

RASSEGNA STAMPA – 20 e 21 febbraio 2012

L'ANAAO SULLA STAMPA

La Sanità. Meno soldi, degrado e pochi infermieri così si affondano i reparti in prima linea.

LA REPUBBLICA

Tagli ai posti e al personale, emergenza in corsia. I dati del ministero: tra il 2000 e il 2009 sono stati 45mila i letti eliminati per risparmiare.

IL MESSAGGERO

Troppi reparti aperti solo per garantire i posti da primario. Molti da chiudere. In regola solo tre regioni.

LA STAMPA

Sanità: Anaa, coinvolgere medici scelte politica sanitaria.

ANSA

Ansa-scheda/pronto soccorso: fino a 12 ore di attesa ricerca TDM-Anaa in 70 strutture; - 45mila posti letto in 10 anni.

ANSA

Sanità: Anaa, Governo e Regioni parlino coi medici per salvare SSN. Il monito, anche noi potremmo dire basta.

ADNKRONOS Salute

Medici: Anaa a Governo e Regioni, coinvolgeteci nelle scelte.

AGI

Troise (Anaa): "Caro Balduzzi, sono i medici a dire basta. Vogliamo essere coinvolti".

QUOTIDIANOSANITA.IT

Anaa: coinvolgere i medici nelle scelte di politica sanitaria.

PANORAMA SANITA'

In studio. Termine al 30 giugno per la libera professione "allargata". Camici sul piede di guerra per i limiti all'intramoenia.

IL SOLE 24 ORE

La sanità

Meno soldi, degrado e pochi infermieri così affondano i reparti in prima linea

MICHELE BOCCI

I posti letto che diminuiscono, il numero dei pazienti che aumenta. Il pronto soccorso italiani sono tra due fuochi: da una parte la necessità di ricoverare persone, soprattutto anziane,

con più di un problema di salute, dall'altra i tagli in nome del risparmio e difficoltà burocratiche. In mezzo restano i malati, costretti ad attese lunghissime prima di essere ricoverati o di essere curati e mandati a casa.



I letti

Un decennio di tagli alle spese hanno fatto sparire 45mila posti



15%

DIMINUZIONE

È la percentuale di posti letto tagliati negli ospedali in dieci anni per ridurre i costi della sanità

IN DIECI anni negli ospedali italiani sono spariti 45mila posti letto, circa il 15%, tagliati per razionalizzare e ridurre le spese. Ci hanno rimesso il pronto soccorso, che hanno meno spazi dove ricoverare i casi urgenti. La riduzione delle degenze, da noi più marcata che nella maggior parte degli altri paesi europei, da anni viene indicata come fattore positivo per l'assistenza. «È vero ma probabilmente non avevamo messo bene in conto l'invecchiamento della vita della popolazione, e l'incremento delle malattie croniche — spiega Carlo Nozzoli, segretario di Fadoi, l'associazione dei medici internisti — Mancano letti, di certo per acuti ma anche di lungodegenza, quelli per intenderci dove mettere il novantenne con la febbre e la tosse che ha bisogno dell'ossigeno». Così i malati tornano più volte all'anno al pronto soccorso. «Civile anche una maggiore risposta del territorio, i medici di famiglia devono seguire i loro pazienti per evitare queste ricadute», aggiunge Giorgio Carbone, segretario della Simeu, la società di medicina di urgenza: «Al calo dei letti si risponde con una organizzazione migliore di tutto il sistema sanitario. Siamo pronti a fare le nostre proposte al ministro».

La burocrazia

Una babele di regole diverse virtuose soltanto due Regioni



2

ENTI LOCALI

Solo la Toscana e l'Emilia Romagna hanno avviato il "see and treat", per ridurre i tempi di attesa

IN ITALIA non esiste un modello unico di pronto soccorso. Il settore soffre di una disomogeneità cronica e questo è considerato uno dei problemi più gravi da chi lavora nel campo dell'urgenza. Anche nella stessa città si trovano ospedali organizzati in modo diverso: uno dove i medici dei vari reparti fanno i turni per lavorare periodicamente al dipartimento di emergenza, che di fatto non ha personale suo, l'altro dove ci sono dottori dedicati esclusivamente a questo settore.

Ci sono poi realtà dove si aspettano i consulenti delle specialistiche prima di intervenire su certi pazienti ed altre che gli specialisti li hanno stabilmente. Insomma, non esiste uno schema preciso di lavoro per affrontare la massa di pazienti che si presentano ogni giorno e che chiedono risposte rapide ai loro problemi.

Ci sono infine due Regioni come la Toscana e l'Emilia Romagna che hanno deciso, ciascuna ovviamente a modo suo, di avviare l'esperienza del "see and treat", in cui si prevede che gli infermieri possano curare i casi meno gravi senza il medico.

I tempi

Niente barelle e attese infinite il ricovero è un terno al lotto



22

LE ORE

Le indagini del Tribunale dei diritti del malato hanno evidenziato punte di attesa di 22 ore prima del ricovero

ASPETTA chi deve essere ricoverato, aspetta chi ha bisogno di una cura e poi tornerà a casa e aspettano anche le ambulanze, che devono ritirare la loro lettiga rimasta in un pronto soccorso dove non ci sono più barelle per i malati. E nel frattempo non possono andare a soccorrere altre persone in difficoltà. Nei dipartimenti di emergenza bisogna spesso avere pazienza. L'ingorgo può capitare ovunque. A Napoli come a Genova, a Torino come a Firenze. Secondo un'indagine del sindacato di medici ospedalieri Anaa e del Tribunale diritti del malato svolta in 70 strutture di emergenza-urgenza, prima di fare il triage, cioè di vedere inquadrato il proprio problema, si aspettano da pochi minuti a mezz'ora. Chi è stato classificato come codice giallo, quindi di gravità medio-alta, può aspettare fino a 5 ore prima della visita. Se il codice è verde si sale a 12 ore. Chi deve essere ricoverato nel 37% dei casi osservati aspetta oltre 6 ore e così nel pronto soccorso spuntano le barelle. Ma sono state rilevate anche punte di 22 ore per trovare un posto in reparto. Evidentemente casi come quello dell'Umberto I sono sfuggiti alla ricerca.

