

“Conferenza internazionale sulla responsabilità professionale” Roma, 2 luglio 2014

Via al Network europeo di Ginecologia e Ostetricia

Dare vita al primo network europeo di Ginecologia e Ostetricia e promuovere una Direttiva europea a tutela di medici e pazienti. Sono questi i due obiettivi dichiarati del convegno europeo sulla responsabilità professionale promosso dall'Aogoi, svoltosi il 2 luglio scorso a Roma a Palazzo Marini, presso la Camera dei Deputati.

Due traguardi per i quali l'associazione dei ginecologi italiani si era attivata negli ultimi mesi attraverso il coinvolgimento del Parlamento europeo e della stessa Direzione Generale Salute della Commissione europea e che ora, alla luce della guida italiana del semestre europeo, assume ancora più importanza.

Ricordiamo che **per il raggiungimento di questi obiettivi l'Aogoi aveva già elaborato specifiche proposte finalizzate a:**

- una più omogenea disciplina della responsabilità sanitaria negli Stati Membri;
- alla previsione dell'assicura-

È più vicina la meta di una Direttiva europea che uniformi responsabilità professionale e coperture assicurative a tutela dei medici e dei pazienti. Le “consorelle” di Ostetricia e Ginecologia di Francia, Malta, Spagna e Regno Unito hanno siglato un Protocollo d'intesa per l'accREDITAMENTO del Network di Ginecologia e Ostetricia presso la Commissione europea. Con l'imprimatur del Commissario Ue Tonio Borg, che ha dato piena disponibilità a favorirne la nascita come “Gruppo di lavoro specialistico” nella UE.

Un risultato importante che ha dato valore aggiunto alla Conferenza internazionale sulla responsabilità professionale promossa

zione obbligatoria delle strutture sanitarie negli Stati Membri per il risarcimento dei danni ai pazienti derivanti da condotte colpose dei sanitari o da fatto proprio dell'amministrazione (carenze strutturali e/o organizzative);

rietà di sistemi di monitoraggio, riduzione, gestione dei rischi e degli eventi avversi negli Stati Membri con la creazione di un'Agenzia Europea e agenzie nazionali e locali negli Stati Membri (sul modello del sistema antiriciclaggio-antimoney laundering);

dall'Aogoi, che si è svolta a Roma il 2 luglio scorso alla Camera dei Deputati riunendo, nella suggestiva cornice della Sala delle Colonne di Palazzo Marini, il Commissario europeo Borg, i Presidenti delle Società scientifiche di ostetricia e ginecologia di cinque Paesi, eminenti giuristi, esponenti del mondo assicurativo nonché i rappresentanti delle Istituzioni più impegnati sui temi da affrontare.

Grande soddisfazione è stata espressa da tutto il Direttivo Aogoi.

Per il presidente Aogoi Vito Trojano “premiati gli sforzi dell'Associazione, ma è solo la prima tappa, seppur significativa, di un percorso che richiederà tempo e grandi energie”

- la creazione di un network europeo degli Ostetrici-Ginecologi per la costante consultazione con le Istituzioni comunitarie, Parlamento Europeo, Consiglio d'Europa e DG della Commissione Europea d'interesse per gli Ostetrici-Ginecologi;

- la previsione della responsabilità delle strutture sanitarie che non introducono sistemi di prevenzione dei rischi ed eventi avversi (v. L.231/2001);
- la previsione della responsabilità penale dei medici solo al superamento di una soglia di gravità della condotta.



In particolare, per quanto riguarda la proposta di Direttiva europea, l'Aogoi auspica una disciplina che introduca 3 "pilastri":

1. la responsabilità penale dei medici solo al superamento di una certa soglia di gravità della condotta;
2. l'assicurazione obbligatoria delle strutture sanitarie negli Stati Membri per il risarcimento dei danni ai pazienti derivanti da condotte colpose dei sanitari o da fatto proprio dell'amministrazione (carenze strutturali e/o organizzative) con un doppio binario di responsabilità;
3. l'obbligatorietà di sistemi di monitoraggio, riduzione, gestione dei rischi e degli eventi avversi negli Stati Membri con la creazione di un'Agenzia Europea e agenzie nazionali e locali negli Stati Membri (sul modello del sistema anticiclaggio-antimoney laundering).

La proposta di una Direttiva europea sulla responsabilità professionale – ha ricordato anche in questa occasione il Presidente Aogoi Vito Trojano – "è il primo step di un percorso che richiederà tempo e grandi energie ma che l'Aogoi ha intrapreso con entusiasmo, nel convincimento, sempre più condiviso anche a livello europeo, che una disciplina comunitaria in materia sia non solo utile ma necessaria". Il prossimo passo – ha aggiunto – è quello di accreditare la nostra associazione in Europa, così da renderla interlocutore attivo presso le Direzioni Generali interessate della Commissione Salute e Mercato".

Il secondo obiettivo della associazione: dare vita ad un network europeo con le associazioni consorelle degli Stati Membri dell'Unione – ha spiegato Trojano – "è essenziale in quanto costituisce il 'peso specifico' necessario per promuovere gli obiettivi dei ginecologi italiani. "Con la condivisione delle altre associazioni scientifiche – ha poi sottolineato il Segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera - sarà possibile mettere a punto strumenti legislativi comunitari in grado di tutelare efficacemente sia i medici che i pazienti". E poiché le Direttive vanno obbligatoriamente attuate negli Stati Membri, come evidenziato dalla responsabile dell'Ufficio legale Aogoi Vania Cirese, "il nostro (sinora reticente) legislatore sarà finalmente 'costretto' ad assumere delle iniziative che riteniamo non più procrastinabili". "Se riusciremo nel nostro intento – ha commentato Trojano –



avremo dato un importante contributo alla costruzione di quello 'Spazio Sanitario Europeo' di giustizia e sicurezza che ci consentirà di vivere con maggior serenità la nostra splendida professione".

Intanto un primo risultato importante è stato raggiunto, al termine del convegno, con il Protocollo d'intesa per l'accreditamento del Network di Ginecologia e Ostetricia presso la Commissione europea, che segna la nascita del primo gruppo del Network, siglato dal presidente Aogoi e dai rappresentanti di sei società di Ginecologia e Ostetricia: il belga Jean-Pierre Schapts, il francese Patrick Fournet, il tedesco Thomas Dimpfl, il maltese Mark P. Brincat, lo spagnolo Fernando Izquierdo e il

britannico David Richmond.

Un passo in avanti verso il "costruendo" Spazio sanitario europeo che ha incontrato il favore del Commissario europeo alla salute e tutela dei consumatori Tonio Borg, che si è detto disponibile a favorirne la nascita come "gruppo di lavoro informale" nella UE.

