quotidianosanità.it

05 MARZO 2017

Testamento biologico. Ecco il testo pronto per l'esame dell'Aula. Lavori al via dal 13 marzo

La commissione Affari sociali ha recepito lo scorso giovedì alcune delle osservazioni avanzate dalla commissione Giustizia. Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni, ma può altresì rifiutare in tutto o in parte le informazioni e indicare una persona di fiducia che possa riceverle in sua vece. Nel caso di minori o incapaci il consenso informato può espresso o rifiutato da un tutore. Resta fermo il diritto da parte del paziente di interrompere i trattamenti, comprese la nutrizione e l'idratazione artificiali. IL TESTO

È pronto il testo del disegno di legge sul testamento biologico che il prossimo 13 marzo verrà esaminato dall'Assemblea della Camera. Lo scorso 2 marzo la commissione Affari sociali ha recepito alcune delle osservazioni inserite all'interno del parere favorevole elaborato dalla commissione Giustizia, con alcuni emendamenti che non hanno però stravolto l'indirizzo dei lavori lavori portati avanti in questi mesi dalla XII commissione.

Restano ferme le misure più discusse, in particolare la possibilità da parte dei pazienti di poter rifiutare i trattamenti sanitari, compresa la nutrizione e l'idratazione artificiale, che ha già creato 'spaccature' interne alla maggioranza in commissione.

Di seguito l'analisi del testo articolo per articolo.

L'articolo 1, in tema di consenso informato, chiarisce che l'obiettivo della legge è quello di tutelare la vita e la salute dell'individuo, e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata. Viene qui promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico il cui atto fondante è il consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico.

Si spiega, poi, che ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo e comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefìci e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni o indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di ricevere le informazioni in sua vece. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato dovranno essere registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

Il consenso informato dovrà essere espresso in forma scritta o, nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentono alla persona con disabilità di comunicarlo in qualunque forma. Ogni persona maggiorenne, e capace di intendere e di volere, ha il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento, incluse la nutrizione e l'idratazione artificiali.

Si sottolinea, inoltre, come il rifiuto del trattamento non deve in nessun caso comportare l'abbandono terapeutico. Sono quindi sempre assicurati il coinvolgimento del medico di famiglia e l'erogazione delle cure palliative.

I medici dovranno rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario e, in conseguenza di ciò, saranno esenti da responsabilità civile o penale. Al contempo, i pazienti non potranno esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche

clinico-assistenziali. Infine, si spiega che nelle situazioni di emergenza o di urgenza, il medico dovrà assicurare l'assistenza sanitaria indispensabile, "ove possibile nel rispetto della volontà del paziente".

All'articolo 2 si spiega che il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità. Il consenso della persona incapace è espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto quando possibile. Nel caso poi di persona inabilitata, il consenso è espresso dalla medesima persona inabilitata e dal curatore.Nel caso in cui il rappresentante legale di persona minore o interdetta o inabilitata oppure l'amministratore di sostegno, in assenza delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT), rifiuti le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, la decisione è rimessa al giudice tutelare.

La disposizioni anticipate di trattamento (DAT) vengono affrontate all'articolo 3. Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie convinzioni e preferenze in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto a scelte diagnostiche o terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari, comprese le pratiche di nutrizione e idratazione artificiali. Viene inoltre riconosciuta la possibilità di indicare un fiduciario che ne faccia le veci e lo rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.

Nel caso in cui le DAT non contengano l'indicazione del fiduciario o questi vi abbia rinunciato o sia deceduto o sia divenuto incapace, le DAT mantengono efficacia in merito alle convinzioni e alle preferenze del disponente. Il medico è tenuto al rispetto delle DAT le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico, in accordo con il fiduciario, qualora sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di assicurare possibilità di miglioramento delle condizioni di vita.

Le DAT devono essere redatte per atto pubblico o per scrittura privata. Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentono, le DAT possono essere espresse attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentono alla persona con disabilità di comunicare.

L'articolo 4 affronta il tema della pianificazione condivisa delle cure tra il paziente e il medico, alla quale il medico è tenuto ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità. L'atto di pianificazione delle cure può essere sempre modificato su richiesta del paziente.

