

SpringerOpen®

JOURNAL OF  
**Orthopaedics  
and  
Traumatology**



OFFICIAL JOURNAL  
OF THE ITALIAN SOCIETY  
OF ORTHOPAEDICS  
AND TRAUMATOLOGY

FOUNDED BY  
FRANCESCO PIPINO  
IN 2000

## SPECIALE

**97° Congresso Nazionale SIOT**  
Roma 10-14 ottobre 2012

Simposio e pubblicazione realizzati  
con il contributo di

### Simposio

Il *clinical risk management* nella gestione  
clinico-chirurgica del paziente con patologia  
osteoartrosica





# Il ruolo del trattamento farmacologico nella gestione del paziente con osteoartrosi

dalla relazione di Davide Gatti

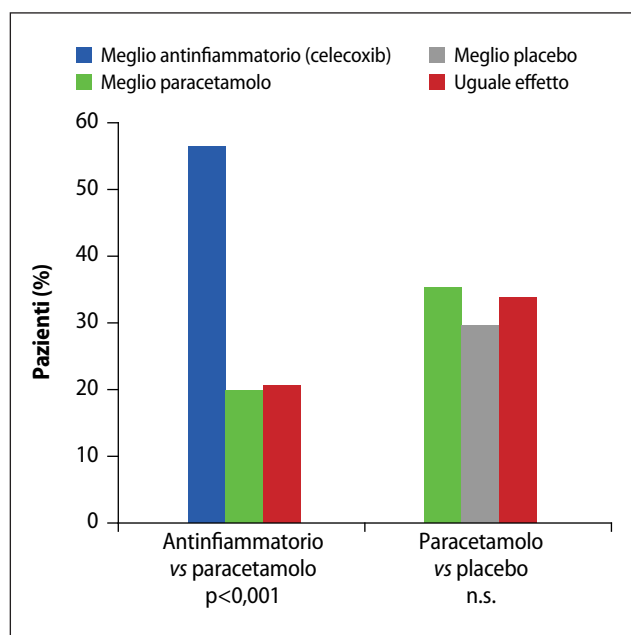
Unità di Reumatologia, Università degli Studi di Verona

© Springer-Verlag 2013

Il dolore è il motivo più frequente di ricorso al medico e la causa principale è muscolo-scheletrica, in particolare osteoarticolare. Se nelle patologie infiammatorie quali spondilite anchilosante o gotta l'impiego di antinfiammatori è indiscusso, tale opzione terapeutica, apparentemente meno scontata, va però tenuta presente anche nelle forme degenerative croniche e in particolare nell'artrosi, dove esiste comunque una componente infiammatoria. Nell'approccio a queste patologie si rendono quindi opportune alcune riflessioni, qui di seguito riassunte in tre quesiti.

## Paracetamolo o antinfiammatorio?

Il primo interrogativo da affrontare riguarda la scelta tra paracetamolo e antinfiammatorio. Una valida indicazione si può ricavare da uno studio [1] che ha valutato la preferenza, da parte di pazienti con artrosi, tra antinfiammatorio (nello specifico celecoxib), paracetamolo e placebo come trattamento iniziale: il 60% dei pazienti ha espresso la propria preferenza per celecoxib, in quanto più efficace, mentre non sono emerse differenze significative tra paracetamolo e placebo (Fig. 1). Probabilmente il paracetamolo viene spesso impiegato perché ritenuto sicuro, ma la realtà sembra smentire tale aspettativa. A distanza di ben 60 anni dalla sua introduzione, il primo studio clinico controllato in doppio cieco, su pazienti coronaropatici, ha infatti evidenziato che esso determina un aumento della pressione arteriosa in maniera sovrapponibile ai FANS e ai Coxib [2]. Uno studio successivo su pazienti affetti da osteoartrosi ha poi dimostrato che l'associazione di paracetamolo e antinfiammatorio non soltanto è priva di vantaggi, ma comporta un aumento del rischio di eventi avversi, tra cui sanguinamento a livello gastrointestinale [3]. Il paracetamolo, in effetti, non è un analgesico "puro", bensì un farmaco con modesta azione antinfiammatoria, che agisce sulla cascata dell'acido arachidonico a un livello diverso rispetto

