

Appunti di sanità

Periodico sanitario giuridico



TIMES HIGHER EDUCATION 2019

**COMANDANO OXFORD,
CAMBRIDGE E STANFORD**

Oxford, Cambridge e Stanford University.

Ecco il podio, recentemente stilato, delle migliori università mondiali in materia medica. La classifica è quella del *Times Higher Education 2019*.

Il *ranking* è letteralmente dominato dagli atenei britannici e statunitensi, i quali si dividono le prime dieci posizioni (tre nel Regno Unito e sette d'Oltreoceano).

Per giungere ad un'accademia non UK o USA occorre attendere la undicesima posizione, laddove si situa l'ETH di Zurigo (Svizzera), seguita a distanza dall'Università di Toronto (Canada - 21° posto) e Tsinghua (Cina - 22° posto), mentre in trentaduesima posizione vi è la Ludwig Maximilians Universität di Monaco di Baviera (Germania). Per le altre facoltà europee troviamo al 35esimo posto la Ecole Polytechnique Federale di Losanna (Svizzera) ed il Karolinska Institute di Stoccolma (Svezia) al 40esimo posto.

Francia e Belgio si posizionano nella Top 50 (Paris Sciences et Lettres - 41esimo posto, KU Leuven - 48esimo).

(continua a pagina 2)

NUOVO CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA: IPPOCRATE RE-DIXIT

Anno 2014.

Nella cornice del Consiglio Nazionale della FNOMCEO (la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, dei Chirurghi e degli Odontoiatri), tenutosi a Torino, ha visto la luce il **nuovo Codice di Deontologia Medica**, innovatore rispetto alla versione precedente del 2006. La revisione si è resa necessaria in conseguenza di diverse evoluzioni nel campo della medicina: il rapporto con il paziente, impiego delle tecnologie e governance aziendale per citare alcuni aspetti.

Il documento viene integrato con quattro nuovi articoli ricomprendenti i temi della medicina potenziativa (detta anche "cybermedicina"), medicina militare, telemedicina e organizzazioni sanitarie.

Disaminiamo con attenzione le *new entries*.

L'articolo 3 opera un rinvio, per quanto concerne il lato operativo del medico, a "fonti esterne". Esso difatti *«esercita attività basate sulle competenze, specifiche ed esclusive, previste negli obiettivi formativi degli ordinamenti didattici dei*



corsi di laurea in medicina e chirurgia e odontoiatria e protesi dentaria, integrate e ampliate dallo sviluppo delle conoscenze in medicina, delle abilità tecniche e non tecniche connesse alla pratica professionale, delle innovazioni

(continua a pagina 2)



SISTEMA

"NO FAULT"



«No Fault», letteralmente la traduzione consisterebbe in «nessuna colpa».

Nello specifico e declinandolo in termini sanitari, indica precipuamente un risarcimento per determinate casistiche di eventi senza ricerca della colpa, vale a dire che la professione medica anziché cercare a tutti i costi il 'colpevole' di un evento avverso, predilige sanare la vittima dell'infortunio, comprendendone le cause, e prevenirne di analoghi.

Il modello in discorso muove i primi passi nel 1974 in Nuova Zelanda, laddove si risolve attualmente in un sistema pubblico di indennizzo globale degli infortuni per tutti i cittadini, finanziato mediante la tassazione generale, le accise sulla benzina, le imposte sulle licenze di guida, *et cetera*.

Il Programme viene gestito dall'

(continua a pagina 3)

organizzative e gestionali in sanità, dell'insegnamento e della ricerca».

Tra le differenti disposizioni che compongono i doveri e le competenze del medico l'articolo 14 ("Prevenzione e gestione di eventi avversi e sicurezza delle cure") contempla a carico del clinico il rispetto delle buone prassi sanitarie, l'attenzione al procedimento informativo e raccolta del consenso; la comunicazione di un evento indesiderato e delle sue cause; lo sviluppo continuo di attività formative e valutative di eventi cosiddetti "sentinella", errori, "quasi errori" ed eventi avversi con valutazione delle cause e garantendo la natura riservata e confidenziale delle informazioni raccolte.

All'articolo 54, Titolo IX, viene inserito in capo al medico libero-professionista l'obbligo di provvedere «in armonia con le previsioni normative ad idonea copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi connessa alla propria attività professionale».

Prevenzione e rischio ambientale.