L'articolo 5 contiene una norma transitoria nella quale si specifica che ai documenti atti ad esprimere le volontà del disponente in merito ai trattamenti sanitari, depositati presso il Comune di residenza o davanti a un notaio prima della data di entrata in vigore della presente legge, si applicano le disposizioni della medesima legge.

Infine, l'articolo 6 contiene una clausola di invarianza finanziaria per la quale l'attuazione della legge non dovrà comportare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Giovanni Rodriquez

LA STAMPA TORINO

05-03-2017

Lettori
43.763

http://www.lastampa.it/

Piccola ghiandola grandi problemi: ecco le ultime strategie contro il tumore alla prostata

Dalla prostatite al cancro: ai Martedì Salute si parla di nuove terapie e speranze che nascono dalla ricerca continua

Anche il robot è schierato contro il cancro alla prostata

TORINO

La prostata è una ghiandola di piccole dimensioni che, nel pieno della sua salute, ricorda per forma una castagna. Così descritta potrebbe persino ispirare una discreta «simpatia», ma è meglio non lasciarsi ingannare. Lo rivela già nel titolo l'incontro dei Martedì Salute del prossimo 7 marzo alle ore 10, «La prostata: una piccola ghiandola, un grande problema», presso la **Gam in Corso Galileo Ferraris 30 a Torino (l'ingresso è libero, f**ino ad esaurimento posti).

Gli specialisti che interverranno e dialogheranno con il pubblico sono chiari: mai sottovalutare i sintomi e, altrettanto importante, considerare che oggi esistono nuove armi diagnostiche e terapeutiche in grado di ostacolare il percorso delle malattie, comprese quelle più gravi. Intanto, i medici dicono che sarebbero sufficienti la prostatite e l'ipertrofia prostatica per fare delle prostata un grande problema. «La prostatite - spiegano - è un processo infiammatorio facilmente tendente alla cronicizzazione, che colpisce almeno una volta nella vita un uomo su due; mentre l'ipertrofia prostatica benigna, ossia l'aumento di volume della prostata, interessa l'80% degli uomini dopo i 50 anni, causando sintomi minzionali fastidiosi in più della metà di essi e costringendo all'intervento un alto numero di pazienti (40.000 all'anno

solo in Italia)».

Ma ciò che giustamente genera le maggiori preoccupazioni è il tumore: un uomo ha il 10% di probabilità di sviluppare un tumore **alla prostata nell'arco della sua vita**. Duecento nuove diagnosi ogni 100.000 abitanti solo nella regione Piemonte. In aggiunta, la difficoltà della diagnosi. «Da una parte un test come il Psa, riconosciuto da tutti come il miglior marcatore tumorale esistente, ma al contempo messo sotto accusa da tutti perché crea spesso inutili allarmismi. – spiega il professor Paolo Gontero, specialista in Urologia presso la Città della Salute e della Scienza - Dall'altra uno screening mai approvato, nonostante uno studio europeo abbia dimostrato che una diagnosi precoce di tumore alla prostata salva delle vite». Una malattia anche difficile da curare, a causa dell'ampia variabilità nel suo profilo di aggressività. E purtroppo non è sempre facile distinguere le forme indolenti (così lente nell'evoluzione da non necessitare alcun tipo di terapia se non delle visite di controllo) da quelle più aggressive in cui è fondamentale una terapia tempestiva, spesso multimodale, dove vengano messe a disposizione tutte le armi (chirurgia, radioterapia e terapia medica).

Fin qui non abbiamo dato buone notizie, ma ce sono - e molto confortanti - perché l'oncologia prostatica si è arricchita in tempi recenti di innovazioni che hanno consentito un affinamento diagnostico, con l'avvento della risonanza magnetica. «Inoltre - prosegue Gontero - , la chirurgia ha beneficiato di un'importante evoluzione tecnologica che ha portato ad un sempre maggior rispetto della qualità di vita con l'avvento del robot. Un percorso parallelo sta interessando la radioterapia con l'affinamento dei protocolli di cura e l'impiego di nuove forme di energia radiante, anche se la vera rivoluzione di oggi sta investendo il campo della terapia medica delle forme più avanzate di malattia».