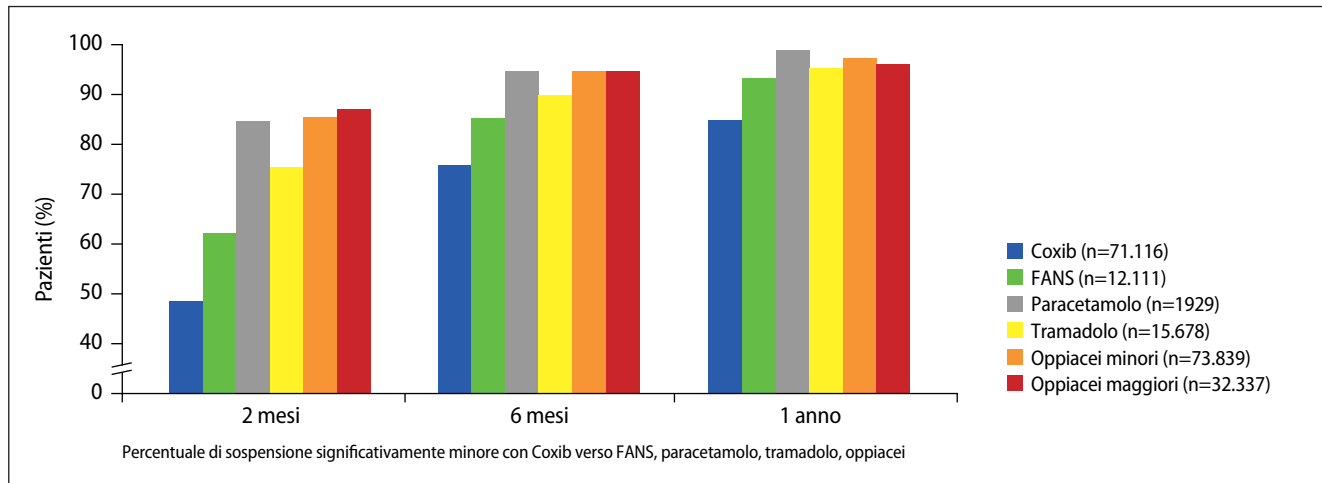


**Fig. 1** Studio PACES-a: preferenza espressa dai pazienti nei confronti di celecoxib, paracetamolo e placebo (Mod. da [1])

ai FANS. Inoltre, al di sopra di 2 g/die – dosaggio spesso raggiunto in ambito ospedaliero – esso può determinare anche un effetto antiaggregante. Un altro aspetto determinante nella scelta di un farmaco è la persistenza in trattamento. Uno studio in pazienti con artrosi ha evidenziato già dopo due mesi una percentuale di sospensione del paracetamolo nettamente superiore a quella degli antinfiammatori; tra questi ultimi, l'interruzione dei Coxib ha registrato livelli inferiori persino a quelli degli analgesici puri [4] (Fig. 2).

## Terapia "al bisogno" o continuativa?

Posta, dunque, l'opportunità di fare preferenzialmente ri-



**Fig. 2** Incidenza di interruzione del trattamento con paracetamolo, antidolorifici, oppiacei e Coxib (Mod. da [4])

corso agli antinfiammatori anziché al paracetamolo, un ulteriore aspetto di discussione riguarda la modalità della terapia. Uno studio randomizzato [5] ha dimostrato che l'incidenza mensile di riacutizzazioni di artrosi si è dimezzata nei pazienti che hanno praticato una terapia continuativa con celecoxib rispetto a quelli che lo hanno assunto al bisogno; inoltre nel primo gruppo si è registrata una percentuale doppia di pazienti liberi da riacutizzazioni. Tale osservazione potrebbe essere interpretata alla luce di potenziali proprietà condroprotettive di celecoxib, come confermano studi sia *in vitro* sia *in vivo* che hanno evidenziato un incremento significativo della sintesi di proteoglicani dopo esposizione a celecoxib.

### Quale antinfiammatorio?

Appare evidente che la scelta dell'antinfiammatorio, data la necessità di un trattamento protratto, deve essere orientata dalla tollerabilità della molecola, e in tal senso i Coxib appaiono una classe di particolare interesse. Come dimostrato dallo studio CONDOR [6], il profilo di tollerabilità di celecoxib è superiore a quello di un antinfiammatorio a dose piena associato a un inibitore di pompa protonica (diclofenac più omeprazolo): in particolare, l'incidenza di eventi gastrointestinali – *endpoint* primario dello studio – è risultata significativamente più bassa nei soggetti del gruppo celecoxib (0,9 vs 3,8%,  $p < 0,0001$ ). Inoltre, nei pazienti a rischio di sanguinamento celecoxib, al pari degli altri Coxib ma a differenza dei FANS, determina sull'aggregazione piastrinica un effetto sovrapponibile al placebo e non aumenta pertanto il tempo di sanguinamento [7].

Un altro aspetto importante in tema di tollerabilità è il potenziale rischio di impiego degli antinfiammatori in associazione con altri farmaci. Uno studio del 2008 [8], per esempio, ha evidenziato come l'associazione di naprossene o indometacina con l'acido acetilsalicilico antagonizzi l'ef-

fetto antiaggregante di quest'ultimo, mentre per celecoxib non sono state osservate interferenze.

