

COLLEGIO ITALIANO DEI CHIRURGHI

Una chirurgia "leggera" non taglia i costi

Da un anno le Regioni - su indicazione centrale - hanno deliberato il passaggio di alcune tipologie di intervento come a esempio cataratta e tunnel carpale alla chirurgia ambulatoriale.

Di fatto si tratta solo di un cambio di denominazione in quanto, per ora, i percorsi sono rimasti uguali ma le società scientifiche desiderano intervenire, esprimendo il loro disappunto, affinché non si verifichi il passaggio di altre patologie al regime ambulatoriale. Il passaggio infatti può rivelarsi a scapito del paziente nel momento in cui rischia di essere svolto non rispettando le condizioni di sicurezza.

Già nel corso del 111° congresso annuale di Chirurgia promosso dalla Sic a Rimini nel 2009, alla fine di una consensus conference per la chirurgia dell'emia inguinale il parere degli esperti fu contrario al passaggio al regime ambulatoriale, in ampio anticipo quindi rispetto alle attuali delibere.

I chirurghi, in regime di spending review, comprendono quanto sia necessario diminuire i ricoveri inappropriati, ma le aspettative del cittadino nei confronti della chirurgia sono altissime e non possono accettare di declassare la chirurgia da day surgery a chirurgia ambulatoriale. Infatti se i pochi regolamenti deliberati dalle Re-

gioni si riferiscono al classico percorso della day surgery l'unico vantaggio, oltre al ticket, sarebbe quello di diminuire in modo falso e artificioso i letti accreditati chiamandoli

letti tecnici e non utilizzando per il computo della dotazione letti per 1.000 abitanti. Ma entrando più

nel merito tecnico non si intuisce il beneficio nel portare la chirurgia che si svolge in sala operatoria in ambulatorio.

Mancano regole su documentazione clinica, sicurezza, accreditamento dei percorsi, ma non solo. Cambiando i flussi informativi da Sdo a 24 San, potremmo avere difficoltà nel reperire quei dati di out che ci proponiamo di mettere sotto controllo con il programma Agenas esiti.

Queste nuove regole prevedono che la chirurgia ambulatoriale, quale chirurgia minore, possa essere eseguita da un solo chirurgo aiutato da uno strumentista ma allora ci chiediamo:

a) esiste in Italia la figura dello strumentista e della nurse anestesiologicala come in altri Paesi Ue ed extra Ue o esiste solo la figura dell'infermiere professionale?

b) perché il legislatore che ben conosce le problematiche della formazione in campo chirurgico non ha deciso di prevedere "un chirurgo strutturato e uno in formazione", mentre si fa cenno a un solo infermiere in sala operatoria. Un solo chirurgo è insufficiente così come l'anestesista non deve essere a disposizione ma presente per molte procedure e idem darsi per il ferrista.

Nella realtà non esiste differenza di percorso fra day surgery e chirurgia ambulatoriale in quanto la day surgery ha già snellito al massimo il superfluo e ridondante nel campo della piccola e media chirurgia. Togliere altri segmenti, a esempio prevedere le dimissioni del paziente senza visita chirurgica e anestesiologicala come potrebbe ipotizzarsi per la chirurgia ambulatoriale, non è nell'ottica della sicurezza delle cure e la chirurgia ambulatoriale appare come un taglio lineare di risorse (letti-personale) allungando le mani nelle tasche dei cittadini con i ticket.

Quanto esposto evidenzia una confusione nei termini di day surgery e chirurgia ambulatoriale che è quella identificata nei Paesi anglosassoni come "office based surgery".

La priorità in questo momento, se vogliamo contenere i costi, è avere una chirurgia sicura minimizzando complicanze e richieste di risarcimento.

Cosa vogliono i professionisti? Avere un percorso sicuro in camera operatoria e con il numero di professionisti dotati dei corretti profili professionali.

Da sottolineare che è stato iniziato un percorso in chirurgia sugli esiti, organizzato sulle degenze. Portare migliaia di procedure sull'ambulatoriale escluderebbe questa attività dal programma, bloccando lo studio sugli esiti relativi a complicanze e infezioni e non è desiderio né dei medici né del cittadino.

Per abbattere i letti per mille abitanti possono esserci altre soluzioni, basta che professionisti e istituzioni comincino a colloquiare.

A chi tutti i giorni vive in prima linea la vita e il percorso chirurgico le scelte fatte appaiono in contrasto con buone prassi ed evidenze mediche. Ci chiediamo perché chi ha le competenze in merito, ovvero le società scientifiche, non sia stato interpellato.

