

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
25 LUGLIO 2014

LA NUOVA SARDEGNA

GALLURA Accorpamento della Asl la Gallura unita dice no Meloni (Pd): «La riforma degli enti locali servirà a garantire la nostra autonomia» Fasolino (Fi): «Quando si deve tagliare, si parla subito di noi: faremo le barricate»

Nessuno spazio in Gallura a ipotesi di accorpamento delle Asl. Nè a destra, nè a sinistra. A cominciare dai due consiglieri regionali Giuseppe Meloni del Pd e Giuseppe Fasolino di Forza Italia. Secco no senza dubbi anche da parte di Antonio Satta, Upc, presidente del distretto sanitario di Olbia. «La ventilata ipotesi di riorganizzazione sanitaria in Sardegna – dice Meloni –, che riduca le Asl da 8 a 5, prevedendo un accorpamento della Asl2 di Olbia a quella di Nuoro, è una ipotesi che se fosse proposta formalmente mi troverebbe contrario. Sto lavorando affinché venga confermata la proposta di legge n. 71, con primo firmatario il capogruppo Pd, che apra la strada alla riorganizzazione in campo sanitario che si accompagni alla riforma in atto per gli Enti Locali: il territorio della abrogata Provincia gallurese, anche allargato nei suoi confini, potrebbe ritrovare e rinnovare lo spazio e l'importanza che merita nel panorama istituzionale regionale». «Il partito anti-Gallura non approfitti dei provvedimenti sulle Asl – dice invece Fasolino – per tentare colpi di mano contro il nostro territorio. Per questo strisciante partito quando ci sono tagli da fare si pensa subito alla Gallura. Di questo passo non vorremmo che anche la tanto decantata azione di risparmio nel campo della Sanità si riducesse al solo taglio della ASL di Olbia, mantenendo inalterato invece tutto il resto. Se così fosse sappiamo che siamo pronti a fare le barricate dentro e fuori dai consessi elettivi. Con buon pace di chi ha fondato le proprie fortune politiche su logiche di campanile e di fazione». «La legge di riordino del sistema sanitario regionale – dice Satta, che è anche presidente della Cm Monte Acuto – non può prevedere la scomparsa dell'Asl di Olbia, accorpandola a Sassari o Nuoro. Tale eventualità determinerebbe un declassamento della sanità gallurese, e rappresenterebbe un'offesa della dignità di galluresi. Occorre ricordare, infatti, che questa importante area della Sardegna è la terza provincia, dopo Cagliari e Sassari, per numero di abitanti, e che registra una continua crescita. I residenti aumentano considerevolmente durante l'estate, nel corso del quale la Asl2 ha sempre garantito un efficiente servizio sanitario».

Tra Asl e amministratori dell'Alta Gallura non si placa la polemica. Fadda: «Nessuno deprezza il Dettori» E il consigliere Pirinu rimarca le carenze dell'ospedale

L'estenuante palleggio di responsabilità fra Giovanni Antonio Fadda, direttore generale della Asl di Olbia e gli amministratori comunali dell'alta Gallura, sulle endemiche disfunzioni del Paolo Dettori, incancrenitosi dopo la recente graduazione delle strutture

attuata dalla direzione aziendale, si è ormai trasformato in un dialogo tra sordi. Nel senso che si polemizza sempre sulle stesse cose. Giovanni Antonio Fadda ripete che nella graduazione hanno pesato le prestazioni buone o meno buone dei vari reparti, e gli amministratori dell'alta Gallura, (con Giomartino Loddo, sindaco di Calangianus, Romeo Frediani sindaco di Tempio e i vari consiglieri, Aisoni, Quargnenti e Pirinu) sostengono che le pesanti lacune strutturali e tecniche del Paolo Dettori sono state provocate dal voluto disinteresse della direzione generale. Detto in sintesi con una battuta tutta calangianese si potrebbe affermare che "l'alta Gallura ha ragione ma Giovanni Antonio Fadda non ha torto." Per quanto concerne i comunicati sulla recente graduazione, il primo arriva dal direttore generale dell'Asl, che risponde al sindaco; nel secondo è il consigliere comunale Giuseppe Pirinu a parlare. «Nessuno sta deprezzando i servizi del Paolo Dettori. La pesatura delle strutture sanitarie ha la funzione di "pesare" la struttura, non gli operatori, e andrà a influenzare una parte del trattamento economico del dirigente. La graduazione delle funzioni - dice Giovanni Antonio Fadda -, così come illustrato venerdì ai primari e ai responsabili delle strutture tempiesi, non modifica l'attività svolta in reparto, pertanto non può andare a ripercuotersi sulla popolazione, ma andrà a modificare esclusivamente il trattamento economico del dirigente. I parametri utilizzati per la graduazione delle strutture, sono stati presi sulla base di precisi criteri oggettivi ed obiettivi che non possono generare due pesi e due misure tra gli ospedali e quindi non possono favorire uno a discapito dell'altro». «Angosciato - si dice invece, il consigliere Pirinu - per la mancanza della cardiologia h24, per il sottodimensionamento del reparto di medicina, per l'assenza della rianimazione o quantomeno di un reparto di terapia intensiva e per un'altra serie di carenze alcune delle quali davvero gravi».

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Rc sanitaria. Rapporto Ania. Le Regioni scelgono il "fai da te" e le compagnie assicuratrici arretrano

Cala del 4,3% la stima dei premi nelle strutture, ma cresce del 3,6% quella totale. In Toscana, Liguria, Puglia, Basilicata e Sicilia le compagnie escono di scena, sostituite da forme di autoassicurazione o non assicurazione. Nelle altre regioni prevale un sistema misto in cui si ricorre a una polizza soltanto per coprire i sinistri di importo maggiore. Il Rapporto.

Scelta drastica per le regioni italiane che preferiscono l'autoassicurazione o addirittura la non assicurazione per fronteggiare i rischi di responsabilità civile nei casi di malasanità. Valle d'Aosta e la Provincia di Bolzano sono le uniche a puntare completamente sul mercato assicurativo per rimanere indenni dagli effetti degli errori medici, mentre tutti gli altri gli enti locali gestiscono per proprio conto le richieste di risarcimenti con schemi regionali o affidati alle singole Asl. Nei rari casi in cui si rivolgono ad un assicuratore, è soltanto per coprire i sinistri di maggiore entità, cioè quelli di importi superiori ai 250-500 mila euro. È quanto emerge dal dossier Ania "Malpractice, il grande caos", presentato oggi a Roma alla presenza del presidente dell'Ania **Aldo Minucci**, del direttore generale **Dario Focarelli** e del direttore centrale del settore vita, danni e servizi, **Roberto Manzato**.

Lo studio evidenzia che nel corso del 2012 sono state registrate 31.200 denunce di sinistri, segnando un lieve calo (-0,8%) nel confronto con il 2011. Una diminuzione più marcata (-8%) rispetto al 2010, anno in cui le richieste di risarcimento raggiunsero un vero e proprio exploit.