In conclusione, nel trattamento dell'osteoartrosi gli antinfiammatori appaiono un'opzione preferibile ai semplici analgesici; in particolare celecoxib associa al vantaggio di un miglior profilo di tollerabilità l'assenza di interazioni con l'acido acetilsalicilico, il non aumento del rischio di sanguinamento e un possibile effetto favorevole sul metabolismo delle cellule della cartilagine.

### Bibliografia

1. Pincus T, Koch G, Lei H et al (2004) Patient Preference for Placebo, Acetaminophen (paracetamol) or Celecoxib Efficacy Studies (PACES): two randomised, double blind, placebo controlled, crossover clinical trials in patients with knee or hip osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 63:931-939
2. Sudano I, Flammer AJ, Périat D et al (2010) Acetaminophen increases blood pressure in patients with coronary artery disease. *Circulation* 122:1789-1796
3. Doherty M, Hawkey C, Goulter M et al (2011) A randomised controlled trial of ibuprofen, paracetamol or a combination tablet of ibuprofen/paracetamol in community-derived people with knee pain. *Ann Rheum Dis* 70:1534-1541
4. Gore M, Sadosky A, Leslie D et al (2011) Patterns of therapy switching, augmentation, and discontinuation after initiation of treatment with select medications in patients with osteoarthritis. *Clin Ther* 33:1914-1931
5. Strand V, Simon LS, Dougados M et al (2011) Treatment of osteoarthritis with continuous versus intermittent celecoxib. *J Rheumatol* 38:2625-2634
6. Chan FK, Lanasa A, Scheiman J et al (2010) Celecoxib versus omeprazole and diclofenac in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis (CONDOR): a randomised trial. *Lancet* 376:173-179
7. Leese PT, Hubbard RC, Karim A et al (2000) Effects of celecoxib, a novel cyclooxygenase-2 inhibitor, on platelet function in healthy adults: a randomized, controlled trial. *J Clin Pharmacol* 40:124-132
8. Gladding PA, Webster MW, Farrell HB et al (2008) The antiplatelet effect of six non-steroidal anti-inflammatory drugs and their pharmacodynamic interaction with aspirin in healthy volunteers. *Am J Cardiol* 101:1060-1063

# La relazione interpersonale quale fattore terapeutico

dalla relazione di Ferdinando Pellegrino

Dipartimento di Salute Mentale, ASL Salerno, Salerno

© Springer-Verlag 2013

La relazione con il paziente è il fulcro sul quale si impernia l'attività clinica nella sua globalità ed è strettamente legata ad alcune semplici dinamiche che caratterizzano la vita di relazione e la stessa storia evolutiva dell'uomo, strutturatasi sulla comunicazione sociale. Il medico dovrebbe acquisire competenze non solo tecniche e manageriali ma anche psicologiche trasversali, tenendo in considerazione il fatto che il dialogo con il paziente acquista agli occhi di quest'ultimo una valenza simile a quello del rapporto madre-bambino.

## Il ruolo dell'empatia

L'empatia funge da catalizzatore in questo processo dinamico che deve mirare da un lato all'efficacia dell'intervento terapeutico e dall'altro alla veicolazione al paziente di messaggi coerenti, positivi e tali da rinnovare in lui la fiducia nei confronti sia del medico sia di se stesso. L'empatia si basa in effetti sull'autoconsapevolezza; quanto più si è aperti verso le proprie emozioni, tanto più si è abili anche nel leggere i sentimenti altrui e quindi nel sapere "come si sente un altro essere umano". La comprensione degli stati emotivi altrui dipenderebbe da un meccanismo specchio in grado di codificare l'esperienza sensoriale direttamente in termini emozionali: la situazione opposta è quella che si realizza invece nell'autismo, in cui il cervello biologico non consente al bambino di entrare in rapporto automatico con l'altro, e nella schizofrenia, in cui il modo di essere dell'altro viene interpretato in maniera diversa. Un medico depresso o insicuro, d'altra parte, non può che trasmettere un senso di impotenza della cura che condiziona inevitabilmente l'approccio del paziente.