Per il commissario UE, la richiesta dell'associazione di dare vita a un network europeo dei ginecologi e ostetrici per favorire il coordinamento delle iniziative professionali e legislative a livello internazionale "è una buona idea". E anche se "il problema della colpa professionale del medico chiama in causa il legislatore e giudice nazionale deputati ad identificare ed applicare una disciplina più al passo con i tempi e meno penalizzante per i medici, un confronto con le previsioni vigenti con gli altri Stati dell'Unione potrà senz'altro favorire l'auspicata armonizzazione delle norme e delle prassi".

ALLE PAGINE SEGUENTI
La cronaca del Convegno europeo e l'intervento integrale del Commissario Ue Tonio Borg

Il Commissario Ue alla salute e tutela dei consumatori

Borg: "Sì al network europeo di ginecologia. Sarà un 'Gruppo specialistico' nella UE"

Per il commissario UE alla salute Tonio Borg, intervenuto al convegno dell'Aogoi sulla responsabilità professionale dei medici, la richiesta dell'associazione di dare vita a un network europeo dei ginecologi e ostetrici per favorire il coordinamento delle iniziative professionali e legislative a livello internazionale è una buona idea e si è detto disponibile a favorirne la nascita come "Gruppo di lavoro specialistico" nella Ue.

Il testo integrale del suo intervento a pagina 9



"Atto medico, rischio clinico e assicurazione obbligatoria per le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate. Contiamo sulla UE"

Per superare lo stallo italiano in materia, serve una direttiva europea che uniformi le norme sulla responsabilità professionale e sulle coperture assicurative, per offrire maggiori garanzie sia ai medici sia ai pazienti.

Ringrazio i presidenti delle società consorelle di Belgio, Francia, Malta, Spagna e Regno Unito per essere qui convenute ad apportare il loro prezioso contributo in questa complessa ed importante problematica e a siglare un Protocollo d'intesa con l'Aogoi (già accreditata al Parlamento europeo) che darà vita in pochissimo tempo al primo nucleo del Network europeo di ginecologia e ostetricia. Ringrazio anche il Commissario europeo Borg, per averci onorato della sua presenza e della sua grande disponibilità e, soprattutto, per averci incoraggiato in questa iniziativa che segna l'inizio di un percorso comune. Un percorso che potrà senz'altro contribuire a maggiori e più omogenee garanzie sia per i me-



Vito Trojano
Presidente Aogoi

dici che per i pazienti.

L'obiettivo qui condiviso è quello di far convergere gli sforzi nazionali in uno spazio europeo, per contribuire a una disciplina comunitaria che armonizzi i modelli legislativi e giurisprudenziali in tema di responsabilità medica.

In Italia il fenomeno contenzioso in tema di responsabilità per infortuni professionali ha registrato un notevole incremento,

esplosivo in maniera esponenziale dal 2008 al 2011. Con un'ascesa di processi penali e civili e di richieste di risarcimento che hanno fatto lievitare i premi assicurativi pagati da Asl e medici del 12,5% annuo. La stima dei costi della medicina difensiva-astensiva raggiunge i 14 miliardi di euro, pari allo 0,75% del Pil. Si tratta di una cifra simile a quanto investito in ricerca e sviluppo!

Le conseguenze di questo fenomeno, come l'Aogoi ha costantemente denunciato, sono devastanti: si eccede in esami diagnostici, si evitano interventi rischiosi, non si interviene su pazienti a rischio, non si sperimenta e si blocca l'innovazione. Il problema deve essere quindi affrontato nella sua globalità, anche perché sono sempre più frequenti i casi in cui l'errore è dovuto a deficit organizzativi e a strumenti obsoleti.

Ma il contenzioso medico legale non è esploso solo in Italia. Anche in Europa nell'ultimo de-

cennio si è registrata una crescita variabile delle denunce e/o dei contenziosi dal 50% fino al 500%, accompagnata ad un proporzionale aumento dei costi della copertura dei sinistri, stimato in misura superiore al 200% dallo European Hospital and Healthcare Federation (Hope) Standing Committee. Un trend negativo più evidente nei paesi in cui è stato più rapido il progresso scientifico.

L'assenza di reporting systems dedicati a monitorare il fenomeno nelle singole nazioni, l'assenza di normative, di linee guida, raccomandazioni o indicazioni comunitarie volte a ridurre la molteplicità degli assetti normativi e dei sistemi operativi nazionali hanno giocato un ruolo importante.

La legislazione italiana in materia di responsabilità professionale necessita di correttivi profondi. È un punto su cui la classe medica e le istituzioni competenti, qui oggi rappresentate ai massimi livelli, sono piena-

La cronaca del convegno

Dinamiche italiane ed europee, importanza del rischio clinico e ruolo della politica per arginare il problema. Questi i temi al centro degli interventi del convegno europeo promosso dall'Aogoi alla Camera dei Deputati

La politica: "Il Parlamento deve fare la sua parte"

Il tema del rischio clinico è "un argomento di estrema attualità ed è strettamente connesso con le questioni relative alla sostenibilità del welfare e del Ssn". È la considerazione espressa da **Pierpaolo Vargiu** (Sc), presidente della Commissione Affari Sociali di Montecitorio, in apertura del convegno pomeridiano dedicato al tema "Verso una nuova direttiva europea a tutela di medici e pazienti". "La spesa per la medicina difensiva è stata stimata intorno ai 10-15 milioni di euro - ha aggiunto - e si tratta di una cifra che, quotidianamente, viene sottratta alla buona sanità per questioni sostanzialmente inutili". L'effetto di tale dinamica "è la messa in discussione dell'alleanza terapeutica tra medico e paziente, configurando così un autentico problema di sistema, con soggetti che in alcuni casi non vengono addirittura operati perché considerati troppo a rischio. Emerge quindi la vera e propria sottrazione di un diritto". È allora urgente "una presa di coscienza generale e soprattutto il Parlamento deve accrescere la sensibilità su un tema che rappresenta una sfida cruciale per la sostenibilità del sistema".

Altro aspetto dirimente "deriva dalla necessità di un incremento di personale medico-sanitario - ha sottolineato **Emilia Grazia De Biasi** (Pd), presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato - Allo stesso tempo la priorità verso cui si deve indirizzare questa legislatura è un disegno di legge sulla responsabilità medica, da cui devono discendere cambiamenti fondamentali". Un altro tema assai legato alla sicurezza "è quello del riconoscimento delle professioni sanitarie, su cui al Senato è già in corso un lavoro importan-

te. Bisogna poi aggiungere un miglioramento della formazione, rivedendo alcuni programmi di studio". A livello comunitario "è invece necessario promuovere processi di armonizzazione tra i vari Paesi, sia per quanto concerne la digitalizzazione che per quanto riguarda gli impianti normativi. E, infatti, in gioco la sicurezza dei pazienti".