I medici

Solo da 3 anni un corso specifico "Siamo la Cayenna dei reparti"



10mila

SANITARI

Sono circa 10mila i medici che lavorano nei 750 pronto soccorso italiani. Molti senza preparazione specifica

CIRCA 10mila medici in 750 pronto soccorso lavorano senza aver fatto un corso di studio specifico. In Italia è nata solo da 3 anni la specializzazione in medicina di urgenza. «Per molto tempo questi reparti sono stati considerati la Cayenna dell'ospedale — spiega Carbone di Simeu — Ci venivano mandati i medici con il carattere difficile o che non funzionavano altrove. Da tre anni esiste finalmente una specializzazione dedicata ma ci vorrà tempo per vedere entrare i primi giovani che hanno studiato emergenza-urgenza, visto che il corso di studi dura cinque anni e i colleghi che escono ogni anno sono ancora pochi. Così per ora ai concorsi possono partecipare specialisti di tutti i tipi, in base al criterio dell'equipollenza: non solo internisti ma anche ematologi o pediatri, chirurghi vascolari o gastroenterologi». Sono fondamentali per il funzionamento del pronto soccorso anche gli infermieri. Per loro il problema, come per altri reparti, è quello lamentato più volte dai sindacati di molti ospedali: una carenza di personale che, di fronte all'aumento dei pazienti, costringe i lavoratori a lavorare in condizioni difficili.

I pazienti

Ogni anno trenta milioni "Ci sono troppe visite inutili"



80%

I CODICI

Circa l'80% delle persone che arrivano al pronto soccorso sono di codice verde o bianco, quindi poco o per niente gravi

OGNI anno il pronto soccorso fanno qualcosa come 30 milioni di visite, molte volte alle stesse persone che hanno avuto delle ricadute. Circa il 20% di questi pazienti devono restare in ospedale e vengono trasferiti in reparto. Si tratta di 6 milioni di ricoveri, cioè oltre la metà del totale (11,2 milioni nel 2010) delle degenze di tutti gli ospedali italiani. Ovviamente tra le Regioni ci sono differenze, si va da un tasso di ricovero dell'11% ad uno del 40%. Tra chi arriva in ambulanza o da solo in ospedale i codici rossi, i più gravi, sono circa il 2%, quelli gialli circa il 18%, quelli verdi oltre il 60%, e quelli bianchi, i problemi più banali, circa il 20%. Molte delle persone che finiscono nei dipartimenti di emergenza e poi devono essere ricoverate sono anziane, in certi casi afflitte da più problemi. «In questi due mesi, complice anche il picco dell'influenza, ho avuto ricoverate praticamente solo persone con più di 80 anni. Tra l'altro hanno bisogno di degenze lunghe perché se tornano troppo presto a casa finiscono per ripresentarsi in ospedale», spiega Carlo Nozzoli di Fadoi che dirige un reparto di medicina al policlinico Careggi di Firenze.

Sardegna, Friuli Venezia Giulia e Puglia sono tra le più penalizzate con riduzioni superiori al 20 per cento

IL FOCUS

A causa del blocco del turn over e del massiccio utilizzo dei precari molte strutture sono ridotte al collasso

Tagli ai posti e al personale, emergenza in corsia

I dati del ministero: tra il 2000 e il 2009 sono stati 45mila i letti eliminati per risparmiare

di VALENTINA ARCOVIO

ROMA - Strutture decadenti, carenza di personale qualificato e iperutilizzo degli ospedali. Se a questo poi si aggiungono i tagli ai posti letto, la difficoltà a ricoverare i pazienti bisognosi e il precariato incalzante, ecco spiegata la drammatica situazione in cui versano la stragrande maggioranza dei Pronto Soccorso italiani. Un problema cronico che, con la crisi economica, sembra essersi tragicamente acuitizzato.

Per farci un'idea del problema basta pensare che solo nella Capitale ogni anno arrivano ai Pronto Soccorso di 2 milioni di pazienti. E capita sempre più spesso di rimanere ore e ore in attesa, e di passare qualche giorno su una barella nei corridoi in attesa che si liberi un posto per il ricovero.

I numeri dell'inefficienza sono allarmanti, come indicano i dati dell'ultima ricerca effettuata dal Tribunale dei Diritti del Malato, insieme all'Anaa-Assomed. Se per l'accesso al triage, si aspetta da pochi minuti a mezz'ora, un codice giallo può essere preso in carico fino a 5 ore dopo il suo arrivo, mentre un codice verde può

attendere fino a 12 ore. E nell'attesa, spesso, i malati sono costretti a rimanere in piedi. Le sale d'attesa con posti a sedere sono presenti nel 98,5% dei casi ma i posti sono insufficienti. «Su 24 pronto soccorso - si legge nell'indagine - si sono trovati da un minimo di due ad un massimo di 10 malati in piedi in attesa». Mentre chi deve essere ricoverato, nel 37,7% dei casi aspetta più di sei ore per avere un posto letto.

Nel frattempo, denuncia il Rapporto, le persone vengono sistemate in barelle aggiunte, che sono «in media 5 per Pronto Soccorso», con un massimo segnalato di 22. Le conseguenze sono pesanti anche per quanto riguarda la privacy: le persone vengono in molti casi chiamate per nome e non vi sono spazi adeguati per garantire la riservatezza. Non va meglio per la sicurezza: la presenza della vigilanza è presente solo nel 55,8. Per non parlare dei cosiddetti mediatori culturali, presenti solo in un terzo delle strutture, e che invece sono fondamentali per la gestione dei pazienti.