L'articolo 5 di novella formazione ("Promozione della salute, ambiente e salute globale") tratta direttamente il rischio ambientale.

Il medico, sulla base delle conoscenze a disposizione, si adopera al fine di una pertinente comunicazione sulla esposizione e vulnerabilità a fattori di rischio ambientale, favorendo un uso appropriato delle risorse naturali per un ecosistema equilibrato e vivibile.

Inoltre il camice bianco deve partecipare in modo attivo alla tutela della salute individuale e collettiva, considerando l'ambiente di vita, di lavoro e i livelli di istruzione come fondamentali nel quadro di benessere di una persona o di una società. Il disposto precisa che esso deve «collaborare all'attuazione di idonee politiche educative, di prevenzione e di contrasto delle disuguaglianze di salute e promuove l'adozione di stili di vita salubri, informando sui principali fattori di rischio».

Medicina potenziativa ("cybermedicina") ed estetica.

Cambia il primo comma dell'articolo 76. Ora il medico, laddove gli vengano richiesti interventi finalizzati al potenziamento delle fisiologiche capacità psico-fisiche dell'individuo «opera sia nella fase della ricerca che nella pratica professionale secondo i principi di precauzione, proporzionalità e rispetto dell'autodeterminazione della persona, acquisendo il consenso informato in forma scritta».



Sul fronte della medicina estetica, al secondo comma, il sanitario garantisce idonee competenze, non alimentando aspettative illusorie ed individuando possibili soluzioni alternative di pari efficacia.

In tal modo opera al fine di tutelare la massima sicurezza delle prestazioni.

Medicina militare.

L'articolo 77 risulta essere la nuova entrata più significativa.

Al clinico militare spetta il vincolo di garantire il livello più elevato di umanizzazione delle cure con un sistema per le priorità di pronto soccorso ("trage") in ossequio alle conoscenze scientifiche più aggiornate, agendo secondo il principio di massima efficacia per il maggior numero di individui.

In tal guisa si salvaguarda l'integrità psico-fisica dell'assistito in relazione alle risorse materiali e umane a disposizione.

Il *military doctor* deve segnalare ai superiori la necessità di fornire assistenza a tutti i soggetti che non partecipano direttamente alle ostilità con responsabilità di denuncia dei casi di tortura, violenza, oltraggi e trattamenti crudeli e disumani «*tali da essere degradanti per la dignità della persona*».

Hi-tech appropriata.

L'articolo 78 ("Tecnologie informatiche") regola la informatizzazione e innovazione sanitaria.

La *ratio* appare sufficientemente chiara. Occorre svalutare il rischio di riduzione del paziente a mero "file". Il medico persegue la appropriatezza clinica, adottando le proprie decisioni nel rispetto degli eventuali contributi multidisciplinari con salvaguardia della consapevole partecipazione della persona assistita.

Nel caso si ritrovi nella situazione di impiegare tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione (ICT - *Information and Communication Technology*) per finalità di carattere preventivo, diagnostico, curativo, di sorveglianza clinica,

(continua a pagina 3)

TIMES HIGHER EDUCATION 2019:

COMANDANO OXFORD,
CAMBRIDGE E STANFORD

(continua da pagina 1)

Per le italiane, la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (153° posto), la Scuola Normale Superiore di Pisa (161° posto) e l'Università 'Alma Mater' di Bologna (180° posto).

Come detto, considerando la 'classifica generale' primeggia l'Università di Oxford, seguita da Cambridge e dalla Stanford University.

Nella edizione 2019 figurano 1.258 università e college di tutto il mondo. Gli USA detengono il primato con ben 172 atenei, seguiti dalla Cina con 72. Nel suolo 'europeo' il Regno Unito conta 98 atenei, la Germania 47 e la Francia 34. Seguono cospicue le presenze olandesi, svizzere, svedesi e belghe.

Per la prima volta dopo parecchi anni il nostro Paese posiziona tre accademie tra le migliori 200.

Rilevazione del *QS World University Ranking* e dell'*Academic Ranking of World Universities*. In particolare il citato Times utilizza 13 indicatori riuniti in cinque gruppi (didattica, ricerca, citazioni, rapporto con le industrie e *outlook* internazionale). Recentemente anche l'Unione Europea sta intervenendo per la creazione di 'U Multirank' allo scopo di confrontare i profili delle università in diversi settori di attività (ricerca, trasferimento tecnologico, orientamento internazionale, collaborazione regionale).

