

Trento, 13 settembre 2019



La responsabilità medica a due anni dalla riforma Gelli: l'approccio dell'APSS



Sandro La Micela

medico legale – vice coordinatore comitato valutazione sinistri
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari - Trento

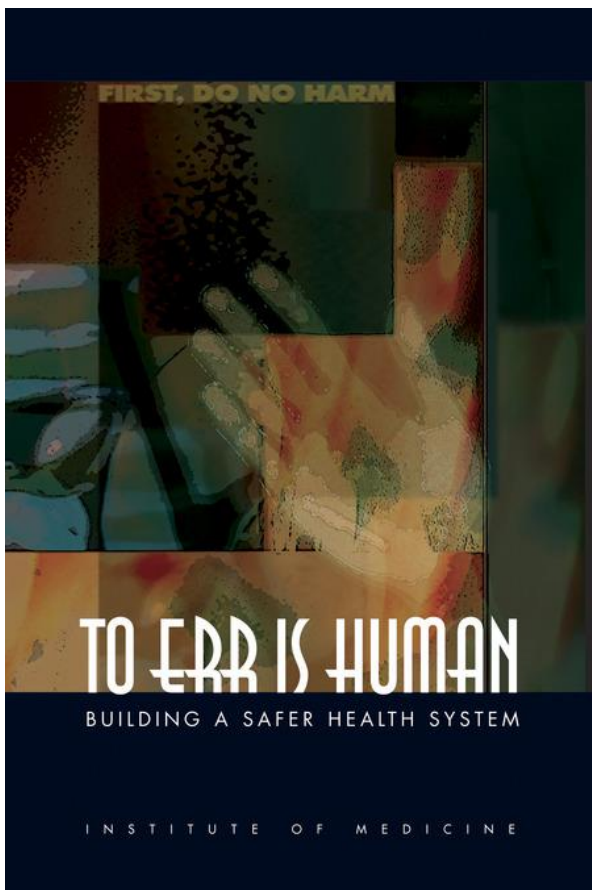


OHSAS 18001:2007



Recognised for excellence
5 star

La legge 24/2017: innovativa o naturale conseguenza di una lunga evoluzione ?



La ricerca del miglioramento della qualità delle cure e di un sistema sanitario orientato alla sicurezza delle cure parte da lontano...

1999: To err is human. Building a safer health system

(rapporto pubblicato nel novembre 1999 dall'Institute of Medicine statunitense che ha portato ad una maggiore consapevolezza degli errori medici statunitensi)

La legge 24/2017: innovativa o naturale conseguenza di una lunga evoluzione ?



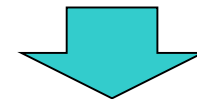
“ridurre gli errori
migliorando la
sicurezza”
(BMJ 2000;320:725-814)

1992 -> 2002

BMJ QUALITY & SAFETY...



La famosa rivista **Quality of Health Care**, fondata nel 1992, nel **2002** ha aggiunto "**safety**" al suo titolo, per sottolineare come scritto nell'[editoriale](#) che annuncia questa svolta, "**la crescente consapevolezza che i sistemi sanitari troppo spesso danneggiano le persone che da loro dipendono** (...).



Il cambiamento del titolo è un segnale esplicito dell'intenzione di includere contributi che riferiscono di **ricerche, idee e miglioramenti nella pratica rilevanti per un'assistenza più sicura**".

La legge 24/2017: innovativa o naturale conseguenza di una lunga evoluzione ?

Il Sole **24 ORE**

infoMedics
www.infomedics.it

Settimanale
24-30 ottobre 2006
www.24oresanita.com

Anno IX - n. 41
Poste Italiane SpA - A.P.
D.L. 353/2003 conv. L. 46/2004,
art. 1, c. 1, DCB Roma

Sanità

La denuncia dell'Ania: l'aumento del contenzioso fa registrare risultati disastrosi e lievitare i premi

Assicurazioni, esplodono le polizze

I sindacati medici: «Paghino le strutture» - E negli ospedali cresce la voglia di fare da sé

Le imprese assicuratrici lamentano «risultati economici disastrosi». Gli ospedali arrancano per sostenere i costi astronomici delle polizze. E i medici denunciano: «È tutto un business sulla nostra pelle».

Il pianeta della Rc sanitaria è in piena ebollizione. Tra le tentazioni delle strutture di "liberarsi" delle compagnie, accantonando fondi ad hoc, e la spinta dei sindacati medici a dare piena attuazione al contratto di lavoro. Che prevede risk management a tappe in corsia. Proprio come chiedono le assicurazioni.

A PAG. 2-5

Il boom della Rc sanitaria

- Rapporto sinistri/premi strutture 129%
- Rapporto sinistri/premi medici 177%
- Importo sinistri pagati su denunciati 5,4%

Le compagnie

Un mercato in rosso ma le imprese non mollano

A PAG. 2-3

I camici bianchi

«I lamenti! Un pretesto per fare più cassa»

A PAG. 3

MANOVRA 2007

Finanziaria, primi assalti

Emendamenti a raffica: al via il voto in commissione

Spesa e listini farmaceutici, non autosufficienza, ticket al pronto soccorso, esenzioni e co-payment nel mirino della commissione Affari sociali della Camera che ha trasmesso alla commissione Bilancio le proprie richieste di modifica al capitolo Sanità. Tra le novità, un articolo aggiuntivo sul Lea odontoiatrici e il ripristino delle gomme ai prezzi di classe «C».

Fatture in ritardo*

Agosto '06	341
Giugno '06	331
Aprile '06	315
Gen. '06	317

(*) Giorni di ritardo medi di pagamento

A PAG. 6-7

FEDERSANITÀ ANCI INDAGINE ASSR

DA "Il Sole 24ore Sanità del 24-30 ottobre 2006"

Boom di errori medici assicurazioni in fuga “Troppi danni da pagare” *E le Regioni inventano la polizza fai da te*

MICHELE BOCCI

UN BOOM di denunce per errori medici che travolge il sistema sanitario. L'aumento esponenziale di richieste danni per presunti casi di malasanità sta facendo scappare le Asl dalle assicurazioni, e viceversa. Le prime si trovano a pagare polizze sempre più care e difficilmente sostenibili, le seconde spuntano contratti troppo poco vantaggiosi, così li disdicono o non si presentano alle gare. Sempre più Regioni stanno quindi pensando di autoassicurarsi. Lo fanno già la Toscana, il Piemonte e da pochi settimane la Liguria. L'idea è quella di non stipulare polizze e rimborsare i danni pescando direttamente dal proprio bilancio, dove viene accantonata una quota dedicata.

In 12 mesi.

Arrivare in fondo a un contenzioso poi non è facile. Quando si segnala alla Asl un errore medico questa avverte l'assicurazione che può provare a conciliare con il paziente, sempre che il dottore sia d'accordo. Molto spesso si finisce a processo e i tempi lievitano.

Nella sua relazione, Ania segnala un netto aumento di litigiosità in questo settore. Il lavoro tiene conto solo delle compagnie italiane o con sede in Italia ma sul mercato ce ne sono anche molte straniere, quindi le denunce sono di più. «Sta anche aumentando il valore dei risarcimenti - commenta Roberto Manzato, direttore del ramo "vita e danni non auto" di Ania -. Per le assicurazioni questo settore non è vantaggioso. Del resto si paga in

dere che le condizioni poste da chi vuole comprare una polizza non si incrocino con quelle di chi la vende». E c'è chi rischia di restare senza assicurazione. Alessandro Visconti dirige l'azienda Icp di Milano, che controlla mille postiletti tra l'altro al Buzzi e al Cto, ed è membro della Fiaso, l'associazione dei direttori generali delle Asl. «L'assicurazione che ci seguiva ci ha mandato la disdetta del contratto - racconta - Ora faremo una gara ma non so se ci saranno concorrenti. Potrebbe anche non presentarsi nessuno». Per Visconti il problema è centrale nella nostra sanità perché «i costi assicurativi incidono sempre più sui nostri

conti. La mia azienda tra franchigia e premio di polizza spende 8 milioni di euro su un bilancio da 300 milioni». Quando si fa un'assicurazione c'è il rischio che la compagnia crolli. È successo alla Faro, che è fallita e ha lasciato alcune Asl in grande difficoltà.