Quando i trattamenti locali falliscono è ancora possibile ottenere un controllo della malattia, spesso per lunghi periodi e con qualità di vita buona, utilizzando i vari trattamenti che si sono resi disponibili in questi anni. In primo luogo l'ormonoterapia: «Disponiamo di nuove molecole attive - spiega il professor Massimo Aglietta, oncologo all'Irccs di Candiolo - quando la ormonoterapia tradizionale smette di funzionare; poi la chemioterapia che spesso viene associata alla terapia ormonale e consente un ulteriore controllo della progressione; le terapie radiometaboliche che permettono di controllare la diffusione ossea della malattia. Inoltre stanno emergendo terapie molecolari in presenza di alterazioni dei geni preposti ai meccanismi di riparo del Dna e si stanno testando protocolli di immunoterapia».

RELATORI DELL'INCONTRO:
Paolo Gontero, specialista in Urologia, Università di Torino AOU Città della Salute e della Scienza, presidio Molinette
Massimo Aglietta, specialista in Oncologia, Università di Torino, Istituto di Candiolo IRCCS
Modera: Bruno Frea, specialista in Urologia, Università di Torino.

IO DONNA

(TESTATA ONLINE - IL FEMMINILE DEL CORRIERE DELLA SERA)

05-03-2016

Lettori
29.360

http://www.iodonna.it/

Sesso: quel che le ragazze al Sud non sanno

L'assistenza e ngli screening per le donne più disagiate. E soprattutto l'informazione su procreazione consapevole e prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibi fra gli studenti e le studentesse campane. Questa è la mission dell'European Institute Healthcare and Reproduction

di BENEDETTA VERRINI

Getty Images

Prevenzione, educazione, assistenza qualificata: sono gli obiettivi che un gruppo di medici ginecologi mette in campo attraverso l'European Institute Healthcare and Reproduction. La onlus si ripromette di «raggiungere le donne più deboli come giovani adolescenti, tossicodipendenti, rifugiate politiche» spiega la presidente, Paola Laviscio, che è ginecologa e con alcuni colleghi ha deciso di dedicare una parte del suo tempo e della sua professionalità a una fascia fortemente emarginata e senza voce.

Il team, operativo in Campania, utilizzerà anche un ambulatorio mobile per eseguire visite ginecologiche, pap test ed ecografie. Oltre alle visite nei centri di accoglienza e la collaborazione con i Sert, «abbiamo come priorità **l'educazione** e siamo a disposizione per la formazione nelle scuole secondarie» aggiunge. «Troppi ragazzi qui al Sud non hanno nessun tipo di informazione sulla procreazione consapevole e la prevenzione di malattie sessualmente trasmissibili».

Parlare agli adolescenti di questi temi «significa renderli più consapevoli e responsabili, oltre a fare prevenzione per la loro salute». Insieme al rischio dell'Aids, una delle malattie a

trasmissione sessuale più subdole e diffuse è il papilloma virus. «È più che mai necessario spiegare l'importanza della vaccinazione e dei controlli» sottolinea la dottoressa Laviscio. «Il papilloma virus è un problema per entrambi i sessi, perché viene collegato anche all'insorgenza dei tumori di prostata e vescica nei maschi. Per le ragazze può essere aggressivo anche in età giovanissima: interveniamo per lesioni pre-cancerose anche su ragazze di 23 anni. Perciò riteniamo fondamentale la prevenzione anche attraverso l'educazione: le ragazze devono sapere ad esempio che il Pap test non è un esame **"da grandi",** ma si può fare anche da giovanissime ed è un controllo importante».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 29.861
Diffusione 12/2016: 22.346
Lettori Ed. II 2016: 468.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

Dir. Resp.: Giuseppe De Tomaso

06-MAR-2017
da pag. 6
foglio 1
www.datastampa.it

CANCRO DEL FEGATO AL CENTRO DI UN CONVEGNO IL LAVORO DI RICERCA E DI EQUIPE NELL'IRCCS «DE BELLIS» DI CASTELLANA

«Microsonde e temperature alte così bruciamo le metastasi»

● Cancro del fegato (13.200 casi per anno in Italia): può essere primitivo, cioè nato nell'organo oppure metastatico, figlio di una matrice presente in altro organo ed emigrato.

