



Un'indagine dell'Ocse mette a confronto la retribuzione dei dottori nei Paesi più sviluppati:

Il medico d'Italia va nel club

Olandesi e americani guadagnano più di tutti tra gli specialisti - Per i nostri

Una premessa è d'obbligo: i confronti, soprattutto quando si tratta di guardare dentro le tasche, sono sempre spinosi e da prendere assolutamente con le pinze. Il rischio di mischiare "le pere con le mele" è sempre dietro l'angolo. Ma dal primo confronto sugli stipendi dei medici messo a punto dall'Ocse - che ha paragonato una quindicina tra i Paesi più ricchi e rappresentativi nel mondo - esce fuori una realtà quasi incontrovertibile. E cioè che i dottori italiani - da quelli di famiglia fino agli "specialisti" - non guadagnano meno dei colleghi di gran parte dei Paesi più sviluppati. Il medico d'Italia insomma non sarà sicuramente il più ricco, ma neanche il più povero.

Guardando, infatti, gli stipendi medi lordi - con tutte i "se" e i "ma" del caso - e soprattutto il rapporto con la retribuzione media nazionale si può dire che la busta paga del camice "tricolore" non è per nulla lontana da quella dei camici tedeschi, francesi, danesi o austriaci. E anzi in qualche caso è anche di poco superiore.

Le tare da prendere sono tante (per i medici di famiglia italiani, a esempio, va considerato il peso delle spese di studio che in altri Paesi non vengono incluse), ma il risultato dell'indagine dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, che ha preso in considerazione dati relativi al 2005 o al 2004, sembra piuttosto chiaro: siamo in linea con buona parte dei Paesi più ricchi del mondo. Anche se le eccezioni non mancano: come gli Usa o l'Olanda dove gli stipendi degli specialisti girano attorno ai 200mila euro l'anno. Meno divari ci sono, invece, per i medici di famiglia, con l'unica solita eccezione degli States dove la busta paga del

"generalista" supera in media i 100mila euro.

Lo studio dell'organismo di Parigi («The remuneration of general practitioners and specialists in Oecd countries: What are the factors influencing variations across the countries») prova anche a capire il motivo delle differenze tra i Paesi. Alcuni sembrano chiari - chi fa il libero professionista a esempio guadagna più di chi fa il dipendente -, altri meno: il ruolo di "filtro" del medico di base verso le visite specialistiche non sempre significa una busta paga più pesante.

Italiani in linea con i colleghi.

In media un nostro medico specialista - per l'Italia «Il Sole-24 Ore Sanità» ha preso in considerazione lo stipendio di un ospedaliero dipendente non di prima nomina - guadagna circa 99mila euro lordi all'anno: in pratica 3,8 volte lo stipendio medio lordo italiano (che nel 2005 si attestava a circa 27mila euro). Mentre un medico di famiglia con un numero medio di assistiti (circa 1.200) riesce ad assicurarsi una retribuzione lorda di circa 80mila euro all'anno. Anche se in questo caso vanno considerate le spese fisse di gestione - dall'affitto dello studio a quelle della segretaria - che hanno comunque un peso spesso non indifferente.

Come detto svettano all'estero i colleghi americani che primeggiano sia tra i medici di base che tra gli specialisti (tutti liberi professionisti) dove vengono superati solo dai colleghi olandesi.

Per tutti gli altri le differenze ci sono, ma non sono abissali, soprattutto se si prende in considerazione un importante metro di confronto:

SPECIALISTI

Stipendio medio lordo annuale (2004-2005) *
migliaia di euro

Rapporto con retribuzione media nazionale

Olanda	213	7,5
Stati Uniti	173	5,5
Lussemb.	161	4,9
Austria	130	5,2
Canada	117	4,8
Regno U.	112	3,9
Francia	106	4,4
Italia	99	3,8
Svizzera	90	3,0
Islanda	77	3,3
Danimarca	68	2,5
Finlandia	56	2,5
Rep. Ceca	23	1,9
Ungheria	21	1,5

■ Liberi professionisti ■ Dipendenti

(*) Per stipendio medio lordo si intende quello che include tasse, ferie, tredicesima e contributi previdenziali. Per l'Italia la retribuzione dello specialista è stata calcolata su quella percepita da un medico ospedaliero non di prima nomina con l'anzianità media di 15 anni. Mentre per il medico di base italiano lo stipendio è stato ricavato in base al numero assistito medio di circa 1.200 "scelte" senza escludere le spese di gestione dello studio

lo stipendio medio nazionale che dà un'idea anche del costo della vita.

Tra gli "specialisti" gli italiani sono superati da austriaci (130mila euro lordi), canadesi (117mila euro) e inglesi (112mila euro). E di poco dai francesi (106mila euro). Ma gli

italiani sono sopra svizzeri (90mila), islandesi (77mila) e danesi (68mila). Senza contare che i nostri camici bianchi possono far crescere le retribuzioni con gli "extra": a cominciare dal ricorso alla libera professione. Mentre chi fa carriera in Italia - diventando magari direttore

di struttura complessa o capo dipartimento - riesce a guadagnare cifre più importanti. In molti casi guadagnando anche più dei loro "capi", come i direttori sanitari o amministrativi che portano a casa, in media, tra i 90mila e i 120mila euro lordi.

FRANCIA

Sarkozy pensa a pagare gli ospedalieri in base ai risultati

Riforma dell'ospedale e lotta alla progressiva scomparsa dei medici da alcune zone del territorio a minore densità di popolazione. Tra questi due cardini della legge di riforma del sistema sanitario d'Oltralpe, all'esame delle Camere in Francia dallo scorso 10 febbraio, c'è la questione spinosa della retribuzione dei medici francesi, ospedalieri e liberi professionisti.

Il disegno di legge prevede in particolare un'organizzazione dell'azienda ospedaliera ispirata a quella delle imprese nella quale il ruolo del direttore e dello staff dirigente è ridisegnato con nuove responsabilità e l'accesso di candidati alla direzione provenienti da altri settori di attività è limitato a un tetto del 20%. Modello che potrebbe portare al taglio di 30mila posti di lavoro, secondo le stime del presidente della Fhf, la federazione dei dirigenti di ospedale. Ma questo assetto non soddisfa i medici. I quali - insieme al personale paramedico - sentono l'asfissia del sistema, con ritmi di lavoro già massacranti. Per alcuni è colpa della «T2A», sigla che significa tariffazione dell'attività, il nuovo modo di retribuzione delle prestazioni erogate dall'ospedale.