L'intero sistema sanitario è "in attesa di risposte concrete, sia verso i medici che verso i pazienti - ha osservato **Benedetto Fucci** (Fi), segretario della Commissione Affari Sociali alla Camera - Compito del Parlamento è quello di fornire regole certe, non partendo di certo dalla depenalizzazione dell'atto medico, ma ponendo paletti certi affinché l'operatore sanitario non diventi costantemente l'unico responsabile di ogni anomalia". Bisogna quindi cambiare radicalmente l'approccio, "giudicando non il risultato ma la condotta terapeutica cui il medico si è attenuto. Troppo volte sono state avviate azioni giudiziarie senza una seria analisi dell'operato professionale. Il medico non può essere sempre considerato l'unico responsabile degli eventi di malasanità con la struttura di riferimento che puntualmente se ne tira fuori".

Oggi gli enormi problemi per la tutela dell'operato dei medici, ha sottolineato Fucci, sono dovuti soprattutto "messaggi e spot che sollecitano azioni giudiziarie a prescindere da un'analisi seria della situazione. Come accade in altri Paesi, dobbiamo invece affermare anche il concetto di corresponsabilità. Dobbiamo ridare fiducia al rapporto tra medico e paziente che costituisce il pilastro su cui si deve fondare il nostro sistema sanitario". Tutte le componenti del sistema "sono chiamate a un'assunzione



Antonio Chiantera
Segretario nazionale AOGOI

"Il Network si è costituito: è un momento emozionante. Con la firma del Protocollo d'intesa possiamo cominciare un nuovo percorso insieme. Ringraziamo le società scientifiche europee che hanno dato il loro apporto, per contribuire all'obiettivo comune di una sanità più omogenea nel contesto europeo, in termini di efficienza e sicurezza. A tutela dei medici e dei pazienti. Quanto prima organizzeremo la prima riunione del Network"

► Segue da pagina 5

L'intervento del Presidente Aogoi

mente concordi. Per questo l'Aogoi ha avanzato le sue proposte per il varo di un Ddl nazionale unico basato su alcuni "pilastri", tra cui l'assicurazione obbligatoria delle aziende sanitarie, l'obbligo di un sistema di monitoraggio per la prevenzione del rischio (sia a livello aziendale che regionale e nazionale

in rete fra loro), la creazione di un fondo per le vittime da alea terapeutica e non ultimo una revisione della responsabilità penale e civile. Per questo la ginecologia italiana ha mosso i suoi primi passi in Europa, consapevole che per promuovere questi obiettivi è necessario mettere a punto strumenti legislativi comunitari efficaci. Una task force europea delle società scientifiche di ginecologia e ostetricia aiuterà, siamo certi,

a migliorare la sicurezza sanitaria, nell'interesse dei pazienti, degli operatori sanitari, dei dirigenti e della società civile tutta. In Italia come nel resto d'Europa.

Ora più che mai è indispensabile approfondire e risolvere queste problematiche nelle sedi istituzionali opportune, con la partecipazione di tutte le parti coinvolte e con l'ausilio di un'informazione mediatica più serena. **V**

o europeo



di responsabilità – ha auspicato **Antonio Tomassini**, presidente Associazione di iniziativa parlamentare e legislativa per la salute e la prevenzione – mentre il parlamento ha il dovere di affrontare concretamente questi temi. È aumentata l'aspettativa di vita e c'è stato un grosso sviluppo dell'innovazione tecnologica ma, purtroppo, anche è entrato in profonda crisi il rapporto tra medico e paziente, soprattutto nel pubblico. A incidere fortemente è la comunicazione spesso interessata e fuor-



viate. Tutti hanno un ruolo sui temi della responsabilità e dei rischi, ma il prezzo che oggi pagano gli operatori sanitari è intollerabile”.

Essenziale è anche il ruolo che deve giocare la prevenzione “perché incide fortemente nel rapporto tra medico e paziente – ha ricordato **Sabrina De Camillis**, sottosegretario alla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Per esempio i ginecologi svolgono una funzione cardinale nell'ottica della prevenzione primaria. In questo senso sarebbe opportuno potenziare lo screening sui territori per incentivare cura preventiva e diagnosi precoce. Allo stato attuale, invece, su questo aspetto ricorrono anche troppe difformità tra le varie aree geografiche. Il governo è comunque al lavoro per ridurre i costi enormi della medicina difensiva e per reinvestirli in cure e prevenzione”.

Ma sono molteplici le strade per imprimere una svolta al sistema e passano anche per lo sviluppo di un vettore nodale come l'innovazione. **Massimo Casciello**, membro della Direzione generale della ricerca scientifica e tecnologica del Ministero della Salute ha ricordato che “per migliorare complessivamente qualità ed efficienza del sistema bisogna puntare su ricerca e innovazione tecnologica. Si tratta di strumenti che però non vanno sviluppati in maniera isolata, ma devono essere inseriti all'interno di un sistema in maniera organica. E anche sui temi legati alla ricerca auspico la costruzione di un network europeo”.

Dinamiche italiane ed europee

Nel complesso il quadro non è però rassicurante, se si considera che il contenzioso in tema di responsabilità per infortuni professionali ha subito un notevole incremento. Secondo l'Associazione nazionale imprese assicuratrici (Ania) il numero dei sinistri in Italia è aumentato del 200% negli ultimi 10 anni rispetto ai 60 anni precedenti. E gli aumenti dei premi assicurativi pagati da Asl e medici è aumentato del 12,5% annuo. Questi dati vanno però contestualizzati, considerando che l'Aogoi, con la Commissione di Inchiesta del Parlamento sugli errori sanitari e il disavanzo delle Asl, ha pubblicato che su 30mila processi penali di malpractice sanitari per anno, il 98,8% termina in assoluto o in quota parte in prescrizione.

“All'interno di questo quadro bisogna ragionare sull'impatto prodotto dalla medicina difensiva – ha evidenziato **Vito Trojano**, presidente nazionale Aogoi – A causa di essa si eccede in esami diagnostici, si evitano interventi rischiosi, non si sperimenta, non si interviene sui pazienti a rischio e non si cerca l'innovazione. La conseguenza nefasta è il rischio di bloccare la progressione della scienza medica a danno di tutta la società. Tra le discipline mediche ai pri-

mi posti in Italia per frequenza di denunce, oltre alla chirurgia plastica ed estetica c'è la ginecologia ed ostetricia (32%), seguita dall'ortopedia (9,5%), chirurgia generale (8,5%), anestesia (7,5%), terapia d'urgenza (6,5%). “Alla base di questo triste primato – ha osservato Trojano – ci sono la grande ultraspecializzazione della ginecologia, la risonanza sociale elevata dei tempi di questa disciplina, il nuovo ruolo del ginecologo, la carenza di strutture e organizzazione ospedaliere, l'atteggiamento giuridico di maggiore severità”.