Difficile sorprendersi che le cose vadano meglio rispetto

agli scorsi anni, soprattutto considerati i pesanti tagli alla sanità. Secondo il ministero della Salute, tra il 2000 e il 2009 sono stati quasi 45mila i posti letto tagliati in Italia, pari cioè con un rapporto di posti letto per abitante passato da 5,1 ogni mille abitanti di 12 anni fa, al 4,2 attuale. Un dato che ci pone sotto la media europea, che è di 5,5 per mille. I tagli maggiori si sono avuti in Sardegna, Friuli Venezia Giulia e Puglia con riduzioni superiori al 20%. La politica del ridimensionamento dei posti letto doveva essere accompagnata da una parallela crescita dei servizi territoriali che, però, stenta tuttora a realizzarsi in molte Regioni.

«Il taglio dei posti letto è stata una strategia costante delle Regioni con i bilanci in rosso», sottolinea Annamaria Ferrari, ex presidente della Società italiana di Medicina d'Urgenza e attualmente membro della commissione emergenza Anaa. In effetti, la situazione è diversa a seconda della Regione considerata. «E' così capita che in alcune strutture - spiega Ferrari - i pazienti siano costretti a restare su barelle provvisorie prima di avere un posto letto». A essere ridotti all'osso

sono infatti proprio i reparti direttamente collegati all'area dell'emergenza, quelli che dovrebbe assorbire buona parte dei ricoveri stabiliti al pronto soccorso. Si stima che per il complesso degli istituti pubblici e privati accreditati ci siano 4.570 posti letto di terapia intensiva, 7,6 ogni 100mila abitanti, 1.063 posti letto di terapia intensiva neonatale, 1,9 ogni 1.000 nati vivi, e 2.741 posti letto per unità coronarica, 4,6 ogni 100mila abitanti.

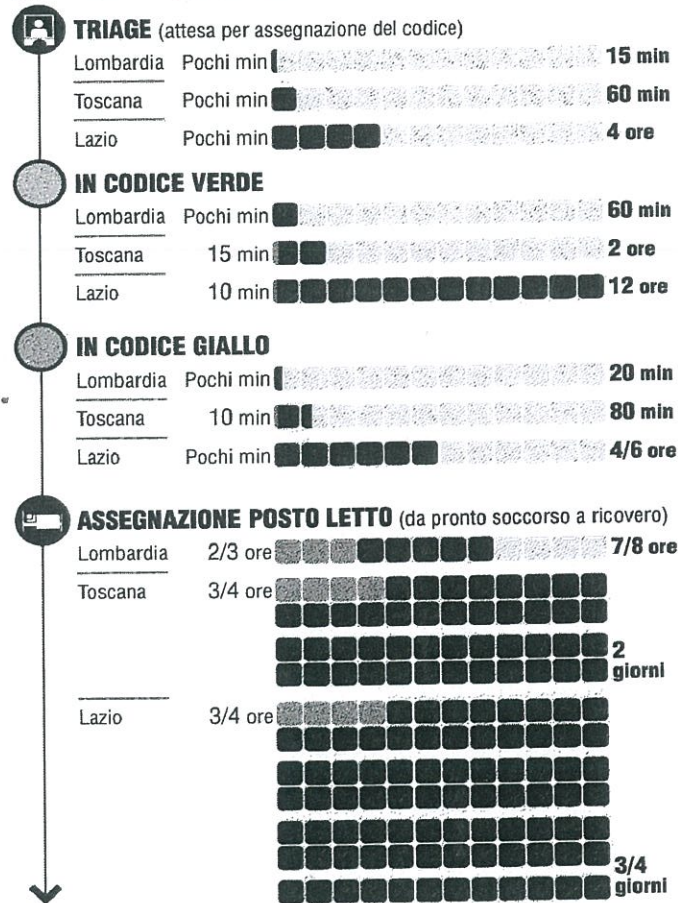
C'è infine il problema della carenza di personale qualificato: con il blocco dei turnover e la presenza sempre più massiccia di precari, il rischio per le strutture è di trovarsi a gestire un enorme mole di lavoro con pochissime risorse. «Questo problema è sicuramente più grave in alcune regioni rispetto ad altre. Nel Lazio circa il 40% del personale è precario».

*A rischio pure
la sicurezza
e la privacy
dei ricoverati*

Tempi d'attesa a confronto

Quanto si aspetta nei pronto soccorso di Lombardia, Lazio e Toscana

◻ TEMPO MIN ◼ TEMPO MAX



Fonte: Tribunale del Malato (2011)

ANSA-CENTIMETRI

Troppi reparti aperti solo per garantire i posti da primario

Molti da chiudere. In regola solo tre regioni



Dietro il caos del pronto soccorso ci sono dieci anni di tagli drastici ai posti letto ospedalieri, carenza di personale ma anche una cattiva distribuzione delle forze in campo, con truppe di camici bianchi ed infermieri sottoutilizzati per presidiare reparti tenuti in piedi più per garantire superstipendi a un esercito di primari che per reali bisogni di cura. A tracciare il quadro dissestato della nostra rete ospedaliera sono l'indagine sui tagli dello specializzato «Quotidianosanità.it» e un dossier del Ministero della salute sul proliferare dei reparti ospedalieri. Ben 10.713 «strutture operative complesse» e 24.386 «semplici».

Tradotto per i profani una valanga di reparti, molti dei quali, ammettono al dicastero di Balduzzi, con posti letto sottoutilizzati e comunque inefficienti, perché solo in Emilia Romagna, Veneto e Provincia di Trento queste strutture in media superano la soglia minima

dei 17,5 posti letto sotto la quale un reparto è considerato da chiudere o da riaccorparsi. Il fenomeno è più esteso al Sud ma anche il Lazio, teatro degli ultimi episodi di malasanità, non scherza con ben 1774 reparti.