La riforma punta sull'aziendalizzazione

Una trappola - dicono - che spinge alla ricerca del profitto a discapito della qualità. Ma cosa prevede la legge di riforma sul fronte delle retribuzioni?

Per quanto riguarda i medici ospedalieri la riforma prevede un nuovo statuto contrattuale destinato a rafforzare l'attrattiva dell'ospedale pubblico offrendo ai medici nuove prospettive di attività e retribuzione modulandola in funzione degli obiettivi raggiunti e degli impegni individuali di ogni medico. In altre parole, si applica all'azienda ospedaliera l'ottica della parte variabile di stipendio già in vigore per i quadri delle imprese. L'idea è di attirare anche liberi professionisti invertendo la tendenza alla fuga di camici bianchi dal pubblico al privato. Stessa volontà di rendere più allettante il posto di direzione è stata sancita per iscritto in una recente lettera inviata da Roselyne Bachelot al sindacato dei quadri ospedalieri: il ministro vuole arrivare al termine di negoziati sullo statuto dei direttori e dello staff dirigente entro maggio prossimo. Statuto al quale la retribuzione è strettamente legata.

Parallelamente, sul fronte dei liberi professio-

nisti, la retribuzione è al centro dei negoziati tra medici e mutua che sono bloccati sulla creazione di un «settore opzionale» nel quale specialisti come chirurghi, anestesisti-rianimatori e ginecologi-ostetrici dovrebbero impegnarsi a fatturare almeno il 30% delle prestazioni secondo le parcelle convenzionate.

Infine, per quanto riguarda gli incentivi all'insediamento nelle zone a più scarsa densità medica, si parla di contratti con il servizio pubblico con una dotazione mensile di 1.200 euro per gli studenti che si impegnano per almeno due anni a lavorare in quelle zone, ma anche di agevolazioni per il salariato e il part-time.

Ma in ballo c'è il calo del numero totale di camici bianchi: nel 2030, secondo le ultime stime della Drees («Direzione della ricerca, degli studi, della valutazione e delle statistiche» del ministero del Lavoro), saranno 206mila contro 208mila attualmente, ma la punta più bassa si toccherà nel 2019 quando ci saranno 188mila medici in esercizio. Il problema, sottolinea lo studio, è che parallelamente aumenteranno la popolazione francese e la domanda di cure con il progressivo invecchiamento.

Silvia Porzio

E a Londra il

Chi l'ha detto che lavorare nel pubblico non conviene? Si tratta di un vecchio mito da sfatare, quantomeno in Gran Bretagna, dove centinaia di specialisti percepiscono uno stipendio davvero "salutare". Così lo ha definito il «Sunday Times», che ha recentemente condotto un'indagine sull'argomento, e non gli si può dar torto. Gli stipendi in questione ammontano a oltre 190mila sterline all'anno, una somma superiore a quella percepita dal Primo ministro Gordon Brown.

Fino a poco tempo fa molti specialisti del Nhs si spostavano verso il privato per aumentare il proprio reddito. Ma ora grazie a una serie di bonus, per esempio quelli concessi a chi è riuscito a centrare i target del Governo sulle liste d'attesa, molti dottori riescono a raddoppiare il proprio stipendio. E senza rinunciare alla sicurezza di un posto di lavoro stabile.

E c'è anche chi è riuscito a spingersi molto oltre. È il caso di un chirurgo del Trust del Lancashire e Cumbria che è arrivato a incassare più di 290mila sterline in un solo anno. Partendo da uno

la busta paga italiana è vicina a quella dei colleghi all'estero

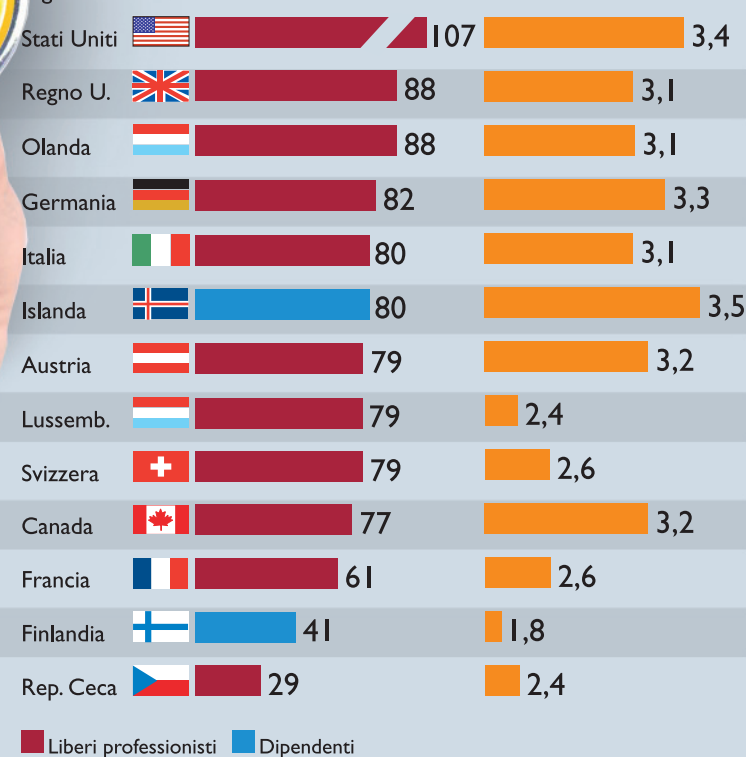
dei top ten al mondo

generalisti stipendio in linea con quello degli altri

MEDICI DI BASE

Stipendio medio lordo annuale (2004-2005) *
migliaia di euro

Rapporto con retribuzione media nazionale



Fonte: rielaborazione de "Il Sole-24 Ore Sanità" su dati Ocse

Ma se i divari tra i diversi Paesi, anche rispetto allo stipendio medio nazionale, sono abbastanza evidenti tra gli specialisti, meno lo sono, invece, tra i medici di base visto che, tolti i "generalisti" americani (107mila euro), guadagnano più di quelli italiani solo gli inglesi - che

possono però far lievitare gli 88mila euro di base con diversi bonus legati ai risultati -, gli olandesi (88mila euro) e i tedeschi (82mila euro). Sotto di noi, anche se di poco, tutti gli altri.