Il problema deve quindi essere affrontato “nella sua globalità anche perché sempre più spesso la causa dell'errore può essere determinata da carenze organizzative, dagli strumenti e da procedure sanitarie che devono essere corrette”. È proprio per questo motivo che “recenti normative prevedono l'introduzione nelle aziende sanitarie di programmi di risk management per la valutazione del rischio sanitario, con l'intento di risalire alle cause strutturali e organizzative che hanno prodotto l'errore e per poterle risolvere”.

La creazione di uno “spazio sanitario europeo” è all'ordine del giorno presso le istituzioni comunitarie – ha garantito **Ersilia Grazia Spatafora**, ordinario di Diritto Internazionale presso l'Università degli Studi di Roma Tre - In Italia ci sono leggi buone, ma spesso male applicate. E anche il quadro europeo fornisce ampie garanzie in questo senso, il problema è sempre il profilo operativo. I sistemi sanitari nazionali sono sotto osservazione delle istituzioni europee che possono contribuire fortemente a migliorare le nostre legislazioni. Il problema è anche di governance, perché bisogna capire chi è l'interlocutore dell'Europa sui temi sanitari”.

Anche **Vania Cirese**, responsabile dell'Ufficio legale Aogoi, avvocato cassazionista, docente universitario alla Link Campus University, ha posto l'accento sulla necessità della realizzazione di uno “**spazio sanitario europeo di sicurezza ed efficienza**”. Lo “spazio giudiziario europeo” per la cooperazione in Europa tra professionisti e magistrati, al fine di prevenire e reprimere i reati trasfronterali ma anche per favorire la libera circolazione dei professionisti e dei cittadini in generale, in uno spazio di giustizia, libertà, sicurezza in tutto il territorio dell'Unione Europea – ha sottolineato Cirese - si è già realizzato “e questo obiettivo va raggiunto anche in campo sanitario e la costituzione di un network comunitario rappresenta un viatico importantissimo”. **Le grandi problematiche sanitarie sono infatti spesso comuni**. Le denunce, per esempio, sono in aumento anche Regno Unito e in Francia, dove si è registrato anche un incremento delle cifre corrisposte per i sinistri. In Italia, in un anno, sono oltre 31mila le denunce dei cit-

tadini per danni subiti in sanità. L'aumento, dal 1994 al 2011, è stato addirittura del 200%. Ma anche in Gran Bretagna la situazione è grave. Per 5470 denunce tra 2007/08, sono stati pagati risarcimenti per 633 milioni di sterline. Anche la Francia ha numerosi problemi, nel 2013 si sono avute 4394 denunce con una richiesta media per sinistro di 98.915 euro: i sinistri liquidati sono stati l'83%.

In Italia ai sinistri conseguono numerosi casi di disdetta intima alle compagnie assicurative con nuove negoziazioni a condizioni estremamente gravose per i singoli professionisti (clausola *claims made*). Le attuali polizze assicurative coprono solo la responsabilità professionale del medico per sua negligenza, imprudenza, imperizia e non già quella diretta e autonoma dell'ospedale per deficit organizzativo. Negli altri Stati, sia di Civil Law che di Common Law, la situazione non è rosea però esistono istituti a livello nazionale per gestire i sinistri in Sanità (vedi box in basso).

Invero tanto nei sistemi di Common law quanto in quelli di Civil law degli altri Stati d'Europa si è ormai da tempo optato per la scelta di far rispondere il datore di lavoro (ospedale, clinica accreditata) in caso di richiesta di risarcimento dovuto al paziente. La struttura e non il medico ha l'obbligo di garantire la sicurezza delle cure con la dovuta organizzazione di mezzi e persone.

Gli sforzi a livello europeo possono e devono incidere in futuro sulle diverse regolamentazioni a tutela sia dei medici che dei pazienti, in uno spazio sanitario europeo di efficienza e sicurezza.

La dinamica non è però la stessa in tutti i Paesi. “In Belgio – ha spiegato **Jean Pierre Schaaps**, ex president of the Royal Belgian Society of Gynecology – La maggioranza dei casi di contenzioso è legata all'ortopedia, che si attesta a circa il 29%. L'ostetricia si ferma invece al 12%”. Anche in Francia “ginecologia e ostetricia non sono i più esposti e, complessivamente, negli ultimi anni la frequenza dei sinistri è rimasta perlopiù invariata – ha ricordato **Patrick Fournet**, rappresentante del Collegio nazionale dei ginecologi e ostetrici francesi – Da noi è poi in corso un'attenta e costante valorizzazione del risk management, mentre per rispondere alle sollecitazioni europee abbiamo approntato un Programma nazionale per la sicurezza del paziente”.

Servono quindi strumenti ad hoc “perché il contenzioso assorbe risorse la cui mancanza produce un peggioramento dei servizi e un aumento delle liste d'attesa – ha commentato **Mark Brincat**, presidente a Malta del Collegio degli ostetrici e dei ginecologi – Bisogna quindi stroncare la cultura orientata al risarcimento e affermare un sistema che non sia basato esclusivamen-

Cirese: “Anche in altri paesi la situazione non è rosea ma più tutele per i professionisti”

Vania Cirese Responsabile Ufficio Legale Aogoi

Le istituzioni dell'UE devono contribuire, sul piano legislativo e operativo, all'omogeneità dei sistemi di monitoraggio e reporting degli eventi avversi

Per quanto riguarda il contenzioso medico legale la situazione non è rosea neppure negli altri Stati, sia di Civil Law che di Common Law, però esistono istituti a livello nazionale per gestire i sinistri in Sanità. Come la Nhs Litigation Authority, in Gran Bretagna, o l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (Oniam) in Francia. La procedura conciliativa, in Italia, non si è rivelata una soluzione soddisfacente: spese fisse iniziali scoraggiano l'accesso e il mediatore non conosce la vicenda e non è in grado di favorire una soluzione bonaria della controversia. In altri Paesi della Ue, come Belgio, Danimarca, Francia, Lussemburgo, Spagna, Gran Bretagna e Svezia, i costi della mediazione sono sostenuti dallo Stato o dalle strutture. In GB, per esempio, tutto è gestito dalla Nhsa, e solo per il 2% dei ca-

► Segue a pagina 30



Il contenzioso medico legale in Gran Bretagna, Spagna, Francia, Malta e Belgio

David Richmond, President of Royal College of Obstetricians and Gynaecologists - RCOG

■ Nel Regno Unito le controversie riguardano soprattutto l'ambito della maternità: sono al primo posto per valore assoluto degli importi e al secondo per numero di sinistri causato da negligenza. La mortalità prenatale, infatti, nel Regno Unito è una delle più elevate tra i Paesi ad alto reddito, soprattutto a causa della carenza di personale. È per questo che il Royal College of Obstetricians and Gynaecologists ha elaborato delle Linee guida ad hoc. Esse includono una serie di aspetti fondamentali, che però non riguardano specifici standard di cura, bensì sono incentrate sul concetto di consenso informato. Lo scopo è fornire ai pazienti tutti i dati e gli elementi necessari ad acquisire una adeguata consapevolezza. A ciò si aggiungono documenti inerenti le buone pratiche che presentano raccomandazioni, sistematicamente aggiornate, in modo da supportare operatori e pazienti nella scelta del trattamento più adeguato per specifiche condizioni."

