questo aspetto c'è molto da fare: la CIMO-ASMD non si tirerà certo "indietro".

Stefano Biasioli
Presidente nazionale CIMO-ASMD

IL BUDGET: PRINCIPI E STRUMENTI

Bruno Coscioni

PRINCIPI

Il budget, per definizione scolastica, è il programma di attività di un'impresa, espresso in termini quantitativi e riferito ad un periodo di tempo determinato, normalmente un anno.

Adottato per la prima volta dall'amministrazione pubblica statunitense negli anni Venti, il budget costituisce attualmente lo strumento fondamentale dei sistemi di programmazione e controllo di gestione in uso nelle imprese.

Premessa fondamentale per un'efficace applicazione del metodo budgettario è la determinazione delle intenzioni strategiche dell'impresa (livello delle vendite, redditività, sviluppo dei prodotti e dei mercati, ecc.), in mancanza della quale qualsiasi investigazione del futuro perde le caratteristiche di programma per ridursi ad una semplice previsione.

La fase della determinazione degli obiettivi di budget coinvolge direttamente l'alta direzione dell'impresa, la quale è chiamata ad esplicitare e a verificare la validità dei propri piani. Una volta determinati gli obiettivi, si sviluppa il budget vero e proprio, che consiste nella loro traduzione in termini operativi, nel loro dettaglio e nella loro delega a Centri di responsabilità aziendali opportunamente integrati e collegati gerarchicamente, che espongono, in una serie di prospetti, costi e ricavi.

Scopo di questa fase è di verificare la coerenza degli obiettivi tra loro, nonché la loro compatibilità con i vincoli gestionali di breve periodo (capacità produttiva, possibilità di reperimento di mezzi finanziari, ecc.).

Infine, individuando i parametri con il quale confrontare i risultati consuntivi della gestione, esso costituisce il fondamento indispensabile del controllo vero e proprio. Il confronto consente, infatti, di individuare i principali scostamenti della gestione dagli obiettivi stabiliti e di identificare le cause e le responsabilità, permettendo alla direzione aziendale di intraprendere le azioni correttive più opportune.

Una volta preso atto della definizione di budget inteso come strumento di gestione delle imprese, bisogna farne discendere una specifica definizione nel campo sanitario e del perché e del come esso vada utilmente adottato anche nell'ambito dei servizi per la tutela della salute.

Con il finire degli anni '80, a seguito della registrazione di una crisi dei sistemi nazionali di assistenza sanitaria dei Paesi occidentali, si invocarono, ed in parte anche si avviarono, interventi di ridefinizione degli assetti istituzionali di tali sistemi, assetti che miravano ad introdurre:

- elementi di competitività tra le strutture erogatrici dell'offerta;
- maggior decentramento nella definizione delle politiche socio-sanitarie;
- un aumento del grado di responsabilizzazione economico-finanziaria in capo agli organismi deputati all'organizzazione delle strutture di offerta;

d) un coinvolgimento più diretto della componente medica anche nella gestione dei servizi, e non solo per gli aspetti clinico-assistenziali.

Tutto ciò ha comportato, con specifici provvedimenti, il riassetto del Servizio Sanitario Nazionale, attribuendo una dimensione di "azienda" alle strutture di esso, come risposta alle esigenze di autonomia gestionale e, quindi, di ricerca di "managerialità", intesa quale processo di assunzione di responsabilità in capo ad un singolo e quale logica decisionale (contrapposta a quella tradizionale burocratico-amministrativa) rivolta all'innovazione, al cambiamento, all'efficiente gestione delle risorse, ecc.

Per raggiungere risultati coerenti con tale impostazione, si è anche stabilito, nel D.Lgs. 502/92, e successive modificazioni e integrazioni, che le aziende sanitarie e ospedaliere devono dotarsi di un sistema di contabilità economico-patrimoniale e di una contabilità per Centri di costo e che in esse debbono essere realizzate periodicamente analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, il che, in parole povere, significa soprattutto mirare ad una efficiente ed efficace gestione delle risorse.

Ciò ha comportato la necessità, da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere, di prestare una crescente attenzione a strumenti manageriali che aiutino l'azienda a perseguire gli obiettivi prefissati nel modo più efficiente ed efficace possibile, con un adeguato sistema di controllo di gestione.

Uno di questi strumenti è proprio il budget perché induce ad una maggiore identificazione del ruolo e delle risorse attribuite alle singole Unità operative da cui è formata l'azienda, perché con la gestione budgettaria si evidenzia il rapporto tra risorse da impiegare e risultati da conseguire, perché esso non è altro che l'integrazione di esigenze diverse che devono trovare sintesi e sinergie nella definizione degli obiettivi da perseguire.