La conferma arriva anche dal rapporto con la retribuzione media na-

zionale: lo stipendio del medico di base è all'incirca 3 volte quello medio dei connazionali in gran parte dei Paesi presi in esame dall'Ocse.

Il futuro? Un medico con le valigie. La professione del medico - lo ricorda anche l'Ocse - è sempre più richiesta in molti Paesi. E in futuro dovrebbe essere sempre più facile per i camici bianchi andare a lavorare all'estero, magari per cercare stipendi più attraenti.

Già oggi a Manchester lavorano più medici del Malawi di quelli che sono rimasti in patria. E la Danimarca assume tutto l'anno tra i polacchi. Mentre gli Stati del Golfo Arabo offrono tra 8mila e 10mila dollari al mese esentasse per attirare dottori con almeno cinque anni di esperienza. La Svizzera cerca, invece, specialisti di ogni tipo. E la lista degli esempi si potrebbe allungare ancora di molto.

Ma le opportunità per i camici bianchi all'estero a volte assumono anche forme molto singolari. Nel Regno Unito troviamo anche occasioni di lavoro durante il fine settimana oppure per una sola settimana. E così, da Paesi come la Germania, si muovono medici ospedalieri per fare gli "straordinari" negli ospedali inglesi. Con una paga oraria di 60 sterline (90 euro circa). E così può succedere che un turno di 36 ore Oltremarica fa guadagnare, anche dopo le tasse, un cifra che supera a volte lo stipendio mensile percepito in patria.

La Sanità europea (e non solo) si sta sempre più internazionalizzando.

Se una volta si andava all'estero solo da giovani per completare la formazione, oggi si può andare quasi in ogni momento della carriera professionale. Nella sola Germania esercitano quasi 18mila medici stranieri. Sono ormai quasi il triplo in Inghilterra.

Marzio Bartoloni

camice guadagna più di Gordon Brown

stipendio base di 120mila sterline, il medico ha rimpolpato il suo conto in banca grazie a un bonus annuale di 90mila sterline come premio per l'«eccellenza clinica», più altre 40mila per i turni straordinari e 40mila per essersi tenuto a disposizione di notte.

In un altro articolo pubblicato il mese scorso il «Sunday Times» ha anche illustrato il caso di un infermiere che ha infranto la soglia di 100mila sterline annuali. In questo caso l'operatore sanitario, di Rotherham nel South Yorkshire, è riuscito a raddoppiare lo stipendio attraverso turni extra con i quali ha contribuito all'abbattimento delle liste d'attesa.

Tutta questa generosità da parte del Nhs ha suscitato la collera di molti pazienti, che poco tempo fa hanno assistito impotenti alla scomparsa dal servizio pubblico di alcuni trattamenti contro il cancro o l'osteoporosi, giudicati troppo costosi. «I medici si lamentano sempre

perché sono sottopagati» ha accusato dalle colonne del Times Katherine Murphy, direttore della Patients association, «ma spesso accade il contrario: ricevono dei bonus per ciò che dovrebbe costituire parte del loro lavoro quotidiano».

Negli ultimi anni nel Regno Unito sono state introdotte nuove forme di pagamento per i medici allo scopo di incrementare la qualità e l'efficienza del servizio. Nel 2004 è stato siglato un nuovo contratto per i Gp con il quale si puntava a migliorare il livello delle prestazioni, attraverso dei supplementi. Le remunerazioni aggiuntive erano previste sulla base dei servizi di qualità offerti in aree quali le malattie croniche o la salute materno-infantile ma anche sulla base delle performance in attività quali l'informazione e la comunicazione con i pazienti.

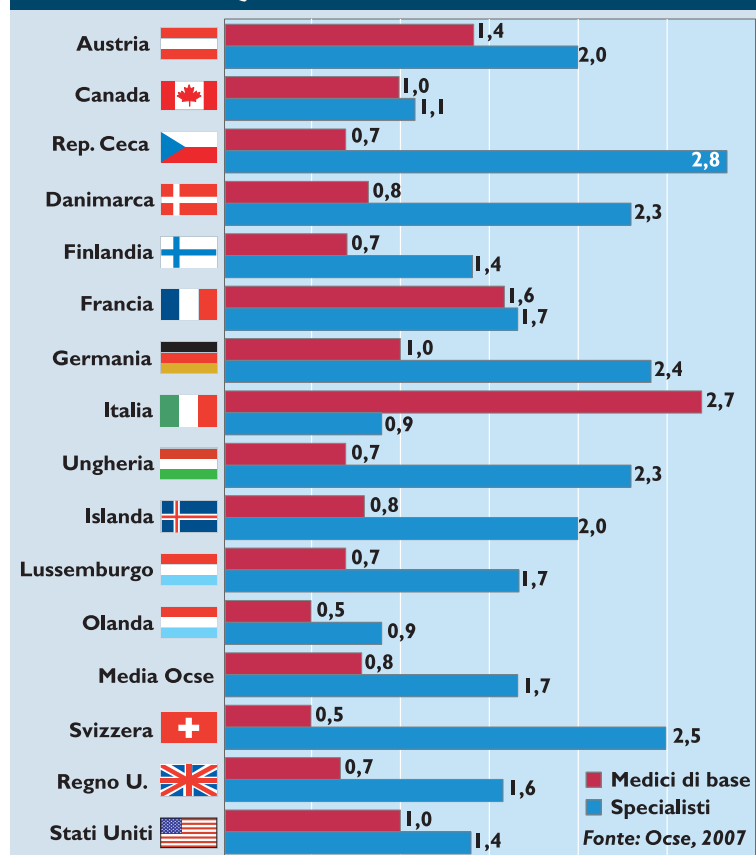
Per gli specialisti invece il nuovo contratto è stato sottoscritto nel 2003, con lievi differenze di applicazione nelle di-

verse aree del Paese. L'obiettivo era quello di aumentare i servizi offerti e allo stesso tempo la remunerazione dei dottori. L'incremento degli emolumenti è legato al raggiungimento di diversi traguardi: risultati clinici, obiettivi di carattere locale, buona amministrazione delle risorse, lavoro in team multidisciplinari.