In sostanza lo scopo deve essere quello di "delimitare la responsabilità civile e penale del professionista per evitare la medicina difensiva". Questo può avvenire, ha sottolineato Alberti, "soltanto tramite l'adozione di una disciplina chiara e organica in grado di consolidare tutele e dimensioni del rischio clinico". Ma per **Nicola Surico**, presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi (Cic), le responsabilità dell'impasse che sta attraversando l'Italia su questi temi sono chiare e ben definite. "I politici riconoscono che i punti nascita sotto i 500 parti sono a rischi, ma ci mandano comunque a lavorare lì, pronti poi a scaricare la colpa su di noi. È per questo che il convegno odierno è importantissimo, nell'ottica di risvegliare coscienze sia a livello italiano che internazionale. E in questo senso la costruzione di un network europeo diventa uno strumento fondamentale perché i

problemi sono condivisi in una dimensione sovranazionale e quindi le dinamiche in ambito di rischio professionale presentano una grossa omogeneità. Bisogna assolutamente invertire la tendenza che individua costantemente l'evento avverso come frutto di un errore medico e quindi automaticamente imputabile

Fernando Izquierdo, Representative of the Spanish Society of Gynaecology and Obstetrics - SEGO

■ In Spagna la Segro opera in stretta collaborazione con gli organi giudiziari al fine di produrre specifiche informazioni utili sia agli operatori che ai pazienti. In questo modo, negli anni, sono stati migliorati alcuni aspetti cardinali: maggior consenso informato per gli interventi chirurgici; aggiornamento continuo di dati ed evidenze scientifiche; elementi per garantire un'assistenza legale appropriata; polizze di assicurazioni eque e adeguate."

Patrick Fournet, Representative of the National College of French Gynaecologists and Obstetricians - CNGOF

■ Ginecologia e ostetricia non sono i più esposti e, complessivamente, negli ultimi anni la frequenza dei sinistri è rimasta perlopiù invariata. Da noi è poi in corso un'attenta e costante valorizzazione del risk management, mentre per rispondere alle sollecitazioni europee abbiamo approntato un

programma nazionale per la sicurezza del paziente. Per migliorare l'efficienza del sistema, abbiamo puntato sulla prevenzione: abbiamo creato dei meccanismi che hanno disincentivato fortemente la medicina difensiva e abbiamo investito in maniera consistente sulle politiche di gestione del rischio.

Mark Brincat, President of the Malta College of Obstetricians and Gynaecologists - MCOG

■ Servono strumenti ad hoc perché il contenzioso assorbe risorse la cui mancanza produce un peggioramento dei servizi e un aumento delle liste d'attesa. Bisogna quindi stroncare la cultura orientata al risarcimento e affermare un sistema che non sia basato esclusivamente sulla colpa, ma che sia imperniato su un vero e proprio contratto sociale stipulato tra paziente e professionista. In questo senso, per incrementare l'efficienza complessiva e strutturale del sistema, un contributo decisivo può arrivare dai processi di digitalizzazione. Altro aspetto nodale riguarda la costruzione di percorsi di

formazione post laurea che siano omogenei a livello comunitario: oggi si registra una diversificazione eccessiva tra i vari Paesi europei. E questa dinamica incide fortemente anche sulla possibilità di ottenere un quadro normativo armonizzato."

Jean-Pierre Schaaps, Past President of the Royal Belgian Society of Gynaecology

■ In Belgio la maggioranza dei casi di contenzioso è legata all'ortopedia, che si attesta a circa il 29%. L'ostetricia si ferma invece al 12%. Un elemento di grande efficacia nel nostro Paese è la presenza, a partire dal 2002, di un mediatore in ogni ospedale. La debolezza di questo aspetto è però che il mediatore è pienamente integrato all'interno del personale ospedaliero e ciò produce grossi sospetti di parzialità. In Belgio, dal 2012, disponiamo inoltre di un fondo ad hoc che eroga i risarcimenti nei casi in cui si registri un danno non attribuibile alla responsabilità del medico. E, infine, a differenza di tanti altri Paesi, i tempi di prescrizione sono assai lunghi. "

L'importanza della gestione del rischio

La soluzione non può "in alcun modo essere quella di depenalizzare l'atto medico, ma deve necessariamente risiedere nella definizione degli ambiti di colpa con rilievo penale - ha affermato **Amedeo Bianco**, presidente Fnomceo e senatore (Pd) - In questo senso dalla politica devono arrivare segnali decisi e convincenti. Il tema della sicurezza delle cure è infatti strettamente legato alla qualità delle prestazioni e, in ogni caso, la dimensione e le caratteristiche del problema non possono essere ristretti alla sola dimensione nazionale, ma necessitano di un approccio dal respiro europeo. In questo senso sono necessari nuovi interventi, poiché la direttiva sulle cure transfrontaliere non fornisce un quadro chiaro sulle responsabilità".

Lo strumento per prevenire gli eventi avversi "è certamente la gestione del rischio clinico - ha garantito **Valerio Fabio Alberti**, presidente Fiaso - In primo luogo bisogna costruire meccanismi ad hoc incentrati sulla prevenzione. Ciò deve avvenire approfondendo la cultura della sicurezza, mappando i rischi presenti nelle aziende, gestendo gli eventi e riducendo l'incidenza degli eventi avversi". In ogni caso, la gestione del rischio all'interno dell'azienda deve essere "un sistema assai complesso. Disporre di un sistema sofisticato del rischio clinico, aumenta la qualità e riduce i costi". In caso di evento avverso, Alberti suggerisce una road map. "Bisogna operare una pronta riparazione del danno, effettuare comunicazioni puntuali alla famiglia e all'interessato, avviare l'iter di risarcimento". Le nuove normative dovrebbero invece recepire "la natura contrattuale della responsabilità sanitaria, l'obbligatorietà della copertura assicurativa per tutti gli operatori e chiarire gli ambiti di responsabilità".