Complessivamente il bilancio tecnico del ramo continua a evidenziare un significativo squilibrio, con un rapporto sinistri a premi pari al 122% nel 2012, anche se meno marcato rispetto al decennio scorso.

Esempio emblematico di abbandono dello strumento assicurativo è quello della Sicilia: la polizza in essere, disdettata a fine 2013, è scaduta dal primo luglio scorso lasciando prive di protezione le Asl locali, senza che venisse costituito uno specifico fondo. Bisogna comunque segnalare che dal 14 agosto entrerà in vigore l'obbligo di assicurazione dai rischi di r.c. professionale per i medici, tranne che per i dipendenti del Ssn.

Il minore ricorso alle assicurazioni comporta un più debole sistema di garanzie: i risarcimenti sono più lenti e meno equi e il personale sanitario corre rischi maggiori. Tuttavia i cambiamenti del sistema sono stati rapidissimi. Basti pensare che un'indagine parlamentare sugli errori medici conclusa all'inizio del 2013 mostrava che il 72,2% delle Asl italiane risultava ancora coperto da una polizza. Trasformazioni così radicali sono dovuti all'aumento nei costi dei risarcimenti e alla difficoltà a stimare i rischi. Allo stato attuale il mercato della r.c. sanitaria è dominato da un assicuratore statunitense che detiene una quota di mercato superiore al 50%.

A fine 2012 la stima dei premi nelle coperture assicurative di ospedali e strutture sanitarie per la prima volta ha mostrato un decremento, segnando -4,3% a 288 milioni nonostante i presumibili significativi aumenti tariffari resi necessari per fronteggiare le continue perdite del ramo. Includendo anche le polizze sottoscritte direttamente dai medici (255 milioni, +14%) nel 2012 sono stati incassati premi per complessivi 543 milioni (+3,6% rispetto all'anno precedente).

La stima dei sinistri denunciati alle imprese di assicurazione italiane nel 2012 è risultata pari a 31.200 (di cui 19.500 relativi a polizze stipulate dalle strutture sanitarie), con una lieve riduzione (0,7%) rispetto all'anno precedente. Il rapporto tra sinistri e premi (loss ratio) per le varie generazioni di sinistri si attesta al 173%. Per ogni 100 euro di premi incassati, cioè, le compagnie ne hanno pagati (o stimano di pagarne) 173 sotto forma di risarcimenti. Tuttavia, mentre fino al 2005 il disavanzo tecnico aveva assunto valori particolarmente elevati, con un rapporto tra sinistri e premi giunto a superare il 310%, negli ultimi anni lo squilibrio è risultato più contenuto. In particolare per il 2012, secondo le valutazioni preliminari, il loss ratio si è attestato al 122%.

“Gli assicuratori italiani intendono tornare a svolgere pienamente il proprio ruolo nella copertura dei rischi medici – ha sottolineato il presidente dell'Ania **Aldo Minucci** – dando certezze ai pazienti vittime di eventi avversi e ai medici che svolgono la loro attività. Per far questo però occorre rimuovere le cause di fondo che hanno reso ingovernabile il fenomeno della malpractice. In particolare è necessario intervenire per: circoscrivere la responsabilità dei medici e delle strutture sanitarie; attuare idonee misure di gestione del rischio attraverso la nomina di un risk manager in tutti gli ospedali; porre un tetto ai danni non patrimoniali con l'approvazione delle tabelle di risarcimento dei danni biologici; definire linee guida mediche validate anche per contrastare il fenomeno della medicina difensiva che pesa per oltre l'11% sulla spesa sanitaria”.

Ma quali sono le criticità da risolvere? Il Rapporto Ania le ha messe nero su bianco:

Approccio atipico dei tribunali italiani nel definire i casi malasanità. Per effetto delle sentenze della Corte di Cassazione succedutesi dal 1999 ad oggi medici e strutture sanitarie sono stati considerati assoggettabili ad una responsabilità contrattuale, ciò che comporta l'inversione dell'onere della prova (posta a carico dei sanitari), la dilatazione dei tempi di prescrizione da 5 a 10 anni. Ed anche una sorta di garanzia di risultato sulle cure prestate. Se queste non sortiscono l'effetto sperato si può essere chiamati a risponderne. Nella gran parte dei paesi europei, invece, vengono indennizzati soltanto i danni causati dagli errori medici, che il paziente deve provare di aver subito. Normalmente ad un medico che si attiene alle linee guida professionali non è imputabile alcunchè;

Mancanza di linee guida mediche validate a livello nazionale e riconosciute dai giudici. Nel recente decreto Balduzzi (2012) vi è una specifica previsione in tal senso ma non è stata seguita da norme interpretative in grado di fare ordine tra i differenti protocolli e codici professionali in vigore per i sanitari, al fine di escludere la loro responsabilità;

Mancanza di un tetto alla risarcibilità dei danni non patrimoniali. Il decreto Balduzzi imponeva l'adozione delle medesime tabelle previste per i sinistri nella r.c. auto (per il danno biologico) ma il relativo decreto, in discussione da sei anni e già passato al vaglio di numerosi dicasteri, deve ancora essere approvato dal Consiglio dei Ministri;

Mancanza di procedure di risk management omogenee a livello nazionale per prevenire i sinistri. Gli studi condotti sul campo mostrano che oltre il 50% degli "eventi avversi" sono evitabili utilizzando lo strumento della prevenzione;

Carenza di basi statistiche sui sinistri. L'agenzia pubblica Agenas ha il compito di raccogliere e classificare le richieste di risarcimento ma non sempre le Asl sono state finora diligenti nel trasmettere i dati cosicché quella banca dati è ancora largamente incompleta. La rilevazione dell'Ania rappresenta tuttora la fonte informativa più importante sul mercato assicurativo della malpractice però è, in parte, frutto di stime perché non tutte le compagnie straniere operanti in Italia mettono a disposizione i propri dati. L'Ivass (il regulator assicurativo) potrebbe assumere iniziative per consolidare e rendere pubbliche le informazioni del settore, anche per le compagnie operanti in Italia in libertà di stabilimento o libera prestazione dei servizi;

Mancanza di chiare regole impartite alle regioni che decidono di coprire per proprio conto il rischio di malasanità. Manca, in particolare, un obbligo a costituire fondi appropriati, sul modello delle riserve assicurative. Tutto ciò espone gli enti locali, a causa del lungo iter dei sinistri prima di venire risarciti, al rischio di accumulare nel tempo impegni ingenti di ammontare pari se non superiore a quelli che negli anni passati hanno messo a soqquadro i bilanci regionali che hanno fatto ricorso a prodotti finanziari derivati;

Diffuso ricorso alla medicina difensiva da parte dei sanitari al fine di limitare i rischi legali connessi alle richieste di risarcimento. Secondo la principale ricerca condotta in materia, e che risale al 2010, la medicina difensiva pesa per circa l'11,8% nella spesa sanitaria complessiva. Un onere di circa 13 miliardi che potrebbe essere significativamente ridimensionato affrontando le cause che hanno dilatato il fenomeno della malpractice medica.