Ma i risultati raggiunti sono discutibili. Secondo un rapporto del Public accounts committee, organismo della Camera dei Comuni, pubblicato a novembre, gli stipendi degli specialisti sono aumentati in media del 27% in tre anni - dalle 86.746 sterline del 2003-2004 alle 109.974 del 2005-2006 - mentre nello stesso periodo la produttività è calata dello 0,5 per cento. In precedenza un altro rapporto del comitato aveva dimostrato come gli stipendi dei Gp fossero aumentati del 35% dal 2003-2004 al 2005-2006 (raggiungendo in media le 110mila sterline), mentre era diminuito il numero di ore lavorate.

Giuseppe Di Marco

Quanti sono nell'Ocse *



(*) Medici di base/Specialisti per 1.000 abitanti

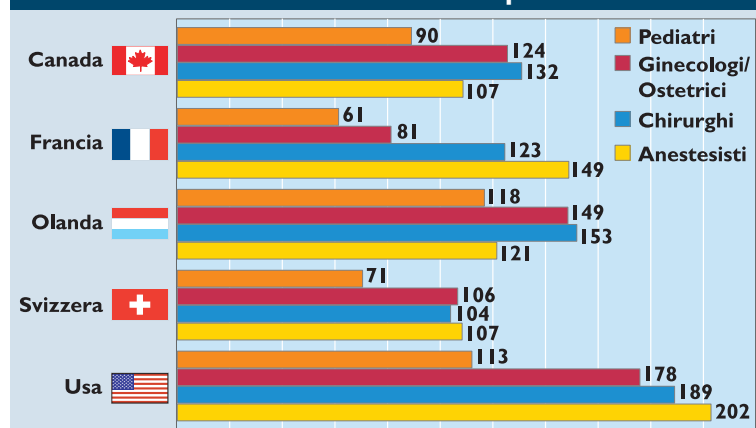
Numero di anni di formazione

Paesi	Medici di base	Specialisti	Differenza annua	Rapporto tra 2 stipendi
Olanda	9	13-15	4-6	2,4
Francia	9	10-12	1-3	1,7
Austria	9	12	3	1,6
Italia	9	10-12	1-3	1,2
Canada	10	12-15	2-5	1,5
Usa	11	11-15	0-4	1,5
Finlandia	8	13-14	5-6	1,3
Regno Unito	8-9	12-15	4-7	1,3
Svizzera	11	11-13	0-2	1,1
Islanda	7-11,5	13,5	2-6,5	1,0
Repubblica Ceca	8,5	11,5-13,5	3-5	0,9

Chi fa il "gatekeeper" tra i Mmg

Paesi	Ruolo di "filtro" del medico di famiglia	Paesi	Ruolo di "filtro" del medico di famiglia
Austria	No	Germania	No, ma nella pratica la maggior parte dei pazienti va regolarmente da un medico di famiglia che generalmente consulta prima
Canada	Nella pratica sì, molte delle richieste di visite specialistiche avviene attraverso generalisti e medici di famiglia	Ungheria	Sì, ma nella pratica il ruolo di filtro è limitato solo per alcuni tipi di assistenza specialistica
Rep. Ceca	Sì, ma questo ruolo di filtro è limitato solo verso alcuni tipi di assistenza specialistica	Italia	Sì
Danimarca	Sì, il ruolo funziona per la gran parte della popolazione	Islanda	No
Finlandia	Sì in principio, ma non è strettamente applicato e nessuna visita "filtro" viene richiesta per consultazioni specialistiche	Lussemburgo	No
Francia	No, ma nella pratica la maggior parte dei pazienti va regolarmente da un medico di famiglia che generalmente consulta prima	Olanda	Sì
		Svizzera	No, ma nella pratica la maggior parte dei pazienti va regolarmente da un medico di famiglia che generalmente consulta prima
		R. Unito	Sì
		Usa	Sì, per circa metà della popolazione che accede a piani di copertura sanitaria pubblico-privata

La retribuzione di alcuni specialisti



Dati in migliaia di euro



RESPONSABILITÀ MEDICI/ Il progetto di riforma dei giuristi della Cattolica di Milano

A caccia di giustizia riparativa

L'articolato frutto della collaborazione con la Società di chirurgia (Sic)

La rilevanza penale solo in caso di colpa grave per decesso o lesioni derivanti da grossolanità dell'intervento eseguito o da "irragionevoli" omissioni. La *restorative justice* per archiviare anche la colpa grave se la procedura si chiude con soddisfazione reciproca. Uno stuolo di periti certificati dalle società scientifiche per tutte le parti in causa. La trattativa del quinto dello stipendio per l'esercizio del diritto di rivalsa da parte della struttura nei confronti del professionista per colpa grave con sentenza passata in giudicato.

Colpa grave "recuperabile"

E a premessa di tutto un principio, scontato negli altri codici europei ma fatalmente assente nel nostro: l'intervento medico-chirurgico adeguato alle finalità terapeutiche ed eseguito in conformità alle *leges artis* "non è aggressione all'integrità fisica". Concetto che - pur non essendo destinato a entrare direttamente nel codice penale - si vorrebbe candidare a parametro vincolante per tutti i giudici, sancendo l'intrinseca adeguatezza dell'atto medico eseguito a regola d'arte.

Questi i paletti fondamentali lungo cui si snoda il progetto di riforma in materia di "responsabilità penale nell'ambito dell'attività medico-chirurgica e gestione del contenzioso legato al rischio clinico" in cottura presso il Csgp (Centro studi "Federico Stella" sulla Giustizia penale e la politica criminale) dell'Università Cattolica di Milano, diretto dal professor **Gabrio Forti**. Seconda tappa della collaborazione avviata con la Società italiana di Chirurgia, a partire dall'indagine empirica che ha confermato la drammatica rilevanza del fenomeno della medicina difensiva da parte dei medici (vedi sotto), il progetto è ormai in fase di stesura conclusiva, quasi pronto per essere presentato nelle sedi parlamentari giuste.