Marco d'Imporzano
Presidente Collegio italiano Chirurghi

**La day surgery non si fa in ambulatorio
Buone pratiche dimenticate**



Cassazione. Le conseguenze civilistiche

La responsabilità medica sopravvive alle linee guida

IL PRINCIPIO

La depenalizzazione introdotta dal Dl 158 non cancella gli effetti dei danni provocati anche da colpa lieve

MILANO

■ La **responsabilità civile del medico chirurgo** per un intervento finito male non è esclusa anche se sono state applicate scrupolosamente le linee guida e le buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica. Il decreto legge 158/2012, convertito nella legge 8 novembre 2012, che depenalizza la responsabilità dei sanitari per fatti in sostanza imprevedibili, non tocca minimamente le conseguenze civilistiche per i danni colposi, anche da colpa lieve, provocati al paziente.

La Terza sezione civile della Cassazione (sentenza 4030/13, depositata ieri) torna sul tema sempre caldissimo del rapporto tra medico e paziente, intervenendo su un territorio molto prossimo alla medicina difensiva. Il caso nasceva dall'odissea, non solo giudiziaria, di una donna emiliana operata nel 1993 per un sospetto tumore - in realtà inesistente - e che a causa dell'intervento aveva poi riportato una invalidità permanente

quantificata in dieci punti.

Secondo la difesa dei responsabili civili - cioè la compagnia di assicurazione e la Asl locale - la depenalizzazione dello scorso anno, almeno nei limiti definiti dall'articolo 3, renderebbe improcedibile anche ogni azione di risarcimento civilistico. Una interpretazione, questa, smentita dallo stesso tenore letterale della norma - argomenta la Cassazione - visto che nel dl 158 è fatta esplicitamente salva la clausola generale del *neminem laedere* (articolo 2043 del Codice civile) tantopiù in un ambito che «riguarda diritti umani inviolabili quale è la salute».

Non solo. Anche se i medici provassero una propria colpa lieve - affievolita appunto dall'aver fatto "il meglio" stabilito dalla comunità scientifica in quel momento storico - questa prova «non esime dalla responsabilità civile, che considera la colpa in una dimensione lata, inclusiva del dolo e della diligenza professionale, e nel caso di specie i medici e la struttura non hanno dato la prova della esimente della complicità non prevedibile e non prevenibile, prova che incombe alla parte che assume l'obbligo di garanzia della salute».

A. Gal.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Medici ancora soggetti al risarcimento del danno

Il decreto Balduzzi ha eliminato la responsabilità penale del medico per colpa lieve, ma resta fermo il risarcimento del danno. Infatti è tenuto al ristoro di tutti i danni il sanitario che diagnostica erroneamente un cancro e opera il paziente senza che fosse necessario. Lo precisa la sentenza 4030/13, pubblicata il 19 febbraio dalla terza sezione civile della Cassazione. Accolto il ricorso della paziente dopo una doppia sconfitta in sede di merito. La donna cita in giudizio l'azienda ospedaliera e due chirurghi, chiedendo la condanna al pagamento dei danni patrimoniali e non, per l'operazione che le ha provocato un'invalidità permanente: è stata infatti sottoposta a un intervento di laparoisterectomia dopo la diagnosi sbagliata di carcinoma. I giudici di piazza Cavour chiariscono che il consenso informato del paziente costituisce un «diritto inviolabile della persona». Il caso specifico è caratterizzato «da un contestuale errore di informazione e di assenso all'atto chirurgico». Ma attenzione: stavolta «l'errore diagnostico non deriva da colpa lieve, ma da una gravissima negligenza». E la condotta antidoverosa si configura appunto per avere operato la paziente prima di avere la certezza di un tumore conclamato e diffuso. Quanto al decreto Balduzzi, la Suprema corte sottolinea come la novella ha depenalizzato la responsabilità del medico per colpa lieve, ma osserva anche che «la prova della colpa lieve non esime dalla responsabilità civile». Nella controversia esaminata dai giudici «i medici e la struttura non hanno dato la prova esimente della complicità non prevedibile o non prevenibile» dell'intervento, mentre la prova «incombe alla parte che assume l'obbligo di garanzia della salute». E attenzione: Piazza Cavour non manca di sottolineare come la novella ha destato non poche perplessità di ordine costituzionale, in relazione al comma secondo dell'articolo 77 della Costituzione: il testo originario del decreto legge, infatti, non recava alcuna previsione di carattere penale e neppure circoscriveva il novero delle azioni risarcitorie esperibili da parte dei danneggiati. Giusto un anno fa, peraltro, la Corte costituzionale ha di nuovo detto no agli emendamenti su temi estranei all'originario decreto-legge approvati in sede di conversione.