Se in alcune ali degli ospedali d'Italia si timbra il cartellino soprattutto per giustificare il posto al primario, in altri reparti però si scoppia perché oltre alla cattiva ripartizione dell'esercito di medici e infermieri c'è anche la politica dei tagli di questi ultimi anni ad aver lasciato il segno. Dal 2000 al 2009, racconta l'indagine di «Qs», si è passati da un rapporto di 5,1 posti letto ogni mille abitanti a un 4,2 nettamente al di sotto della media europea che è di 5,5 posti letto, senza peraltro considerare i posti per le lungodegenze. In pratica nell'arco di 12 anni sono spariti circa 45mila posti letto. «Buona parte di questi - spiega Cesare Fassari, direttore di Qs - si sarebbero dovuti riconvertire in strutture di riabilitazione o di lungodegenza ma in realtà è stato fatto pochissimo e così si è finito per intasare i posti letto ospedalieri rimasti». Anche perché la cura dimagrante è stata impartita soprattutto agli ospedali pubblici, dove il taglio è stato triplo rispetto al privato. Al San Camillo di Roma, l'ospedale del paziente rianimato sul pav-

mento del Pronto Soccorso, in 12 anni sono stati tagliati quasi 500 letti, mentre al Cardarelli di Napoli il taglio è stato di 200 letti, con il risultato che ora ogni giorno oltre 200 pazienti restano inchiodati alla barella in attesa di un ricovero decoroso, denuncia il sindacato dei medici ospedalieri Anaa-Assomed.

E la situazione è destinata a peggiorare se è vero quanto denuncia il segretario nazionale dello stesso sindacato, Costantino Troise, per il quale nelle pieghe delle bozze del nuovo Patto per la salute che a breve dovrà essere sottoscritto da Governo e Regioni è nascosta una riduzione di altri 30mila letti, che si sommerebbe ai tagli già inferti anche al personale, «che hanno portato il sistema di emergenza e urgenza vicino ad un collasso che ricorda il periodo bellico». Una situazione che la stessa Anaa ha documentato in un'indagine condotta insieme al Tribunale dei diritti del malato in 70 strutture d'emergenza. Risultato: oltre il 37% aspetta più di 6 ore per avere un posto letto con punte d'attesa di 12, spesso trascorse in piedi. Per mancanza di letti e personale, denuncia l'indagine. Che però non parla di quei reparti di troppo che se chiusi potrebbero rinforzare le truppe sanitarie dove ce n'è più bisogno.

4,2

posti letto

Per mille abitanti nel 2009. Nel 2000 erano 5,1. In Europa la media è 5,5

45

mila

I posti letto spariti negli ultimi dodici anni a causa dei tagli imposti alla Sanità

37

per cento

Secondo un'indagine dell'Anaa Assomed il 37% dei pazienti aspetta più di sei ore il ricovero

17,5

la soglia

Ogni reparto per essere efficiente dovrebbe avere almeno 17,5 posti letto o andrebbe chiuso

In studio. Termine al 30 giugno per la libera professione «allargata»

Camici sul piede di guerra per i limiti all'intramoenia

Paolo Del Bufalo

Medici sul piede di guerra per il giro di vite sulla libera professione intramoenia. Il decreto Milleproroghe ha limitato al 30 giugno sia la possibilità di esercitarla anche in strutture al di fuori dell'azienda di appartenenza e negli studi medici (la cosiddetta intramoenia "allargata"), sia il tempo che le regioni hanno per realizzare le strutture interne da dedicare a questa attività.

E il ministro della Salute Renato Balduzzi ha annunciato due giorni fa che non ci saranno proroghe ulteriori, come invece chiedono i sindacati a gran voce perché, sostengono, senza intramoenia allargata di fatto si toglie la possibilità di esercizio della libera professione. Anaa e Cimo, i maggiori sindacati degli ospedalieri, chiedono un coinvolgimento più diretto dei medici nelle scelte di politica sanitaria perché l'intramoenia è «un diritto dei medici», sostengono. Un diritto che non si può esercitare annullando la possibilità di utilizzare strutture e studi esterni a quelli pubblici, perché non esistono ancora gli spazi necessari all'interno delle

aziende per la libera professione in tutte le regioni. Solo la metà infatti ha utilizzato il 100% delle risorse messe a disposizione dalla legge (oltre 800 milioni), ma gli interventi "collaudati" e quindi in funzione sono anche tra queste al 100% solo in Umbria. Eppure la legge dettava tempi massimi di tre anni per l'adeguamento alle sue previsioni. Pena «l'esercizio di poteri sostitutivi fino alla destituzione» dei direttori generali inadempienti e la preclusione per le regioni ai finanziamenti integrativi del fondo sanitario nazionale.

Anche la Cgil medici, che appoggia l'iniziativa del ministro di interrompere l'intramoenia allargata, sottolinea però che è necessario dare precise e, questa volta, rigide scadenze alle regioni inadempienti.

In effetti l'intramoenia problemi di gestione a livello regionale ne ha, anche al di là della realizzazione delle strutture. Secondo la relazione dell'Osservatorio nazionale sulla libera professione pubblicata a gennaio, la legge del 2007 che regola l'intramoe-

nia è applicata ancora solo a metà, soprattutto per i controlli. Nel 2010 in 9 regioni non sono state avviate misure anti-conflitto di interesse; solo in 11 regioni tutte le aziende riscuotono gli onorari per conto dei medici.

Onorari che nel 2010 hanno portato a incassi di circa 1,3 miliardi, di cui poco più di uno è andato ai medici e poco meno di 200 milioni alle strutture del Servizio sanitario da cui questi dipendono. Un costo pro capite di circa 21 euro medi l'anno per i cittadini italiani che la richiedono per poter essere sicuri di avere le cure del medico scelto anche in ospedale, ma spesso anche per bypassare le liste di attesa. Chi sceglie l'intramoenia ottiene una visita e/o una analisi nella maggior parte dei casi entro una settimana (il 70% in media, con punte oltre l'80% per le visite otorinolaringoiatriche e poco più del 60% per le risonanze magnetiche) contro una media per le stesse prestazioni (non in urgenza) che arriva anche a code dai 6 agli 8 mesi per le visite e oltre 10 mesi per la diagnostica e il laboratorio.