L'IRCCS ospedale di Castellana Grotte, specializzato in gastroenterologia, ha organizzato un congresso sul trattamento integrato delle metastasi epatiche da carcinoma del colon retto, presieduto dal dr Dionigi Lorusso, direttore dell'u.o. di chirurgia. Un tema di grande attualità per patologie che vedono la Puglia tra i primi posti per numero di casi.

«Noi – dice il dr Lorusso – affrontiamo questa patologia con approccio multidisciplinare che, posto il paziente al centro, se ne occupa seguendolo dalla fase diagnostica alla terapeutica e, successivamente, nei controlli, il malato sa di ritrovare la stessa equipe. A tempi ravvicinati (di solito, settimanali) gli specialisti interessati (chirurghi, oncologi, radiologi, gastroenterologi, anatomopatologi) si incontrano per discutere i vari casi, studiare la strategia più adeguate per affrontarne le singole peculiarità, scambiarsi nozioni di novità scientifiche, ecc. Negli ultimi cinque anni – dice Lorusso - abbiamo operato, con la strategia di cui s'è detto, che ha sortito ottimi effetti e risultati - 1.100 pazienti con lesioni a carico del tratto intestinale colon-retto. Nel 37% dei casi, abbiamo operato in laparoscopia. Eseguite anche 90 resezioni epatiche di cui 54 riguardanti metastasi da carcinoma del colon retto. Il trattamento utilizzato in 17 casi è stato di tipo integrato, cioè, in sala operatoria, abbiamo effettuato la resezione combinata con la termoablazione eseguita dal dr Fabio Fucilli».

La termoablazione consiste nell'infiggere, nella metastasi, un ago-antenna a microonde (lo precisa il dr. G. Lippolis) che sviluppa, in loco, una temperatura elevata (80-100 gradi) capace di bruciare il tessuto maligno insieme ad una piccola zona sana circostante in modo da evitare o ritardare eventuali recidive. «La nostra collaborazione – dice l'oncologo dr Ivan Lolli – garantisce il miglior trattamento con indubbi riflessi positivi sulla vita e sulla qualità di vita». «In tal modo – dice Lorusso – si riesce ad eliminare (bruciare) il focolaio metastatico, risparmiando tessuto di fegato sano evitando, così, interventi più demolitivi ed implicanze chemioterapiche oltre che fastidi non trascurabili per la vita e qualità di vita del paziente».

La dr Maria Lucia Caruso, direttore anatomia patologica - ha citato il Papiro Smith (1.500 a.C.) riguardante una terapia dei tumori (l'attuale termoablazione gli dà ragione)"...io li tratterò con il trapano infuocato... Tu dovresti bruciare la sua mammella e quel tumore". Citato anche Ippocrate (460 a.C.) "quelli che i farmaci non sanano, sana il ferro, quelli che il ferro non sana, sana il fuoco, quelli che, poi, il fuoco non sana, sono da ritenere insanabili". «L'insanabilità – dice Caruso oggi è in gran parte evitata grazie anche al nostro sequenziamento dei recettori tumorali che ci permette di indicare, con precisione quali tumori e con quali farmaci trattare in modo da centrare l'obiettivo terapeutico».

«Nel nostro Istituto – dice il direttore scientifico dell'Istituto, prof. Gianluigi Giannelli – i pazienti trovano risposte complete alle proprie necessità diagnostiche e terapeutiche. In corso di avanzata realizzazione anche il settore riabilitazione che potrà avvalersi di palestra gestita da medici, finalizzata anche alla ricerca sulla popolazione (studi molecolari, genetici, epigenetici, ecc) coordinata dal prof. Giancarlo Logroscino. Radioterapia e PET sono, allo stato, le nostre carenze».

La ricerca – continua Giannelli – è «punto nodale del nostro Istituto. Una ricerca che riesce a passare dal laboratorio letto del malato. La ricerca sperimentale su avvale anche dello stabularium. Lavori scientifici sperimentali sono in corso e abbiamo accordi-quadro con università (Modena, Padova, del Salento) e sviluppiamo spin-off con aziende pedr sviluppare il confronto/collaborazione pubblico-privata. La sinergia è fondamentale».