Il convegno odierno è importantissimo, nell'ottica di risvegliare coscienze sia a livello italiano che internazionale. E in questo senso la costruzione di un network europeo diventa uno strumento fondamentale

"Grand coalition of grassroots stakeholders: Professionals, Patients and Insurance providers"

David Hubert

Esperto di Diritto comunitario

"Alla luce del crescente numero di professionisti che esercita nei vari Stati europei, è necessario introdurre sistemi di risk management omogenei. L'attuale diversificazione è poco funzionale e non consente di creare standard comuni nella gestione del rischio clinico. Processi di omogeneizzazione sarebbero opportuni anche per i prodotti assicurativi, creando un mercato comune a livello europeo. La creazione di un network comunitario sul rischio clinico, oltre ai professionisti, deve coinvolgere anche i pazienti e le compagnie assicurative. Non si può infatti rinunciare a un inter organico che includa tutti gli attori del sistema. E, a livello istituzionale, non si può prescindere da un dialogo costante e capillare con la Commissione e con il Parlamento".



Sul sito Aogoi il video dello speciale televisivo sul convegno europeo andato in onda su Sky



al professionista. L'enorme mole di assoluzioni evidenzia però come il sistema sia da modificare. Nel complesso è quindi necessario che il Parlamento esprima un disegno di legge unico per normare adeguatamente questi temi e che preveda una tutela per i medici tramite una polizza assicurativa stipulata dall'azienda. C'è poi il problema delle difformità tra le varie Regioni che si comportano tutte in

modo diverso, generando enormi sperequazioni territoriali".

Giurisprudenza e assicurazioni

Negli ultimi decenni c'è stata enorme evoluzione più giurisprudenziale che legislativa in merito alle tematiche sanitarie. "Per quanto riguarda la responsabilità, invece - ha osservato **Afro Maisto**, presidente della Corte d'Appello di Roma - ad

eccezione della legge Balduzzi, negli ultimi anni non è cambiato molto. Prima c'era una visione legata ad una responsabilità extracontrattuale, poi la giurisprudenza ha cambiato questo punto di vista ed è stata introdotta la responsabilità da contratto sociale. La responsabilità medica oggi è contrattuale sia per quanto riguarda il rapporto tra paziente e struttura sanitaria

► Segue a pagina 10

L'intervento del Commissario Ue alla salute e tutela dei consumatori Tonio Borg

Efficiency, Quality and Security

“La domanda che possiamo porci è la seguente: c'è qualcosa di più che potremmo fare insieme per migliorare la sicurezza, la qualità e l'efficienza dell'assistenza sanitaria che offriamo ai cittadini dell'Unione Europea? Questo è invero il nostro obiettivo comune.”

Signore e Signori,

sono molto onorato di essere qui oggi e di potermi rivolgere a questo illustre pubblico per sottolineare l'importanza fondamentale di garantire in Europa un'assistenza sanitaria sicura ed efficiente.

In qualità di medici, rappresentate il fronte più avanzato degli sforzi collettivi che intraprendiamo in Europa per vincere questa sfida. La vostra missione, fondamentale e difficile, consiste nel curare le persone e, ove possibile, nel guarirle.

Quando i nostri cittadini sono ricoverati in ospedale, si aspettano un'assistenza sanitaria sicura. I pazienti dovrebbero confidare nel fatto che non subiranno danni dall'assistenza sanitaria ricevuta.

Da un'indagine su scala UE che abbiamo pubblicato solo un paio di settimane fa è emerso, tuttavia, che poco più della metà dei cittadini UE ritiene che le persone potrebbero subire danni dalle cure ospedaliere. Ci sono notevoli differenze tra gli Stati membri, con percentuali che vanno dal 21% ad un allarmante 82% di cittadini, che ritengono che potrebbero subire danni in seguito alle cure ospedaliere. In Italia, per esempio, il 57% degli intervistati pensa che potrebbe subire danni conseguenti ad un ricovero ospedaliero, ma soltanto il 13% ha dichiarato che essi stessi o un membro della loro famiglia sono stati vittime di un “evento sfa-

vorevole” a seguito dell'assistenza sanitaria. Nell'Unione europea ci sono differenze significative nelle modalità di gestione della sicurezza dei pazienti e nel modo in cui quest'ultima è percepita.

Negli ultimi anni l'UE ha operato, in stretta collaborazione con gli Stati membri e le parti interessate, per contribuire a sormontare queste differenze.

Nel 2009 gli Stati membri dell'Unione europea si sono impegnati ad attuare programmi specifici per garantire la sicurezza dei pazienti, adottando una raccomandazione del Consiglio sulla sicurezza dei pazienti e sulle infezioni associate all'assistenza sanitaria.

Tale raccomandazione del Consiglio sottolineava l'importanza di responsabilizzare i pazienti, di disporre di sistemi di segnalazione e apprendimento relativi agli eventi sfavorevoli e di una formazione specifica del personale sanitario.

Il mese scorso la Commissione ha pubblicato una relazione sull'attuazione della raccomandazione degli Stati membri.

La buona notizia è che sono stati compiuti progressi significativi. Ad esempio, 26 Stati membri su 28 ora dispongono di strategie o programmi di sicurezza dei pazienti e 27 Stati membri dispongono di sistemi di segnalazione e apprendimento relativi agli eventi sfavorevoli.

La brutta notizia è che, nonostante questi progressi, continuano a verificarsi eventi sfavorevoli nelle strutture sanitarie, la sicurezza dei pazienti rientra raramente nella formazione del personale sanitario e almeno 10 Stati membri non

sembrano informare i pazienti sulle misure di sicurezza adottate per ridurre gli errori o sulle procedure di reclamo.

Per questo motivo, nella relazione di un paio di settimane fa, ho proposto agli Stati membri alcune azioni da prendere in considerazione: orientamenti su come informare i pazienti, norme comuni sulla sicurezza dei pazienti e definizioni comuni di qualità dell'assistenza.

Quando si parla di qualità e di sicurezza devo anche riferirmi alla situazione del personale sanitario.

Il nostro ultimo sondaggio sull'argomento ha concluso, com'era prevedibile, che il fattore più importante per un'assistenza sicura e di elevata qualità è personale sanitario preparato.

È evidente che, per garantire la sicurezza dei pazienti, gli Stati membri devono disporre di un numero sufficiente di professionisti della sanità, preparati e molto motivati, nei posti più adeguati. La percepita carenza di operatori sanitari, in particolare specialisti e infermieri, è fonte di grande preoccupazione negli Stati membri e le parti interessate, che ora stanno collaborando a livello di UE per programmare e prevedere il fabbisogno di personale sanitario.