Nel 2010 poco meno dell'1% delle prestazioni in ricovero è stato eseguito in intramoenia, contro circa il 6-8% di visite specialistiche e esami diagnostici.

A livello regionale i record positivi di attesa per visite specialistiche in intramoenia si hanno nelle Marche, dove ad esempio per una visita ortopedica quasi il 70% di richieste viene evaso nel

lo stesso giorno, in Piemonte dove il 100% di risonanze al cervello è in giornata e stesso risultato in Toscana per le Rm alla colonna. Sul versante opposto va male per le visite oculistiche in Umbria, con oltre il 60% di prestazioni che superano i 60 giorni e in Basilicata in cui la stessa sorte tocca al 55% delle Rm alla colonna, al 50% di quelle a cervello e tronco. Anche per l'intramoenia a volte le code si allungano.

IL MILLEPROROGHE

Stop all'esercizio della professione anche in strutture fuori dell'azienda ospedaliera di appartenenza e negli studi medici

Proposta di Troise

«Serve un fondo per liquidare automaticamente il danno così come esiste in Francia»

MEDIAZIONE OBBLIGATORIA, interventi sulla legge per punire le denunce "temerarie", richieste a Bruxelles di invertire (di nuovo) le regole sull'onere della prova che oggi è in capo al medico: l'Anaao ha una sua ricetta tra tante che se ne sentono?

«La mediazione obbligatoria per il danno da responsabilità sanitaria - spiega il segretario dell'Anaao Assomed, Costantino Troise - presenta non poche criticità, come la molteplicità dei soggetti coinvolti (aziende sanitarie, compagnie assicurative, medici, altre figure sanitarie, presunti danneggiati, loro familiari) o le richieste economiche anche molto onerose di ristoro del presunto danno subito, che mal si adattano ad un meccanismo conciliativo non deputato a emettere sentenze in base all'accertamento di precise singole responsabilità ma a ricercare un accordo tra le varie parti in causa.

Quanto alla legge per punire le denunce cosiddette temerarie, il codice di procedura civile prevede in caso di accertata malafede o colpa grave una sanzione per l'autore della lite che però spesso risulta esigua e comminata soprattutto perché ha intralciato la giustizia disturbando il giudice per niente (il *de minimis non curat praetor* dei latini).

Diverso è il diritto anglosassone dove la valutazione è "sociale" e il giudice ha il potere effettivo di condannare al pagamento il promotore della denuncia: se chiedi tot milioni di risarcimento per niente, rischi di doverne pagare il doppio.

Infine, la questione dell'onere della prova. Questo è in capo al medico in base all'articolo 1.218 del codice civile, che norma la responsabilità contrattuale e al momento paiono difficili modifiche legislative estemporanee in materia. Molto più realisticamente si potrebbe innanzi tutto recepire la sentenza della Corte di Strasburgo del 2009 prima citata, quindi legiferare per l'obbligo di assicurazione per tutte le strutture sanitarie, pubbliche o private e per tutti i medici, dipendenti e liberi professionisti, con pari obbligo, però, a contrarre per le compagnie sulla base di specifiche condizioni di garanzia. In ultimo si potrebbe emanare una legge affinché, specie per alcuni tipi di danno (ad esempio quello infettivo o il neonatale), venga eliminato l'accertamento della colpa del sanitario, ma sia sufficiente provare il nesso causale tra danno subito e prestazione per essere indennizzati da un fondo statale o regionale istituito ad hoc. Esattamente come avvenuto in Francia con la legge Kouchner e in gran parte dei paesi del nord Europa».

Parla il leader Anaao: in caso di danni da Rc l'ospedale resta vincolato come prima

Professioni assicurate per legge ma la responsabilità non cambia

Roma - MAURO MISERENDINO

La Finanziaria Bis impone anche ai medici (articolo 3, comma V, lettera e) di dotarsi di polizza Rc per i danni derivanti dall'esercizio della professione. L'obbligo va recepito entro i primi di agosto di quest'anno negli statuti di

tutti gli ordini professionali. Altrimenti assume l'incarico, il medico in libera professione dovrà rivelare al cliente gli estremi della polizza e il relativo massimale.

Finora la copertura Rc non era obbligatoria, ma solo raccomandata. I premi stanno crescendo. L'ex presidente dell'ordine napoletano Gabriele Peperoni ha stimato un costo fino a 14 mila euro: un onere che non impatta su una categoria di ricchi. Più spesso può rappresentare 5-6 volte l'importo di un ingaggio mensile a parità Iva per un giovane in corsia o in ambulatorio. E scoraggiare il generalista che vuol spendere sue competenze aggiuntive e, nel frattempo, è costretto a spese forti per potenziare lo studio. E poi, come comportarsi con la libera professione intramuraria? Ne parliamo con il segretario nazionale di Anaao Assomed, Costantino Troise. Il primo sindacato ospedaliero anni fa firmò un contratto in cui l'obbligo di assicurarsi era previsto per l'ospedale, ma nessuna legge l'ha recepito. A distanza di un lustro abbiamo ospedali scoperti e medici obbligati a coprirsi.

Perché?

«In realtà - dice Troise - per i medici dipendenti del Ssn nulla è cambiato in termini contrattuali e normativi. Però una cosa è la polizza Rc altra cosa è la responsabilità civile ex articoli 1.218 e 2.043 del codice civile (responsabilità contrattuale ed extracontrattuale e più ancora per la pubblica amministrazione, articolo 28 della Costituzione) che resta in capo comunque sia ai sanitari sia alle strutture pubbliche indipendentemente dall'esistenza di una polizza assicurativa. Infatti non è che si risponde per responsabilità professionale solo se esiste un contratto di assicurazione, questo è ininfluente per il giudice. La polizza serve semplicemente a trasferire il rischio patrimoniale da danno prodotto a terzi a una compagnia, tuttavia non fa venir meno le responsabilità in capo ai singoli soggetti. Questo vale per i medici e vale per tutte le strutture sanitarie, pubbliche, private accreditate e non».