La capacità del processo di budget è quella di tener conto degli obiettivi di pianificazione (attivazione di meccanismi e strumenti orientati alla razionalizzazione del processo di formulazione degli obiettivi) e di saper valutare, in tale processo di pianificazione, la struttura dei comportamenti consolidati nell'azienda, e quindi degli ostacoli che si frappongono al cambiamento; un budget correttamente definito, insomma, qualifica e misura il grado di concretezza realistica e fattibilità del processo stesso.

La realizzazione del sistema budgettario prevede la attivazione di un processo le cui fasi possono riassumersi in:

- definizione degli obiettivi e predisposizione di un prospetto programmatico;
- budget informativo;
- capacità di integrazione con le altre attività aziendali;
- individuazione degli interventi da attuare nei vari settori;

- definizione delle risorse attribuite e relative modalità di utilizzo;
- misurazione oggettiva dei risultati durante le varie fasi del processo produttivo-erogativo;
- trasformazione dei risultati conseguiti in termini economico-funzionali;
- raffronto dei risultati relativi con gli obiettivi prefissati;
- analisi di eventuali congruenze e/o miglioramenti ancora apportabili al processo;
- verifica della crescita professionale del sistema e dei singoli componenti.

GLI STRUMENTI DEL PROCESSO DI BUDGET

Ogni attività del processo programmatorio si avvale di specifici strumenti, che consentono di disporre delle informazioni necessarie per realizzare l'impianto e la gestione di un efficace sistema di governo. Il processo budgettario muove le sue mosse dalla conoscenza delle informazioni necessarie per definire il processo (budget informativo). In questa fase assumono particolare importanza: la contabilità analitica articolata per Centri di costo e un insieme coordinato di indici di qualità, economicità, efficacia ed efficienza.

Questi strumenti sono strettamente correlati tra di loro: possono, infatti, essere considerati approcci diversi per cogliere lo stesso fenomeno; cioè la contabilità dei costi può essere la base per la determinazione degli indici, la qualità riflette e riassume la funzionalità globale del sistema, l'efficienza può includere indici, standard di risultato e di costi sostenuti.

Sintetizzandosi in un documento che raccoglie gli obiettivi da perseguire e le risorse da impiegare nel periodo, il budget si caratterizza per le seguenti particolarità:

- riferimento ad un intervallo temporale, solitamente corrispondente ad un periodo amministrativo di un anno (o sua frazione);
- esplicitazione in termini economici e finanziari (cioè in unità monetarie o fisiche), corrispondenti alle necessità produttive;
- articolazione finalizzata alla ricerca dell'equilibrio interno all'azienda con le aree di responsabilità interdipendenti tra loro.

Il budget si differenzia da altri tipici processi di pianificazione, programmazione e controllo per i seguenti aspetti peculiari:

- riguarda il breve periodo (anno, o sua frazione);
- mentre i programmi si concentrano essenzialmente sulla definizione di ciò che deve essere fatto, il budget indica anche "come si deve fare";
- è un processo regolare e sistematico, ovvero le sue fasi si ripetono secondo un modello predefinito, concordato e ricorrente;
- è collegato con un sistema di responsabilizzazione sui risultati: la programmazione articola le attività in termini di sviluppo, mentre il budget articola le attività da svolgere secondo la struttura della responsabilità;
- è correlato al processo di controllo di gestione, per cui le informazioni sui livelli di risultato effettivamente conseguiti e sulle risorse impiegate devono essere oggetto di periodica e sistematica rilevazione e di confronto con i corrispondenti valori attesi, al fine di ricercare, sulla base dell'analisi degli scostamenti, le più opportune azioni correttive e/o ridefinire gli

obiettivi da perseguire nell'arco di tempo residuo.

Infine, un accenno sintetico ai vari tipi di budget nel senso che, dato che la necessità di predeterminazione della spesa sanitaria va impostata su più livelli istituzionali (Stato, Regioni, Aziende, Presidi ospedalieri e/o Distretti, Unità operative), ad ogni passaggio va identificato un diverso livello e tipologia di gestione budgettaria:

- tra Stato e Regioni, la determinazione dei fondi destinati alla Sanità è funzione di scelte macro-economiche e sociali, che trovano nelle specifiche attribuzioni finanziarie la loro concretizzazione operativa (è da precisare che il sistema pubblico italiano permette al livello periferico la possibilità di reperire autonomamente maggiori fondi da destinare al settore);