Sconsolante è infine il confronto con le principali esperienze estere. In molti paesi, tra i quali Usa, Gran Bretagna, Francia, Nuova Zelanda e Irlanda, riforme organiche in materia sono state decise tra il 2000 ed il 2003 ed il fenomeno della medical malpractice non rappresenta più un'emergenza.

Rc medica. Verdone: "Il problema? La ricerca del colpevole a tutti i

costi”

E' all'origine della dilatazione della responsabilità delle aziende sanitarie e, in parte, dei medici e del personale infermieristico. Indispensabile un intervento normativo che detti certezza risolutiva sulla materia e colmi la sproporzione sui criteri valutativi dei danni alla persona dai parametri seguiti in Europa

I problemi che pone la R.C. medica sono sostanzialmente due: la ricerca spasmodica di un colpevole, sempre e comunque, e l'assenza di certezza sui criteri economici del risarcimento del danno.

Al di là dei casi veri di malasania, derivanti da errori gravi o da disorganizzazione endemica di alcune strutture, la ricerca di un colpevole a tutti i costi è all'origine della dilatazione della responsabilità delle aziende sanitarie e, in parte, dei medici e del personale infermieristico. L'idea che esista sempre un colpevole dipende dalla percezione, non proprio giuridica né tantomeno tecnica, che il risultato atteso della prestazione (sia essa cura o intervento chirurgico) si debba sempre realizzare in modo migliorativo per il paziente, tranne che sia intervenuto un fattore estraneo alla condotta dell'operatore (difficile spesso da provare) che abbia interrotto la catena causale nella produzione dell'evento.

La medicina non viene valutata come un'arte scientifica, ma come una scienza esatta. In matematica, date alcune premesse, il risultato è certo. Ma si può dire altrettanto della medicina? No, ma questo non impedisce di forzare la natura e di introdurre in modo artificiale l'obbligazione di risultato. E di sintetizzare un concetto di responsabilità civile da "contatto" (Cassazione Civile). Le parole sono importanti e si ha la sensazione che il termine sia stato inconsciamente impiegato per ritenere che nel varcare la soglia di un ospedale si entri in un mondo in cui qualunque evento negativo dipende da una contaminazione definita a priori senza necessità di prova, una specie di "peste" sempre in agguato. Al riguardo, si può osservare che se tutto deve essere risarcito a prescindere dalla colpa, tanto varrebbe spostare il sistema di protezione verso un meccanismo indennitario no fault. Lo hanno fatto altri paesi europei. Naturalmente i sistemi no fault sono caratterizzati da livelli economici degli indennizzi più bassi rispetto a quanto solitamente riconosciuto nel tipico assetto di responsabilità civile da fatto illecito o da inadempimento contrattuale. Ciò in quanto, dovendosi coprire qualsiasi evento avverso, le risorse da mettere in campo non possono essere infinite.

Appunto, la questione delle risorse necessarie per sostenere un sistema di risarcimento dei danni da r.c. sanitaria ci porta al secondo problema: i criteri valutativi del danno alla persona. Questione annosa e mai risolta, nonostante gli sforzi della dottrina, della giurisprudenza e del legislatore.

Il problema riguarda il danno non patrimoniale e si declina in una questione di classificazione e in un profilo di quantificazione economica. La classificazione e la valutazione dei danni patrimoniali sono, infatti, agevoli perché i riferimenti sono certi o facilmente stimabili: le perdite economiche subite, il mancato guadagno, etc.. Invece per trent'anni il danno non patrimoniale è stato tirato, compresso, esteso, definito e ridefinito, allocato di qua e di là in una serie infinita di distinguo. E allo storico danno morale (il provvisorio turbamento dello stato d'animo a seguito della lesione subita) risarcibile solo in presenza di un reato, si sono aggiunte varie voci ulteriori: il danno alla vita di relazione, il danno estetico, il danno alla sfera sessuale, il danno biologico, il danno esistenziale, il danno

a diritti riconosciuti dalla Costituzione diversi dal diritto alla salute, etc. E la questione non sembra finita, nonostante qualche criptico tentativo della Cassazione di portare una parola definitiva.

Dal punto di vista economico, nessuno potrà mai negare che i danni alla persona debbano essere risarciti in modo equo e anche a prescindere dagli aspetti patrimoniali legati allo stato socio-economico della vittima. Una persona vale in quanto tale e non solo perché produttiva di reddito. Il problema è che questa importante conquista civile andrebbe coniugata con le risorse economiche disponibili, in modo da garantire che la tutela teorica sia realizzabile in concreto e a livelli sostenibili. Non porsi il problema di un limite economico ai risarcimenti è infatti come prevedere che una persona, non proprio per bene, possa essere condannata a 310 anni di carcere. Forse li merita tutti il delinquente seriale... Ma si vede bene che la decisione sarebbe un po' paradossale...

È noto che i valori economici da applicare nei risarcimenti dei danni alla persona sono di fonte giurisprudenziale, anche se hanno assunto una valenza quasi normativa. I criteri più diffusi sono quelli contenuti nella tabella del tribunale di Milano, ma non mancano tabelle di altri tribunali che prevedono parametri e valori diversi. In ogni caso le tabelle dei tribunali non si pongono minimamente il problema della sostenibilità dei risarcimenti accordati applicando tali valori. Inoltre, risultando svincolate da previsioni legislative, le tabelle possono cambiare nel corso del tempo. Ma se è accettabile e in qualche modo auspicabile che il diritto evolva seguendo il mutare delle istanze di una comunità o il senso avvertito del bene comune, appare meno convincente il perpetuarsi di incertezze sia sui diritti dei danneggiati sia sui doveri dei debitori. Perché anche il danno dovrebbe essere prevedibile nel suo ammontare.

Nella r.c. medica come nella r.c. auto oramai è avvertita l'esigenza di un intervento normativo che detti certezza risolutiva sulla materia e che colmi la sproporzione esistente tra i criteri valutativi dei danni alla persona operanti in Italia e i parametri seguiti nel resto d'Europa, ampiamente inferiori nonostante trovino applicazione in realtà anche più prospere della nostra.

Forse sul danno alla persona, come in altri ambiti della tutela dei diritti, è giunto il momento di riconsiderare la visione onnipotente del bene comune e l'atteggiamento fideistico nell'inesauribile disponibilità delle risorse economiche. Come ci insegnavano i Greci, il bene comune può essere onnivoro se la politica non agisce assumendo la responsabilità di decisioni che poi possano essere mantenute.

Consenso informato. “Una pratica trasformativa della relazione medico paziente, non un obbligo”

Spesso il consenso è percepito dai medici come un impedimento e proposto ai pazienti come una formalità amministrativa. In altri casi, purtroppo non infrequenti, come un approccio da utilizzare in un'ottica di medicina difensiva. Ma è necessaria sul piano giuridico e soprattutto nella dimensione relazionale medico-paziente.