Nicola Simonetti

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2010: 133.263
Diffusione 03/2010: 88.589
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

ItaliaOggi Sette

Dir. Resp.: Marino Longoni

06-MAR-2017
da pag. 2
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Ok alla legge sulla sicurezza delle cure. Vige il doppio binario: medici sgravati dalla prova

Responsabilità civile, si sposta il baricentro verso le strutture

Pagine a cura
DI ANTONIO CICCIA MESSINA

Stop alla medicina difensiva. È l'effetto della riscrittura integrale della disciplina della responsabilità sanitaria. Curare e curarsi sono attività rischiose e il regime della responsabilità può spostare l'ago della bilancia da un comportamento più coraggioso per sconfiggere le malattie (ma più a rischio di responsabilità per il medico) a uno più prudente (per il portafoglio di strutture e professionisti), ma a costo di minore efficacia per il malato. Il precario equilibrio trova nuovi punti di appoggio con la legge sulla responsabilità dei camici bianchi.

Le coordinate tracciate dalla nuova legge (approvata definitivamente dalla camera il 28 febbraio 2017), che modifica i presupposti sia della responsabilità civile sia di quella penale, disegnano un quadro in cui trovano posto innanzi tutto i protocolli di riferimento (linee guida e best practice) per misurare la perizia del medico; più ci si allontana dalla prassi migliore codificata, più si mette a repentaglio la salute del paziente e più il medico deve rispondere davanti a un giudice.

I protocolli e le buone pratiche (si discute, però, su chi deve scriverle senza conflitto di interesse) sono l'unità di misura della responsabilità del medico penale (esclusa per imperizia). La responsabilità civile si sdoppia: contrattuale per la struttura sanitaria ed extracontrattuale per il medico. Il maggior rischio consentito è compensato dalla assicurazione civile obbligatoria e le cause si stemperano con l'obbligo di preventiva conciliazione (partecipazione coatta anche per le compagnie). Ultime ma non meno importanti troviamo le regole su più trasparenza (mai più cartelle cliniche secretate di fatto) e un sistema sociale di assicurazione (con il fondo di garanzia per le vittime).

Ma vediamo i passaggi cruciali della nuova legge.

Rischi civili. La responsabilità civile diventa bifronte. Una faccia è quella della responsabilità delle strutture e l'altra faccia è quella della responsabilità del medico. L'articolo 7 prevede che la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che nell'adempimento della propria obbligazione si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e anche se non dipendenti dalla struttura, risponde delle loro condotte dolose e colpose ai sensi degli articoli 1218 (responsabilità del debitore) e 1228 (responsabilità per fatto degli ausiliari) del codice civile. La disposizione si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria, ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina.

Sintetizzando la responsabilità della struttura è contrattuale: il paziente conclude con la struttura un contratto, che prevede l'esatto adempimento della prestazione sanitaria.

Il medico, invece, risponde ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente. Questo significa che il medico risponde come l'autore di un fatto illecito (perché ha cagionato un danno con una condotta dolosa o colposa), e non di contraente una obbligazione contrattuale.

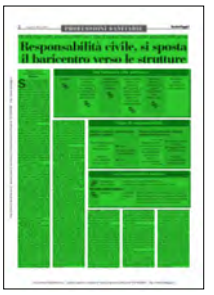
La distinzione sembra di lana caprina, ma quello che si comprende è che siamo di fonte a un tassello che vuole dare maggiore tranquillità ai medici. Si considerino, a questo proposito, le differenze tra i due tipi di responsabilità. La responsabilità contrattuale per la struttura prevede l'onere della prova (di avere fatto le cose per bene) a carico della struttura stessa e termine di prescrizione di dieci anni; la responsabilità extracontrattuale per l'esercente la professione sanitaria (qualora direttamente chiamato in causa) a qualunque titolo operante in una struttura sanitaria e sociosanitaria pubblica o privata, salvo il caso di obbligazione contrattuale assunta con il paziente, prevede l'onere della prova (della condotta illecita) a carico del paziente o comunque del soggetto che si ritiene leso e termine di prescrizione di cinque anni. In sostanza la strada per il risarcimento è più facile nei confronti della struttura rispetto a quella nei confronti del medico.