- tra la Regione e le singole Aziende sanitarie: la modalità di questo processo va "dall'alto al basso" nel senso che il punto di riferimento superiore presenta un maggior potere decisionale. È cioè la Regione che fissa gli obiettivi, ed i relativi criteri di finanziamento, e pertanto occorre prevedere un contesto negoziale in cui sia possibile allineare gli obiettivi generali del livello regionale con la struttura organizzativa dell'offerta presso le varie aziende;

- la definizione del budget all'interno dell'azienda sanitaria presuppone l'elaborazione di un organigramma basato su Centri di responsabilità costituiti dalle direzioni di presidio e/o di distretto. Questo tipo di budget è di tipo intraistituzionale, attivandosi all'interno dell'azienda. In questo caso il processo di negoziazione consente una maggiore propositività dei vari Centri di costo (ciascuno dotato di una specifica e superiore conoscenza tecnico-scientifica), anche se gli indirizzi strategici e il potere decisionale, in termini definitivi di allocazione delle risorse, rimangono in capo al vertice strategico aziendale;

- le direzioni aziendali definiscono, infine, congiuntamente con i responsabili delle Unità operative, in cui si articolano organizzativamente i presidi ed i distretti delle aziende, gli obiettivi e le risorse per perseguire i rispettivi compiti operativi.

È, quest'ultimo, il livello di maggior dettaglio del processo budgettario, in quanto identifica i processi di produzione-erogazione nella loro specificità.

A questo livello il processo è prevalentemente "dal basso verso l'alto" nel senso che chi propone si avvale di un maggior livello di conoscenze, e della possibilità di porre le condizioni per la realizzazione degli obiettivi, anche se la facoltà propositiva dei vari Centri di responsabilità è necessariamente condizionata e guidata dalla programmazione aziendale che, a sua volta è vincolata da quella regionale.

Bruno Coscioni

Responsabile Amministrazione e Gestione Risorse Umane della ASL Salerno 2

RISK MANAGEMENT IN SANITÀ: ESPERIENZE A CONFRONTO

Michele Poerio



L'ESPERIENZAUSA

Il risk management (RM) nasce negli USA come risposta alla crisi della malpractice negli anni '70. In quegli anni si verificarono una serie di elementi negativi per la gestione del rischio sanitario: l'aumento del numero e della onerosità dei rimborsi per errori nelle cure; la scarsità di offerta assicurativa sanitaria; l'incremento sproporzionato dei premi assicurativi; la restrizione del mercato delle assicurazioni sanitarie; la difficoltà di fissare premi adeguati alla copertura del rischio, ecc.

Tali fattori misero in evidenza la fragilità di un sistema basato sul "profitto ad ogni costo", che non considerava adeguatamente il problema degli errori medici e del danno arrecato ai pazienti. Lo stesso mondo assicurativo, basato sulla logica del profitto, mise un freno alle prestazioni mediche di bassa qualità e si rifiutò di coprire ulteriormente errori e danni dovuti ad eccessiva distorsione in senso finanziario delle istituzioni sanitarie.

Nel '71, con il Presidente Nixon, una Commissione governativa segnalava che le denunce per malpractice erano motivate da danni conseguenti alle cure, o da cattivi risultati delle stesse, e che non tutti i danni erano imputabili a negligenza e non tutti erano prevedibili, concludendo che "il miglior modo per ridurre la frequenza e la gravità del danno era lo sviluppo di un sistema di prevenzione dell'errore e del danno in tutte le strutture sanitarie".

Nonostante le raccomandazioni di questa Commissione, negli anni '80 furono sperimentati quasi esclusivamente complicati

meccanismi finanziari di difesa delle istituzioni, dando importanza solo al "risk management finanziario". Non si teneva conto inoltre delle cause effettive dei danni: evoluzione tecnologica, deterioramento del rapporto medico-paziente; aspettative di salute non realistiche da parte dei pazienti, indotte da eccessivi trionfalismi dei media; l'aumento dei soggetti curati, poi, conduceva ad un maggior numero di errori.

Questo diede luogo ad una seconda crisi di malpractice negli anni '80, con perdite assicurative elevate, aumento dei premi assicurativi e delle denunce.

Finalmente l'American Hospital Association formalizzò la formazione di programmi di risk management, nonché la definizione e il ruolo del risk manager. Furono messi a punto modelli preventivi basati sullo studio e sulla risoluzione dei difetti del sistema, accoppiati al miglioramento delle cure. Nel 1980 nacque l'American Society for Healthcare Risk Management. Furono elaborati i principi di un corretto programma di risk management clinico, e cioè:

- definizione del risk manager e del suo staff;
- programmi di segnalazione di eventi avversi che portano a denuncia;
- integrazione con le attività di Quality Assurance;
- definizione delle regole di segnalazione degli incidenti insoliti, esiti imprevisti, rischi potenziali, ecc.;
- investigazione immediata dei danni ai pazienti e analisi retrospettiva;
- formazione del personale sulle tecniche di risk management;

- incontri con il personale sanitario;
- gestione delle denunce.