E.A.





(continua da pagina 2)

tali da influire sulle prestazioni dell'uomo, è chiamato ad aderire ai criteri di «proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza, nel rispetto dei diritti delle persone e degli indirizzi applicativi indicati».

La premessa deontologica indefettibile è che il *Medical Doctor* nell'uso della strumentazione informatica garantisce l'acquisizione del consenso, la tutela della riservatezza, la pertinenza dei dati raccolti e la sicurezza delle tecniche. In virtù primariamente del fatto che dietro i dati esiste un rapporto medico-paziente vivo.

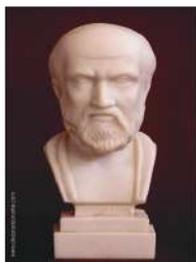
Innovazione e organizzazione sanitaria. L'articolo 79 disciplina l'autonomia e l'indipendenza di giudizio e di azione del professionista sanitario.

«*Il medico partecipa e collabora con l'organizzazione sanitaria al fine del continuo miglioramento della qualità dei servizi offerti agli individui e alla collettività, opponendosi ad ogni condizionamento che lo distolga dai fini primari della medicina. Esso garantisce indipendenza di giudizio e persegue l'appropriatezza clinica nell'organizzazione sanitaria.*». Una valorizzazione del significato etico e sociale della scelta di intraprendere la carriera clinica.

«Persona assistita»

Modifica lessicale considerevole in tema di "destinatario" della terapia, la quale oggi non si limita a curare, ma a mantenere o a perseguire lo stato di benessere.

Il nuovo Codice si riferisce alla "persona" all'interno dell'articolo 12 in tema di trattamento dei dati sensibili, dell'ar-



articolo 15 sui sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali («Il medico non deve sottrarre la persona assistita a trattamenti scientificamente fondati e di comprovata efficacia») e dell'articolo 33, riferendosi alla informazione e comunicazione con la persona assistita.

Nel caso si faccia riferimento alla dimensione della malattia, ritorna il termine "paziente".

Exempli gratia è l'articolo 14 laddove, discorrendo, *ut supra*, di prevenzione e gestione di eventi avversi e sicurezza delle cure, il curante deve mettere in campo degli strumenti finalizzati a garantire «*le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e degli operatori coinvolti*».

Ciò sul solco di corroborare la autodeterminazione dell'individuo, del cittadino (attraverso il consenso) portatore di diritti ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione e non destinatario passivo della cura.

Le regole "ippocratiche" seguono con dovuta attenzione i repentini cambiamenti della medicina contemporanea, sempre più caratterizzata dalla incalzante innovazione tecnologica.

Memento però che insostituibile risulta la relazione intersoggettiva tra l'individuo assistito e il medico, chiamato quest'ultimo ad una vera e propria missione etica e sociale alla quale deve "giurare" eterna fedeltà.

«*Descrivere il passato, comprendere il presente, prevedere il futuro: questo è il compito della medicina*». Così affermava il medico di Kos.

Ed oggi, 2.400 anni più tardi la diffusione dei suoi verba e l'eco antico-sanitario spinge i camici bianchi a ritrovarsi (a non grande distanza temporale dal penultimo strumento codicistico) a ridettare le regole di una saggia e innovativa condotta ambulatoriale, di corsia ed extraospedaliera.

Perché il futuro è oggi e il nastro occorre riavvolgerlo con debite integrazioni.

Ippocrate *re..dixit*.

E.A.



SISTEMA

“NO FAULT”

(continua da pagina 1)

ACC (Accident Compensation Corporation), il corrispondente (con le dovute proporzioni) alla italica INAIL, la quale costituisce delle 'riserve' che permettono di stanziare fondi per le richieste di rifusione annuali.

Lo schema si diffonde successivamente nel continente europeo (attecchendo *ante omnia* nell'emisfero scandinavo - Svezia, Danimarca e Finlandia). Nel rimanente territorio continentale e negli Stati Uniti la responsabilità civile clinica risulta in continua evoluzione.

USA.

