

ANALYSIS

RASSEGNA STAMPA Mercoledì 13 Novembre 2013

Consulenze e sanità, oggi il piano per tagliare 10 miliardi in tre anni
Spending review
IL MATTINO

In fuga verso le cliniche private
"Prenotazioni quasi raddoppiate"
LA REPUBBLICA

Troise: Anao del futuro rappresenterà anche i contratti atipici
DOCTORNEWS

Per il paziente non c'è l'onore di provare la colpa del medico
IL SOLE 24 ORE FOCUS

La Rassegna Stampa allegata è estratta da vari siti istituzionali

Spending review

Consulenze e sanità, oggi il piano per tagliare 10 miliardi in tre anni

Arriva oggi sul tavolo del premier il «piano operativo» sulla spending review. Il commissario straordinario Carlo Cottarelli è arrivato al Tesoro da venti giorni e già fornisce le prime indicazioni, le linee guida sui tagli alla spesa. Tagli che verranno fatti con il cesello, analizzando le criticità comparto per comparto per superare la logica delle riduzioni lineari che è stata la via più facile nei tanti momenti di emergenza degli ultimi anni. Nel giro di qualche giorno poi le linee guida saranno all'attenzione del Parlamento considerato che il Comitato interministeriale sulla revisione della spesa si riunirà lunedì 18 novembre e nella stessa giornata il

dossier dovrebbe essere trasmesso alle Camere. La spesa pubblica ammonta alla macro-cifra di 800 miliardi di euro ma una parte non è intaccabile. Tra i settori maggiormente sotto i fari c'è la sanità e un'accelerazione per i cosiddetti costi standard. Ma nel mirino anche le tante municipalizzate, le consulenze, l'utilizzo degli immobili pubblici. Un ruolo primario dovrebbe essere giocato anche dalla razionalizzazione e centralizzazione degli acquisti attraverso la Consip. L'obiettivo finanziario della spending review potrebbe essere quello di mettere in cantiere tagli per oltre 10 miliardi di euro in tre anni.

Dal calo degli esami nel pubblico al boom dell'altra sanità nei centri diagnostici di città e regione

In fuga verso le cliniche private “Prenotazioni quasi raddoppiate”

ROSARIO DI RAIMONDO

C'È una strada che porta a quei sette milioni di visite ed esami in meno effettuati tra il 2011 e il 2012 negli ospedali pubblici dell'Emilia-Romagna. È quella percorsa da tutti i cittadini che fuggono verso le cliniche. La sanità privata resiste alla crisi e fa concorrenza al servizio sanitario regionale con prezzi che sono spesso alla pari, tempi d'attesa più brevi, efficienza. Secondo i dati di Cup 2000, nel bolognese le prestazioni prenotate in strutture a pagamento sono aumentate del 66% in un anno, mentre la produzione pubblica di quelle attività è calata del 6%.

Antonio Monti, presidente regionale dell'Anisap, l'associazio-

ne che raccoglie gli ambulatori privati, spiega: «Oggi noi offriamo servizi che sono all'altezza del pubblico, diamo garanzie. Abbiamo strutture solide, efficienti, che fatturano tra i 30 e i 35 milioni di euro l'anno. Sì, resistiamo alla crisi ma i grandi guadagni non li facciamo lo stesso».

E aggiunge un tassello in più, una delle ipotesi formulate anche dalla Regione: «Il calo delle prestazioni riguarda anche chi non va né dal pubblico né dal privato perché c'è il ticket da pagare». Perché non può pagarlo o rinvia la spesa al mese successivo rinviando le cure.

Diverso il discorso per chi "può permetterselo". Per chi, in altre parole, a una spesa già piuttosto alta nel pubblico, dovuta anche ai ticket, preferisce aggiungere pochi euro e andare nei poliambulatori privati dove si fa praticamente di tutto: visite, resonanze magnetiche, tac, esami del sangue, ecografie, protesi dentali. Nel rapporto della Regione sul servizio sanitario dell'Emilia-Romagna, si fa chiaramente riferimento al ruolo dei ticket nella diminuzione di visite ed esami nel pubblico.

Mentre il privato cresce. Ad esempio il Centro medico Uni-Salute, in zona Fiera, segna numeri in ascesa. Gli ambulatori medici contano 1.700 accessi al mese, oltre 20 mila l'anno. Attività raddoppiata rispetto al 2012. E proprio ieri la compagnia del gruppo Unipol specializzata in assistenza e assicurazione sanitaria ha diffuso un sondaggio condotto a Bologna: il 67% degli intervistati pensa che il problema principale degli ospedali pubblici è rappresentato dai tempi d'attesa troppo lunghi per una visita o un esame. L'11% indica come necessità quella di maggiori posti letto, il 10% vorrebbe strutture migliori. E più di un bolognese su due preferisce il privato per i tempi più rapidi o perché ha ambienti più accoglienti.