Obiettivo del folto gruppo di giuristi coinvolti nella stesura sotto guida, oltre che di Gabrio Forti, di **Francesco d'Alessandro** (Facoltà di Economia, Università Cattolica di Milano) e **Francesco Centonze** (Facoltà di Giurisprudenza, Università del Salento, Lecce) dettare una ridefinizione organica del contenzioso relativo all'

esercizio della professione sanitaria, ponendo le basi per il superamento del "difensivismo" medico.

Tra gli aspetti peculiari del progetto - articolato in quattro titoli - spicca in particolare il tentativo di introdurre un limite alla colpa grave e la procedura di giustizia riparativa che - se conclusa con esito positivo - determina l'estinzione del reato e la richiesta di archiviazione del reato da parte del Pubblico ministero.

Per quanto riguarda la "colpa grave" la bozza di articolato propone una limitazione alla rilevanza penale dei comportamenti colposi degli esercenti una professione sanitaria, tramite l'introduzione di un articolo 590-ter nel Codice penale che garantirebbe l'applicazione delle pene vigenti (articoli 589 e 590 Cp) solo nell'ipotesi in cui il soggetto abbia determinato per colpa grave la morte o le lesioni del paziente, a seguito di un trattamento eseguito od omesso.

Affidata alla Commissione per la giustizia riparativa in ambito sanitario da istituire in ogni distretto di Corte d'appello e ispirata ai principi internazionali in materia la procedura che dovrebbe consentire tra l'altro di alleggerire i carichi processuali.

Prive di poteri ispettivi, coercitivi e sanzionatori, le commissioni garantirebbero lo spazio "protetto e garantito" necessario al confronto e alla soluzione della controversia alternativa al procedimento giudiziario.

Il controllo giudiziale sarebbe garantito dall'audizione da parte del Pm dell'indagato e del querelante; la riservatezza della procedura sarebbe supportata dalla clausola di inutilizzabilità, in ogni procedimento, delle dichiarazioni rese e degli atti compiuti nel corso del programma, nonché dall'obbligo di astensione dal deporre per i mediatori e gli esperti che hanno partecipato. Tempo d'esecuzione 6 mesi (raddoppiabili), da cui discende anche l'estensione a sei mesi del periodo utile ad avanzare querela di parte. Se tutto va per il meglio, le parti dovrebbero concordare al termine della procedura attività risarcitorie e riparatorie, sole o connesse ad "attività conformative" (a esempio frequenza di corsi di aggiornamento o altre attività socialmente utili da parte del professionista coinvolto).

Tra le novità più attese dai medici an-

che la modifica del Codice di procedura penale per quanto attiene l'albo dei periti: dovranno figurarvi esperti delle principali discipline mediche il cui elenco sarà aggiornato ogni 5 anni dalle società scientifiche riconosciute a livello ministeriale e da cui sarà costretto ad attingere i consulenti anche il Pm.

A condire il tutto c'è anche un mix di regole in tema di assicurazione della Rc medica e gestione del rischio clinico in gran parte coincidente con le norme all'esame della Commissione igiene e Sanità del Senato:

dall'obbligo di accollarsi gli oneri della Rc medica per tutte le strutture che forniscono prestazioni sanitarie (esiti patrimoniali della giustizia riparativa compresi), alla creazione di Unità di gestione del rischio clinico.

Il quid in più: la garanzia di legge che gli *incident reporting*, prescritti come indispensabili per migliorare le procedure «rimarranno segreti e inutilizzabili in ogni procedimento giudiziario».

S.Tod.

LATESI DEI GIURISTI

La prevenzione curi il difensivismo

La percezione di una situazione normativa e di una prassi giurisprudenziale, soprattutto in materia di responsabilità penale, particolarmente rigorose (e, talora, contraddittorie) induce non di rado i medici a modificare le proprie condotte professionali, facendo del soddisfacimento delle esigenze terapeutiche un obiettivo subordinato alla minimizzazione del rischio giudiziario.

L'estensione e la gravità del problema hanno trovato conferma nell'indagine empirica (*riassunta qui accanto*) che il Csgp ha condotto con la collaborazione di Maurizio Catino (docente di Sociologia dell'organizzazione all'Università degli studi Milano-Bicocca, ndr.). Tale ricerca ha rivelato l'elevata incidenza di decisioni di medicina difensiva tra i medici (il 77,9 per cento dei sanitari afferma di aver assunto una condotta difensiva durante l'ultimo mese di lavoro), nella forma sia "positiva" (assurance behaviors), sia "negativa" (avoidance behaviors).

Sulla base dei dati empirici e pur consapevoli del convergere di vari fattori nel determinare le scelte "difensivistiche" dei sanitari, abbiamo ritenuto, nella veste di giuristi, di poter dare un contributo attraverso un ripensamento del ruolo e delle modalità di intervento del diritto penale nel campo della responsabilità medico-chirurgica.

Anche sulla base di una preliminare ricerca comparatistica, che ha permesso di ricostruire criteriologie e procedure di gestione della responsabilità del personale sanitario negli ordinamenti di vari Paesi, ci siamo concentrati su due obiettivi ritenuti fondamentali: la progettazione di strumenti idonei a rispondere efficacemente, sulla base di una verifica scientificamente ponderata e attendibile, alle condotte di reale e grave malpractice sanitaria; la creazione di meccanismi in grado di attenuare la conflittualità medico-paziente, ridando senso e vigore a quella relazione di "alleanza tera-

peutica" che si ritiene fondamentale per il successo delle cure e il rispetto sostanziale dei diritti del malato.

Ciò nella consapevolezza di come al drastico impatto della sanzione penale su prerogative personali del sanitario (a esempio reputazionali) non corrisponda una concreta attitudine a promuovere atteggiamenti e culture che, favorendo l'apprendimento dagli errori commessi, pongano reale rimedio alle condizioni individuali e strutturali che ne hanno propiziato l'occorrenza.

Fatti salvi i diritti dei pazienti, le esigenze di prevenzione dovrebbero venire anteposte a una tardiva e spesso sterile ricerca di "capri espiatori".