Nel 1985 oltre il 50% degli ospedali americani aveva in funzione un programma di RM.

Il problema dei danni derivati dalle cure mediche tornò tuttavia in evidenza nel '99, con la pubblicazione del Rapport Institute of Medicine sul tema "to err is human", che suscitò molto scalpore. Questo documento segnalava che ogni anno circa un milione di pazienti riportava danni derivati dalle cure mediche, che 100.000 persone all'anno morivano per errori e che, sempre ogni anno, circa 38 miliardi di dollari erano spesi per errori e danni. Sull'onda della forte reazione emotiva suscitata, Clinton lanciò un piano di sicurezza per i pazienti, attuato e rifinanziato da Bush attraverso la AHRO (Agency for Healthcare research and quality) con 50 miliardi di dollari, avviando una serie di progetti finalizzati allo studio e alla prevenzione degli errori nelle cure.

Ciononostante nel 2002 si verificava una nuova crisi della malpractice, evidenziabile da queste risultanze:

- nel Nevada chiude l'unico Trauma-center (per le dimissioni di 56 dei 58 ortopedici) per l'aumento spropositato delle polizze assicurative;
- la potente American Medical Association lancia una campagna del costo di 15 milioni di dollari per convincere il pubblico che l'80% dell'aumento delle spese sanitarie è dovuto all'aumento dei premi assicurativi;
- i cittadini chiedono che i lauti guadagni sanitari (una delle maggiori industrie USA) vengano impiegati per il miglioramento delle cure e per l'assunzione del personale;
- molte compagnie assicurative abbandonano il settore sanitario;
- molti medici vanno in pensione anticipata a causa dell'aumento dei premi assicurativi;
- Bush annuncia che assumerà provvedimenti legislativi per ridurre le parcelle degli avvocati e limitare le denunce (negli USA, l'avvocato del paziente, se vince la causa, ha diritto al 30% del risarcimento: un forte stimolo, questo, per intentare una causa).

Siamo quindi tornati all'inizio della storia: invece di ridurre i danni e gli errori, si preferisce agire sul piano finanziario e legale, con qualche ragione, ma con il grande torto di evitare di impegnarsi sul piano del miglioramento organizzativo del sistema di cure.

L'ESPERIENZA BRITANNICA

La motivazione principale per lo sviluppo del RM in Gran Bretagna, è stata la sempre maggior frequenza di cause contro aziende sanitarie per episodi di clinical negligence. Dal 1972 al 1990 il numero delle cause è più che decuplicato, attestandosi su un numero medio di 6.000 nuovi casi all'anno, con un incremento annuo dei costi del 25% circa per ogni singolo caso.

Il pubblico inglese è sempre più coinvolto riguardo a quale assistenza sia a sua disposizione. Il RM cerca di osservare sistematicamente e conoscere la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza. Suo compito è verificare, nel lavoro di tutti i giorni, ogni deviazione dallo standard di assistenza, implementando le ricerche di pratica medica basata sull'evidenza.

Le iniziative di gestione sul rischio clinico si sono evolute a partire dai più generali programmi di promozione della qualità dei servizi. Lo stimolo per questa evoluzione è stato dato, in sintesi, da due ordini di problemi causati dagli incidenti sanitari: il loro costo finanziario e l'impatto in termini di perdita di immagine da parte della struttura e/o del professionista che commette l'errore e causa il danno.

In passato il servizio sanitario inglese (NHS) aveva impiegato, in risposta al problema di gestione dei rischi, una vasta gamma di azioni di identificazione e repressione degli incidenti (ispezioni, inchieste, punizioni), che si è tuttavia rivelata inadeguata.

Oggi si avverte l'esigenza di sviluppare i sistemi del RM e della qualità dei servizi di assistenza basati sulla trasparenza nella gestione degli errori e degli incidenti, libera tuttavia dalla logica di accusa nei confronti dei singoli operatori. Tra gli altri strumenti, è stato sviluppato un nuovo sistema di gestione e reporting degli incidenti.