Sul consenso informato si è detto moltissimo, al punto che è in molte situazioni cliniche e chirurgiche si provvede a far firmare un gran numero di carte al paziente in momenti vari dell'iter diagnostico terapeutico. Il Codice Deontologico ribadisce che è un atto strettamente medico. In realtà, spesso, si ha l'impressione che vi sia una riflessione insufficiente su questo tema, nonostante la ridondanza del concetto in ogni ambito medico e

l'affermazione che è presupposto di ogni atto medico.

Si potrebbe immaginare, usando una metafora, che il consenso informato stia alla pratica medica così come gli atomi stanno alla materia. Così come accade per la materia l'interazione tra elementi e composti consente di raggiungere gradi di complessità elevatissimi, anche se a volte instabili, anche in diversi settori della moderna medicina e chirurgia si possono avere situazioni di una complessità estrema, tuttavia un vizio alla base di tali interazioni può condizionarne significativamente l'esito e anche il senso della stessa procedura.

Molto spesso il consenso è percepito sia dai medici come un impedimento e proposto ai pazienti come una formalità amministrativa da sbrigare prima di potere attuare procedure più importanti. In altri casi, purtroppo non infrequenti, il consenso informato è percepito dal medico come un approccio da utilizzare, in un'ottica di medicina difensiva, per limitare il rischio di contenzioso ove le procedure sanitarie dovessero presentare complicanze. Questo tipo di mentalità, ove attuata, non considera la possibilità che le fasi di acquisizione del consenso costituiscano al contrario un momento di compartecipazione tra medico e paziente, in grado di modificare profondamente la natura del rapporto terapeutico.

La condizione di un paziente che sia consapevolmente informato è certamente necessaria sul piano giuridico, essendo il consenso il presupposto alla liceità dell'atto medico sul piano sia civile che penale e trovando lo stesso il più profondo presupposto in ambito costituzionale. Accanto all'aspetto giuridico, però, l'atto dell'informazione al paziente, quindi della raccolta del suo consenso o dissenso, costituisce al contempo un'occasione di straordinario potenziale, sia costruttivo che "distruttivo", nella dimensione relazionale medico-paziente.

La natura dualistica del consenso, da un lato giuridica dall'altro psicologico-relazionale, porta con sé la possibilità di un vizio di entrambe le componenti. In termini generali, per essere valido, il consenso deve essere frutto di un processo decisionale volontario, scaturito a seguito di un'informazione che deve essere accurata e completa e fornita ad un paziente che possiede una valida capacità di decidere rispetto al proprio trattamento .

Con questa impostazione si è così ribaltato, con velocità esponenziale negli ultimi decenni, il classico approccio paternalistico del medico rispetto al paziente, ancorato allo straordinario dislivello tecnico ed anche, specie in passato, informativo, che ha storicamente separato curante e malato.

Gli cambiamenti di tipo sociologico e comunicativo legati anche alla presenza dapprima della televisione, ma soprattutto di internet, hanno condotto un progressivo avvicinamento del paziente "medio" alle tematiche di tipo medico-sanitario, il che ha alcuni riflessi anche sul consenso informato. Se, da un lato, la corretta informazione è di fondamentale importanza e utilità, si pensi alle campagne di sensibilizzazione e screening per patologie ad elevato impatto, dall'altro vi è il rischio di una informazione scorretta o parziale, che può allontanare i pazienti da approcci utili o doverosi, con tutte le conseguenze in termini di salute pubblica.

È esperienza sempre più comune tra i clinici confrontarsi con pazienti che hanno già un'idea preconstituita relativa alla propria patologia, hanno letto enciclopedie on-line o consultato forum, e spesso anche i "bugiardini" di farmaci consigliati, magari, da conoscenti. Questo tipo di disinformazione rappresenta un rischio per i pazienti e rimanda all'importanza della discussione dei propri dubbi, delle proprie richieste e dei propri timori, con un medico con il quale si abbia una relazione tale da poter condividere questi aspetti.

Parimenti l'esperienza di molti è che nelle corsie ospedaliere le spiegazioni e la richiesta di reale acquisizione del consenso arrivino quando la decisione è stata già ampiamente assunta dai medici e al paziente è chiesto, in realtà, solo un assenso. Se il processo di informazione, di valutazione e di scelta non è effettivamente condiviso con il medico, è difficile affermare che il processo decisionale possa definirsi realmente libero, quanto meno da pregiudizi che possono allontanare da scelte terapeutiche valide o fuorviare verso scelte scientificamente poco motivate.

Purtroppo, a complicare la questione, non vi sono solamente i pregiudizi dei pazienti ma, spesso, anche quelli dei medici. Non è infrequente confrontarsi con sanitari che omettono informazioni, anche di rilievo, su potenziali problematiche di una data terapia, o di una diagnosi dal forte impatto emozionale, magari in perfetta buona fede essendo però animati da un furor curandi.

Un'ulteriore problematica di rilievo risiede nella frequenza di problematiche cognitive, emozionali e mentali che possono comportare alterazioni nella capacità di decidere dei pazienti. Un'evidenza tendenzialmente sottovalutata in contesti medici è che esiste una quota significativa di pazienti incapaci di prestare un valido consenso, ossia di decidere consapevolmente rispetto alle scelte terapeutiche che li riguardano. Un paziente capace deve comprendere, compatibilmente con il proprio livello culturale, le principali caratteristiche della diagnosi posta, nonché dei rischi e benefici delle cure proposte e delle eventuali alternative. Deve essere in grado di trasferire quelle informazioni alla propria persona e di ragionare in termini logico-deduttivi su quali possano essere i benefici previsti, ed anche i limiti; infine deve essere in grado di esprimere una scelta chiara e non ambivalente.

Molti pazienti non possiedono tutte queste caratteristiche, ovvero sono in grado di raggiungerle solamente a seguito di ripetute spiegazioni da parte del medico. La velocità associata alla moderna medicina spesso costringe ad omettere l'accuratezza che si richiede in questo tipo di procedure. Vi sono inoltre ampie popolazioni di pazienti a rischio di incapacità, a riguardo si considerino i pazienti affetti da disturbi mentali o neurologici. Al di là di tali categorie di pazienti va peraltro considerata la significativa frequenza con la quale, in setting di tipo medico, si presenta il rischio di incapacità decisionale. Diverse evidenze suggeriscono come tale rischio sia spesso sottovalutato dai clinici il che espone a problematiche di tipo etico ed, eventualmente, legale.

Conosciamo bene le reazioni a queste riflessioni. I medici spesso si risentono perché percepiscono l'acquisizione del consenso informato come una limitazione e l'accettano solo per via dell'aspetto di medicina difensiva. I pazienti, spesso, temono che chiedere informazioni al medico sia inopportuno, per cui acquisiscono il parere, poi, colti dai normali dubbi che ogni essere umano ha di fronte ad una malattia o ad un intervento, assumono informazioni da fonti disparate, confondendosi, sviluppando risentimento, perdendo tempo spesso invece prezioso.

Quello che manca, e che andrebbe invece sviluppata, è una effettiva cultura del consenso informato come pratica trasformativa della relazione medico paziente, e non come obbligo per adempiere all'ennesimo dovere di un paese burocratizzato e sclerotico. La pratica del consenso informato è una pratica di informazione, miglioramento dei rapporti personali e professionali e sviluppo della libertà. In questo senso è un valore positivo con una etica profondamente rispettosa della persona.