Alcune Regioni hanno pensato di fare da sole. In Toscana tutto nacque quando a Careggi venne trapiantato per sbaglio un organo di un donatore malato di hiv. L'assicurazione, costretta a un risarcimento milionario, lo stesso anno ha disdetto la polizza. L'azienda ha così pensato di autoassicurarsi, coinvolgendo poi tutta la Regione. Nel 2009 la Toscana spendeva 45 milioni di euro di polizze assicurative per le Asl con cui copriva circa 1.500 denunce di danno all'an-

Malpractice, il grande caos

Dossier ANIA - luglio 2014

2

luglio 2014

i dossier di

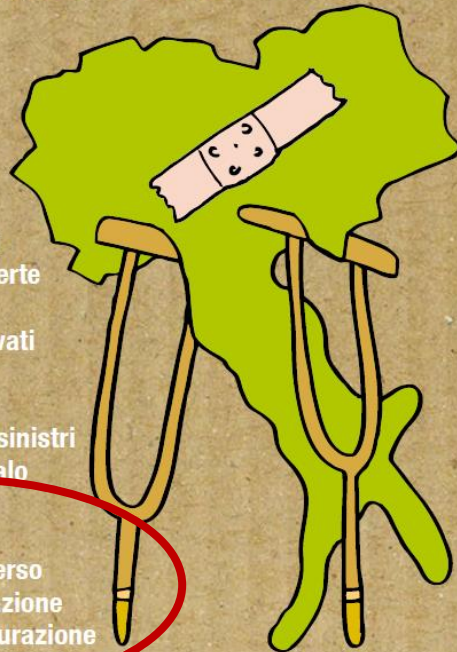
Ania

Associazione Nazionale
fra le Imprese Assicuratrici

Malpractice, il grande caos

■ Negli ospedali
carenza di offerte
assicurative
per i costi elevati
(e incerti) dei
risarcimenti.
Il numero dei sinistri
è in leggero calo

■ Le Regioni
in cammino verso
l'autoassicurazione
o la non assicurazione



Nel famoso dossier del 2014 ANIA evidenziava che le Regioni si stavano spostando su sistemi di autoassicurazione del rischio clinico o in alcuni casi di non assicurazione



L'approccio di APSS alla gestione della responsabilità sanitaria: l'anno **2012-2013**

Il **6 settembre 2012** Cattolica Assicurazioni recede dal contratto a tutela della responsabilità civile verso terzi e prestatori di lavoro (RCT/O) previsto in scadenza il **31.12.2014**

Data: mercoledì 20.02.2013

l'Adige

Estratto da Pagina: 1

Medici, stop all'assicurazione

Troppe richieste danni. Cattolica recede dal contratto

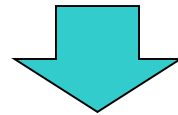
Troppo rischioso garantire la copertura assicurativa ai medici. Non conviene, di fronte a un autentico boom di richieste di risarcimento danni. Così la Cattolica assicurazioni, che in questi anni ha coperto i dipendenti dell'Azienda sanitaria, ha deciso di recedere dal contratto. Considerando, evidentemente, non sufficiente il premio di assicurazione di 5,9 milioni di euro incassato ogni anno. Il cambio di contratto potrebbe portare la novità della franchigia, che sta mettendo in allarme i medici.

P. TODESCO A PAGINA 21

L'approccio di APSS alla gestione della responsabilità sanitaria : l'anno 2013

Nuova gara per copertura responsabilità civile con decorrenza 1 maggio 2013:

- ***Vincitrice Cattolica Assicurazioni***
- ***Assunzione di franchigia pari a 499.000,00 euro***



- ***Necessità di provvedere alla gestione interna dei sinistri da malpractice sotto SIR (Self Insurance Retention)***

**La delibera n. 220/2013 del 30 aprile 2013:
revisione della composizione e competenze del
Comitato valutazione sinistri**

**VERBALE DI DELIBERAZIONE DEL
DIRETTORE GENERALE**

Reg. delib. n. 220|2013

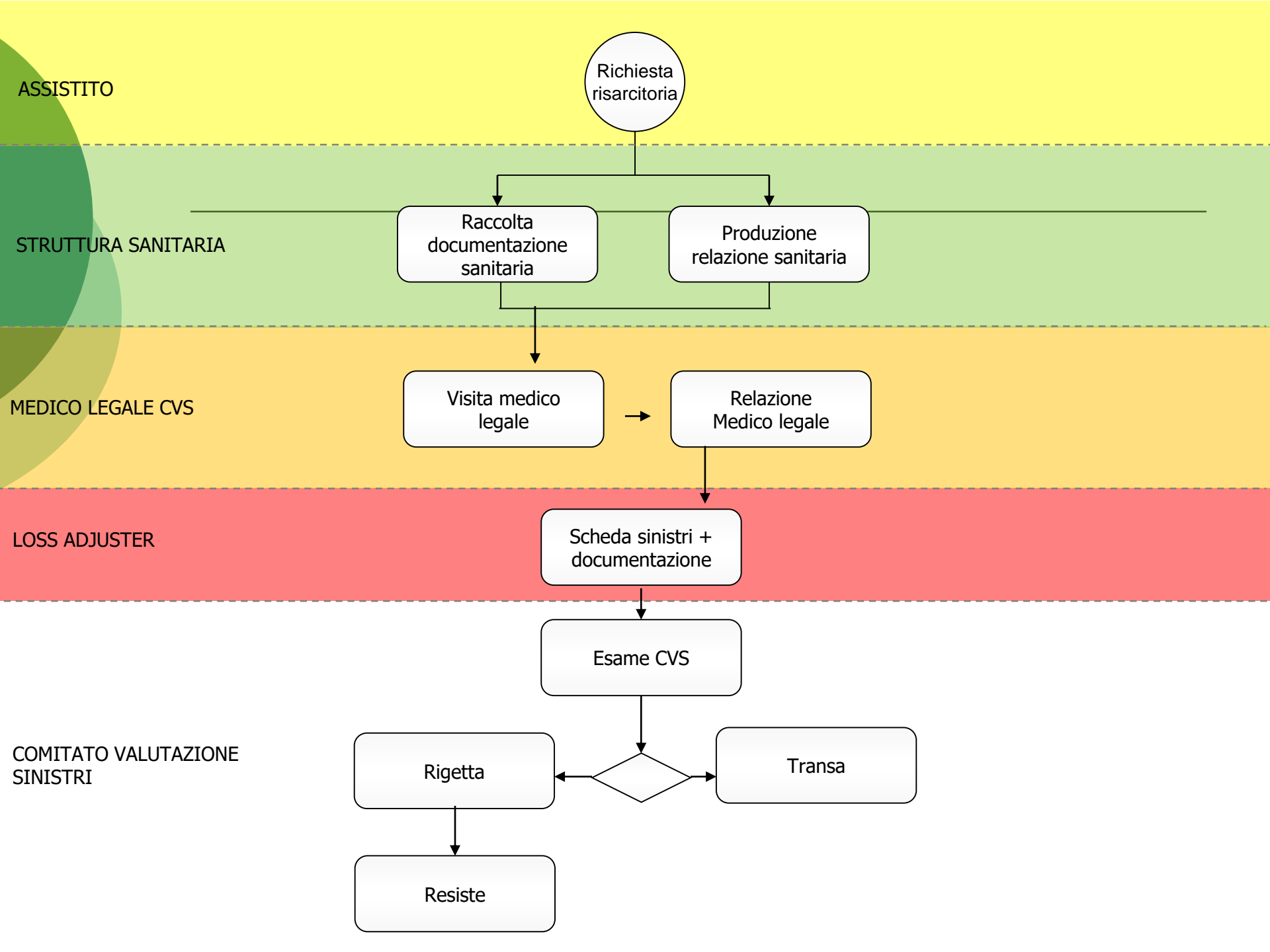
OGGETTO: Revisione della composizione e competenze del Comitato valutazione sinistri.
CLASSIFICAZIONE: 18.5.10

Delibera 444 del 14 agosto 2013 :

Approvazione nuova **procedura per la valutazione e gestione dei sinistri** di responsabilità civile verso terzi dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari

Delibera 445 del 14 agosto 2013:

Approvazione regolamento interno per il **funzionamento del Comitato** Valutazione Sinistri dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari



L'attività del Comitato Valutazione Sinistri ante-legge Gelli (01.05.2013 – 30.04.2017)

Tabella 93: Tempistica di chiusura dei sinistri

	% sinistri chiusi in un anno	Periodo di riferimento
APSS	39,6%	dal 01.05.2013 al 31.12.2015
Strutture extraprovinciali	33,91%	dal 2004 al 2014

Fonte dati: Marsh Risk Consulting

In APSS il dato della tempistica di chiusura dei sinistri nel periodo di riferimento è risultato migliore (39,6% sinistri chiusi entro un anno dalla denuncia) rispetto al campione di raffronto (33,91% dato medio su 59 strutture sanitarie extraprovinciali)

La legge 24/2017: innovativa o naturale conseguenza di una lunga evoluzione ?