Il nostro partenariato europeo, che annovera 25 Stati membri e 30 organizzazioni professionali, sta elaborando strumenti per guidare gli enormi investimenti necessari per la formazione di un numero sufficiente di professionisti sanitari, al fine di soddisfare le esigenze future.

Stiamo inoltre invitando gli Stati membri a fare un uso migliore delle loro capacità di formazione, ad esempio mediante accordi bilaterali.

Un importante sviluppo nella politica sanitaria dell'UE, sul quale vorrei soffermarmi oggi, è la direttiva sui diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera. Tale direttiva avrebbe dovuto essere recepita nel diritto nazionale degli Stati membri entro l'ottobre 2013.

Essa sancisce il diritto dei pazienti di ottenere il rimborso dell'assistenza sanitaria ricevuta in un altro Stato membro e contiene inoltre una serie di misure pertinenti per il dibattito odierno. In particolare la direttiva attribuisce grande importanza all'informazione. Punti di contatto nazionali dovrebbero fornire ai pazienti informazioni sugli aspetti essenziali di un sistema sanitario in materia di qualità e sicurezza.

In particolare informazioni su: *Chi stabilisce le norme? Chi ne controlla l'esecuzione? Che cosa succede quando qualcosa non va come dovrebbe andare?*

I prestatori di assistenza sanita-

Tutta l'assistenza sanitaria deve essere coperta da un sistema di assicurazione di responsabilità professionale o da un accordo che offra una garanzia analoga. So che quest'ultimo punto riveste particolare interesse per molti di voi

ria sono inoltre tenuti a informare i pazienti sulla loro documentazione relativa alla qualità e alla sicurezza e sul loro status di autorizzazione o di iscrizione. La direttiva prescrive una serie di altre garanzie procedurali:

- i pazienti devono avere il diritto di presentare un reclamo e di chiedere un risarcimento, se subiscono un danno conseguente all'assistenza sanitaria ricevuta;
- devono avere accesso ad una copia della cartella clinica;
- tutta l'assistenza sanitaria deve essere coperta da un sistema di assicurazione di responsabilità professionale o da un accordo che offra una garanzia analoga.

So che quest'ultimo punto riveste particolare interesse per molti di voi, di conseguenza vorrei soffermarmi un istante.

A seguito di questa disposizione, abbiamo già registrato alcuni cambiamenti importanti negli Stati membri.

I prestatori di assistenza o le istituzioni che in precedenza non erano obbligati a disporre di tale assicurazione, ora sono tenu-

ti ad averla. Questo “livellamento verso l'alto” della copertura è assolutamente benvenuto.

Tuttavia, dobbiamo essere chiari in merito a ciò che la direttiva prescrive o meno.

La direttiva stabilisce che il sistema di assicurazione o un suo equivalente dovrebbe essere commisurato alla natura e alla portata del rischio.

Il testo della direttiva è tuttavia molto chiaro e specifica che spetta a ciascuno Stato membro determinare “la natura e le modalità” di tale sistema.

Questo perché, a norma del trattato, la responsabilità primaria della gestione dei sistemi sanitari ricade sugli Stati membri.

Inoltre, la mera diversità dei 28 sistemi sanitari dei 28 Stati membri implica che questi ultimi, come è prevedibile, vogliono assicurarsi di disporre di sufficiente flessibilità per adeguare le prescrizioni al loro contesto nazionale specifico.

Per quanto riguarda specificamente la responsabilità, ciò significa che i meccanismi nazionali sono molto diversi tra loro:

- in alcuni paesi esiste un fondo di indennizzo generale;
- altri paesi richiedono un'assicurazione di responsabilità da stipulare e mantenere a livello istituzionale;
- in altri paesi ancora l'obbligo di assicurazione di responsabilità ricade sui singoli professionisti della sanità, vale a dire sui medici.

I livelli di copertura e le limitazioni dell'indennizzo, la disponibilità di assicurazione e il costo dei premi variano notevolmente in funzione del contesto nazionale.

Ciascuno Stato membro dell'Unione europea è dunque responsabile di decidere le specifiche giuridiche applicabili in materia di responsabilità e i requisiti relativi all'assicurazione.

Quanto detto finora mi porta alla domanda fondamentale sulla politica sanitaria dell'Unione Europea: *in quale direzione andiamo?*

Ho descritto alcune delle azioni intraprese a livello di Unione Europea per affrontare le questioni della sicurezza dei pazienti e della qualità dell'assistenza sanitaria. Queste variano da strumenti non vincolanti, conosciuti come “soft law”, a progetti comuni di cooperazione.

Sono convinto che con gli strumenti a nostra disposizione possiamo ottenere molti risultati.

Esiste tuttavia un limite alla nostra attuale possibilità di intervento legislativo e politico, considerata la ripartizione delle competenze e delle responsabilità tra il livello nazionale e il livello dell'Unione Europea.

La domanda che possiamo porci è la seguente: c'è qualcosa di più che potremmo fare insieme per migliorare la sicurezza, la qualità e l'efficienza dell'assistenza sanitaria che offriamo ai cittadini dell'Unione Europea?

Questo è invero il nostro obiettivo comune. ▣

In qualità di medici, rappresentate il fronte più avanzato degli sforzi collettivi che intraprendiamo in Europa per vincere questa sfida

@many thanks

alcune mail di ringraziamento da parte degli ospiti stranieri

Estimado Presidente y Prof Vito Trojano; de vuelta a Madrid quiero expresarle mi mas sincero agradecimiento la todas las atenciones que han tenido, al mismo tiempo vaya mi felicitación por la Idea de crear este Foro Europeo y por el éxito de la reunión. Reciba un cordial saludo.

Prof. Pedro de la Fuente Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la UCM Presidente de la Comisión Científica de la SEGO

Bonjour

Je tenais à vous remercier de l'accueil que vous m'avez fait et l'honneur que vous avez fait au Collège National français des Gynécologues Obstétriciens pour participer au colloque vous avez organisé. J'espère que ma contribution a permis à l'auditoire de mieux connaître la situation française et les projets dirigés par la HAS en matière de gestion des risques.

Cela sera toujours avec plaisir que je participerais au projet que vous mettez en place et je ne peux que souhaiter qu'il puisse aboutir. Merci beaucoup pour le magnifique livre et le CD. Au plaisir de vous revoir. Respectueusement.

Prof. Patrick Fournet

Dear Prof. Trojano

I want to thank you very sincerely for your attentions. Congratulations for the Conference on Clinical Risk Management. It has been wonderful. Again, thank you very much.