## La comunicazione nel rapporto medico-paziente

La comunicazione è un processo alquanto complesso, che si esplica attraverso canali e modalità differenti (Fig. 1) e non

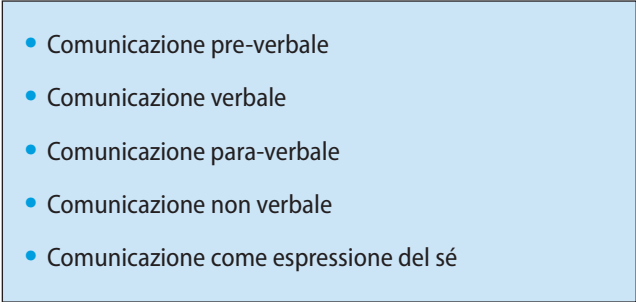
- 
- Comunicazione pre-verbale
  - Comunicazione verbale
  - Comunicazione para-verbale
  - Comunicazione non verbale
  - Comunicazione come espressione del sé

Fig. 1 La comunicazione come relazione

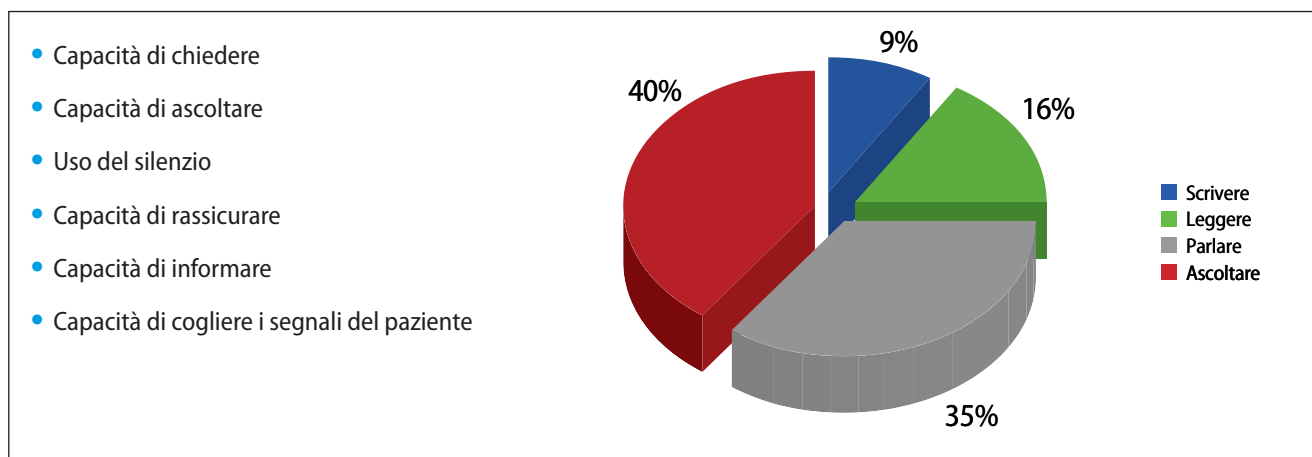
può prescindere dal contatto visivo in quanto l'uomo, nella sua realtà biologica, ha bisogno di percepire dallo sguardo le intenzioni dell'altro [1].

Ecco perché la comunicazione non si avvale soltanto di parole, ma anche di silenzi e soprattutto di molteplici capacità (Fig. 2), inclusa quella di saper cogliere i segnali del paziente: così come l'efficacia della comunicazione passa attraverso la qualità della relazione, allo stesso modo la comunicazione non verbale completa e rafforza quella verbale.

Oggi, purtroppo, la medicina è sempre più difensiva, il che, se da un lato denota l'incapacità intrinseca del paziente di fidarsi del medico, dall'altro sottopone agli occhi del medico la necessità di potenziare il proprio rapporto antropologico con il malato. Una malattia è di per sé uguale per tutti, ma quello che cambia ogni volta è il vissuto personale del singolo paziente.

## La comunicazione come prevenzione dell'errore

Nell'ambito clinico molti errori sono dovuti proprio alla scarsa attenzione dedicata all'aspetto umano, che spesso è espressione di alexitimia, ossia dell'incapacità del medico stesso di decodificare le proprie emozioni (incapacità condi-



**Fig. 2** Le “capacità” di cui deve disporre il medico per saper comunicare con il paziente

visa da buona parte della popolazione). Allo stesso modo una cattiva organizzazione sanitaria può avere un duplice ordine di implicazioni sul medico: lo induce a non essere a sua volta organizzato (l’effetto situazionale tende infatti a prevalere su quello disposizionale) e può anche favorire patologie da costrittività organizzative, ripercuotendosi ancora una volta sulla qualità assistenziale. Ecco perché la comunicazione tra professionisti è vitale all’interno delle strutture sanitarie. Molti contenziosi nascono proprio dall’incapacità del medico di stabilire un rapporto empatico con il paziente: soltanto l’empatia può consentire di mantenere la calma anche in condizioni di alta tensione, come quelle in cui si è spesso costretti a lavorare oggi. Le emozioni devono in altri termini offrire un supporto alla razionalità, orientando il suo

utilizzo, mentre la razionalità deve saper modulare le emozioni. Tutto questo si traduce nella necessità di attuare precise strategie comunicative non soltanto per affrontare in modo adeguato la formulazione diagnostica e la pianificazione del percorso terapeutico, ma anche per valicare i limiti del sintomo, con l’obiettivo di rinforzare nel paziente una reazione positiva alla malattia e incidere in modo significativo sul suo stile di vita.