Giurisprudenza di merito e di Cassazione

CIVILE - RESPONSABILITÀ MEDICA - QUOTIDIANO GIURIDICO - SANITARIO

ASL responsabile per l'errore del medico convenzionato

Cassazione civile, sez. III, sentenza 27/03/2015 n° 6243

Sei in: Home » Articoli » Contratti

Responsabilità del MEDICO: contrattuale - Trib. Milano 13574/2014, contro-revirement! Sez. V (Andrea Borrelli) c. Sez. I (Patrizio Gattari)



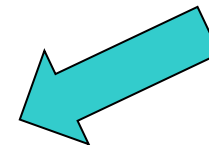
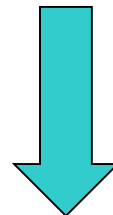
Interventi del legislatore



proposte di legge

TUTTI I PROGETTI DI LEGGE SULLA MALPRACTICE

	Gruppo	firmatari	aula	numero
1	Misto	Di Lello, Di Gioia Pastorelli, Locatelli	Camera	C.1423
2	Pd	Bianco, Maturani, De Biasi, Dirindin, Granaiola, Padua, Mattesini e Silvestro	Senato	S.1134
3	Pd	Miotto, Lenzi, Amato, Bellanova Beni, Paola Bragantini, Burtono, Capone, Carnevali, Casati, Murer, Patriarca, Piccione e Sbrolini	Camera	C.1769
4	Scelta civica	Vargiu, Binetti, Gigli e Monchiero	Camera	C.1581
5	Nuovo Centro-destra	Calabrè, Fucci e Elvira Savino	Camera	C.1324
6	Cinque stelle	Di Vita, Lorefice, Mantero, Barone, Silvia Giordano	Camera	C.1312
7	Forza Italia	Fucci	Camera	C.262
8	Forza Italia	Fucci	Camera	C.259
9	Scelta civica	Binettim Matarrese, Gigli	Camera	C.1902
10	Scelta civica	Mazziotti, Di Cento	Camera	C.1497



LEGGE n. 24 / 2017

Anno 2017: la riforma Gelli-Bianco è legge



GIURISPRUDENZA PENALE

[CHI SIAMO](#) [COMITATO SCIENTIFICO](#) [PROGETTO](#) [SEZIONI](#) [NEWSLETTER](#) [AUTORI](#) [EVENTI](#) [CONTATTI](#)

Il Ddl Gelli è legge. Ecco tutte le novità in tema di responsabilità medica

Articolo scritto da Lorenzo Roccatagliata il 1 Marzo 2017



in Giurisprudenza Penale Web, 2017, 3 – ISSN 2499-846X



ALTALEX

Vuoi fare pubblicità su questo sito?
Vuoi collaborare con Altalex?

Cerca in Altalex.com...

[Home](#) [Sezioni](#) [Strumenti](#) [Premium](#) [Forum](#)

[ACQUISTA](#) [FORMAZIONE IN AULA](#) [FORMAZIONE ON LINE](#) [LIBRI E CODICI](#) [EBOOK](#) [PERIODICI](#) [SERVIZI ONLINE](#)

LEADERSHIP



EMPOWERMENT
LESSON SERIES

career girls

RESPONSABILITÀ MEDICA

Responsabilità medica: il testo della riforma in Gazzetta

La legge n. 24/2017 si propone di fare ordine in uno dei settori della responsabilità civile e penale più dibattuti in dottrina e giurisprudenza

Anno 2017: la riforma Gelli-Bianco è legge

Tra le novità...

- Sancito il diritto alla **sicurezza delle cure**
- Sancito il **doppio binario per la responsabilità civile**, contrattuale per le strutture sanitarie (pubbliche e private) ed extracontrattuale invece per gli operatori sanitari
- **Legalizzata l'autonoma gestione del contenzioso civile da parte delle Aziende Sanitarie**



Viene riconosciuto il «**valore ontologico**» della possibile autonoma gestione del contenzioso civile, in quanto il compito fondamentale delle strutture del SSN è la presa in carico del paziente

LA LEGGE n. 24 / 2017: sancito il diritto alla sicurezza delle cure in sanità

Art. 1
Sicurezza delle cure in sanità

1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.

2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.

3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

• **LA SICUREZZA DELLE CURE E' PARTE COSTITUTIVA DEL DIRITTO ALLA SALUTE**

• **SI REALIZZA ANCHE MEDIANTE L'INSIEME DI TUTTE LE ATTIVITA' FINALIZZATE ALLA PREVENZIONE E ALLA GESTIONE DEL RISCHIO**

• **TUTTO IL PERSONALE CONCORRE ALLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE DEL RISCHIO**



BMJ 2017;357:j2277 doi: 10.1136/bmj.j2277 (Published 2017 May 22)

Page 1 of 2



EDITORIALS

Italy recognises patient safety as a fundamental right

A new law takes a bold step towards enhancing patient safety



LA LEGGE n. 24 / 2017 e la “**legalizzazione**” della responsabilità civile Aziendale e della possibile autonoma gestione del contenzioso civile

Art. 7

Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria

1. La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.

Art. 10

Obbligo di assicurazione

1. Le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono essere provviste di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, ai sensi dell'articolo 27, comma 1-bis, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n.114, anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento nonché di sperimentazione e di ricerca clinica. La disposizione del primo periodo si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina. Le strut-

«...La struttura sanitaria **risponde** ai sensi degli articoli 1218 e 1220 del codice civile»

«...Le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private **devono** essere provviste di copertura assicurativa o di altre **analoghe misure** per la responsabilità civile..»

LA LEGGE n. 24 / 2017 e il «**valore ontologico**» riconosciuto della possibile autonoma gestione del contenzioso civile

Ritengo, tuttavia, che debba essere presa in debita considerazione la natura ontologicamente diversa delle attività svolte da una struttura sanitaria rispetto a quella di un'impresa di assicurazione, anche quando la struttura opti per la gestione in proprio del rischio.

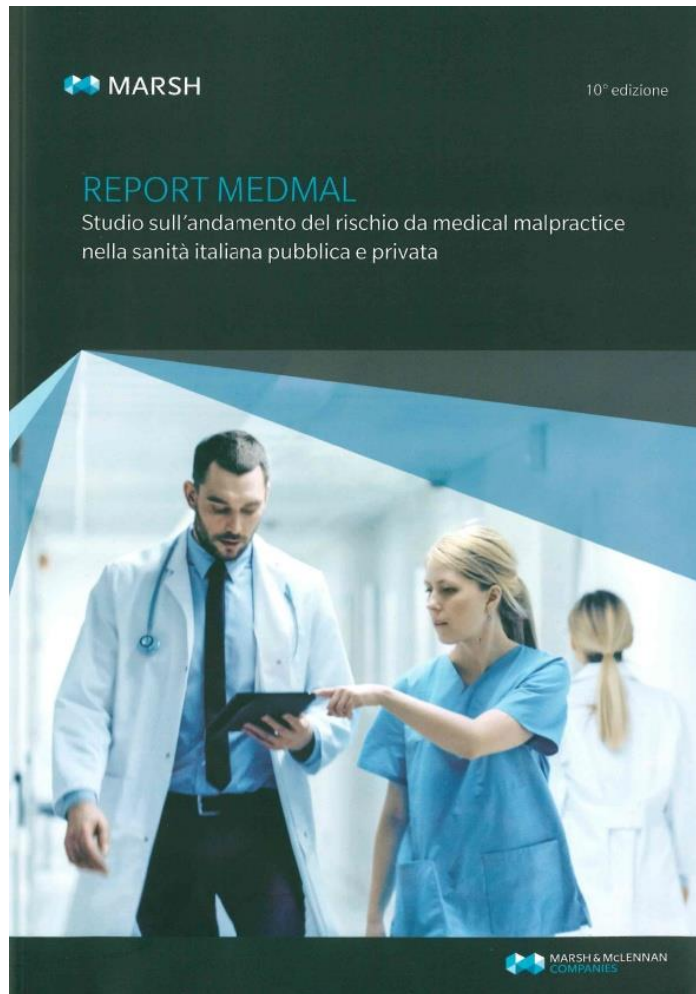
Non si può, infatti, non rilevare che, come già detto, compito fondamentale delle strutture del SSN è la presa in carico del paziente.