Dunque la responsabilità organizzativa dell'ente non viene meno se un medico in corsia è libero professionista a partita Iva...

«Esattamente. Certo, per i medici liberi professionisti sarebbe stato coerente prevedere l'obbligatorietà a contrarre anche per le strutture dove questi eventualmente operano. Queste ultime comunque, come da plurime sentenze della Cassazione rispondono solidalmente per eventuali danni a terzi o ai

propri operatori (RcI-Rco) indipendentemente se il medico è libero professionista o dipendente. In merito, mi sembra molto in-

teressante quanto statuito nel 2009 a Strasburgo dalla Corte Europea dei diritti dell'Uomo: se in un ospedale un paziente subisce danni alla salute, l'indennizzo dovrà essergli garantito; infatti, ipotizzando l'impossibilità del medico a rimborsare, l'ospedale non può esimersi dal pagare non essendo la sua responsabilità esclusa. Privando di fatto il paziente della protezione giuridica effettiva, lo Stato viola l'articolo 8 della Con-

venzione dei diritti dell'uomo che garantisce il rispetto della vita privata e familiare. Per la Corte inoltre gli Stati devono definire un quadro di regole che imponga agli ospedali pubblici e privati, misure appropriate per la protezione della vita dei pazienti».

Con questa legge non si prende atto che le assicurazioni stanno abbandonando gli ospedali italiani?

«Fin dal contratto nazionale del 2000 le aziende sanitarie pubbliche hanno l'obbligo contrattuale di garantire adeguate coperture assicurative di responsabilità civile e tutela legale a tutti i dipendenti ed in particolare ai dirigenti medici che risultano i più esposti per owi motivi. Quest'obbligo è imprescindibile e può essere garantito in autoassicurazione totale o parziale, o con la stipula di un contratto assicurativo con una compagnia, aggiungo io "primaria" cioè a garanzia di solvibilità finanziaria. Quanto alle specialità più esposte (ortopedici, ginecologi, chi-

rurghi plastici, medici dell'emergenza urgenza ospedaliera ecc.) queste rischiano di "spopolarsi" non tanto per un problema assicurativo, ma anche per l'esplosione del contenzioso in campo sanitario, fenomeno mondiale incrementatosi a dismisura nel nostro paese dalla fine degli anni '90».

La polizza Rc obbligatoria è solo per chi esercita in libera professione o investe la libera professione intramoenia?

«La libera professione intramoenia, anche nella forma cosiddetta allargata (purché regolarmente autorizzata dall'azienda), è attività istituzionale per i medici dipendenti del Ssn e come tale rientra a pieno titolo nella copertura autoassicurativa o assicurativa che le aziende sanitarie sono tenute a stipulare a norma dell'articolo 21 del contratto dell'8 giugno 2000, tuttora vigente nella

sostanza anche alla luce dell'ultimo integrativo del 17 ottobre 2008».

Gli ordini possono acquistare pacchetti assicurativi per gli iscritti: la norma prevista dalla manovra di Ferragosto come si pone verso l'acquisto di polizze collettive fatto dai sindacati?

«La legge numero 148 del 14 settembre '11 di conversione del decreto legge numero 138 dell'agosto scorso prevede per i Consigli nazionali degli ordini e gli enti previdenziali collegati, la possibilità di negoziare in convenzione polizze assicurative ad hoc sulla responsabilità dei propri iscritti. Nessun divieto è previsto per le organizzazioni

sindacali o le associazioni di categoria né per le società scientifiche a stipulare polizze collettive. E' il caso dell'Anaao Assomed

quanto a copertura della tutela legale e della responsabilità da danno erariale dei dirigenti medici. La norma risulta però grossolanamente deficitaria perché non obbliga parallelamente le compagnie di assicurazione a contrarre, così come avviene per le polizze obbligatorie di Rc, vedi l'auto, o come avviene da 10 anni in Francia grazie alla legge Kouchner per la responsabilità civile in campo sanitario».

Non è intaccato il contratto nazionale vigente

SANITA': ANAAO, COINVOLGERE MEDICI SCELTE POLITICA SANITARIA

"Coinvolgere i medici nelle scelte di politica sanitaria". Lo chiede il sindacato dei medici dirigenti Anaa-Assomed.

"Se qualcuno ha a cuore le sorti del servizio sanitario pubblico la smetta di parlare da solo e cominci a parlare con i medici", è il monito che il Segretario Nazionale Anaa-Assomed, Costantino Troise, rivolge a Governo e Regioni.

Infatti, afferma, "in una situazione in cui il taglio di posti letto (45.000 negli ultimi anni con una riduzione di altri 30.000 promessa dal nuovo Patto della salute) e di personale ha portato il sistema di emergenza urgenza vicino ad un collasso che ricorda il periodo bellico, non emerge la volontà di Governo e Regioni di adottare misure immediate, quali deroghe per garantire il turnover e ridurre il precariato che rappresenta fino al 50% del personale, o di prospettiva, come potenziare l'assistenza domiciliare e le strutture per le lungo-degenze, così da facilitare le dimissioni dei pazienti non acuti, implementare l'azione di filtro dei medici di famiglia per rendere più appropriato l'accesso al pronto soccorso, calibrare la riduzione di posti letto alla domanda di ricoveri nei singoli ospedali". In un contesto del genere, rileva Troise, "il ministro della Salute ha gridato il suo 'basta', non alle barelle nei ripostigli o all'ammasso di ammalati in spazi angusti in violazione di privacy ed umanità, ma alla libera professione "allargata" dei medici ospedalieri, diventata l'art.18 della sanità italiana, decretandone la fine al 30 giugno prossimo, come da decisione del Parlamento".

"Ribadisco la necessità di coinvolgere i medici nelle scelte di politica sanitaria - conclude Troise - altrimenti si perde tempo, mentre il diritto delle persone si arresta sulla soglia di un ospedale".