Tumori. In 40 anni raddoppiate le guarigioni. L'impegno dei direttori

di testate giornalistiche: "Cancelliamo 'male incurabile' dai media"

Di tutto questo si è parlato stamattina al Ministero della Salute nel corso della presentazione del libro della Fondazione "Insieme contro il Cancro". Oggi il 60% dei pazienti sconfigge la malattia, nel 1970 erano solo il 30%. Il presidente Cognetti: "Queste persone vogliono tornare a un'esistenza normale. La comunicazione deve dedicare maggiore spazio alle loro esigenze".

Alla fine degli anni Settanta solo poco più del 30% delle persone colpite dal cancro sconfiggeva la malattia. Negli anni Novanta quasi il 47%, oggi circa il 60%. "Sono risultati importanti – ha affermato **Francesco Cognetti**, presidente della Fondazione 'Insieme contro il Cancro' -. Non si può più parlare di male incurabile. Sta cambiando la percezione della patologia da parte dei cittadini. Ma avvertiamo, anche nei media, la tendenza a definirla ancora con quella espressione fuorviante e allarmistica, dovuta a ignoranza. Per questo la nostra Fondazione, che compie il primo anno di attività, ha realizzato un libro dal titolo emblematico, *'Il male incurabile. I progressi nella lotta contro il cancro e il nuovo ruolo della comunicazione'*". Il volume (168 pp., Intermedia Editore) è stato presentato oggi a Roma nel corso di un convegno nazionale presso il Ministero della Salute.

Nel 2013 in Italia si sono registrate 366mila nuove diagnosi. Il miglioramento delle percentuali di guarigione è evidente in neoplasie frequenti come quelle della prostata (91%), del seno (87%) e del colon-retto (64% uomini e 63% donne). "Il merito – ha proseguito Cognetti - è da ricondurre a terapie sempre più efficaci e alla diagnosi in fase precoce. Senza dimenticare le campagne di prevenzione: fino al 40% dei tumori può essere prevenuto seguendo uno stile di vita corretto (no al fumo, dieta corretta, attività fisica costante). Ma non ci siamo limitati a scattare una fotografia dei passi in avanti contro la malattia negli ultimi 40 anni".

La seconda parte del libro è dedicata alle interviste a 15 direttori di testate giornalistiche nazionali: **Giulio Anselmi** (Ansa), **Bianca Berlinguer** (Tg3), **Mario Calabresi** (La Stampa), **Virman Cusenza** (Il Messaggero), **Ferruccio de Bortoli** (Corriere della Sera), **Roberto Iadicicco** (AGI), **Bruno Manfellotto** (l'Espresso), **Giuseppe Marra** (AdnKronos), **Ezio Mauro** (la Repubblica), **Mauro Mazza** (Rai Sport), **Clemente Mimun** (Tg5), **Andrea Monti** (La Gazzetta dello Sport), **Roberto Napolitano** (Il Sole 24 Ore), **Luciano Onder** (Tg2) e **Alessandro Sallusti** (Il Giornale). "Abbiamo voluto capire – ha sottolineato Cognetti - come i media trattano l'argomento 'cancro', come deve essere oggi una corretta comunicazione ai cittadini su questo tema, quali rischi si corrono nel trattare queste notizie e quale ruolo devono svolgere i giornalisti per offrire la giusta lettura. Abbiamo dato la parola ai direttori e abbiamo chiesto loro di assumere un impegno preciso: cancellare l'espressione 'male incurabile' dalle testate di cui sono responsabili. Perché sappiamo che un'informazione corretta può rappresentare la prima medicina".

Negli ultimi decenni si è registrato un incremento costante delle persone con storia di cancro in Italia: erano meno di un milione e mezzo all'inizio degli anni Novanta, due milioni e mezzo nel 2012, circa tre milioni nel 2013. Nel 2020 saranno 4 milioni e mezzo. Lo scenario dell'oncologia è in rapida evoluzione: i tumori sono soprattutto una malattia dell'età avanzata e il numero di nuovi casi cresce in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione. "Molti pazienti guariscono o cronicizzano la malattia ma sono ancora in tanti, in troppi a non riuscire a vincere la loro battaglia per la vita - ha spiegato Cognetti -, nonostante i decisivi passi in avanti della scienza. Proprio per questo la Fondazione, attraverso azioni coese tra Istituzioni, associazioni di pazienti e medici, opinion leader e

industria, intende dare un forte stimolo alla ricerca innovativa, alla necessaria uniformità di accesso alle cure, alla prevenzione, alla diagnosi e ai trattamenti di alta qualità. La prima parte del libro testimonia i cambiamenti nella lotta al cancro, con i capitoli dedicati ai numeri di casi, tumore per tumore, dai big killer a quelli più diffusi, per capire come si sta evolvendo la lotta al cancro, grazie alla ricerca e ai progressi terapeutici. Senza trionfalismi, ma con la giusta consapevolezza del lungo percorso che si è fatto fino ad oggi con risultati inimmaginabili solo pochi anni fa. Poi, a seguire, spazio alla prevenzione, che va adottata ‘senza se e senza ma’, a tutte le età ed anche ‘dopo’ il cancro per evitare nuove malattie”.

“Numeri, statistiche, cifre, tabelle, che diventano vita vissuta nelle storie dei pazienti che ce l’hanno fatta - ha continuato **Elisabetta Iannelli**, segretario della Fondazione ‘Insieme contro il Cancro’ -, con le testimonianze di personaggi famosi ma tanto simili a quelle dei circa tre milioni di persone che continuiamo, con un termine bruttissimo, a chiamare ‘lungosopravvivenenti’. Noi che abbiamo combattuto contro il cancro e che, in alcuni casi, ci misuriamo con gli strascichi terapeutici, gli effetti collaterali a lungo termine, i controlli del follow up di questa malattia che è diventata cronica, rivendichiamo il diritto a riprenderci la vita tornando a condurre un’esistenza normale. Chiediamo il rispetto di diritti impensabili fino a pochi anni fa, come diventare genitori o tornare al lavoro, lontano da ogni discriminazione”.

Un capitolo del libro è dedicato proprio alle testimonianze dei pazienti. La necessità di affrontare la malattia senza nascondersi, con coraggio, nell’esperienza di **Nicola Pietrangeli**, il più forte tennista italiano di tutti i tempi. “La mia partita contro il cancro al colon è iniziata nel 1996 – ha affermato Pietrangeli -. Ed è stata vincente. Anche se non avrei mai pensato di poter soffrire di una malattia del genere. Soprattutto dopo una vita passata sui campi da gioco, allenandomi ogni giorno. Ero, in sostanza, ‘il ritratto della salute’. Il mio segreto fu quello di affrontare il tumore con il mio solito modo allegro di vivere, senza timore e senza nascondermi. A partire dalla parola: io dico ‘cancro’, perché non ho paura di chiamarlo con il suo vero nome. Purtroppo, ancora oggi si tende a etichettarlo come ‘male incurabile’: sono una delle tante testimonianze che vanno proprio nella direzione opposta, così come molte altre persone che conosco. Ovviamente, un’esperienza del genere non la auguro a nessuno. Ma, se dovesse succedere, è importante affrontarla di petto. Se dovessi consigliare qualcuno, direi di fare affidamento sulla forza di volontà e sulla determinazione, perché sono aspetti fondamentali. Piangersi addosso è inutile, soprattutto nei momenti peggiori. Ormai sono passati quasi due decenni dalla diagnosi, ma io sono tornato alla vita di tutti i giorni già da molto tempo. In qualche senso, è come rinascere”.