2003. L'anno del cambiamento nel Nuovo Mondo.

Circa 30 Stati della Confederazione a stelle e strisce varano riforme decise per il contenimento della *medmal* (*medical malpractice*), come il tetto al risarcimento dei danni non patrimoniali subiti dai pazienti (da 250 mila a 350 mila dollari); i limiti agli onorari per gli avvocati; il ricorso alla mediazione dei conflitti e l'introduzione di procedure più stringenti di 'gestione del rischio'. Discendentemente da tali opzioni il rapporto sinistri-premi è sceso dal 126,8% del 2001 al 51% del 2010, per attestarsi al 60,4% del 2012 (quest'ultima percentuale è tornata a salire anche in conseguenza delle deliberazioni di talune Federal Supreme Courts - come Georgia, Illinois e Missouri - le quali avevano dichiarato anticostituzionale il tetto ai risarci-

(continua a pagina 4)

SISTEMA

“NO FAULT”

(continua da pagina 3)

menti non patrimoniali).

Regno Unito

La ‘coverage’ della responsabilità civile medica viene garantita dalla *National Health System Litigation Authority*. I medici del NHS (Servizio Sanitario Nazionale) sono iscritti su base volontaria a tale organismo, il quale gestisce i sinistri, provvede alla corresponsione dei risarcimenti, tutela il personale sanitario in caso di inadeguate istanze di danno, risolvendo il 95% dei sinistri al di fuori delle aule di tribunale. Lo stanziamento viene assicurato dal *Clinical Negligence Scheme for Trust (CNST)*. Il contributo individuale di ogni Medical Doctor viene stabilito in rapporto alla ‘temerarietà’ dell’attività svolta e agli ipotizzabili sinistri pregressi che lo hanno visto coinvolto.

Irlanda.

La *medical malpractice* viene ricompresa in un più generale sistema di indennizzo dei danni a persone e cose, cagionati dalle pubbliche amministrazioni, gestito dalla *State Claims Agency (SCA)* attraverso il *Clinical Indemnity Scheme (CIS)*.

Vi rientrano tutte le strutture pubbliche e il personale operante (anche a tempo indeterminato); le attività del personale clinico di comunità; le attività odontoiatriche pubbliche e di alcuni providers ‘ausiliari’.



I costi del CIS sono amministrati a ripartizione con supporto del *Department of Health & Children*.

Francia.

2002. *Annus domini* di cambiamento normativo.

Viene introdotto il sistema ‘no fault’ a carico dello Stato per alcune categorie di danni medici, come le infezioni nosocomiali, danni da trasfusioni e da terapie mediche d’urgenza.

Le richieste di risarcimento vengono amministrate dall’ONAM (*Office National d’Indemnisation des accidents médicaux*), coadiuvato da periti giudiziari specializzati, i quali individuano le entità delle ‘refusioni’.

Introdotti altresì l’obbligo di assicurazione per tutte le strutture pubbliche e private e per i medici liberi professionisti (i quali hanno la facoltà di ricorrere al *Bureau Central de Tarification* in caso di rifiuto della copertura da parte delle società assicurative), un Fondo di garanzia, un’Alta Auto-



rità per la Salute con funzioni di prevenzione, pubblicazione di linee guida e analisi di errori professionali registrati.

E infine Camera di conciliazione e di indennizzo al fine di evitare il ricorso al tribunale.

Germania.

La *medmal* teutonica ha una forte caratterizzazione di stampo pubblicistico.

La sicurezza sociale copre i costi della disabilità, consequenziali ai sinistri con limitazione dell’onere a carico dei singoli clinici.

Per la categoria medica non esiste l’obbligo di polizza, ma le coperture risultano diffuse. Le organizzazioni mediche contrattano direttamente con le compagnie i premi e le condizioni delle polizze collettive a cui può aderire il singolo.

Sempre al fine di contenimento dei costi è istituito l’obbligo di riportare inizialmente le controversie ad un Comitato di Mediazione, costituito da esperti segnalati dal sindacato dei medici.

L’ammontare dei pagamenti non patrimoniali infine viene stabilita, anche in caso di ricorso giudiziale, conformemente alle risoluzioni di Tavole risarcitorie standardizzate.

E.A.



Direttore responsabile ed editoriale Enrico Andreoli

Via IV Novembre, 11/B 37126 Verona Tel: 0458300831 Fax: 0458305645 enricoandr@yahoo.it

Appunti di Sanità. **Tutti i diritti riservati.** Registrazione presso il Tribunale di Verona Nr. 7831/2014 del 04/11/2014