ANSA-SCHEDA/ PRONTO SOCCORSO: FINO A 12 ORE DI ATTESA RICERCA TDM-ANAAO IN 70 STRUTTURE; -45MILA POSTI LETTO IN 10ANNI

Fino a 12 ore di attesa, carenza cronica di personale e difficoltà ad essere trasferiti in un vero posto letto se si rende necessario il ricovero. E' la fotografia scattata dal Tribunale del Malato insieme all'Anaa-assomed, il principale sindacato dei medici ospedalieri, attraverso una recente indagine condotta in 70 strutture d'emergenza-urgenza di tutta Italia. Ad emergere, su elaborazione dei dati del ministero della salute, è anche la drastica riduzione dei posti letti a seguito dei tagli alla Sanità.

Ad essere analizzati nell'indagine Tdm-Anaa sono stati per due terzi ospedali del Lazio (35,7%) e del resto del Centro Italia (31,5%), mentre Nord e Sud sono rappresentati entrambi con una percentuale del 18,5%. Il problema maggiore è dunque rappresentato dalle attese, e dalle barelle aggiunte nei corridoi in mancanza di posti letto. Se per l'accesso al triage, emerge dall'indagine, si aspetta infatti da pochi minuti a mezz'ora, un codice giallo può essere preso in carico fino a 5 ore dopo il suo arrivo al Pronto Soccorso, mentre un codice verde può attendere fino a 12 ore. E nell'attesa, spesso, i malati sono costretti a rimanere in piedi. Se infatti le sale d'attesa con posti a sedere sono presenti nel 98,5% dei casi, i posti sono però insufficienti: "Su 24 pronto soccorso - si legge nell'indagine - si sono trovati da un minimo di due ad un massimo di 10 malati in piedi in attesa". Mentre chi deve essere ricoverato, nel 37,7% dei casi aspetta più di sei ore per avere un posto letto. Nel frattempo, denuncia il Rapporto, le persone vengono sistemate in barelle aggiunte, che sono "in media 5 per Pronto Soccorso monitorato", con un massimo segnalato di 22. Dall'indagine emerge tuttavia anche un dato positivo: si segnala un miglioramento delle strutture che, in nove casi su dieci, hanno eliminato le barriere architettoniche; nell'87% dei siti monitorati è inoltre presente un'area di osservazione breve. Lacune si segnalano invece in relazione alla privacy: le persone vengono in molti casi chiamate per nome e non vi sono spazi adeguati per garantire la riservatezza. Anche la presenza della vigilanza, nota il Tdm, è da incrementare, visto che è segnalata solo in poco più della metà dei casi (55,8%). Da risolvere è pure la carenza di mediatori culturali, presenti solo in un terzo delle strutture (34,2%).

- IN 10 ANNI TAGLIATI 45MILA POSTI LETTO: Tra il 2000 e il 2009, sulla base dei dati del ministero della Salute, sono stati quasi 45mila i posti letto tagliati in Italia, pari cioè al 15,1% del totale, con un rapporto di posti letto per abitante passato da 5,1 ogni mille abitanti di 12 anni fa, al 4,2 attuale. Un dato che ci pone sotto la media europea, che è di 5,5 per mille. I tagli maggiori si sono avuti in Sardegna, Friuli Venezia Giulia e Puglia con riduzioni superiori al 20%. La politica del ridimensionamento dei posti letto doveva essere accompagnata da una parallela crescita dei servizi territoriali che, però, stenta tuttora a realizzarsi in molte Regioni. Inoltre, i reparti direttamente collegati all'area dell'emergenza dispongono per il complesso degli istituti pubblici e privati accreditati di 4.570 posti letto di terapia intensiva, 7,6 ogni 100mila abitanti, 1.063 posti letto di terapia intensiva neonatale, 1,9 ogni 1.000 nati vivi, e 2.741 posti letto per unità coronarica, 4,6 ogni 100mila abitanti. Una situazione, per la Fp-Cgil Medici, che rischia di aggravarsi con la crisi.

20 febbraio 2012

SANITA': ANAAO, GOVERNO E REGIONI PARLINO COI MEDICI PER SALVARE SSN. IL MONITO, ANCHE NOI POTREMMO DIRE 'BASTA'

"Il ministro della Salute ha gridato il suo 'basta' dalla prima pagina del Corriere della Sera non alle barelle nei ripostigli o all'ammasso di ammalati in spazi angusti in violazione di privacy ed umanità, ma alla libera professione allargata dei medici ospedalieri, diventata l'art.18 della sanità italiana, decretandone la fine al 30 giugno prossimo, come da decisione del Parlamento. Finalmente una buona notizia per chi staziona nei pronto soccorso italiani!", osserva Costantino Troise, segretario Nazionale Anaa Assomed, che in una nota rivolge un monito a Governo e Regioni: "Se qualcuno ha a cuore le sorti del servizio sanitario pubblico, la smetta di parlare da solo e cominci a parlare con i medici".

"Infatti - afferma Troise - in una situazione in cui il taglio di posti letto (45.000 negli ultimi anni con una riduzione di altri 30.000 promessa dal nuovo Patto della salute) e di personale ha portato il sistema di emergenza urgenza vicino ad un collasso che ricorda il periodo bellico, non emerge la volontà di Governo e Regioni di adottare misure immediate, quali deroghe per garantire il turnover e ridurre il precariato che rappresenta fino al 50% del personale, o di prospettiva, come potenziare l'assistenza domiciliare e le strutture per le lungo-degenze, così da facilitare le dimissioni dei pazienti non acuti, implementare l'azione di filtro dei medici di famiglia per rendere più appropriato l'accesso al pronto soccorso, calibrare la riduzione di posti letto alla domanda di ricoveri nei singoli ospedali".