È evidente la differenza rispetto a imprese, quelle assicurative appunto, che svolgono attività prevalentemente finanziaria.

Le strutture tengono, dunque, ad evidenziare che, coerentemente alla loro mission, la gestione del rischio in autorizzazione deve avvenire, prioritariamente, per via operativa e preventiva, attraverso il potenziamento delle funzioni di medicina legale, loss adjusting e risk management.

Barbare Cittadini, L'impegno dell'AIOP in direzione della sicurezza delle cure – da "sicurezza delle cure e responsabilità degli operatori: la legge 24/2017 nei primi due anni di applicazione. Atti del convegno. Roma, 12 aprile 2019) - Fondazione Italia in Salute

LA LEGGE n. 24 / 2017 e le ricadute sullo scenario nazionale



**Quali le ricadute
della Legge sullo
scenario nazionale
dei sinistri nei primi
due anni di vita ?**

Lo scenario nazionale attuale: andamento medio annuo dei sinistri e loro costo medio

(Report MEDMAL MARSH 10^a Edizione – periodo di riferimento 2009-2017 - agg. 2018)

Andamento medio annuo dei sinistri per struttura: trend **sostanzialmente stabile**

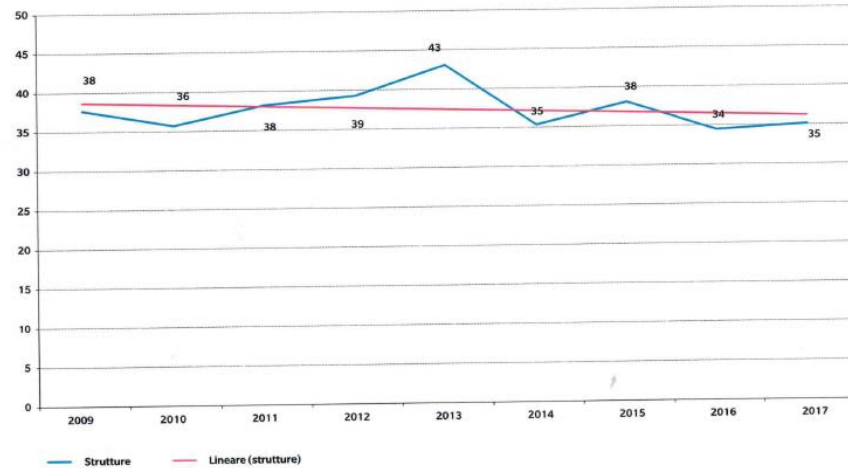
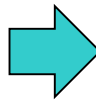
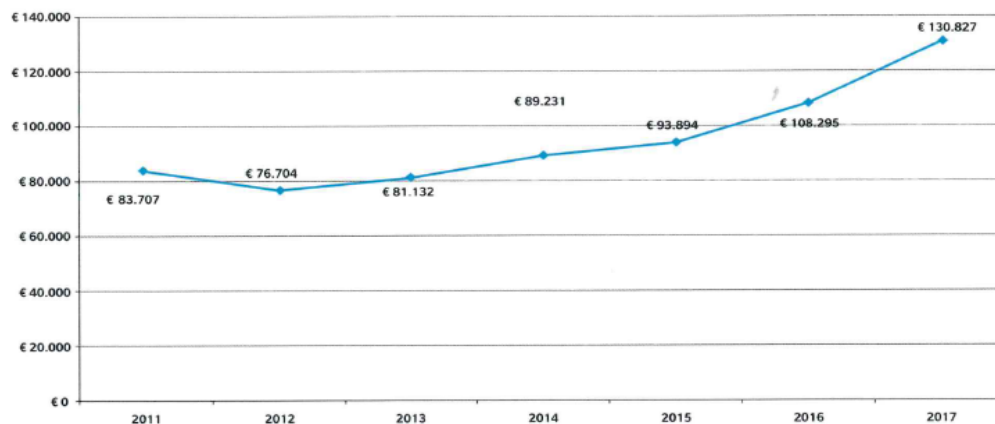



Figura 33. Costo medio del sinistro per anno di denuncia.



Costo medio per singolo sinistro: trend in **graduale aumento** dal 2012

Lo scenario nazionale attuale: il costo medio per sinistro in graduale aumento

Figura 4. I dati sui sinistri sanitari dell'ultimo report Marsh (nona edizione)

 MARSH Report Medmail-Sintesi Studio sull'andamento del rischio da medical malpractice nella sanità pubblica e privata	20.947 sinistri denunciati
PERIODO DI RIFERIMENTO anni 2004 - 2016 42 strutture sanitarie pubbliche distribuite sul territorio nazionale (Lombardia, Emilia Romagna, Sardegna, Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Liguria, Marche, Sicilia, Toscana e Veneto)	€ 88.198 costo medio per sinistro
	921 M€ costo totale importo liquidato ≈ 49% importo riservato ≈ 51%

Report MEDMAL MARSH 9^a Edizione – periodo di riferimento 2004-2016

COSTO SINISTRI

Costo Totale (Liquidato+Riservato)	€ 1.031.744.625
Costo Medio	€ 93.202
Top Claim	€ 4.532.258

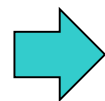
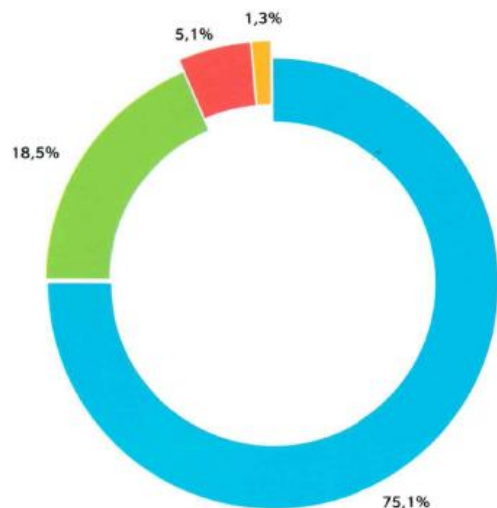
Il costo totale dell'intero database supera il miliardo di euro, mentre l'importo medio per sinistro è pari a € 93.202 (Tabella 5), maggiore rispetto a quello rilevato nella scorsa edizione per effetto della rivalutazione operata sugli importi liquidati.

Il costo medio per singolo sinistro, suddiviso per anno di denuncia (Figura 33), mostra un incremento graduale a partire dal 2012, con una variazione media annua nel periodo 2004-2017 pari a +3,4% (più contenuta rispetto alla scorsa edizione).

Report MEDMAL MARSH 10^a Edizione – periodo di riferimento 2004-2017

Lo scenario nazionale attuale: tipologie di procedimento

(Report MEDMAL MARSH 10^a Edizione – periodo di riferimento 2005-2017)



- Stragiudiziale
- Procedimento civile
- Procedimento penale
- Mediazione-Conciliazione