Debora Alberici

©Riproduzione riservata

La sentenza
sul sito www.italiaoggi.it/documenti

ItaliaOggi

Diritto
& FISCO

2013 2012

Arrivano i nuovi indicatori di coerenza per l'accesso

Il regime premiale si allarga

Medici ancora soggetti al risarcimento del danno

Consulenza legale gratuita per i cittadini

SCOPRI SU ITALIAOGGI
SOLOFISCO

MILANO - 097156

USA: GIORNALI "TRATTANO MALE" OBESI E SCORAGGIANO DIETE

(AGI) - Washington, 19 feb. - Il modo in cui i quotidiani americani trattano il problema dell'obesità potrebbe scoraggiare i lettori afro-americani impegnati a perdere peso. A dirlo, uno studio della University of Missouri accettato per la pubblicazione sulla rivista *Journal of Health Communication*. "Il nostro studio mostra che la maggior parte delle storie che sono riportate sull'obesità sono scritte con tono negativo e attribuiscono agli individui dirette responsabilità personali per il fatto di essere diventati obesi", ha spiegato Hyunmin Lee, fra gli autori dello studio. . Abbiamo scoperto che - continua - questo ha atteggiamento scoraggia gli afro-americani che stanno perdendo peso. Avrebbero invece effetto opposto storie positive di successo circa il superamento dell'obesità e degli altri problemi di salute". Gli scienziati hanno esaminato 35 riviste e oltre 400 notizie relative all'obesità. Quasi tutti gli articoli erano scritti con toni negativi enfatizzando le responsabilità individuali nell'obesità.

Scarsa attenzione nel dibattito pre-elettorale sulle tematiche cruciali per il settore

La salute delle politiche 2013

Intramontabile la sirena dell'universalità - Tagli e federalismo banco di prova

È la voce di spesa più massacrata delle manovre degli ultimi 5-10 anni. È il capitolo d'intervento più stressante per i governi di tutte le taglie, dal centrale ai locali. È la madre di tutte le spese, la Sanità che (ancora, non si sa per quanto) molti ci invidiano e pochi (quasi nessuno) promettono di poterci mantenere per il futuro. Argomento spinoso, la Sanità. In due mesi pieni di campagna elettorale se ne è parlato poco o pochissimo. Meno ancora se ne è scritto.

Nei programmi faticosamente messi assieme da coalizioni e schieramenti spesso il tema viene liquidato in poche righe.

Nel menu di partiti e raggruppamenti, il principale elemento unificante è la difesa dell'universalità del Ssn, ma declinata in tutte le sue possibili sfumature. Il Pd - con Sel e Psi - si schiera sui principi attuali del Ssn dichiarando guerra a sprechi e inefficienze, con un deciso stop ai tagli e, anzi, il rilancio degli investimenti.

Il Pdl punta tutto sulla sussidiarietà e sulla par condicio tra pubblico e privato, rilanciando alla potestà regionale il grosso delle grane organizzative. La Lega usa i costi standard come viatico e scommette - come sempre - su quel federalismo da cui

il programma della coalizione Mon-

ti, almeno in campo sanitario, sta ben attenta a prendere le distanze.

Universalismo in pole position anche per Scelta civica (con Udc e Fli), che frena sulla potestà delle Regioni, rilancia il ruolo centrale per la tutela della salute, e chiede regole chiare per il rapporto pubblico-privato.

Devolution e ruolo del privato nel mirino del Movimento 5 stelle, che rivendica la gratuità per le prestazioni essenziali e i ticket proporzionali a reddito per gli extra-Lea. Operazione che piacerebbe anche al Pd, conscio della delicatezza del problema e orientato a maneggiare con cura le ricadute esplosive della spending review.

Spending che in un modo o nell'altro si rivela come il secondo elemento unificante dello scarno pensiero della Sanità prossima ventura: tutti (genericamente) contro i tagli. Monti non li cita. Anzi rilancia. Dice che per la Sanità ci saranno più soldi. Che ci dovremmo allineare alla media Ocse. Media che - va detto - comprende anche la spesa privata.

Voce che - di sottofondo - tutti i protagonisti hanno ben presente. Anche Monti, che invita tutti a fare la propria parte, anche i cittadini cui vengono riproposti il moloch dei fondi integrativi e la necessità di condividere l'onere del finanziamento dei

pubblici servizi.

La questione, del resto, compare con delicatezza anche in coda al capitolato sul Welfare stilato dal Pdl, che glissa però sulle ricadute operative della questione.

Affettiva e iper-universalista la versione Ingroia: Rivoluzione civile punta sulla non autosufficienza, su maggiori prestazioni gratuite per gli anziani (anche alcuni farmaci di fascia C) e sull'eliminazione di tutto ciò che ha favorito la Sanità privata.