In conclusione, nel NHS il RM rappresenta una parte essenziale dei sistemi di qualità. È anche un sistema finanziario attraverso cui proteggere il capitale e i ricavi dell'azienda, diminuendo le perdite per il danneggiamento dei materiali, delle strutture, la negligenza dei professionisti e gli incidenti che coinvolgono il personale ed i pazienti. Un sistema di RM efficace incoraggia inoltre una maggiore osservanza delle norme e della legislazione, quindi riduce il costo delle denunce e delle perdite connesse. Questo, a sua volta, produce un miglior ambiente di lavoro per il personale, una migliore assistenza per i pazienti ed un maggior valore per il sistema in generale (NHS 1992).

L'ESPERIENZA ITALIANA

Negli USA, dove il fenomeno è sotto osservazione da molti anni, si stima che circa l'1% dei pazienti ricoverati negli ospedali siano vittime di errori organizzativi e/o gestionali del sistema sanitario. Assumendo per l'Italia lo stesso parametro (non essendovi dati statistici certi e non avendo motivi per dubitare che l'entità del fenomeno sia differente), il numero di pazienti vittime possibili di errori è stimabile in circa 100.000 su circa 10 milioni di ricoveri annui. Presso il Tribunali sono pendenti circa 13.000 cause, che vedono coinvolti medici, strutture sanitarie, pazienti. Le strutture sanitarie spendono per assicurarsi dai 750.000 ai 2,5 milioni di euro/anno.

Per gli errori dovuti alla errata somministrazione di farmaci, si è stimato un costo aggiuntivo complessivo di oltre 2.000 euro per paziente. Gli eventi avversi più frequenti sono causati: da erronea somministrazione farmacologica (18%), da una erronea diagnosi (35%) e dal ritardo nella terapia dovuta ad una mancata, o comunque tardiva, identificazione dei sintomi. Il S.S.N. "spreca", così, circa 10 miliardi di euro (1% del PIL) ogni anno a seguito di inefficienze, disorganizzazione ed errori sanitari.

Molte strutture sanitarie hanno quindi difficoltà ad assicurarsi per carenza di disponibilità economiche a fronte di premi assicurativi sempre più alti e molte compagnie di assicurazione preferiscono non farsi carico di polizze ad alto rischio. Analizzando i dati dei Tribunali, solo il 14-17% dei casi di denunce civili o penali si concludono con una condanna dei

medici e delle strutture sanitarie.

Esaminando i motivi delle richieste di risarcimento, emerge che riguardano tendenzialmente sempre gli stessi reparti, le stesse situazioni, gli stessi interventi, indipendentemente dal luogo e dalla tipologia del nosocomio.

In Italia i sistemi di RM sono nati in un contesto industriale, per lo più come gestione della funzione aziendale di Insurance Management (gestione polizze assicurative). In Sanità il RM è ancora una realtà innovativa, condotta in modo parziale e non sistematico, non supportata da alcun riferimento normativo, ove si escluda il documento della Commissione paritetica Regione - OO.SS., prevista dall'ultimo contratto di lavoro di area medica per studiare le soluzioni per la copertura assicurativa dei medici dipendenti.

In verità, il Piano sanitario nazionale ed il D.Lgs. 229/99 prevedono sistemi per la qualità al fine di una pratica clinica efficace ed appropriata, tuttavia questi sistemi non possono essere considerati sostitutivi di uno specifico programma di RM. Oltretutto l'ultimo contratto di lavoro prevede che le aziende ricorrano ad un "soggetto terzo", ovvero ad un "consulente esterno", per valutare i rischi. L'impostazione del contratto di lavoro in tal senso non costituisce uno stimolo allo sviluppo di una figura di risk manager interna e comporta una minore partecipazione dell'azienda all'analisi e alla valutazione dei rischi come occasione per il miglioramento dei processi assistenziali e la riduzione dei rischi connessi.

DIFFERENZE TRASSN E NHS

Le maggiori differenziazioni tra il SSN ed il NHS, fra due sistemi sanitari pubblici che hanno caratteristiche organizzative e obiettivi simili, nella considerazione del RM, è nella consapevolezza della rilevanza della gestione del rischio connesso all'erogazione dei servizi e dell'impatto che ha l'incidente sull'immagine del sistema sanitario.

La gestione del rischio in Gran Bretagna è una "priorità nazionale", una diretta responsabilità del Department of Health e di tutte le aziende, che organizzano un programma integrato di direttive, di atti di indirizzo, di strumenti e unità di supporto organizzativo dedicate.

È, in buona sostanza, una visione sistematica il fattore critico di successo nell'ambito della qualità dei servizi. Ed è proprio l'assenza di questa visione "di sistema" del problema, l'elemento pregnante nel contesto italiano, caratterizzato dalla dipendenza storica dal mercato assicurativo e dalla scarsa cultura della prevenzione e della minimalizzazione del rischio, salvo limitate ed encomiabili iniziative di singole Regioni o aziende.