### Bibliografia

1. Pellegrino F (2011) Comunicazione in medicina. Mediserve, Milano-Firenze-Napoli
2. Pellegrino F (2010) Personalità ed autoefficacia. Springer-Verlag Italia, Milano

# Il *risk management* e gli aspetti medico-legali

dalla relazione di Giorgio Maria Calori

Unità di Chirurgia Ortopedica Riparativa, Istituto Ortopedico G. Pini, Milano

© Springer-Verlag 2013

## Introduzione

Nell'ambito della generale categoria della responsabilità civile si è soliti individuare due distinte figure: quella extracontrattuale, che ha luogo quando un soggetto cagiona ad altri un danno ingiusto senza essere legato da alcun rapporto, e quella contrattuale, che consegue all'inadempimento di un'obbligazione preesistente. Tale obbligazione è stata molto snaturata alla luce del nostro impianto giuridico, che afferma "*Chiunque cagiona danno ad altri nello svolgimento di una attività pericolosa, per sua natura o per la natura dei mezzi adoperati, è tenuto al risarcimento, se non prova di avere adottato tutte le misure idonee a evitare il danno*".

Il risarcimento definisce in Italia i termini del problema. Nell'ambito assicurativo si è passati dalla *loss occurrence* (la garanzia è prestata per tutti i sinistri verificatisi nel periodo di vigenza del contratto, quand'anche emersi in data successiva) al *claims made* (l'esigibilità in termini di risarcimento è a 10 anni da quando è noto il fatto).

## Gli errori in medicina

Il tema degli errori in medicina è esploso negli ultimi anni di pari passo con le problematiche sulla sicurezza delle strutture sanitarie e delle prestazioni offerte ai pazienti. Su questa tematica la Regione Lombardia si è particolarmente impegnata promuovendo politiche di *risk management*. Le basi per la sicurezza del paziente sono state definite secondo linee di intervento contenute nella Circolare 46/SAN del 27.12.2004, identificando nelle aziende il *risk management* e ponendolo tra due comitati: un gruppo di valutazione e coordinamento per la gestione del rischio (gruppo a composizione mista e multiprofessionale che funge da riferimento per tutta la gestione del rischio con funzioni propulsive, di indirizzo, co-

ordinamento e verifica) e un comitato valutazione sinistri che si occupa della gestione di questi ultimi e delle richieste di risarcimento, con l'obiettivo di minimizzare l'impatto economico degli stessi sinistri.

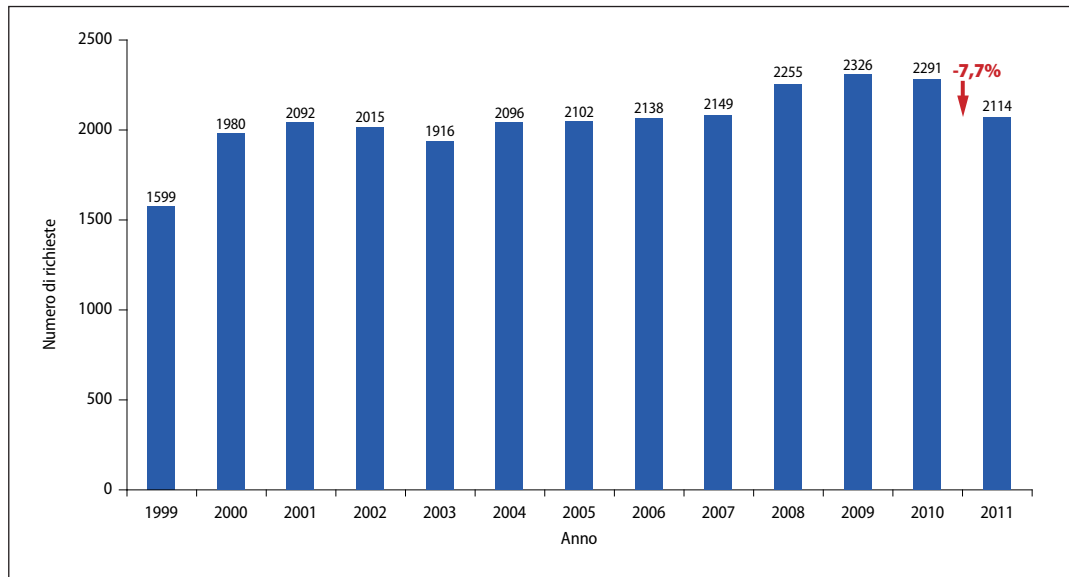
## Il ruolo del *risk manager*

La figura del *risk manager* funge da catalizzatore e facilitatore delle attività la cui programmazione avviene in seno al gruppo di coordinamento per l'attività di gestione del rischio (DGR 19 maggio 2008 n. 8/7289).