La trafila. La legge traccia un percorso tutto nuovo del procedimento del risarcimento. È previsto l'obbligo di tentare una conciliazione, ma in un ambito di garanzie per tutti.

Il tentativo va fatto nel corso di una procedura ufficiale e cioè l'accertamento tecnico preventivo (Atp): si chiede al tribunale di nominare un collegio di periti e si chiede di accertare i fatti e di provare a mettere d'accordo tutti quanti. Per evitare fatiche inutili, la norma prevede l'obbligo di partecipazione all'Atp anche delle assicurazioni. Chi non partecipa deve comunque aprire il portafoglio nella fase giudiziale successiva. Se non si tenta la conciliazione non si può fare causa. Proprio le compagnie sono protagoniste assolute della legge che impone l'assicurazione obbligatoria (con clausole di retroattività e ultrattività a favore dei danneggiati) e consente ai danneggiati l'azione diretta contro le società assicuratrici.

Nella determinazione del risarcimento del danno il giudice deve tenere conto della condotta del rispetto delle buone pratiche clinico-assistenziali e delle raccomandazioni previste dalle linee guida di futura emanazione. I protocolli diventano parametri per la valutazione della responsabilità sia civile sia penale.

Quanto alle modalità di risarcimento del danno viene prevista la sua liquidazione sulla base delle tabelle del codice delle assicurazioni private (dlgs n. 209/2005, articoli 138 e 139). Il riferimento è alle tabelle uniche nazionali dei valori economici del danno biologico il cui aggiornamento è disposto annualmente con decreto del Ministero dello sviluppo economico. Su questo punto



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2010: 133.263
Diffusione 03/2010: 88.589
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

ItaliaOggi Sette

Dir. Resp.: Marino Longoni

06-MAR-2017
da pag. 2
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

c'è polemica, perché gli importi potrebbero essere non così soddisfacenti nell'interesse del paziente e dei suoi familiari.

Al risarcimento segue lo strascico della rivalsa della struttura nei confronti del medico, con limiti e tetti a garanzia della serenità del professionista (che deve pensare più a curare le persone che a salvaguardare le proprie spallucce). L'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave. E comunque ci sono importi massimi invalicabili.

Dal fattaccio alla sentenza

Sinistro	Consulenza tecnica preventiva, con obbligo di partecipazione, anche delle assicurazioni	Fallimento conciliazione/ decorso semestre	Causa/Azione diretta nei confronti dell'impresa di assicurazione della struttura sanitaria e del libero professionista	Condanna (Importo definito da tabelle ministeriali - cod. Assicuraz.)	Eventuale rivalsa nei confronti del sanitario

Il tipo di responsabilità

Struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata		Esercente la professione sanitaria operante nella struttura	
Onere della prova a carico della struttura	← Responsabilità contrattuale	→ Responsabilità extra contrattuale (salvo il caso di obbligazione contrattuale assunta con il paziente) →	Onere della prova a carico del soggetto che si ritiene leso
Termine di prescrizione di dieci anni	←		Termine di prescrizione di cinque anni

La responsabilità penale

	Negligenza, imprudenza	punibilità ai sensi 589/590 c.p. (anche per negligenza o imprudenza lieve)	
Omicidio/lesioni colpose			
	Imperizia	punibilità esclusa, se	rispetto delle raccomandazioni previste dalle linee guida, adeguate alle specificità del caso concreto o, in mancanza, delle buone pratiche clinico-assistenziali

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2010: 133.263
Diffusione 03/2010: 88.589
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

ItaliaOggi Sette

Dir. Resp.: Marino Longoni

06-MAR-2017
da pag. 1
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Medici, responsabilità in chiaro

I camici bianchi risponderanno in via extracontrattuale: la prova sarà quindi a carico del paziente. Uno stop ai costi e alle remore della medicina difensiva

DI MARINO LONGONI
mlongoni@class.it

Ci sono voluti tre anni di lavoro, ma alla fine il parlamento è riuscito ad approvare una legge sulla responsabilità dei camici bianchi che potrebbe far uscire il settore sanitario dal caos creato dal decreto Balduzzi e ridurre in modo consistente il fenomeno della cosiddetta medicina difensiva che, secondo le stime più prudenti, costa al sistema sanitario nazionale intorno ai 10 miliardi di euro, il 10% della spesa sanitaria.