Il valore della prevenzione nelle parole di **Roberto Gervaso**, giornalista e scrittore. “Disponiamo di test efficaci, molti sono gratuiti: sarebbe da sciocchi non effettuarli – ha sottolineato Gervaso -. Sono trascorsi quattordici anni da quando mi diagnosticarono il tumore alla prostata. Una persona che vive per tutto questo tempo dopo un cancro, non può far altro che smentire quelle affermazioni, frutto dell’ignoranza, che etichettano le neoplasie come ‘male incurabile’. Conosco persone che sono incappate nella mia situazione anche trent’anni fa, ma sono poi venute a mancare per ben altre cause. Ho reagito alla diagnosi come se avessi avuto una polmonite o un altro malanno comune. Sapevo che mi sarei dovuto sottoporre a certi trattamenti, alcuni impegnativi, ma, senza scoraggiarmi, ho indossato i panni del paziente. Anche perché il prezzo da pagare, in caso contrario, sarebbe stato ben più alto. L’esperienza con la malattia mi ha fatto capire ancora meglio di quale straordinario patrimonio disponiamo: il nostro Servizio Sanitario. Malgrado le difficoltà, si mantiene su livelli eccellenti”.

La possibilità di convivere con la malattia nella testimonianza di Elisabetta Iannelli, che è anche vice presidente dell'Associazione Italiana Malati di Cancro (AIMaC). “Avevo 24 anni e stavo completando i miei studi di giurisprudenza all'Università quando ho scoperto di avere il cancro al seno – conclude Iannelli -. Dopo un iniziale momento di sconforto, ho dovuto reagire. Il motto è diventato: ‘Il cancro ha cambiato la mia vita, io cambierò la vita con il cancro’. E su questo obiettivo ho deciso di concentrare tutte le mie energie. La malattia ti fa scoprire risorse che mai avresti creduto di avere. La ricerca ha reso disponibili trattamenti sempre più efficaci e mirati al bersaglio e nel mio caso, probabilmente, sono stati gli anticorpi monoclonali a fare la differenza. Il tumore deve incutere meno paura perché, anche quando non è possibile guarire definitivamente, in molti casi la malattia può essere tenuta sotto controllo diventando una patologia cronica. Da oltre venti anni vivo con questo scomodo ‘compagno di viaggio’”.

DOCTORNEWS33

Apertura studi medici, sempre meno vincoli autorizzativi. Dopo decreto legge ora il Tar

Sempre meno autorizzazioni regionali per aprire gli studi, un trend possibile che preoccupa regioni e medici. Dopo l'abolizione del vincolo territoriale per aprire lo studio prevista dal decreto legge 90 sulle semplificazioni, ecco la sentenza 7784 del Tar Lazio del 21 luglio secondo cui non richiedono autorizzazione regionale gli studi dentistici e medici privati dove non si effettuino chirurgia ambulatoriale “invasiva” né procedure diagnostiche che comportino rischi per i pazienti. Perplesso Franco Vimercati presidente della Federazione delle società medico-scientifiche Fism: «Ricordo che le sentenze possono essere appellate e che il decreto che abroga l'autorizzazione regionale di nuovi studi in base ai fabbisogni va ancora convertito in legge; molte regioni stanno contestando quest'ultima norma».

«Il requisito di autorizzazione –sottolinea Vimercati - è legato alle caratteristiche igienico sanitarie della struttura sanitaria e al possesso dei titoli professionali abilitanti, a garanzia del paziente. La collocazione territoriale prevista nell'articolo soppresso era volta a far sì che le strutture sorgessero anche in zone relativamente disagiate e libere da vincoli in modo da assicurare la presenza in rete sul territorio. La logica della concorrenza a tutti i costi, consentendo l'apertura delle strutture senza autorizzazione e senza vincoli può determinare un calo di sicurezza nel sistema. Questo i cittadini lo devono sapere venendo a mancare i controlli relativi e obbligatori».

La sentenza del Tar invece incide di più sulla distinzione tra studi e ambulatori, strutture semplici e complesse con direttore sanitario, posta dalla legge 502/92. La legge Bindi del '99 affidò alle regioni il compito di individuare se le strutture sul proprio suolo anche non convenzionate con il Ssn fossero “invasive”, o “rischiose per la sicurezza dei pazienti”.

Ogni regione ha fatto da sé e oggi non solo i medici liberi professionisti hanno vincoli diversi da una regione all'altra, ma molti medici di famiglia s'interrogano se singoli accordi regionali possano istituire vincoli autorizzativi. Renzo Lepera segretario Fimmg emiliano sgombra i dubbi: «Le attività di particolare impegno–le uniche ad avere una minima invasività- non sottendono rischi particolari e nessuna regione ha emanato norme che influenzino il convenzionamento; un mmg può dover effettuare complesse rimozioni di suture e cateteri persino a domicilio al letto del paziente. Certo spetta a lui il giudizio di

fattibilità della prestazione e se non è più una “Pip”, il paziente va indirizzato a strutture idonee». Lepera cita un contenzioso di qualche anno fa, in Emilia Romagna, generato dalla presenza di specialisti in un “poli- studio” di mmg, considerato ambulatorio dai Nas. «In sede giudiziaria si chiarì che per volerci l’autorizzazione regionale occorre che gli specialisti effettuino indagini invasive a rischio; non era il caso».

Lettera Smi a Renzi: tutti i medici Ssn in pensione una volta raggiunta età

Universitari od ospedalieri che siano, i direttori di struttura non devono avere privilegi rispetto agli altri medici e dovrebbero andare via-posto oggi- a 66 anni e tre mesi se uomini, quasi 64 se donne. Il Sindacato dei Medici Italiani-Smi ha inviato a firma del vicesegretario **Francesco Medici** una lettera al Presidente del Consiglio, **Matteo Renzi**, ai ministri della Funzione Pubblica **Maria Anna Madia**, della Salute **Beatrice Lorenzin** e dell’istruzione **Stefania Giannini**, estesa ai presidenti delle Regioni, chiedendo una modifica del decreto legge di riforma della Pubblica amministrazione in sede di conversione in parlamento. Né il ripristino del trattenimento in servizio (sollecitato da alcuni sindacati) né una proroga di contratti in essere (ben vista anche da alcune regioni) devono consentire ad alcuni settori della dirigenza medica di poter andare in pensione più tardi: «Il criterio dell’età anagrafica – scrive Medici-dev’essere il naturale end point per tutti». In questo modo, «i medici con maggiore esperienza andranno a coprire i posti lasciati liberi dai colleghi pensionandi e le nuove leve entreranno a sostituire i colleghi diventati dirigenti»: da una parte lo sblocco di 7 mila carriere, dall’altra con l’assunzione di 7 mila giovani medici. L’alternativa è il blocco del turn over che al Ssn sarebbe necessario per “valorizzare nuove energie”.