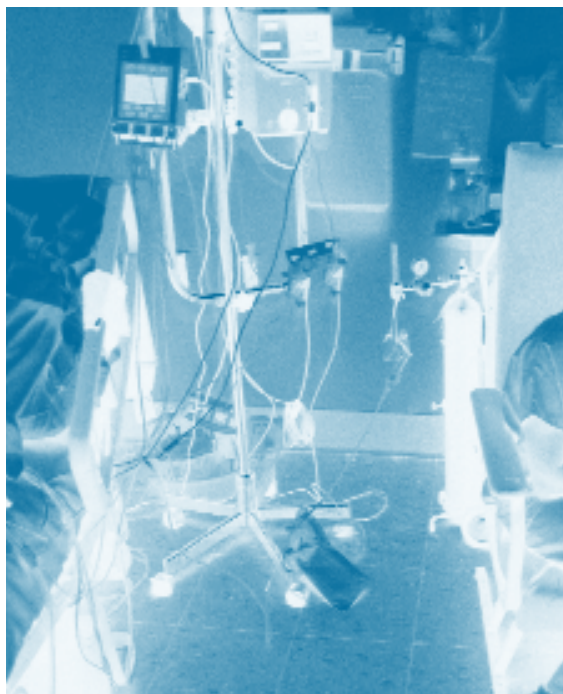
Come abbiamo già detto, non esiste una specifica normativa in merito. L'ultimo Piano sanitario nazionale ed il D.Lgs. 229/99, nell'ambito della promozione dell'efficacia e dell'appropriatezza dell'erogazione delle cure, prevedono interventi diretti ad assicurare la sicurezza delle strutture e dei processi sanitari, ma non adottano una metodologia direttamente riferibile al RM. Specifiche direttive sulla gestione del rischio si riferiscono esclusivamente alla prevenzione degli incidenti e al miglioramento della sicurezza sul lavoro (legge 626/94) o alla adesione a standards internazionali di "buona pratica medica", per lo più inerenti alla fase della sperimentazione clinica. Non esisto-

no, quindi, un modello nazionale o interventi specifici per l'introduzione di una metodologia di RM in tutto il SSN.

Non c'è che da augurarsi che tutto ciò si realizzi al più presto. Anche e soprattutto perché ci troviamo in una evidente situazione di dilatazione del rischio professionale, legata a: sottostime economiche, con conseguente sottofinanziamento del SSN; federalismo sanitario incompleto; LEA ridiscussi ad ogni nuova legge finanziaria; DRG fasulli perché costruiti solo su base teorica; finanziamenti per quota capitaria e non per funzione o tasso programmato di ospedalizzazione; carenze strutturali, organizzative e di personale; contratti di lavoro scaduti o non correttamente applicati; medicina difensiva; liste di attesa che tendono all'infinito, ecc.

Una gestione organica del risk management ci aiuterebbe indubbiamente a risolvere, sia pure in parte, questi problemi, ed a realizzare quello che dovrebbe essere l'obiettivo principe di ogni organizzazione sanitaria: la tutela della salute dei cittadini prevenendo i rischi nei quali essi incorrono quando vengono in contatto con strutture sanitarie e sono sottoposti a pratiche clinico-chirurgiche, specie se impegnative e complesse, come di abitudine nei percorsi assistenziali della medicina ospedaliera, o di secondo livello.

*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 OSTETRICIA

Mario Ferrera

Se vogliamo individuare una specialità medica nella quale il contenzioso medico-legale è particolarmente frequente, non possiamo trascurare di riferirci alla Ostetricia. Qui il rischio clinico è ben individuabile, nonostante ci si riferisca ad una condizione clinica (quella del parto) di per sé fisiologica e naturale, che implica abitualmente l'esistenza di una buona condizione di salute in capo ai due protagonisti dell'evento-nascita, cioè la madre e il nascituro.

Il rischio clinico in Ostetricia si caratterizza per alcuni particolari aspetti:

- il coinvolgimento contemporaneo di due soggetti: madre e nascituro. Delle problematiche di entrambi bisogna quindi tener conto, partendo dal presupposto che la madre deve garantire le migliori condizioni per lo sviluppo di un essere in formazione nel suo grembo;
- pur partendo dal concetto che madre e figlio godano di apparente buona salute iniziale, non va trascurato il fatto che la madre possa essere portatrice (sana) di patologie che possono avere ripercussioni sull'andamento della gravidanza, sul travaglio del parto e sullo stato di salute del nascituro;
- infine i rischi connessi alla nascita stessa del neonato.