Queste considerazioni hanno ispirato quattro profili ritenuti qualificanti nel progetto di riforma in corso di elaborazione:

- 1 limitazione della responsabilità del sanitario alla sola colpa grave;
- 2 garanzia di uno standard adeguato di specializzazione professionale nella assunzione delle prove tecniche in sede processuale;
- 3 introduzione di una innovativa procedura di risoluzione alternativa delle controversie (dal cui esito positivo derivi l'estinzione del reato), idonea a incentivare comportamenti virtuosi del medico attraverso appositi percorsi;
- 4 previsione di norme (a esempio assicurative) utili a favorire un reale ristoro del danno subito dalle vittime di malpractice medica e istituzione, presso ogni struttura che fornisca prestazioni sanitarie, di una "unità di gestione del rischio clinico", dedicata allo sviluppo di prassi efficaci nell'aumentare la sicurezza dei pazienti e ridurre concretamente la probabilità di eventi avversi.

Gabrio Forti
 Ordinario di Diritto penale e Criminologia,
 Facoltà di Giurisprudenza, Università
 Cattolica Milano; Direttore Centro studi
 "Federico Stella" sulla Giustizia penale
 e la politica criminale (Csgp)

«Stop alla ricerca di capri espiatori: bisogna apprendere dall'errore»

I RISULTATI DELL'INDAGINE SU

Tra esami e consulenze il

«**D**iciamo basta alla ricerca del colpevole se non vogliamo che la salute del paziente passi in secondo piano rispetto alla necessità del medico di minimizzare il rischio legale». Suona così l'avviso con cui si conclude la ricerca empirica sulla medicina difensiva realizzata dal Csgp in collaborazione con la Società italiana di chirurgia, con una indagine campionaria realizzata tra luglio e novembre del 2008, con tramite un questionario inviato per e-mail a mille medici.

E bastano le risposte fornite dai 307 rispondenti (30% del campione) a confermare che è il caso di correre ai ripari: il 77,9% degli

operatori ha ammesso di aver adottato almeno un comportamento di medicina difensiva nel corso dell'ultimo mese di lavoro; l'80,4% dice di averlo fatto per evitarsi il rischio di grane legali.

E per paura come hanno reagito? L'82,8% ha inserito in cartella clinica annotazioni evitabili; il 69,8% ha spedito il paziente in ospedale, nonostante fosse gestibile ambulatorialmente; il 61,3% dice di aver prescritto più esami diagnostici del necessario; il 58,6% ha chiamato a superfluo consulto altri specialisti; il 51,5% ha prescrit-

to farmaci non necessari; il 26,2% dichiara di avere escluso pazienti "a rischio" da alcuni trattamenti.

Un'ecatombe della buona pratica medica. Un sacrificio sull'altare del contenzioso che - Ania docet - in un decennio (1995-2005) ha visto aumentare del 65% il numero dei sinistri denunciati, giunti a oltre 28mila.

Sotto la lente degli studiosi un campione composto da medici con una certa esperienza (il 29,6% nella fascia d'età 43-52 anni; il 47,7% nella fascia 53-62 anni); anzianità di servizio medio-alta

Frequenza comportamenti difensivi *			
	Frequenza di comportamenti di medicina difensiva durante l'ultimo mese di lavoro		
	Mai	Almeno una volta	Totale
	Medici	22,1%	77,9%

* Dati aggregati

Frequenza comportamenti difensivi *			
Tipo struttura	Frequenza di comportamenti di medicina difensiva durante l'ultimo mese di lavoro		
	Mai	Almeno una volta	Totale
	Pubblica	22,2%	77,8%
Privata accreditata	23,7%	76,3%	100,0%

* Percentuale disaggregata in base alla variabile "tipo di struttura"

Frequenza *		
	Mai	Almeno 1 volta
Età		
32-42	7,7%	92,3%
43-52	16,7%	83,3%
53-62	24,8%	75,2%
63-72	32,6%	67,4%

Anzianità professionale		
Fino a 1 anno	0,0%	100,0%
Da 1 a 5 anni	0,0%	100,0%
Da 6 a 10 anni	7,7%	92,3%
Da 11 a 20 anni	13,0%	87,0%
Da 21 a 30 anni	21,1%	78,9%
Più di 30 anni	30,1%	69,9%

* % disaggregata in base alle var. "età" e "anzianità di servizio"

Quali fattori hanno influito sui seguenti comportamenti? (disaggregati per età)

	Fattore influente	Età (anni)			
		32-42	43-52	53-62	63-72
		Solo "Accordo"			
	Timore di una richiesta di risarcimento danni	75,0%	60,0%	51,9%	74,0%
	Timore di un contenzioso medico-legale	79,1%	84,7%	74,3%	92,6%
	Timore di pubblicità negativa, perdita di immagine	41,7%	27,1%	46,8%	70,4%
	Precedenti esperienze personali di contenziosi medico-legali	45,8%	47,1%	51,0%	67,9%
	Precedenti esperienze di contenziosi medico-legali a carico di un collega	75,0%	63,4%	61,0%	78,6%

RESPONSABILITÀ MEDICI/ Il testo unificato all'esame della Igiene e Sanità del Senato

Tutela anti-risk in otto mosse

Polizze e conciliazioni obbligatorie - Il contratto è tra paziente e struttura



Assicurazione obbligatoria per tutte le strutture sanitarie, pubbliche e private. Riconoscimento esplicito del rapporto contrattuale instaurato tra paziente e struttura che eroga le cure. Tentativo obbligatorio di conciliazione prima di qualsiasi vertenza. Fondo di garanzia e fondo di solidarietà sociale come arma alternativa affidata alla libera potestà delle Regioni, dotate di voce in capitolo vincolante anche sulla scelta dei periti. Agisce a tutto campo il testo unificato delle "Norme in materia di responsabilità professionale del personale medico" derivante da quattro Ddl in materia (50, Tomassini e Malan; 352, Carrara; 1067, Gasparri, tutti Pd; 1183, Bianchi) appena presentato dal relatore, **Michèle Saccomano**, in commissione Igiene e Sanità del Senato, dopo un lungo giro di audizioni. Un lavoro meditato e mediato, come si evince dalla relazione che accompagna il provvedimento: «Strumenti e obiettivi - spiega Saccomano - sono modulati prevedendo il minor coinvolgimento possi-

bile di altre commissioni e la limitazione delle possibili spese». «Con questo spirito prego i colleghi di accettare nella legge il ripetuto "possono" che vale per le Regioni più virtuose».