Il rischio è definito dalla probabilità moltiplicata per la gravità: un evento anche modesto, ma molto frequente può acquistare dimensioni simili a quelle di un evento occasionale di proporzioni catastrofiche. Ogni organizzazione sanitaria deve pertanto predisporre barriere organizzative, a livello regionale, nazionale o ospedaliero. Il comitato valutazione sinistri può poi proporre soluzioni innovative per la gestione del danno. La Regione Lombardia, per esempio, ha istituito un *database* regionale, operativo dalla fine del 2004: si tratta di un *benchmarking*, completo e obbligatorio per 208 ospedali ai fini dell'accreditamento. Ogni sinistro viene inserito in un *database* che consente la sistematizzazione e il monitoraggio dei dati reali, che risultano ben diversi da quelli divulgati dagli organi di stampa.

## Alcune cifre significative

Il numero di richieste di risarcimento alle Aziende Sanitarie del SSR lombardo ha registrato nel 2011 un decremento del 7,7% rispetto all'anno precedente (Fig. 1). L'analisi delle unità di rischio critiche in ospedale ha inoltre mostrato nel 2011 un decremento del numero delle richieste pervenute a Ortopedia e Traumatologia (-19%), che in precedenza era il



**Fig. 1** Richieste di risarcimento alle Aziende Sanitarie del SSR lombardo (dati aggiornati al 31 dicembre 2011)

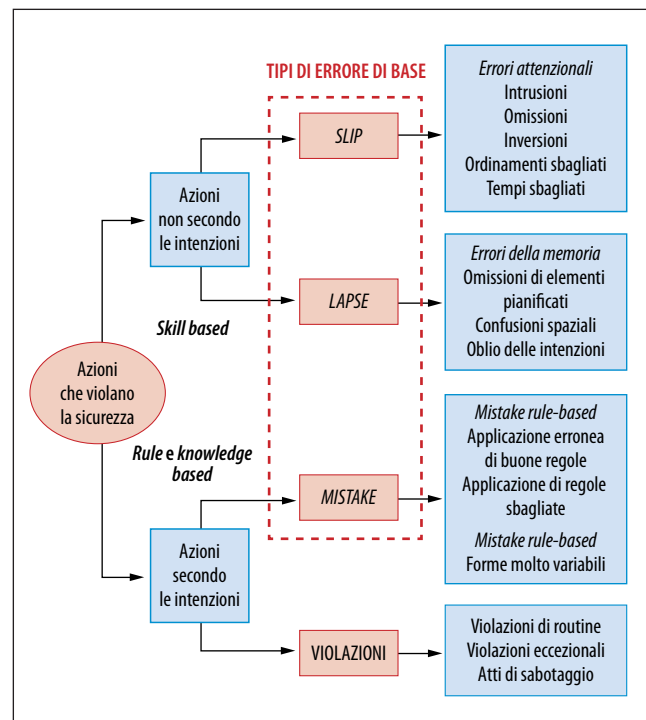
più elevato, e a Ostetricia e Ginecologia ( $-8\%$ ), mentre il numero di denunce in Chirurgia Generale è aumentato del  $6\%$ . I tempi di denuncia hanno subito un incremento del  $74\%$  nel tempo: da 472 giorni nel 1999 sono saliti a 821 nel 2011, il che implica per il professionista, al momento della pensione, un allungamento della durata dell'assicurazione, anche in considerazione del fatto che un eventuale danno patrimoniale si ripercuote sull'asse ereditario.

Le procedure aziendali vengono sviluppate a partire dalle raccomandazioni scientifiche basate sull'evidenza, conformemente agli indirizzi emanati dal Ministero della Salute in recepimento delle direttive dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Il protocollo aziendale fonda infatti il rapporto di contratto, mentre il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale è solo uno strumento organizzativo per l'allocamento delle risorse.

### Le origini degli errori

Esaminando l'algoritmo di analisi dell'errore (Fig. 2), si può vedere che, se si escludono lo *slip* e il *lapse* – entrambe azioni non intenzionali e pertanto non appartenenti a una vera colpa – e le azioni secondo le intenzioni, meno frequenti, il *mistake* costituisce l'aspetto di maggiore rilevanza: questo sottolinea l'importanza di un *repository* di *knowledge base* su temi, clinici e non, trasversali.