Identificare i rischi in Ostetricia significa, anche, tener conto dei tre momenti "critici" che caratterizzano lo stato di gravidanza a termine: momento prenatale, momento del parto e momento postnatale.

FASE PRENATALE

È una fase che normalmente si svolge al di fuori dell'ospedale: la donna continua a svolgere una vita il più possibile "normale" ed è seguita o presso Consultori o dal medico specialista di fiducia, nella maggior parte dei casi al di fuori delle strutture degenziali.

Nel nostro Paese, a differenza di molte altre Nazioni europee, non è lo specialista ostetrico a seguire il decorso della gravidanza fin dal suo inizio, bensì il

medico di medicina generale di fiducia. Due comportamenti caratterizzano questa fase: la convinzione che quanto maggiori sono i controlli, tanto minori siano le possibili complicanze, e che lo stesso medico che segue il decorso della gravidanza debba poi essere presente al momento del parto.

Dopo una o due visite attorno ai 2-3 mesi di gestazione, i controlli divengono mensili, addirittura settimanali dopo il sesto mese e man mano che ci si avvicini al parto.

Si ritiene che ciò sia inutile da un punto di vista strettamente clinico, ma che obbedisca ad una sorta di convinzione psicologica della donna, che in tal modo ritiene di andare incontro ad un parto senza problemi.

Purtroppo non è sempre così, infatti non è affatto in diminuzione il numero dei contenziosi medico-legali attivati nei confronti dei medici e delle strutture in cui si portano a compimento i parti.

Oggi si tende a standardizzare, in presenza di una gravidanza non patologica, sia il numero che il tipo di esami da eseguire. In questa fase il rischio clinico è basso, a meno che non vi sia, per l'età della madre o per altre condizioni cliniche, il sospetto di anomalie a carico del nascituro ed occorra attuare procedure (tipo amniocentesi) non prive di rischi. In questo caso, la corretta informazione è l'unico elemento che possa mettere al riparo da contenziosi, specie quando si vada incontro al rischio che il bambino, alla nascita, sia portatore di handicaps.

IL TRAVAGLIO DI PARTO

È un momento critico, per definizione. Morire di parto, oggi, è un evento raro. Sfortunatamente, quando ciò accade, è talvolta indicativo di un cattivo funzionamento della struttura nel suo complesso, quindi va considerato alla stregua di un evento-sentinella. Ormai, almeno in Italia, non si partorisce che in ospedale e nel 30% dei casi è richiesto l'intervento dello specialista medico,

mentre il 70% dei parti richiedono l'assistenza del solo personale infermieristico-professionale di ostetricia.

Il monitoraggio del battito cardiaco fetale mediante tococardiografia viene preso come parametro per indurre una accelerazione del parto, o per procedere al taglio cesareo. Tale metodica (valutazione della frequenza e del vigore del battito cardiaco fetale) non è poi così sicura ai fini di orientare l'adozione di misure terapeutiche urgenti o complesse perché, in presenza di alterazioni del battito, solo nella metà dei casi esse sono associate ad una effettiva riduzione dell'ossigenazione fetale.

Metodiche più complesse, quali la misurazione del grado di saturazione in ossigeno del sangue fetale mediante prelievo ematico dal cuoio capelluto del bambino, espongono a rischi maggiori, per cui si preferisce ricorrere direttamente al taglio cesareo.

Dagli anni '90, il ricorso al taglio cesareo è aumentato, sia per ridurre i rischi al feto ed alla madre, che per volontà stessa della donna nel voler evitare danni al perineo durante il parto fisiologico (non per nulla, oggi, si pensa di ridurre "per legge" i parti cesarei stessi). L'utilizzo di metodiche quali l'applicazione del forcipe od il vacuum extractor, tecniche quasi abbandonate da ormai trent'anni, è soggetto, oggi, a chiare limitazioni indicate dalle Società scientifiche di settore.

IL PARTO DISTOCICO

È uno degli eventi ostetrici drammaticamente più gravi.

I mezzi diagnostici prenatali hanno sì ridotto il numero di tali patologie (quelle almeno che è possibile diagnosticare con sicurezza prima del parto), ma i casi di sofferenza fetale o le manovre durante il parto sono comunque alla base di severi handicaps, che stimolano un gran numero di contenziosi.

Definire le modalità con cui si è svolto il parto e le condizioni del neonato alla

nascita, e nei primi giorni di vita, sono elementi importanti. L'indice di Apgar è il parametro per definire le condizioni di salute alla nascita del neonato, così come utile è il poter determinare se il danno cerebrale è conseguenza di ipossia durante il travaglio di parto o al momento del parto stesso.