Obiettivo esplicito, urgente e irrinunciabile: «garantire adeguata copertura assicurativa della Rc di tutto il personale sanitario e il giusto diritto di risarcimento, migliorando la sicurezza, senza affievolire la responsabilità».

Un triplo salto mortale da compiere non appena chiusa la bufera del testamento biologico: «Questo argomento ci è stato segnalato come assolutamente prioritario da parte del Governo e non mi aspetto opposizione da parte di nessuno: l'esigenza di fare ordine su questa materia è esigenza riconosciuta e condivisa da parte di tutte le parti politiche», conferma il presidente della Igiene e sanità, **Antonio Tomassini**.

Di seguito, in sintesi, i punti qualificanti del progetto:

- tra chi richiede/riceve prestazioni sanitarie e la struttura erogante

I punti fermi

- 1 Assicurazione obbligatoria Rct-Rco a massimale regionale per tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private
- 2 Fondo di garanzia territoriale: istituito da Regioni e Pa su accordo quadro con i sindacati può sostituire le polizze
- 3 Fondo per l'alea terapeutica (Fat): Regioni e Pa possono usarlo come garanzia per gravi sinistri da patologie a rischio indicate biennialmente dal Welfare
- 4 Osservatori errori/contenzioso: potranno istituirli Regioni e Pa con le rappresentanze dei pazienti
- 5 Riduzione della prescrizione: il diritto di risarcimento decade entro 5 anni dal momento della conoscenza del danno
- 6 Graduazione colpa grave: dolo o imperizia/negligenza
- 7 Rivalsa solo in caso di dolo
- 8 Conciliazione civile obbligatoria: va espletata in 30 giorni

si instaura un rapporto di carattere contrattuale;

- la responsabilità civile per danni a terzi causati dal personale sanitario è sempre a carico delle strutture ospedaliere, a eccezione - nel pubblico - di quelle escluse dai Lea;
- tutte le strutture sanitarie pubbliche e private dovranno dotarsi di una assicurazione Rct-Rco (pazienti e dipendenti): il massimale minimo sarà fissato biennialmente dalle Regioni (in prima applicazione al-

meno 10 milioni); la vigenza della polizza è condizione per l'accreditamento; la garanzia vale anche nei confronti delle strutture per fatto colposo del dipendente che determini danno patrimoniale;

- solo il dolo può far scattare l'azione disciplinare e l'azione di rivalsa contro i sanitari responsabili e negligenti con sentenza passata in giudicato consente invece il parziale recupero

del quinto dello stipendio per un massimo di 5 anni;

- il danneggiato agisce direttamente nei confronti dell'assicuratore per il risarcimento del danno: procedura e versamento si effettuano nell'arco di 3 mesi, anche se il danneggiato non è soddisfatto dell'offerta e decide di rivolgersi al giudice civile;

- la procedura legale è subordinata comunque al tentativo obbligatorio di conciliazione da espletare in 30 giorni (più 60 per il pagamento);

- Regioni e Pa possono istituire un Fondo di garanzia per la Rc di tutte le aziende del territorio, sostitutivo delle singole polizze su contenuti concordati con i sindacati di settore;

- allo stesso modo Regioni e Pa possono istituire un Fondo di solidarietà per il risarcimento dell'alea terapeutica (Fat) per gravi sinistri da patologie a rischio indicate biennialmente dal Welfare su tabelle di risarcimento fissate dal tribunale locale;

- il diritto al risarcimento risulta

prescritto decorsi 5 anni; la procedura conciliativa sospende la prescrizione;

- ogni Regione e Pa istituisce l'albo da cui saranno obbligatoriamente scelti i consulenti tecnici d'ufficio in tutte le cause di responsabilità professionale dei sanitari e ne fissa le regole d'aggiornamento, coinvolgendo le società scientifiche e garantendo la presenza di tutte le specializzazioni mediche;

- in ogni struttura sanitaria sarà creata una unità di *risk management* per la gestione delle procedure e la consulenza in materia; Regioni e Pa possono istituire appositi osservatori su errori e contenzioso;
- il Cnrl non della dirigenza Ssn non potrà prevedere norme *in pejus*.

Come si vede un restyling a tutto tondo del poco che c'è e del tutto che manca sul pianeta della responsabilità medica. Pronto per essere messo in cottura appena le emergenze di giornata lo renderanno "gettonabile".

Sara Todaro

UN MIGLIAIO DI PROFESSIONISTI

camice smezza il rischio

(più di 30 anni per il 43,6% degli intervistati); quasi esclusivamente di sesso maschile (94,4%); assunto in un ospedale pubblico (87,3%). Per lo più specialisti (97,4%), dirigenti (42,7%) o direttori di presidio/dipartimento (52,6 per cento).

A "coprirsi" di più sono soprattutto i medici più giovani: nella fascia d'età 32-42 anni ammette di ricorrere a strategie difensive il 92,3% dei soggetti, contro il 67,4% della fascia 63-72 anni. Ad accomunare le due fasce estreme è il timore di una richiesta di risarci-

mento danni, che preoccupa il 75% dei giovani e il 74% degli anziani.

Merita però d'essere sottolineato che sono invece i camici coi capelli d'argento a dimostrare maggior attaccamento alla "maglia" della reputazione professionale: il timore della pubblicità negativa affligge il 70,4% degli over-60 e appena il 41,7% degli over-32, anche se complessivamente il 43,5% degli intervistati - spiega la ricerca - «denuncia l'atteggiamento accusatorio dei media, sempre più orientati a diffon-

dere slogan allarmistici che mettono in cattiva luce l'operato della classe medica».

Di una cosa - si apprende infine - i medici non hanno davvero paura: le sanzioni disciplinari da parte dell'organizzazione in cui operano.