«Ieri volevo fissare una visita.

Ho visto i tempi d'attesa e a Bologna c'era posto solo tra un anno, a meno che non fossi andato a Porretta o a Castiglione», racconta Mauro Moruzzi, direttore generale di Cup 2000, l'azienda specializzata nella prenotazione di esami (ancora per poco, vista la riforma della società) e nella sanità elettronica. Moruzzi traccia un quadro che mostra come una parte delle prestazioni si sia spostando dal pubblico al privato: «Fra il 2012 e il 2013 a Bologna, considerando anche il territorio di Imola, è stato prenotato un mi-

lionediesami in meno, passando da 11,5 a 10,5 milioni. Al contempo, le prenotazioni nei privati so-

no passate da 60 a 100 mila. Ma questa è solo la piccola parte che noi riusciamo a vedere, quella che passa attraverso il Cup, che è il 5%».

Perché questo spostamento? «C'è una tendenza generale in tutte le Regioni a espellere dal settore pubblico gran parte della diagnostica e delle visite specialistiche—continua il direttore della società—. Nel Lazio questo è un processo molto avanzato. Da noi non è ancora così, ma si avverte questa tendenza a spostare fette consistenti di utenti verso la libera professione, che è cresciuta, oppure verso il privato. Un fenomeno preoccupante».

© RIPRODUZIONE FISERVATA

Troise: Anaaao del futuro rappresenterà anche i contratti atipici

Nella sanità che cambia, i sindacati sono al bivio: proteggere i diritti ottenuti dai medici strutturati a seguito di tante lotte o le aspirazioni di chi ha meno tutele? Anaaao Assomed, sigla leader della dirigenza medica ha deciso di difendere entrambi e per dare più rappresentatività ai giovani dal 14 al 16 novembre al congresso straordinario di Caserta modificherà lo statuto.

Eloquente il titolo: "Un sindacato più forte per la sanità del futuro". «Ci sono margini per crescere anche nella dirigenza medica –dice il segretario Costantino Troise –il 30% non è sindacalizzato, ma un sindacato che non voglia morire deve avere atteggiamenti inclusivi verso le attese dei giovani, delle donne medico, allineare le forme dell'organizzazione ai cambiamenti della realtà e ritrovare le ragioni di comunità, solidarietà, partecipazione: vuol dire non lasciar solo nessuno ed esprimere anche il mondo dei contratti atipici, le nuove forme di lavoro meno protette».

Che cosa può fare un sindacato "forte" per poter dire la sua al Patto governo-regioni?

«Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin al congresso Fimmg ha assicurato la partecipazione dei sindacati medici al Patto salute anche se i tempi non sono definiti. Confidiamo si passi dalle parole ai fatti, non si può parlare per il Ssn o cambiare le regole senza interloquire con i protagonisti».

Come sono cambiate in 5 anni di blocco di contratti le condizioni di lavoro negli ospedali?

«Il nostro lavoro è più pesante e rischioso. A un personale ridotto si chiede di rispondere a una domanda di salute cresciuta, a richieste più complesse, e spesso in condizioni organizzative che espongono a contenziosi legali. Inoltre: siamo sempre meno civil

servant e sempre più impiegati soggetti a cambi di codice comportamentale imposti dall'alto, trattati come fattori di produzione alla stregua di luce e gas mentre il ruolo professionale necessita di autonomia e responsabilità»

Responsabilità medica, dei 5 ddl alla camera ne uscirà uno coerente?

«Se il parlamento regge alle contorsioni del governo si possono creare le premesse per un intervento strutturale che solo una legge di sistema può dare e non le norme spot del decreto del pur meritevole Renato Balduzzi».

Mauro Miserendino

La responsabilità sanitaria

GLI OPERATORI

Per il paziente non c'è l'onere di provare la colpa del medico

Il professionista deve dimostrare che l'evento avverso era imprevedibile e non evitabile

PAGINA A CURA DI

Paolo Mariotti

Antonio Serpetti

■ Sino a fine anni Novanta, la responsabilità del medico dipendente di una struttura pubblica verso il paziente per il danno conseguente ad un suo errore professionale era esclusivamente di natura extracontrattuale. Quindi la prescrizione scattava dopo cinque anni. Ma dottrina e giurisprudenza avvertivano la necessità di dare più tutela al paziente. Così c'è stato un progressivo passaggio dell'inquadramento sistematico della responsabilità del medico verso la responsabilità contrattuale. Lo ha sancito la sentenza 589/1999 della Cassazione civile, fondata sul presupposto del cosiddetto "contatto sociale".

Secondo questa ricostruzione, il medico dipendente del servizio sanitario nazionale assume verso il paziente un'obbligazione che, sebbene non si fondi esplicitamente su un contratto, è assimilata alla responsabilità da contratto, atteso che tra sanitario e paziente si instaura un rapporto giuridico qualificato, tale da non poterli considerare reciprocamente estranei, né dal punto di vista formale né da quello sostanziale. Si applica quindi l'articolo 1218 e seguenti del Codice civile, con importanti conseguenze per onore

probatorio e prescrizione.