Si tratta di casi relativamente rari (ogni qualche migliaia di parti), ma l'encefalopatia post-partum, per il grave handicap che induce, è alla base di indennizzi economici particolarmente pesanti.

IL PERIODO POSTNATALE

Il periodo post-partum (per la madre) o postnatale (per il neonato) è particolarmente delicato.

Nella madre, anche dopo una gravidanza e un parto fisiologici, possono sorgere complicazioni (di tipo emorragico, infettivo, metabolico, ecc.). Esistono poi tutti i problemi, ormonali e funzionali, connessi alla montata latte e all'eventuale allattamento al seno, nonché i problemi psicologici (depressione post-partum), che caratterizzano questo delicato momento nella donna-madre.

Anche nel neonato, il periodo post-natale è decisivo e delicato: in tale fase gli organi ed apparati (in particolare l'apparato respiratorio, quello cardiovascolare e quello gastrointestinale) vanno incontro ad importanti trasformazioni, che mirano a rendere il neonato autonomo nelle principali funzioni vitali rispetto al momento simbiotico vissuto nel grembo materno.

Ecco perché bisogna avere sempre molta prudenza nel definire "del tutto fisiologico" il momento del post-partum nella donna, od il periodo post-natale nel neonato: infatti in tali periodi l'equilibrio instabile, sia della madre come del neonato, può rompersi improvvisamente, con conseguenze spesso gravi.

Anche per tale ragione, non è mai opportuno "fare a gara" nel ridurre il periodo di degenza e osservazione, per la madre e per il neonato, al di sotto di precisi "valori soglia" di sicurezza.

COME RIDURRE IL RISCHIO

È sempre bene procedere ad una raccolta anamnestica accurata e precisa, volta anche ad accertare eventuali malformazioni fetali o ad individuare possibili

malattie ereditarie trasmissibili al nascituro, o a conoscere patologie preesistenti nella madre, o comparse durante la gravidanza, come diabete ed ipertensione (ipertesi gravidica).

Maggior tempo andrà dedicato per istruire la donna in tema: di alimentazione corretta, ovvero di abbandono di abitudini deleterie (quali fumo, alcool, droga, ecc.); di attività lavorative che risultano particolarmente gravose o pericolose durante la gravidanza; di ritmo e tipo di controlli ai quali è bene sottoporsi.

Occorre poi adottare tutta una serie di criteri volti ad una buona preparazione al parto. Il perseguimento di "protocolli o linee-guida" non è sempre visto di buon occhio, sia perché non tiene conto delle singole realtà cliniche, sia perché viene considerato un elemento ulteriore per incrementare i contenziosi.

Come ricordato prima, un adeguato tempo di degenza ospedaliera, ed una attenta osservazione del post-partum, saranno altresì essenziali per una buona assistenza alla diade madre-neonato.

L'ORGANIZZAZIONE DEI PUNTI-NASCITA

Spesso il personale che vi lavora non è lo stesso che ha seguito la donna durante la gravidanza, sia che si tratti dell'ostetrica che opera a livello territoriale, sia del medico specialista che lavora solo presso il proprio studio privato, o che quel determinato giorno non era presente nell'organigramma di servizio della sala-parto.

In tal caso, viene meno l'aspetto psicologico della "sicurezza" per la madre, manca quella flessibilità tra ospedale e territorio che preveda comunque l'accesso in sala parto dell'ostetrico scelto dalla paziente.

È importante chiedere come sono organizzati i punti-nascita. In particolare: sono presenti tutte le figure considerate indispensabili,

cioè il personale ostetrico, il medico specialista in ostetricia-ginecologia, l'anestesista-rianimatore ed il pediatra-neonatalogo?

Generalmente sono i medici meno esperti a svolgere i turni di guardia: perché non affiancar loro, anche in pronta disponibilità, medici più esperti?

Strumento assai efficace, in tema di risk management, è l'esistenza di una unità di report interna a proposito dei casi critici, o degli eventi-sentinella.

Si tratta di individuare i momenti critici nella catena assistenziale, prima che si arrivi all'errore. Questo sistema di prevenzione del rischio, come più volte detto, implica il coinvolgimento di tutti, e l'accettazione da parte di tutti i componenti dell'équipe, di regole comuni di comportamento. Tutto ciò dovrebbe essere tra i compiti principali del responsabile della struttura complessa di ostetricia e ginecologia, anche se (per risultare efficace) dovrebbe essere una esigenza avvertita da "tutta l'équipe".