Dal punto di vista giuridico, se un evento è prevedibile occorre distinguere due situazioni: se non è prevenibile è fondamentale una corretta informazione (consenso informato), mentre, se è prevenibile, si deve utilizzare una procedura di corretta attuazione. La SIOT ha messo a punto un protocollo importante sulla gestione del consenso informato, una *checklist* per la sicurezza in sala operatoria e una procedura per il



**Fig. 2** Algoritmo di analisi dell'errore

rischio settico, con lo scopo di documentare il miglior tipo di trattamento perché il professionista non sia imputato.

La procedura per la gestione di reclami e contenziosi, infine, dovrebbe avvenire nell'azienda: all'Istituto G. Pini di Milano, per esempio, è stato strutturato un reparto per pazienti in contenzioso. Non bisogna infatti dimenticare che la persona necessita di solidarietà e talvolta, più che di un risarcimento monetario, di restaurazione nella propria integrità fisica. È anche questa l'umanizzazione di cui ha bisogno il paziente.



# Il *clinical risk management* nella gestione clinico-chirurgica del paziente con patologia osteoartrosica: la responsabilità professionale e i profili assicurativi

dalla relazione di Ernesto Macrì

Consulente legale della Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia, Roma

© Springer-Verlag 2012

## Introduzione

Allo stato attuale è difficile per un ortopedico reperire sul mercato una polizza assicurativa, soprattutto se esercita attività di libera professione, e i premi assicurativi oscillano da 6000 a 12.000 euro. Le principali compagnie assicurative, infatti, hanno progressivamente abbandonato questo segmento di mercato, diventato antieconomico, lasciando spazio a imprese di piccola e media dimensione che tuttavia spesso non offrono garanzie di affidabilità.

## I dati poco confortanti dello scenario assicurativo

Come riportano i dati dell'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici (ANIA), nel 2009 il volume dei premi assicurativi è stato pari a 485 milioni di euro, di cui il 60% relativo a polizze stipulate dalle strutture sanitarie e il restante 40% relativo a polizze sottoscritte dai professionisti sanitari; il tasso annuo di crescita dei premi assicurativi, nei dieci anni rilevati (1999-2009), si è attestato attorno al 12,5%; il numero dei sinistri denunciati alle imprese di assicurazione italiane nel 2009, pari a oltre 34.000 (di cui due terzi relativi a polizze stipulate dalle strutture sanitarie), è risultato superiore del 15% rispetto al dato per l'anno precedente. Dall'inizio del 2000 sino al 2010, il livello della conflittualità si è triplicato rispetto ai valori registrati nella prima metà degli anni Novanta. Al 31 dicembre 2010 il rapporto medio dei sinistri a premi è pari ad oltre il 175%<sup>1</sup>, il che significa che soltanto per il pagamento dei sinistri, per ogni 100 euro di premio incassati, il settore assicurativo registra circa 170 euro di costi. Le compagnie che hanno deciso di continuare ad assicurare

hanno presentato polizze con franchigie molto elevate oppure hanno modificato l'ambito di efficacia temporale della polizza.

## Un nuovo concetto di sinistro

Negli ultimi tempi è stato modificato l'ambito di efficacia temporale della polizza, passando da un regime di *loss occurrence* a uno di *claims made* (Fig. 1): ciò significa che, se prima l'assicurazione copriva le responsabilità dell'assicurato

**LOSS OCCURENCE:** l'assicurazione copre la responsabilità dell'assicurato in relazione ai **sinistri** che si **verificano** durante il periodo di efficacia della polizza, e la garanzia può essere azionata fino al termine di prescrizione del diritto del terzo di presentare richiesta di risarcimento danni.

**CLAIMS MADE:** l'assicurazione prende in garanzia le **richieste di risarcimento del danno pervenute** all'assicurato nel periodo di efficacia della polizza, relativamente ai rischi verificatisi nella vigenza del rapporto assicurativo o in epoca antecedente, cioè fino al momento in cui l'assicurato può eccepire l'intervenuta prescrizione del diritto del danneggiato di chiedere il risarcimento del danno.

Questo regime limita l'operatività della garanzia ai danni denunciati entro il periodo di vigenza della polizza o anche entro un determinato lasso di tempo successivo alla cessazione del contratto (quest'ultimo è indicato come **periodo di ultrattività** e comporta un supplemento di premio), anche se il fatto che ha determinato il danno, o il danno stesso, si sono verificati precedentemente o al momento dell'inizio della copertura (il periodo temporale pregresso all'interno del quale sono garantiti i fatti in quel tempo accaduti è detto **periodo di retroattività**).