L'onere probatorio

Rispetto alla responsabilità extracontrattuale, si ha un'inversione dell'onere probatorio: il paziente deve limitarsi a provare solo il "contatto sociale" con il medico e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia, mentre non è tenuto a provare la colpa del medico e/o della struttura e la relativa gravità. Spetta, invece, al medico l'onere di provare che l'evento avverso sia conseguenza di un fattore imprevedibile e non superabile con la dovuta diligenza.

In pratica, al paziente basterà presentare in giudizio una cartella clinica e una relazione di un medico legale che attestì una negligenza del sanitario e l'insorgenza o aggravamento di una patologia in rapporto causale con l'operato del sanitario.

La colpa

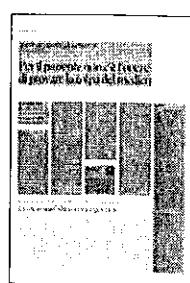
Per quanto attiene all'elemento della colpa, la configurabilità di una responsabilità in capo all'esercente la professione sanitaria non può desumersi solo dal mancato raggiungimento del risultato utile avuto di mira dal paziente. Infatti, non rientra fra gli obblighi di protezione che assume il medico nei confronti del paziente, per effetto del "contatto sociale", il garantire un determinato risultato della prestazione sanitaria. A meno che il paziente non dimostri (l'onere della prova è suo) l'espressa assunzione della garanzia del risultato da parte del medico (Cassazione civile, terza sezione, sentenza n. 16394 del 13 luglio 2010).

La struttura sanitaria

Nell'ipotesi in cui sia accertata la responsabilità del medico, si configura la responsabilità solidale della struttura sanitaria presso la quale egli ha operato. Secondo un orientamento giurisprudenziale ormai consolidato, la struttura sanitaria risponde nei confronti del paziente delle condotte del personale - in particolare di quello medico del quale essa si avvale - indipendentemente dalla sussistenza di un vero e proprio rapporto di lavoro subordinato, secondo la disciplina dettata dall'articolo 1228 del Codice civile. Secondo questa norma, il debitore, che nell'adempimento dell'obbligazione si avvale dell'opera di terzi, risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro.

La natura della responsabilità della struttura, non muta se il paziente si sia rivolto direttamente ad una struttura sanitaria del Servizio sanitario nazionale o convenzionata o se si sia rivolto a un medico di fiducia, il quale abbia effettuato l'intervento presso una struttura privata, sempre che il professionista sia inserito nella stessa, in rapporto di dipendenza o di mera convenzione. Anche quest'ultima forma di collaborazione, infatti, presuppone una scelta del medico da parte della struttura, con assunzione del relativo rischio (si veda, per esempio, la sentenza n. 13953/2007 della Cassazione e la n. 318/2010 del Tribunale di Bari, seconda sezione).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ATTENTI A...



Il rapporto di lavoro non conta
La responsabilità solidale della struttura sanitaria nei confronti del paziente scatta a prescindere dal fatto che il medico abbia un rapporto di lavoro subordinato

In sintesi

01 | CONSENSO INFORMATO

In tema di risarcimento danni da trattamento sanitario (e, dunque, di responsabilità professionale del medico), costituisce omissione, violazione ad hoc ed autonoma fonte di responsabilità, l'aver operato senza aver acquisito il consenso informato del paziente. L'inadempimento, perché possa dar luogo ad una richiesta risarcitoria da parte del paziente, deve, però, costituire causa o concausa efficiente del danno. (Cassazione civile, sezione III, 27/11/2012, n. 20984).

02 | LA PROTEZIONE

L'obbligo di protezione gravante sugli operatori di una struttura sanitaria, medici e paramedici, nei confronti del paziente non può ritenersi limitato al rischio sanitario, vale a dire agli ambiti connessi alla prestazione, poiché la necessità di garantire un'adeguata tutela al bene

salute implica che gli obblighi protettivi siano estesi alle attività accessorie, che derivano dal rapporto di spadalità, avuto riguardo alle concrete circostanze del caso clinico (Cassazione penale, sezione IV, 17/04/2013, n. 23944).

03 | LE LINEE GUIDA

L'articolo 3 comma 1 del Dl 158/2012, esclude la responsabilità medica in sede penale, se l'esercente dell'attività sanitaria si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica. L'esimente penale non elide però l'illecito civile. La nuova norma si limita a indicare una particolare evoluzione del diritto penale, al fine di agevolare l'esercizio dell'arte medica, evitando il pericolo di pretestuose azioni penali, senza modificare la materia della responsabilità civile per la "responsabilità contrattuale" del medico e della struttura sanitaria, da contatto sociale (Cassazione civile, sezione III, 19/02/2013, n. 4030)