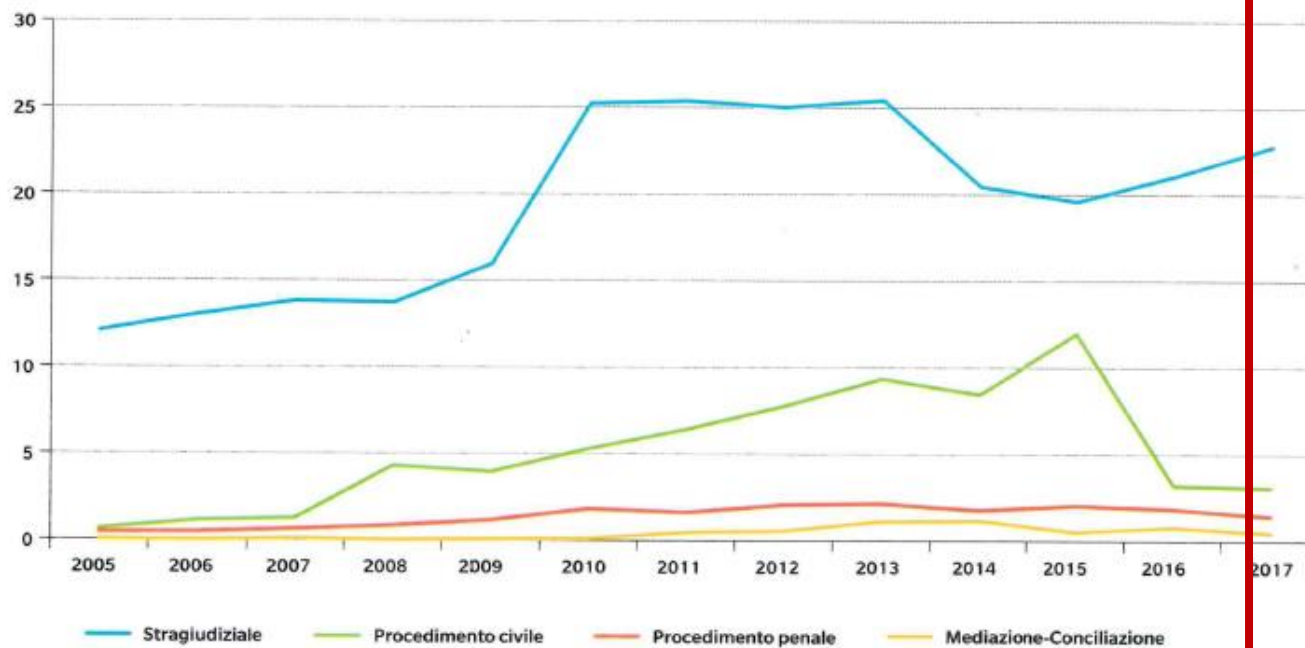
Il **75,1%** delle richieste di risarcimento danni segue un iter prevalentemente **extragiudiziale**, mentre la percentuale di procedimenti civili (18,5%) e quella di procedimenti penali (5,1%) sono simili a quelle rilevate nella precedente edizione del report; vi sono quote minime di mediazioni-conciliazioni (1,3%)

Lo scenario nazionale attuale: tipologie di procedimento – andamento negli anni

(Report MEDMAL MARSH 10^a Edizione – periodo di riferimento 2005-2017)

Legge 24/2017

Figura 4. Andamento del numero di sinistri medi per struttura (suddivisi per tipologia di procedimento).



Lo scenario nazionale attuale: tipologie di procedimento e velocità di chiusura

(Report MEDMAL MARSH 10^a Edizione – periodo di riferimento 2005-2017)

Figura 5. Velocità di chiusura del procedimento stragiudiziale.

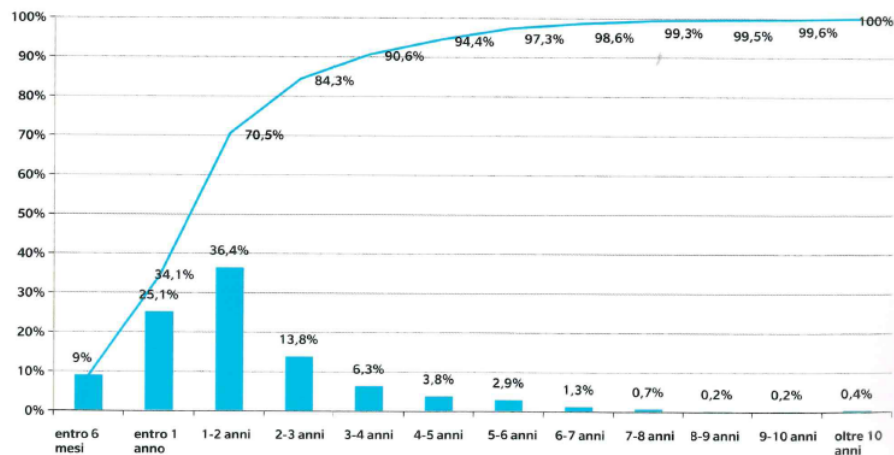


Figura 6. Velocità di chiusura del procedimento penale.

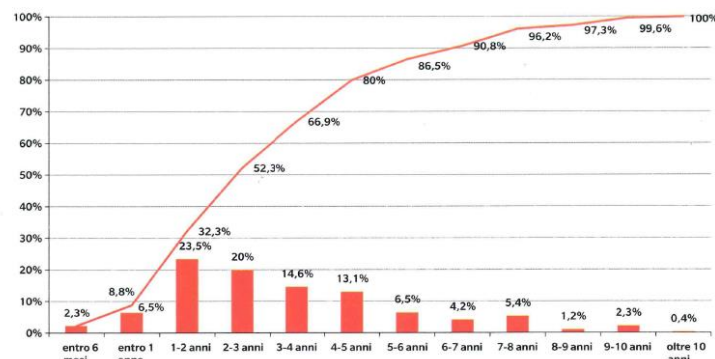
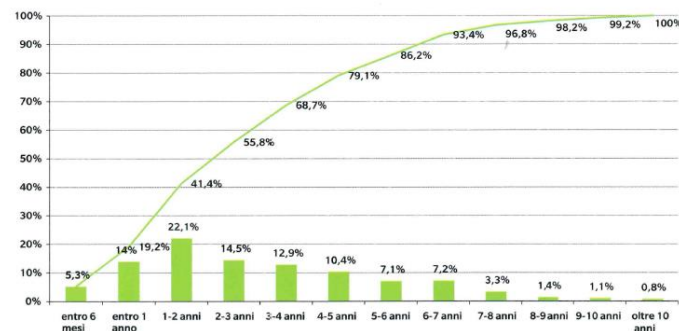


Figura 7. Velocità di chiusura del procedimento civile.



Velocità di chiusura:

stragiudiziale 34,1% (entro l'anno) 70,5% (entro due anni)

Penale 8,8% (entro l'anno) 32,3% (entro due anni)

Civile 19,2% (entro l'anno) 41,4% (entro due anni)

L'attività del Comitato Valutazione Sinistri di APSS

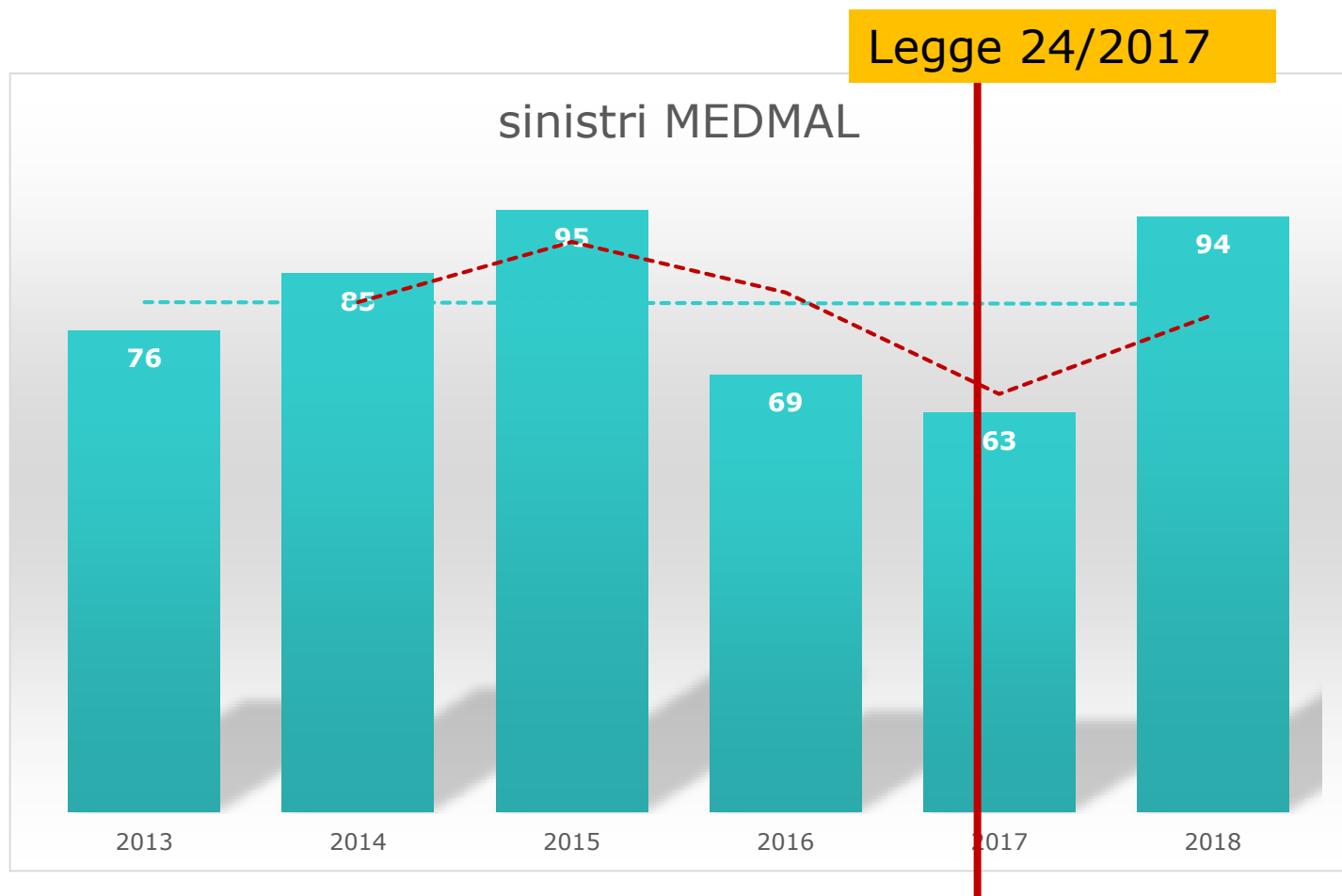
Sinistri denunciati (01.05.2013 – 30.04.2019)