All’iniziativa aderisce il Coordinamento Nazionale Precari dello Smi: «Il problema del precariato – spiega **Emiliana Sanfilippo**, giovane dirigente nazionale Smi - non si risolve mantenendo incollate alle poltrone medici e universitari del Ssn. Quando si scrive che l’Italia è “un paese per vecchi”, non si fa solo riferimento all’invecchiamento della popolazione, ma anche all’incapacità di utilizzare e mettere a regime le molte risorse parcheggiate nel limbo della precarietà».

SOLE24ORE/SANITA'

Assicuratori in fuga dagli ospedali. La ricetta dell'Ania per governare la malpractice

Circoscrivere la responsabilità dei medici e delle strutture sanitarie; attuare idonee misure di gestione del rischio attraverso la nomina di un risk manager in tutti gli ospedali; porre un tetto ai danni non patrimoniali con l'approvazione delle tabelle di risarcimento dei danni biologici; definire linee guida mediche validate anche per contrastare il fenomeno della medicina difensiva che pesa per oltre l'11% sulla spesa sanitaria. Sono queste secondo l'Associazione nazionale delle imprese assicuratrici (Ania) le priorità per rimuovere le cause di fondo che hanno reso ingovernabile il fenomeno della malpractice. A fare il punto il punto il dossier Ania, «Malpractice, il grande caos», presentato oggi a Roma.

Come emerge dal report, le assicurazioni italiane assicurano sempre meno i rischi di malpractice degli ospedali italiani. In Toscana, Liguria, Puglia, Basilicata e ora anche in Sicilia le compagnie sono uscite di scena, sostituite da forme di autoassicurazione o non

assicurazione. Nelle altre regioni prevale un sistema misto in cui si ricorre ad una polizza soltanto per coprire i sinistri di importo maggiore.

Il trend. La stima dei premi nelle coperture assicurative degli ospedali è in diminuzione (-4,3%, a 288 milioni). Includendo anche le polizze dei medici la raccolta del ramo è invece in crescita (+3,6%, a 543 milioni).

Nel 2012 sono stati denunciati 31.200 sinistri in leggero decremento (-8%) rispetto all'anno precedente. La riduzione è più consistente (-8%) rispetto al 2010 quando le richieste di risarcimento raggiunsero il picco.

Il bilancio tecnico del ramo continua a evidenziare un significativo squilibrio (rapporto sinistri a premi pari al 122% nel 2012) anche se con intensità attenuata rispetto agli anni critici del passato decennio.

A un passo dall'obbligo normativo. A partire dal 14 agosto prossimo scatta l'obbligo di assicurazione dai rischi di r.c. professionale per i medici (con l'esclusione dei dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale). Oltre il 50% degli "eventi avversi" in sanità potrebbero essere evitati con appropriate misure di risk management. Ma in materia di malpractice l'Italia sconta un ritardo più che decennale rispetto alle riforme strutturali intraprese in molti paesi (tra cui Usa, Francia, Gran Bretagna, Irlanda) nel periodo 2000-2003.

La scelta dell'autoassicurazione. Molte regioni italiane per fronteggiare i rischi di responsabilità civile nei casi di malasanità hanno intrapreso con decisione la strada dell'autoassicurazione (o della non assicurazione). Attualmente soltanto la Valle d'Aosta e la Provincia di Bolzano si affidano ancora interamente al mercato assicurativo per rimanere indenni dagli effetti degli errori medici. Per il resto gli enti locali gestiscono per proprio conto le richieste di risarcimenti con schemi regionali o affidati alle singole Asl. E, quand'anche si rivolgono ad un assicuratore, lo fanno ormai solo per coprire i sinistri di maggiore entità (per importi superiori ai 250-500 mila euro).

L'ultimo esempio di abbandono dello strumento assicurativo è quello della regione Sicilia dove la polizza in essere, disdettata a fine 2013, è scaduta dal primo luglio scorso lasciando prive di protezione le Asl locali poiché nel frattempo non è stato ancora costituito uno specifico fondo-rischi promesso dal presidente della regione Rosario Crocetta.

In questi frangenti, spiega l'Ania, il minore ricorso alle assicurazioni comporta un più debole sistema di garanzie, dando minori certezze di risarcimenti equi e rapidi a chi è rimasto vittima di un episodio di malasanità e rendendo più incerta l'attività del personale sanitario esposto a maggiori rischi professionali.

Appena due anni fa - segnalava un'indagine parlamentare sugli errori medici conclusa all'inizio del 2013 - il 72,2% delle Asl italiane risultava ancora coperto da una polizza.

Un così veloce cambiamento, si legge nel dossier Ania, è soprattutto la conseguenza del continuo aumento nei costi dei risarcimenti e della crescente difficoltà a stimare i rischi, ciò che ha spinto i principali assicuratori italiani ad essere più selettivi nella copertura dei rischi.

«Gli assicuratori italiani intendono tornare a svolgere pienamente il proprio ruolo nella copertura dei rischi medici - ha sottolineato il Presidente dell'Ania Aldo Minucci - dando certezze ai pazienti vittime di "eventi avversi" e ai medici che svolgono la loro attività. Per far questo però occorre rimuovere le cause di fondo che hanno reso ingovernabile il fenomeno della malpractice. In particolare è necessario intervenire per: circoscrivere la responsabilità dei medici e delle strutture sanitarie; attuare idonee misure di gestione del

rischio attraverso la nomina di un risk manager in tutti gli ospedali; porre un tetto ai danni non patrimoniali con l'approvazione delle tabelle di risarcimento dei danni biologici; definire linee guida mediche validate anche per contrastare il fenomeno della medicina difensiva che pesa per oltre l'11% sulla spesa sanitaria».

Le difficoltà di reperire una copertura riguardano soprattutto le strutture sanitarie mentre quelle individuali relative ai medici sono normalmente disponibili senza particolari difficoltà. Il settore è tra l'altro alla vigilia di un'importante novità. A partire dal prossimo 14 agosto i medici dovranno essere obbligatoriamente assicurati contro i rischi della responsabilità civile, secondo quanto prevede la legge n.148/2011. È una disposizione dalla quale il recente decreto legge sulla "semplificazione" ha esonerato i dipendenti del servizio sanitario nazionale, sia pure con una norma contorta che lascia aperti diversi dubbi interpretativi.