In questo contesto "ribadisco la necessità di coinvolgere i medici nelle scelte di politica sanitaria - conclude Troise - altrimenti si perde tempo, mentre il diritto delle persone si arresta sulla soglia di un ospedale ed altre penalizzazioni si preparano per chi, giorno e notte, si adopera in condizioni sempre più difficili a tutelare il bene più prezioso dei cittadini. Ma anche i medici potrebbero dire 'basta'".

20 febbraio 2012

MEDICI: ANAAO A GOVERNO E REGIONI, COINVOLGETECI NELLE SCELTE

"Se qualcuno ha a cuore le sorti del servizio sanitario pubblico la smetta di parlare da solo e cominci a parlare con i medici". E' questo il monito che il Segretario Nazionale Anaa Assomed Costantino Troise rivolge a Governo e Regioni. Infatti, in una situazione in cui il taglio di posti letto (45.000 negli ultimi anni con una riduzione di altri 30.000 promessa dal nuovo Patto della salute) e di personale "ha portato il sistema di emergenza urgenza vicino ad un collasso che ricorda il periodo bellico, non emerge la volonta' di Governo e Regioni di adottare misure immediate, quali deroghe per garantire il turnover e ridurre il precariato che rappresenta fino al 50% del personale, o di prospettiva, come potenziare l'assistenza domiciliare e le strutture per le lungo-degenze, cosi' da facilitare le dimissioni dei pazienti non acuti, implementare l'azione di filtro dei medici di famiglia per rendere piu' appropriato l'accesso al pronto soccorso, calibrare la riduzione di posti letto alla domanda di ricoveri nei singoli ospedali". "Ribadisco la necessita' di coinvolgere i medici nelle scelte di politica sanitaria - conclude Troise - altrimenti si perde tempo, mentre il diritto delle persone si arresta sulla soglia di un ospedale ed altre penalizzazioni si preparano per chi, giorno e notte, si adopera in condizioni sempre piu' difficili a tutelare il bene piu' prezioso dei cittadini. Ma anche i medici potrebbero dire "basta".

20 febbraio 2012

Troise (Anaa): "Caro Balduzzi, sono i medici a dire basta. Vogliamo essere coinvolti"

Forte presa di posizione del leader dell'Anaa Assomed dopo le [dichiarazioni](#) del ministro della Salute sull'intramoenia. Invece di gridare contro l'allargata, facendola diventare "l'art. 18 della sanità italiana", ci aspettavamo un "basta" alle barelle nei pronto soccorso.

20 FEB - "Se qualcuno ha a cuore le sorti del servizio sanitario pubblico la smetta di parlare da solo e cominci a parlare con i medici". E' questo il monito che il Segretario Nazionale Anaa Assomed Costantino Troise rivolge a Governo e Regioni.

Infatti, in una situazione in cui il taglio di posti letto (45.000 negli ultimi anni con una riduzione di altri 30.000 promessa dal nuovo Patto della salute) e di personale ha portato il sistema di emergenza urgenza vicino ad un collasso che ricorda il periodo bellico, non emerge la volontà di Governo e Regioni di adottare misure immediate, quali deroghe per garantire il turnover e ridurre il precariato che rappresenta fino al 50% del personale, o di prospettiva, come potenziare l'assistenza domiciliare e le strutture per le lungo-degenze, così da facilitare le dimissioni dei pazienti non acuti, implementare l'azione di filtro dei medici di famiglia per rendere più appropriato l'accesso al pronto soccorso, calibrare la riduzione di posti letto alla domanda di ricoveri nei singoli ospedali.

In un contesto del genere il Ministro della Salute ha gridato il suo "basta" dalla prima pagina del [Corriere della Sera](#), non alle barelle nei ripostigli o all'ammasso di ammalati in spazi angusti in violazione di privacy ed umanità, ma alla libera professione "allargata" dei medici ospedalieri, diventata l'art.18 della sanità italiana, decretandone la fine al 30 giugno prossimo, come da decisione del Parlamento.

Finalmente una buona notizia per chi staziona nei pronto soccorso italiani!

Ribadisco la necessità di coinvolgere i medici nelle scelte di politica sanitaria – conclude Troise – altrimenti si perde tempo, mentre il diritto delle persone si arresta sulla soglia di un ospedale ed altre penalizzazioni si preparano per chi, giorno e notte, si adopera in condizioni sempre più difficili a tutelare il bene più prezioso dei cittadini. Ma anche i medici potrebbero dire "basta".

20 febbraio 2012

Anaao: coinvolgere i medici nelle scelte di politica sanitaria

«Se qualcuno ha a cuore le sorti del servizio sanitario pubblico la smetta di parlare da solo e cominci a parlare con i medici». È questo il monito che il Segretario Nazionale Anaao Assomed Costantino Troise rivolge a Governo e Regioni. «Infatti, in una situazione in cui il taglio di posti letto (45.000 negli ultimi anni con una riduzione di altri 30.000 promessa dal nuovo Patto della salute) e di personale ha portato il sistema di emergenza urgenza vicino ad un collasso che ricorda il periodo bellico,» prosegue Troise

«non emerge la volontà di Governo e Regioni di adottare misure immediate, quali deroghe per garantire il turnover e ridurre il precariato che rappresenta fino al 50% del personale, o di prospettiva, come potenziare l'assistenza domiciliare e le strutture per le lungo-degenze, così da facilitare le dimissioni dei pazienti non acuti, implementare l'azione di filtro dei medici di famiglia per rendere più appropriato l'accesso al pronto soccorso, calibrare la riduzione di posti letto alla domanda di ricoveri nei singoli ospedali. In un contesto del genere il Ministro della Salute ha gridato il suo "basta" dalla prima pagina del Corriere della Sera, non alle barelle nei ripostigli o all'ammasso di ammalati in spazi angusti in violazione di privacy ed umanità, ma alla libera professione "allargata" dei medici ospedalieri, diventata l'art.18 della sanità italiana, decretandone la fine al 30 giugno prossimo, come da decisione del Parlamento. Finalmente una buona notizia per chi staziona nei pronto soccorso italiani!»