Toni diversi, poche soluzioni. Del resto, si sa, stavolta più che programmi ai cittadini sono stati somministrati manifesti sui valori.

Di pratica poco o nulla. Forse per questo, ancora una volta, una promessa accomuna tutte le coalizioni: fuori la politica dalle nomine dei manager. Che questa possa essere la volta buona.

**Paolo Del Bufalo
Barbara Gobbi
Rosanna Magnano
Sara Todaro**

I programmi in pillole

Pd, Sel, Psi	Investimenti e guerra a sprechi e inefficienze. Per i nuovi ticket soluzioni alternative, anche tarate sui redditi familiari e stop ai tagli lineari. Ruolo trainante per l'industria del farmaco, partiti fuori dalle nomine e obiettivo prevenzione per generare risparmi. Riquilibrare le cure sul territorio, rivedere il ruolo degli ospedali, tutela assicurativa per i medici, ruolo cruciale degli operatori
Pdl	Sussidiarietà e libera scelta nei servizi del Welfare. Riforma della Salute mentale. Modifiche alla spending review e tutela dei medici dai rischi clinici. Legge sul biotestamento. Rapporto pubblico-privato da riequilibrare con par condicio
Lega	Federalismo e costi standard per il diritto alla salute. Attuare e aggiornare i Lea. Rete integrata di servizi per i malati cronici e disabili. Promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture
Scelta civica	Universalità delle cure. Definire prestazioni Lea e quelle dei fondi integrativi. Ticket sostituiti da una franchigia legata all'Isce. Rafforzare il ruolo del ministero. Nuove regole di riparto. Via i partiti e stop alla medicina difensiva. Regole chiare nel rapporto pubblico-privato. Riconoscere il volano dell'industria della salute come creatrice di ricchezza e di occupazione
5 Stelle	Universalità e gratuità per le prestazioni essenziali. Ticket proporzionali al reddito per le prestazioni non essenziali. Monitorare e correggere gli effetti della devolution sull'equità d'accesso. Promuovere l'uso di farmaci generici e fuori brevetto, equivalenti e meno costosi. Prescrizione medica dei principi attivi invece delle marche delle singole specialità
Rivoluzione civile	Universalità delle cure con attenzione alla non autosufficienza. Gratuità per alcuni farmaci di fascia C senza analoghi in fascia A per pensionati e bassi redditi. No a tagli lineari. Eliminare le misure che hanno favorito la Sanità privata. Investire in prevenzione. Ospedali con meno tagli di posti letto e più cure e servizi territoriali. No al doppio lavoro nel pubblico e nel privato e nomine dei manager senza politica



GOVERNATORI

Personale: i limiti ai tagli di spesa

Risorse residue da un anno all'altro per la retribuzione accessoria non devono esistere: i contratti prevedono che «l'integrale utilizzo delle risorse certificate nei tre fondi per la retribuzione accessoria» sia realizzato anche con il finanziamento del fondo di produttività dello stesso anno a cui fanno riferimento gli importi. Ci sono però alcune eccezioni come i casi di forza maggiore, documentati e riferiti a risorse «rese eccezionalmente disponibili» dopo la chiusura dei bilanci o a clausole degli accordi integrativi che vietano di erogare trattamenti economici accessori «che non corrispondano a prestazioni effettivamente rese» e destinano al fondo di produttività e a programmi e progetti dell'anno successivo le somme. Ma tutte queste risorse non devono rientrare nel computo del tetto 2010 a cui fare riferimento, in base alla legge 122/2010, per calcolare i risparmi di spesa sul personale, né il loro utilizzo configura un aumento della spesa per il personale.

A chiarirlo è un documento approvato dalle Regioni a integrazione di quello di fine 2011 (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 41/2011), in base a una recente circolare (16/2012) della Funzione pubblica che afferma che «al fine del rispetto del limite 2010, non rilevano eventuali risorse non utilizzate del fondo dell'anno precedente e rinviate all'anno successivo, in quanto le stesse non rappresentano un incremento del fondo ma un mero trasferimento temporale di spesa di somme già certifi-

cate».

Secondo lo stesso documento delle Regioni, però, il «contenimento di spesa» sul personale si applica invece alle progressioni orizzontali (fasce economiche) di carriera, i cui valori «devono rimanere cristallizzati al 2010». Niente aumenti quindi ed eventuali scatti in questo senso valgono solo dal punto di vista giuridico. Le risorse eventualmente stanziati per il 2011-2013 - chiarisce il documento - si trasformano in economia di bilancio così come quelle che derivano dalla cessazione di personale.