ANNO	SINISTRI DENUNCIATI	SINISTRI MEDMAL
2013	89	76
2014	102	85
2015	118	95
2016	82	69
2017	78	63
2018	109	94
2019 (AL 30.4.2019)	37	33
TOTALE	615	515



L'attività del Comitato Valutazione Sinistri di APSS

Sinistri denunciati (01.05.2013 – 30.04.2019)



L'attività del Comitato Valutazione Sinistri di APSS (01.05.2013 – 30.04.2019)

Sinistri medmal

Denunciati	515
Liquidati	133
Respinti	47
Aperti	220
Senza seguito	115

Importi nel periodo di riferimento
(considerando il limite della SIR)

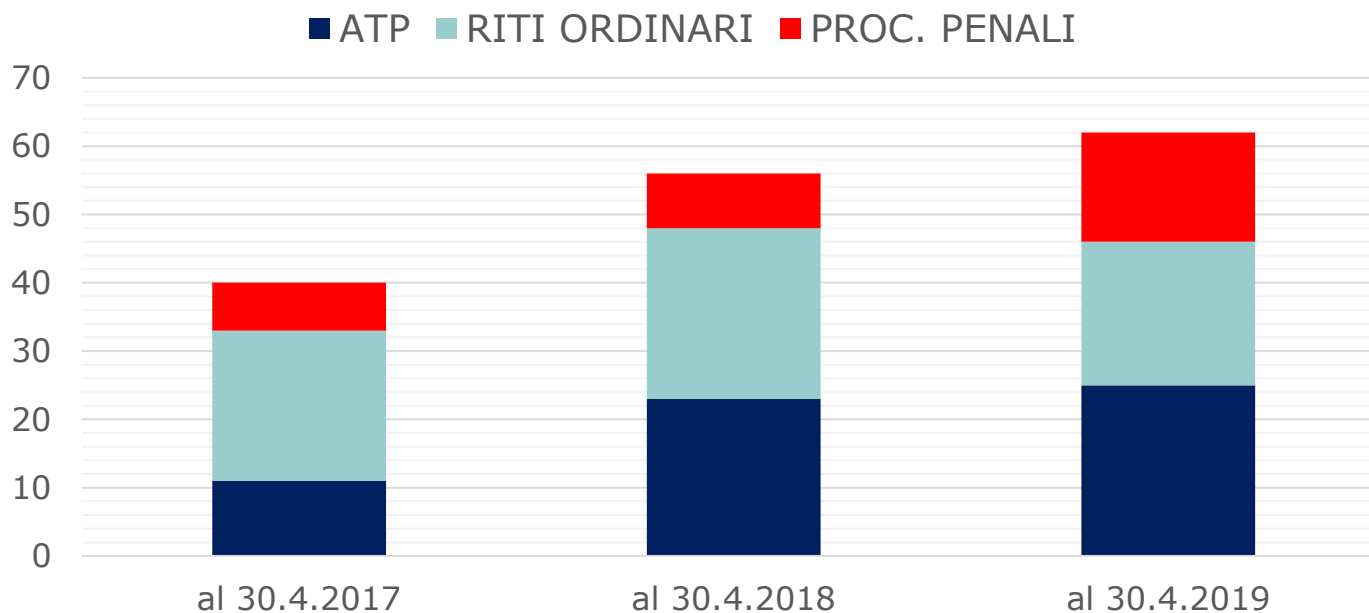
Liquidati	euro 10.278.098
Riservati	euro 26.813.500



L'attività del Comitato Valutazione Sinistri di APSS

PROCEDIMENTI GIUDIZIARI APERTI

ANNO	ATP	RITI ORDINARI	PROC. PENALI
al 30.4.2017	11	22	7
al 30.4.2018	23	25	8
al 30.4.2019	25	21	16



L'art. 8 legge 24/2017

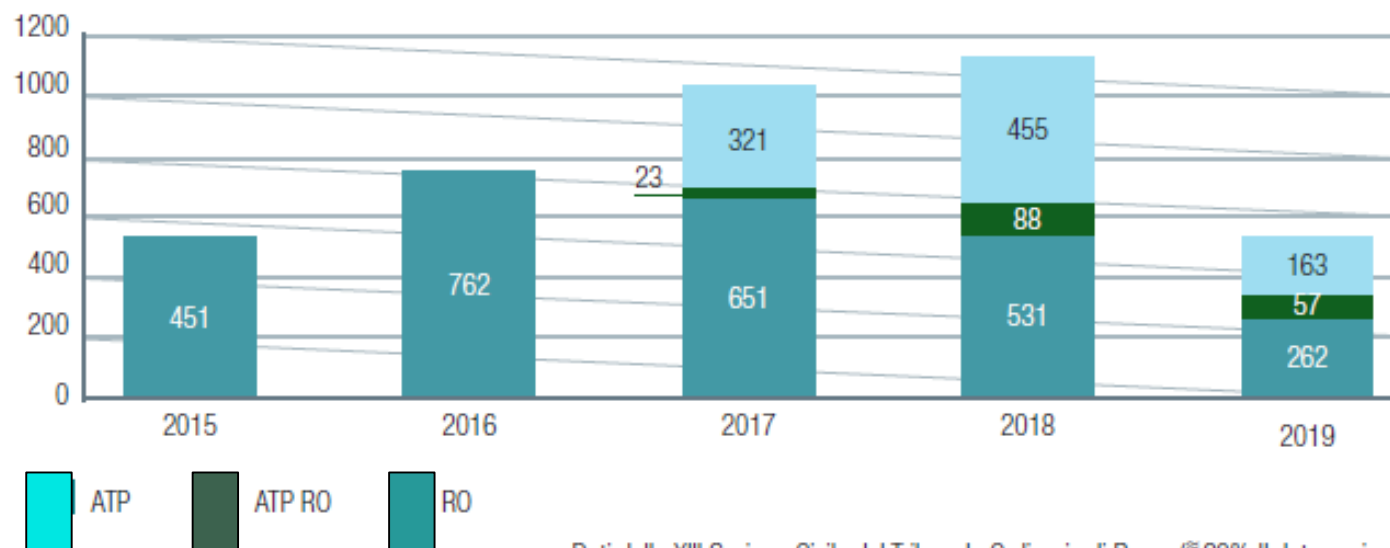
quale effettiva azione deflattiva dell'introduzione del tentativo obbligatorio di conciliazione ?

Figura 6. Numero dei contenziosi per responsabilità professionale iscritti presso il Tribunale

Ordinario di Roma, sezione XIII Civile, negli ultimi 5 anni.

Quanti sono stati i casi di **contenzioso** per responsabilità sanitaria iscritti con **rito ordinario (RO)** negli ultimi 5 anni ?

Quanti sono stati i casi di **Accertamento Tecnico Preventivo** (art.696-bis c.p.c.) dall'introduzione della legge n. 24/2017?