A citarle è solo il 15% degli intervistati. E il dato è confermato anche dalla ricerca qualitativa basata su 21 interviste in profondità a medici appartenenti a differenti reparti e specializzazioni. La risposta è stata unanime: in caso di errore/complicanze/eventi avversi sanzioni disciplinari non ce ne sono. (A meno che non si finisca in prima pagina, forse.)

Nell'ultimo mese di lavoro, quante volte ha compiuto le azioni sotto riportate? *

Tipo di azione	Mai	1-6 volte	7-10+ volte
Prescritto un numero maggiore di esami diagnostici rispetto a quello necessario (es. oltre a quelli raccomandati da Linee guida o Protocolli)	38,7%	53,0%	8,3%
Richiesto procedure invasive (es. biopsia) non necessarie	85,7%	13,8%	0,5%
Prescritto trattamenti non necessari (es. oltre a quelli raccomandati da Linee guida o Protocolli)	75,6%	22,0%	2,4%
Prescritto farmaci non strettamente necessari	48,5%	44,8%	6,7%
Accettato/proposto il ricovero di un paziente in ospedale, anche se le condizioni avrebbero consentito una gestione ambulatoriale	31,2%	63,3%	5,5%
Chiesto un consulto specialistico non necessario	41,4%	53,5%	5,1%
Scritto in cartella clinica annotazioni che avrebbe evitato di riportare se non fosse stato preoccupato per possibili problemi medico-legali	17,2%	63,1%	19,7%
Evitato procedure (diagnostiche o terapeutiche) rischiose su pazienti che avrebbero potuto averne beneficio	86,0%	14,0%	0,0%
Escluso pazienti "a rischio" da alcuni trattamenti (oltre le normali regole di prudenza)	73,8%	25,4%	0,8%

* Composizione percentuale (dati aggregati)

% comportamenti di medicina difensiva più diffusi (disaggregati per età)

Tipo di comportamento	Età (anni)			
	32-42	43-52	53-62	63-72
Prescritto un num. maggiore di esami diagnostici risp. al necessario	75,0%	60,8%	60,6%	55,2%
Prescritto farmaci non strettamente necessari	66,7%	54,1%	50,9%	37,9%
Accettato/proposto il ricovero di un paz. in ospedale gestibile ambulat.	75,0%	70,3%	69,4%	58,6%
Chiesto un consulto specialistico non necessario	79,2%	54,8%	60,6%	44,8%
Scritto in cartella clinica annotazioni evitabili	75,0%	85,3%	80,7%	89,7%
Escluso pazienti a rischio	33,3%	31,1%	21,3%	24,1%

Almeno 1 volta nell'ultimo mese

LA VOCE DEI CHIRURGHI

Vittime di un paradosso giuridico

In questi ultimi anni la chirurgia italiana si è attestata su standard molto elevati. Ciò nonostante il contenzioso medico-legale non solo civile ma anche penale è risultato in continua crescita, in controtendenza con gli altri Paesi occidentali. Le motivazioni risiedono in una legislazione con norme non specifiche e non più attuali (il «Codice Rocco» è del 1930).

La prassi è quella di identificare la complicità con l'errore medico e l'obbligazione di mezzi con l'obbligazione di risultato (come se l'avvocato fosse sempre tenuto a vincere la causa); la nostra legislazione non riconosce inoltre una gradualità alla colpa professionale, manca una definizione legislativa del nesso di causalità, non esistono albi appositi dei periti e consulenti specializzati per singole materie.

Il rischio vero è che si vada diffondendo sempre più una medicina cosiddetta "difensiva", con una chirurgia parametrata prevalentemente sul rischio medico-legale e quindi finalizzata più che "a curare" a cercare di ridurre il contenzioso.

A confermarlo sono gli impressionanti dati frutto dell'indagine anonima eseguita dalla cattedra di diritto penale dell'Università Cattolica di Milano su un campione di nostri associati, specchio di una situazione di cui ci sentiamo più vittime che colpevoli. I parametri del disagio, che riguarda in particolar modo i chirurghi, sono in gran parte già noti: nel corso della propria vita professionale 8 medici su 10 riceveranno almeno una richiesta di risarcimento e molti incorreranno in un procedimento giudiziario; il costo delle assicurazioni personali per colpa professionale è salito negli ultimi anni del 300%; le compagnie assicurative arrivano oggi a incassare circa 500 milioni di euro per i premi in ambito sanitario. Tutto ciò a fronte della completa assenza in Italia - a differenza di gran parte del mondo - di leggi specifiche sulla responsabilità in ambito sanitario.

Il medico in sede civile viene oggi chia-

mato a rispondere per responsabilità contrattuale in assenza di norme specifiche e nella completa ignoranza del contratto esistente semmai tra il cittadino e l'azienda ospedaliera da cui il professionista dipende: un paradosso giuridico che scarica sul singolo medico ogni responsabilità per qualsiasi evento di una catena di montaggio, assegnandogli anche l'onere della prova di non colpevolezza in procedimenti in cui il giudizio finale è forzatamente basato su conclusioni probabilistiche.

Addirittura in ambito penale l'atto chirurgico - anche ove riconosciuto scientificamente corretto - non assume ipotesi di reato di per sé soltanto grazie a una discriminante accertata dal Giudice peraltro in base all'esistenza di un preciso consenso informato.

Nonostante si voglia far credere che l'obiettivo fondamentale è la tutela del cittadino, i fatti dimostrano il contrario.

Basti pensare che molte scuole di specializzazione italiane - prevalentemente in ambito chirurgico - non hanno coperto e sempre meno copriranno i posti disponibili proprio nei settori più delicati che coincidono con quelli più soggetti a ripercussioni medico-legali. E che la medicina difensiva - fenomeno da qualche anno dilagante - non soltanto amplia a dismisura le spese ma soprattutto toglie efficacia ed efficienza al nostro sistema sanitario.

Per questo la Società italiana di chirurgia - dopo aver commissionato all'Università Cattolica di Milano l'indagine sulla medicina difensiva - ha chiesto ai giuristi un'analisi del problema soprattutto in comparazione con altre nazioni, da cui nasce la proposta di una modifica legislativa in tema di responsabilità medica sia civile che penale che sarà proposta nelle sedi parlamentari competenti.

Enrico De Antoni
 Presidente Sic
Rocco Bellantone
 Segretario generale Sic