Prof. Fernando Izquierdo

Cher Professeur Trojano,

la conference a Rome fut, je pense, un vrai succès sur lequel nous pourrions construire un beau projet.

Je voudrais porter a votre attention qu'hier, le Parlement Européen a élu le Président de la Commission Parlementaire qui traite des questions de santé. Nous avons de la chance, il s'agit d'un Italien, Giovanni La Via qui commence son second mandat au Parlement.

Je pense que dans le futur proche nous devrions lui rendre visite a Bruxelles pour lui présenter notre projet. Dans l'immédiat, je pense qu'il serait important qu'AOGOI lui écrive une lettre de félicitations en Italien dans laquelle on lui présenterait AOGOI et notre projet Européen. Tres cordialement,

Dott. David Hubert

► Segue da pagina 8

che deve rispondere a determinati parametri. È di tipo contrattuale anche il rapporto che intercorre tra medico e paziente. Problemi principali riguardano il nesso di causalità tra un evento avverso e la condotta mostrata dal medico. La legge Balduzzi costituisce uno spartiacque importantissimo, in quanto prevede che l'operatore sanitario che si attiene a Linee guida e a buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve, ma permane soltanto la responsabilità civile e il giudice valuta risarcimento del danno. Il problema è definire chiaramente il concetto di Linee guida e di buone pratiche, capire dove e come sono codificate. Il campo della responsabilità medica, complessivamente, esula dal diritto ordinario".

Difficoltà e complessità coinvol-

gono pienamente anche il profilo assicurativo della questione, come ha spiegato **Paola Buonpane** – Responsabile attività di intermediazione Geas. "Venti anni fa tutte le compagnie di assicurazioni offrivano polizze di RC professionale per i medici e polizze RCT/O per le strutture sanitarie pubbliche e private. Era quindi garantita una concorrenza reale. Alcuni fattori intervenuti successivamente hanno però stravolto le condizioni del mercato. La responsabilità civile dei medici e degli ospedali, storicamente qualificata come responsabilità extracontrattuale da fatto illecito, è stata invece ricondotta dalla giurisprudenza ad un tipo di responsabilità contrattuale. A incidere profondamente sono stati anche il crescente interesse mediatico sull'argomento malasanità, la standardizzazione delle procedure cliniche, la maggior sensibilità della magistratura alle varie ti-

pologie di danno alla persona e le tempistiche dei giudizi civili". Una serie di elementi che, concorrendo tra loro, hanno messo in crisi gli assicuratori. A tali difficoltà il sistema assicurativo ha reagito incrementando l'ammontare dei premi e modificando le condizioni contrattuali, inserendo nei contratti in ambito sanitario la clausola *claims made*, di derivazione anglosassone, che limita l'operatività della garanzia alle richieste di risarcimento ricevute dall'assicurato nel periodo di vigenza della polizza. Tuttavia, in Italia, si è assistito ad un utilizzo distorto della clausola. La quale spesso è limitata a garantire eventi accaduti nello stesso periodo di validità dell'assicurazione, ovvero in un periodo "di pregressa" che viene venduto con onerosi sovrappremi. Molte società di assicurazione hanno abbandonato il settore della responsabilità civile professionale in ambito sanitario e

attualmente sono pochissimi gli assicuratori storicamente presenti nel nostro mercato, che assicurano la responsabilità professionale dei medici. Scrutando il panorama europeo, non può non destare sorpresa il fatto che soltanto in Italia ed in Polonia il medico possa essere ritenuto penalmente responsabile. In quasi tutti i Paesi europei le conseguenze della responsabilità medica sono gestite in regime di diritto pubblico. Sono socialmente distribuite fra tutti i cittadini. I pazienti hanno il vantaggio di ricevere risarcimenti veloci e frequenti, forse con l'unico svantaggio di poter aspirare a liquidazioni standardizzate, cioè non formulate sul singolo caso specifico. Gli assicuratori godono di una stabilità dovuta alla "polverizzazione" del rischio su tutta la comunità con costanti piccoli adeguamenti annuali dei premi. Serve quindi, anche in Italia,

una riforma che tenga conto di questi elementi".

La voce dei cittadini

Significativa al convegno europeo la presenza dell'associazionismo civico, rappresentato dal Vice Segretario generale di CittadinanzaAttiva Francesca Moccia. Un network comunitario sul rischio clinico e una "Grand Coalition" finalizzata a migliorare la sicurezza, la qualità ed efficienza dell'assistenza sanitaria devono "necessariamente" coinvolgere, oltre ai professionisti anche i cittadini, i primi tra i "grassroots stakeholders". Pazienti e familiari "devono partecipare a tutti gli effetti al processo di sicurezza delle cure – ha sottolineato Moccia – ma per costruire una cultura di empowerment che dia loro un ruolo attivo c'è ancora molto da fare". Ed è proprio questa la battaglia che le organizzazioni civiche come CittadinanzaAttiva stanno portando avanti. **Y**



Honourable Commissioner

Hon. Prof. Tonio Borg

Honourable Commissioner,

In the conviction that combined efforts at a European level can have a positive impact in the future on the various regulations safeguarding both doctors and patients in a European health area, the AOGOI together with the Belgian, French, Maltese, Spanish, British Associations proposes:

- 1) the establishment of a **European Network** of Member States Scientific Associations of Obstetricians and Gynecologists to promote EU legislations protecting both doctors and patients efficiently and assuring a EU Health Area of efficiency and safety.
- 2) the creation of **EU Agency** monitoring clinical risks, connected to National and Local Agencies in the Member States (following the model of the Anti-Money Laundering System).

Thanking you for your time and consideration, we look forward to hearing from you.

Yours Faithfully,

The Italian Association A.O.G.O.I.

Prof. Vito Trojano

The Belgian Association

Prof. Jean-Pierre Schaaps

The French Association

Prof- Patrick Fournet

The Maltese Association

Prof. Mark P. Brincat

The Spanish Association

Prof. Fernando Izquierdo

Il testo del "protocollo d'intesa" siglato dall'Aogoi e dalle Associazioni consorelle di Belgio, Francia, Malta, Spagna, e a cui ha aderito la Gran Bretagna (impossibilitata a partecipare ai lavori), contempla due proposte: la costituzione di un Network europeo delle Associazioni scientifiche di Ostetricia e Ginecologia degli Stati Membri dell'Unione, finalizzato a promuovere legislazioni comunitarie che tutelino efficacemente medici e pazienti, e la creazione di un'Agenzia Europea per il monitoraggio del rischio clinico, collegata alle Agenzie nazionali e locali negli Stati Membri, sul modello del sistema Antiriciclaggio. La firma del protocollo, consegnato al Commissario europeo, è stata salutata da un lungo applauso al termine dei lavori.