Dati della XIII Sezione Civile del Tribunale Ordinario di Roma (≈20%dl dato nazionale)

(**Fidelia Cascini, l'applicazione della legge 24/2017** – da "sicurezza delle cure e responsabilità degli operatori: la legge 24/2017 nei primi due anni di applicazione. Atti del convegno. Roma, 12 aprile 2019) - Fondazione Italia in Salute

L'art. 8 legge 24/2017

quale effettiva azione deflattiva dell'introduzione del tentativo obbligatorio di conciliazione ?

"...Dall'analisi di questi dati emerge anzitutto **un trend in crescita dei contenziosi**: particolarmente significativo è il confronto 2015/2016 che mostra quasi un **raddoppio dei contenziosi per responsabilità professionale.**

La **tendenza crescente** si osserva negli anni successivi e riguarda **anche il numero degli accertamenti tecnici preventivi e il numero di quelli che proseguono nel giudizio di merito.**

Non si è dunque registrata finora, presso il Tribunale di Roma, un'effettiva azione deflattiva dell'ATP rispetto ai contenziosi per responsabilità professionale trattati con rito ordinario...

(Fidelia Cascini, **l'applicazione della legge 24/2017** – da "sicurezza delle cure e responsabilità degli operatori: la legge 24/2017 nei primi due anni di applicazione Atti del convegno. Roma, 12 aprile 2019)

LA LEGGE n. 24 / 2017 e le “difficoltà” per le Aziende Sanitarie

gp GIURISPRUDENZA PENALE

CHI SIAMO COMITATO SCIENTIFICO PROGETTO SEZIONI NEWSLETTER AUTORI EVENTI CONTATTI

Il Ddl Gelli è legge. Ecco tutte le novità in tema di responsabilità medica

Articolo scritto da Lorenzo Roccacagliata il 1 Marzo 2017

[Facebook](#) [LinkedIn](#) [Twitter](#) [WhatsApp](#) [Email](#) [Stampa](#)

in Giurisprudenza Penale Web, 2017, 3 – ISSN 2499-846X

**Quali le “difficoltà”
nella gestione dei
sinistri nei primi
due anni di vita
della legge ?**

LA LEGGE n. 24 / 2017 e le “difficoltà” per le Aziende Sanitarie

- **L’art. 7** e la responsabilità civile dell’Azienda Sanitaria per fatti commessi da professionisti non dipendenti in regime di convenzione (es. Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta)

La nostra proposta di emendamento sull’ART. 7

“...in relazione all’operato di tali professionisti ... l’azienda sanitaria non ha alcuna possibilità di gestione del rischio clinico, di prevenzione e di controllo di qualità della prestazione...”



Disegno di legge recante “Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario” (A.S. n. 2224)

PROPOSTA DI EMENDAMENTO

1. - Nel comma 2 dell’articolo 7 (*Responsabilità della struttura e dell’esercente la professione sanitaria per inadempimento della prestazione sanitaria*), sono soppresse le seguenti parole: “*ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale*”.

RELAZIONE

L’articolo 7 del disegno di legge, che disciplina la responsabilità della struttura e dell’esercente la professione sanitaria per inadempimento della prestazione sanitaria, prevede in particolare nel comma 2 che le aziende sanitarie, diversamente da ora, rispondano ai sensi del codice civile anche per le prestazioni sanitarie svolte da liberi professionisti in regime di convenzione con il servizio sanitario nazionale.

La proposta di emendamento è finalizzata ad escludere la predetta fattispecie in quanto in relazione all’operato di tali professionisti, che non si connotano come dipendenti, l’azienda sanitaria non ha alcuna possibilità di gestione del rischio clinico, di prevenzione e di controllo di qualità della prestazione; inoltre è sistematicamente ribadito in tutti i rapporti contrattuali che le scelte professionali dei liberi professionisti in regime di convenzione sono autonomamente determinate talchè all’attualità detti professionisti sono coperti da propria polizza assicurativa per i rischi legati alla loro attività professionale.

Il mancato accoglimento dell’emendamento comporterebbe un rischio assicurativo per la struttura sanitaria molto superiore a quanto già in essere, con conseguente esplosione dei premi assicurativi – peraltro già ora molto elevati – che le strutture sanitarie pubbliche devono a vario titolo sostenere.

LA LEGGE n. 24 / 2017 e le “difficoltà” per le Aziende Sanitarie

- **L’art. 8** e le “difficoltà” conseguenti all’accertamento tecnico preventivo (dati che mostrano aumento degli ATP che poi finiscono nel rito ordinario)
 - servono protocolli operativi e/o di carattere interpretativo, delle nuove disposizioni ? Alcune realtà territoriali (Verona) si sono già mossi autonomamente
- **L’art. 13** – la difficoltà di applicazione - comunicazione al presunto responsabile (entro 45 gg) pena l’ammissibilità delle azioni di rivalsa
 - casi con più strutture coinvolte
 - tempi di istruzione del caso
 - casi con responsabilità personali difficili da individuare (es. infezioni nosocomiali)
- Non chiari effetti migliorativi dello scenario assicurativo (mancano peraltro i decreti attuativi specifici che dovrebbero regolamentare il mercato)

LA LEGGE n. 24 / 2017 e le “difficoltà” per le Aziende Sanitarie

Alcuni quesiti...

- La Legge 24/2017 è una **legge a chiaro indirizzo risarcitorio**, con volontà deflattive sui contenziosi ordinari mediante l'introduzione del tentativo obbligatorio di conciliazione (art. 8), “pena” la condizione di procedibilità della domanda di risarcimento ?
- La responsabilità civile contrattuale aziendale (art. 7) può portare ad un **rischio di “deriva risarcitoria”**, in quanto l'onere probatorio in responsabilità sanitaria è spesso una «**Probatio Diabolica**» (prova di estrema difficoltà, se non addirittura impossibile) ?

Due esempi significativi...

- **L'onere probatorio in caso di “complicanza”**
- **L'onere probatorio in caso di infezione nosocomiale**



LA LEGGE n. 24 / 2017: La responsabilità civile contrattuale e l'onere probatorio della “complicanza”

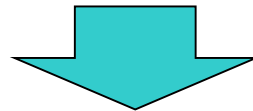
Cos'è la complicanza ?

“... evento dannoso, insorto nel corso dell'iter terapeutico, che pur essendo **astrattamente prevedibile, non sarebbe evitabile...**”

La complicità

(Cassazione Civile, Sentenza n. 13328/15)

- “...Quando, infatti, nel corso dell'esecuzione di un intervento o dopo la conclusione di esso si verifici un **peggioramento delle condizioni del paziente**, delle due l'una:
- o tale peggioramento era **prevedibile ed evitabile**, ed in tal caso esso va ascritto a **colpa del medico, a nulla rilevando che la statistica clinica lo annoveri in linea teorica tra le "complicanze"**;
 - ovvero tale peggioramento **non era prevedibile oppure non era evitabile ...”**



Nella pratica sussiste un'estrema difficoltà dell'onere probatorio a carico delle ASL a fronte di eventi avversi tutt'altro che rari...

LA LEGGE n. 24 / 2017: La responsabilità civile contrattuale e l'onere probatorio della “complicanza”

La semplice ricerca su PubMed delle parole «surgery complications» -> **1.190.238** lavori scientifici nel data-base

20/8/2019

surgery complications - PubMed - NCBI

PubMed

Format: Summary Sort by: Most Recent Per page: 20

Best matches for surgery complications:

[Robotics in surgery: is a robot necessary? For what?](#)

Ross SB et al. Minerva Chir. (2017)

[Complications and Failure to Rescue After Inpatient Noncardiac Surgery in the Veterans Affairs Health System.](#)

Massarweh NN et al. JAMA Surg. (2016)

[Use of National Burden to Define Operative Emergency General Surgery.](#)

Scott JW et al. JAMA Surg. (2016)

[Switch to our new best match sort order](#)

Search results

Items: 1 to 20 of 1190238

LA LEGGE n. 24 / 2017: La responsabilità civile contrattuale e le infezioni correlate all'assistenza

Infezioni correlate all'assistenza sanitaria: una minaccia per la sicurezza dei pazienti in Europa

Nel 2016 e 2017, l'ECDC ha coordinato studi di prevalenza per raccogliere dati sulle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) negli ospedali e nelle strutture di assistenza di lungodegenza, nei Paesi dell'UE/SEE. Sebbene alcune ICA possano essere trattate con facilità, altre possono incidere seriamente sulla salute del paziente, aumentando la durata del ricovero ospedaliero e la spesa sanitaria. In Europa, le ICA negli ospedali, da sole, provocano più morti di qualsiasi altra malattia infettiva sorvegliata dall'ECDC.