La nuova legge prevede per la struttura sanitaria la responsabilità contrattuale per i fatti colposi o dolosi del personale sanitario e degli ausiliari. La conseguenza è l'applicazione del termine di prescrizione di dieci anni e l'onere della prova in capo alla struttura, per cui al paziente danneggiato sarà sufficiente provare il rapporto con la struttura e il danno patito mentre sarà la struttura a dovere offrire la prova del corretto adempimento. Per medici e infermieri la responsabilità contrattuale cede il passo alla responsabilità extracontrattuale, e questo significa termine di prescrizione di cinque anni e, soprattutto, onere per il paziente di provare la colpa dei sanitari. L'effetto sarò di indirizzare la gran parte delle richieste risarcitorie verso la sola struttura sanitaria.

Al centro di questa chiarificazione del sistema della responsabilità sanitaria ci sono i protocolli di riferimento (linee guida e best practice) per misurare la perizia del medico e l'accertamento tecnico preventivo con finalità conciliativa come condizione di procedibilità in giudizio, in alternativa al procedimento di mediazione, che si è dimostrato inadeguato a ridurre il contenzioso. In pratica in sede penale il professionista che ha rispettato le linee guida e le buone pratiche clinico-assistenziali risponde soltanto in caso di comportamento negligente o imprudente e non più per imperizia; in sede civile la responsabilità nei confronti del paziente è quella extracontrattuale.

Un ruolo di equilibrio sarà svolto dalle assicurazioni. La polizza è obbligatoria per medici e strutture, inoltre il risarcimento dei danni sarà definito dalle tabelle ministeriali, che prevedono importi normalmente più bassi rispetto a quelli definiti dalle tabelle dei tribunali. Un sistema standardizzato, con indennizzi meno gravosi, ma più sicuri e veloci.

Un elemento critico potrebbe essere l'obbligo della copertura assicurativa per le strutture sanitarie e per i professionisti, senza però l'obbligo da parte del mercato assicurativo a contrarre le polizze, cosa che potrebbe spostare l'equilibrio del mercato assicurativo a favore delle compagnie. Resta comunque per le strutture la possibilità di assicurarsi tramite strumenti interni che siano equivalenti ad una copertura assicurativa.

Un altro punto critico potrebbe essere quello della formazione delle linee guida e delle best practice, da adottare ufficialmente selezionando le migliore tra le diverse oggi esistenti e utilizzate in contesti diversi. Trattandosi comunque di protocolli scritti sempre da medici, qualcuno già sospetta che saranno scelte in modo da ridurre al minimo la responsabilità dei camici bianchi. Ma bisogna tener conto che questi protocolli non saranno comunque vincolanti per il giudice, che potrà sempre valutare la l'adeguatezza ai casi concreti dei risarcimenti previsti, e questo porta ad escludere la possibilità di scelte troppo orientate verso l'interesse dei professionisti.

Uno dei risultati positivi della legge dovrebbe essere la riduzione dei costi della medicina preventiva, come già scritto, ma anche delle remore che un atteggiamento troppo difensivo generava nell'attività dei medici che, nel dubbio di incorrere in responsabilità, potevano essere indotti a evitare interventi con un tasso eccessivo di rischio. Una recente indagine ha rilevato che l'80% dei medici adot-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2010: 133.263
Diffusione 03/2010: 88.589
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

ItaliaOggi Sette

Dir. Resp.: Marino Longoni

06-MAR-2017
da pag. 1
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

ta frequentemente strategie difensive: il 51% ha prescritto farmaci non necessari e il 24% ha prescritto trattamenti non necessari; il 26% ha escluso pazienti a rischio da alcuni trattamenti, al di là delle normali regole di prudenza e il 14% ha evitato procedure rischiose (diagnostiche o terapeutiche) su pazienti che avrebbero potuto trarne beneficio.

Con le nuove norme i professionisti potranno svolgere con più serenità la propria attività, a beneficio dei pazienti, perché viene meno il timore di vedersi costretti a pagare risarcimenti non per la presenza di una colpa ma per la mancata possibilità tecnica di dimostrare l'assenza di colpa.

© Riproduzione riservata

data stampa
dal 1980 monitoraggio media