Gli ultimi dati dell'Ania sul fenomeno della medical malpractice, pubblicati in questi giorni, confermano i trend in corso. A fine 2012 (ultimo anno disponibile) la stima dei premi nelle coperture assicurative di ospedali e strutture sanitarie per la prima volta ha mostrato un decremento (-4,3% a 288 milioni) nonostante i presumibili significativi aumenti tariffari resi necessari per fronteggiare le continue perdite del ramo. Includendo anche le polizze sottoscritte direttamente dai medici (255 milioni, +14%) nel 2012 sono stati incassati premi per complessivi 543 milioni (+3,6% rispetto all'anno precedente). La stima dei sinistri denunciati alle imprese di assicurazione italiane nel 2012 è risultata pari a 31.200 (di cui 19.500 relativi a polizze stipulate dalle strutture sanitarie), con una lieve riduzione (0,7%) rispetto all'anno precedente. Il rapporto tra sinistri e premi (loss ratio) per le varie generazioni di sinistri si attesta al 173 per cento. Per ogni 100 euro di premi incassati, cioè, le compagnie ne hanno pagati (o stimano di pagarne) 173 sotto forma di risarcimenti. Tuttavia, mentre fino al 2005 il disavanzo tecnico aveva assunto valori particolarmente elevati, con un rapporto tra sinistri e premi giunto a superare il 310 per cento, negli ultimi anni lo squilibrio è risultato più contenuto. In particolare per il 2012, secondo le valutazioni preliminari, il loss ratio si è attestato al 122 per cento.

Le criticità da risolvere.

- Approccio atipico dei tribunali italiani nel definire i casi malasanità. Per effetto delle sentenze della Corte di Cassazione succedutesi dal 1999 ad oggi medici e strutture sanitarie sono stati considerati assoggettabili ad una responsabilità contrattuale, ciò che comporta l'inversione dell'onere della prova (posta a carico dei sanitari), la dilatazione dei tempi di prescrizione da 5 a 10 anni. Ed anche una sorta di garanzia di risultato sulle cure prestate. Se queste non sortiscono l'effetto sperato si può essere chiamati a risponderne. Nella gran parte dei paesi europei, invece, vengono indennizzati soltanto i danni causati dagli errori medici, che il paziente deve provare di aver subito. Normalmente ad un medico che si attiene alle linee guida professionali non è imputabile alcunchè;
- Mancanza di linee guida mediche validate a livello nazionale e riconosciute dai giudici. Nel recente decreto Balduzzi (2012) vi è una specifica previsione in tal senso ma non è stata seguita da norme interpretative in grado di fare ordine tra i differenti protocolli e codici professionali in vigore per i sanitari, al fine di escludere la loro responsabilità;
- Mancanza di un tetto alla risarcibilità dei danni non patrimoniali. Il decreto Balduzzi imponeva l'adozione delle medesime tabelle previste per i sinistri nella r.c. auto (per il danno biologico) ma il relativo decreto, in discussione da sei anni e già passato al vaglio di

numerosi dicasteri, deve ancora essere approvato dal Consiglio dei Ministri;

-mancanza di procedure di risk management omogenee a livello nazionale per prevenire i sinistri. Gli studi condotti sul campo mostrano che oltre il 50% degli "eventi avversi" sono evitabili utilizzando lo strumento della prevenzione;

- Carenza di basi statistiche sui sinistri. L'agenzia pubblica Agenas ha il compito di raccogliere e classificare le richieste di risarcimento ma non sempre le Asl sono state finora diligenti nel trasmettere i dati così che quella banca dati è ancora largamente incompleta. La rilevazione dell'Ania rappresenta tuttora la fonte informativa più importante sul mercato assicurativo della malpractice però è, in parte, frutto di stime perché non tutte le compagnie straniere operanti in Italia mettono a disposizione i propri dati. L'Ivass (il regulator assicurativo) potrebbe assumere iniziative per consolidare e rendere pubbliche le informazioni del settore, anche per le compagnie operanti in Italia in libertà di stabilimento o libera prestazione dei servizi;

- Mancanza di chiare regole impartite alle regioni che decidono di coprire per proprio conto il rischio di malasanità. Manca, in particolare, un obbligo a costituire fondi appropriati, sul modello delle riserve assicurative. Tutto ciò espone gli enti locali, a causa del lungo iter dei sinistri prima di venire risarciti, al rischio di accumulare nel tempo impegni ingenti di ammontare pari se non superiore a quelli che negli anni passati hanno messo a soqquadro i bilanci regionali che hanno fatto ricorso a prodotti finanziari derivati;

- Diffuso ricorso alla medicina difensiva da parte dei sanitari al fine di limitare i rischi legali connessi alle richieste di risarcimento. Secondo la principale ricerca condotta in materia, e che risale al 2010, la medicina difensiva pesa per circa l'11,8% nella spesa sanitaria complessiva. Un onere di circa 13 miliardi che potrebbe essere significativamente ridimensionato affrontando le cause che hanno dilatato il fenomeno della malpractice medica.

Relazione sull'intramoenia, Anaao: «Un incasso importante per il Ssn, ma va liberata da lacci e lacciuoli»

I dati sull'attività intramoenia 2012 resi noti dal ministero della Salute nella sua relazione al Parlamento (**anticipata su questo sito: [VEDI](#)**) mostrano una sostanziale tenuta degli introiti economici, assestandosi a circa 1,228 miliardi di euro rispetto a 1,257 del 2011, pur in un contesto economico difficile per le famiglie italiane.

Secondo il sindacato si conferma il dato, più volte evidenziato dall'Anaao Assomed, di «un importante incasso di risorse da parte delle aziende sanitarie, circa 219 milioni di euro, a cui sono da aggiungere le trattenute fiscali per lo stato calcolabili in 400 - 500 milioni, essendo tassata questa attività con aliquote marginali elevate».

L'attività intramoenia rappresenta quindi secondo l'Anaao non solo una fonte rilevante di finanziamento e di flusso di «denaro fresco per le casse esangui delle aziende sanitarie, ma anche una modalità importante per intervenire nel ricco mercato della spesa sanitaria out of pocket valutabile secondo recenti dati Censis in circa 30 miliardi».

«Le aziende sanitarie - commenta il sindacato in un comunicato - mettono a disposizione strutture dotate di elevati standard di sicurezza e l'opera di professionisti la cui crescita culturale e qualità nei processi diagnostico/terapeutici è garantita dal Ssn, i cui esiti clinici sono considerati tra i migliori dei Paesi Ocse. Tutto ciò non può che avere ricadute positive

nel complesso mercato sanitario out of pocket, particolarmente in termini di appropriatezza ed efficacia delle prestazioni erogate».

L'Anaaos auspica che l'intramoenia dei professionisti dipendenti del Ssn «venga liberata da lacci e laccioli regolamentari che oggi rischiano di soffocarla, puntando inoltre ad una netta riduzione degli oneri economici aggiuntivi che gravano sulla tariffa pagata dall'utente (5% per la riduzione delle liste d'attesa; 5% per i fondi aziendali; etc) in modo da arrivare a tariffe finali competitive rispetto agli erogatori privati di prestazioni sanitarie».

[VEDI IL SERVIZIO E LA RELAZIONE INTEGRALE SULL'INTRAMOENIA](#)

Addetto stampa - Maria Antonietta Izza - ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584