**Fig. 1** Ambito di efficacia temporale delle polizze assicurative in regime di *loss occurrence* e di *claims made*

<sup>1</sup> Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, audizione di Dario Focarelli, Direttore Generale ANIA, Camera dei Deputati, Roma, 31 ottobre 2012

in relazione ai rischi *verificatisi* durante il periodo di efficacia della polizza, in regime di *claims made* prende in garanzia le *richieste di risarcimento del danno pervenute* all'assicurato nel periodo di efficacia della polizza relativamente ai rischi verificatisi nella vigenza del rapporto assicurativo o in epoca antecedente, cioè fino al momento in cui l'assicurato può eccepire l'intervenuta prescrizione del diritto del danneggiato di chiedere il risarcimento del danno.

Questo ha consentito alle compagnie di gestire i sinistri, ma esse hanno limitato il periodo per le richieste di risarcimento per fatti occorsi in epoche precedenti la vigenza del contratto: ciò comporta periodi di copertura se la precedente polizza non prevedeva clausole di ultrattività.

### Lacune, bisogni e sviluppi legislativi

In questo scenario è naturale che il legislatore debba intervenire a governare una situazione con notevoli ricadute sociali ed economiche. In effetti esistono numerosi disegni di legge, tra cui lo *Schema di testo unificato per i Disegni di legge NN. 50, 352, 1067 e 1183, Nuove norme in materia di responsabilità professionale del personale sanitario*, presentato dal Senatore Michele Saccomanno il 4/2/2009, e la *Proposta di legge C. 3194 del 9/2/2010* presentata alla Camera dei Deputati, Commissione Affari Sociali, che riguarda il governo del rischio clinico e non soltanto l'aspetto assicurativo.

Il D.L. 158/2012, meglio noto come decreto Balduzzi, si è pronunciato rispetto all'obbligatorietà della polizza assicurativa alle strutture private e pubbliche: nel passaggio dalla

Commissione Affari sociali alla lettura in Parlamento è stato cancellato l'articolo c-bis) che prevedeva per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private la copertura assicurativa obbligatoria per la responsabilità civile per i danni subiti dai pazienti e cagionati dalla condotta colposa degli operatori sanitari o da condotte colpose degli amministratori della struttura per carenze organizzative o di presidi.

È invece rimasto nel decreto l'articolo 3, 2° comma, sul fondo *ad hoc* per la copertura assicurativa prevista per alcune categorie a rischio professionale: esso è finanziato dal contributo volontario (non deducibile, pertanto, dalle imposte) dei professionisti che ne facciano espressa richiesta e da un ulteriore contributo a carico delle imprese assicuratrici, con un tetto massimo fino al 4% rispetto ai premi assicurativi degli anni precedenti. Ma poiché l'assicurazione per la responsabilità civile professionale non è obbligatoria come quella per l'automobile, le compagnie potranno mantenere in percentuale minore il finanziamento al fondo. I contratti di assicurazione devono essere stipulati anche in base a condizioni che dispongano alla scadenza la variazione in aumento o in diminuzione del premio in relazione al verificarsi o meno di sinistri e subordinare comunque la disdetta della polizza alla reiterazione di una condotta colposa da parte del sanitario accertata con sentenza definitiva.

Dal 13/8/2013 i liberi professionisti dovranno quindi stipulare un'assicurazione obbligatoria ma l'introduzione di tale obbligo potrà raggiungere un accettabile grado di effettività soltanto quando sarà previsto un complementare obbligo a contrarre delle imprese di assicurazione.

## **IMPRESSUM**

### **Journal of Orthopaedics and Traumatology**

Direttore responsabile  
Giulio Zuanetti

Registrazione del Tribunale di Milano  
N. 210 del 17 marzo 2000

Stampa  
Grafiche Porpora, Via Buozi 12/14, 20090 Segrate (MI)

© Springer-Verlag Italia Srl  
Via Decembrio 28, Milano

Journal  
of **Orthopaedics  
and Traumatology**

Numero speciale  
Marzo 2013

97° Congresso Nazionale SIOT  
Roma 10-14 ottobre 2012

SIMPOSIO

**Il *clinical risk management* nella gestione clinico-chirurgica  
del paziente con patologia osteoartrosica**

Il ruolo del trattamento farmacologico nella gestione del paziente con osteoartrosi  
dalla relazione di D. Gatti

La relazione interpersonale quale fattore terapeutico  
dalla relazione di F. Pellegrino

Il *risk management* e gli aspetti medico-legali  
dalla relazione di G.M. Calori

Il *clinical risk management* nella gestione clinico-chirurgica del paziente con patologia osteoartrosica:  
la responsabilità professionale e i profili assicurativi  
dalla relazione di E. Macrì