In un solo giorno:



Ospedali

1/15 98.000
pazienti ricoverati in ospedale ha almeno una ICA
pazienti hanno almeno una ICA



Strutture di lungodegenza

1/24 124.000
pazienti ricoverati in strutture di lungodegenza ha almeno una ICA
pazienti hanno almeno una ICA

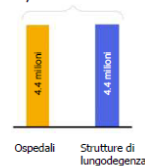
Dati

Si stima un totale di 8,8 milioni di ICA ogni anno negli ospedali e nelle strutture di lungodegenza europei.

Le ICA negli ospedali (ad esempio polmonite, infezioni del sito chirurgico e infezioni del sangue) sono di solito più gravi delle ICA nelle strutture di lungodegenza (ad esempio infezioni respiratorie diverse dalla polmonite, infezioni del tratto urinario e infezioni della pelle e dei tessuti molli).

Più della metà delle ICA sono considerate prevenibili.

8,8 milioni di ICA



Campioni microbiologici

Le ICA sono frequentemente trattate in assenza di una diagnosi che permetterebbe una terapia specifica



Microrganismi

Il microorganismo responsabile viene identificato nel 53% delle ICA negli ospedali e solo nel 19% dei casi nelle strutture di lungodegenza



Resistenza agli antibiotici

1/3 dei batteri responsabili di ICA, negli ospedali e nelle strutture di lungodegenza, è resistente agli antibiotici

Si stima un totale di **8,8 milioni di ICA ogni anno** negli ospedali e nelle strutture di lungodegenza europee.

Più della metà delle ICA sono considerate **prevenibili**.

1/3 dei batteri responsabili di ICA, negli ospedali e nelle strutture di lungodegenza, è **resistente agli antibiotici**

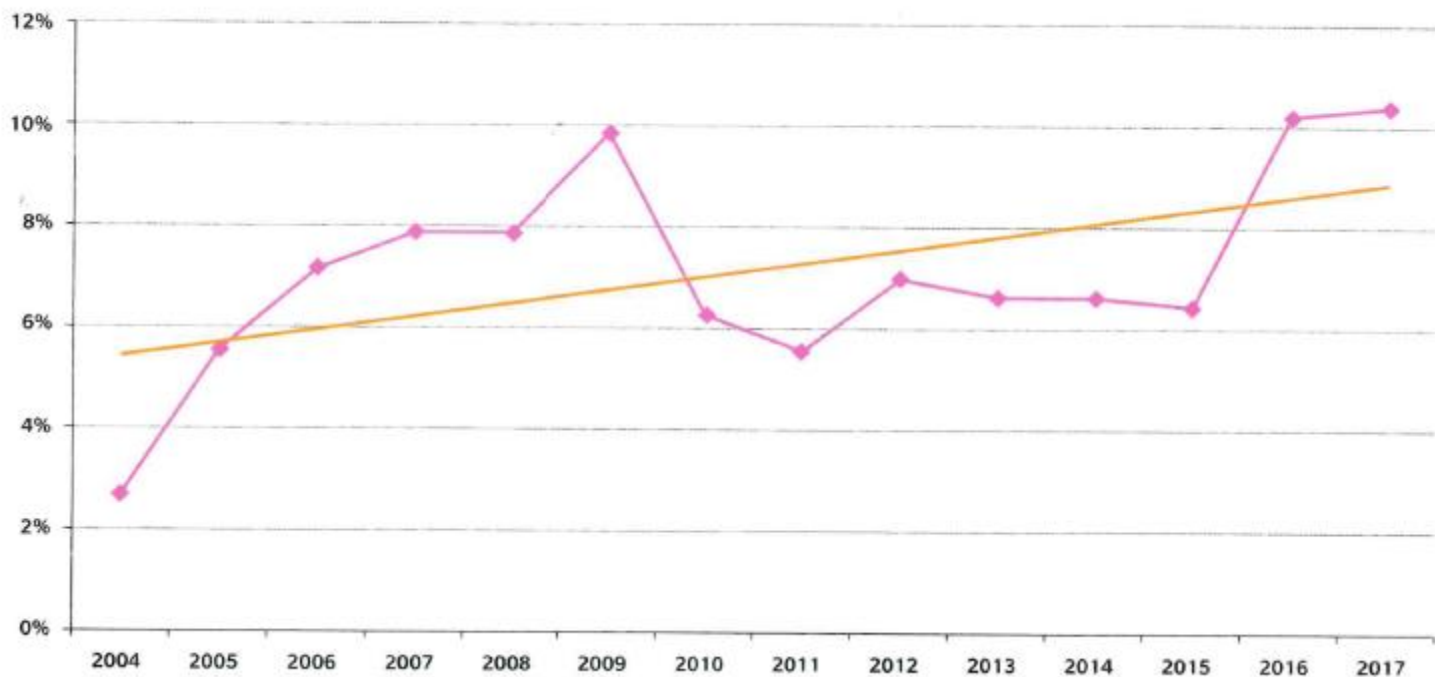
in Italia, nell'ultimo anno, i casi di infezioni contratte in ambienti ospedalieri (o luoghi di cura annessi) sono stati **circa 530.000**

(da "Focus sulla prevenzione delle infezioni ospedaliere" - Roma, 23 maggio 2019)

<http://www.salute.gov.it>

LA LEGGE n. 24 / 2017: La responsabilità civile contrattuale e l'onere probatorio delle infezioni nosocomiali

Figura 53. Andamento dei sinistri da infezione per anno di denuncia e linea di tendenza.



Aumento medio annuo dal 2004 al 2017 dei sinistri relativi alle infezioni nosocomiali **+ 7,1%** - Fonte MARSH

LA LEGGE n. 24 / 2017: la responsabilità civile contrattuale e le infezioni nosocomiali

Super-batterio New Delhi negli ospedali della Toscana, attivate le Asl

Piano per contrastare fenomeno, è molto resistente a antibiotici

Redazione ANSA FIRENZE 04 settembre 2019 10:57



- **sistema no fault** (Svezia, Danimarca e Finlandia: per determinate casistiche di eventi, è previsto un risarcimento, o meglio un indennizzo, standardizzato senza la ricerca e l'attribuzione della responsabilità)
- **responsabilità civile + sistema no fault:** Francia (legge n. 303/2002 - Kouchner), Inghilterra, Germania: sistema generale basato sulla responsabilità civile affiancato ad un sistema *no fault* per specifiche tipologie di danno – es. *infezioni nosocomiali*, danno trasfusionale, vaccinazioni, terapie d'urgenza, ecc.)

LA LEGGE n. 24 / 2017 e le “difficoltà” per le Aziende Sanitarie

Altri quesiti...

- Come può tutelarsi un Azienda Sanitaria a fronte di una difficoltà di accordo stragiudiziale qualora la **richiesta risarcitoria** sia lecita in merito alla responsabilità ma **spropositata nei termini economici** ?
- Le **spese di causa**:
 - giusto compenso o leva risarcitoria al momento della fase stragiudiziale ?
 - le spese di giudizio compensate anche a seguito di sentenza “favorevole” ?

Non si deve dimenticare che il fondo Aziendale per i risarcimenti attinge al **bilancio pubblico del Servizio Sanitario Provinciale** in una situazione contingente di **contrazione delle risorse** destinate alla spesa pubblica e quindi anche alla sanità pubblica



..Vado a concludere...

La responsabilità medica a due anni dalla riforma Gelli

“... Cosa ho potuto constatare ancora in questi due anni dall’entrata in vigore della legge? Innanzitutto, le **tante differenze di approccio**, non solo dal punto di vista culturale.

Ho riscontrato **disomogeneità nell’applicazione della legge nelle varie parti del territorio** ... “

(...)

A queste differenti applicazioni corrisponde, ovviamente, anche un **diverso entusiasmo nell’applicazione di questa norma**.

Ricordiamolo però: **questa è una legge che nasce per aiutare il servizio sanitario nazionale a migliorarsi...**”

Federico Gelli, 2019

La responsabilità medica a due anni dalla riforma Gelli



«... questa è una legge che nasce per aiutare il servizio sanitario nazionale a migliorarsi...»

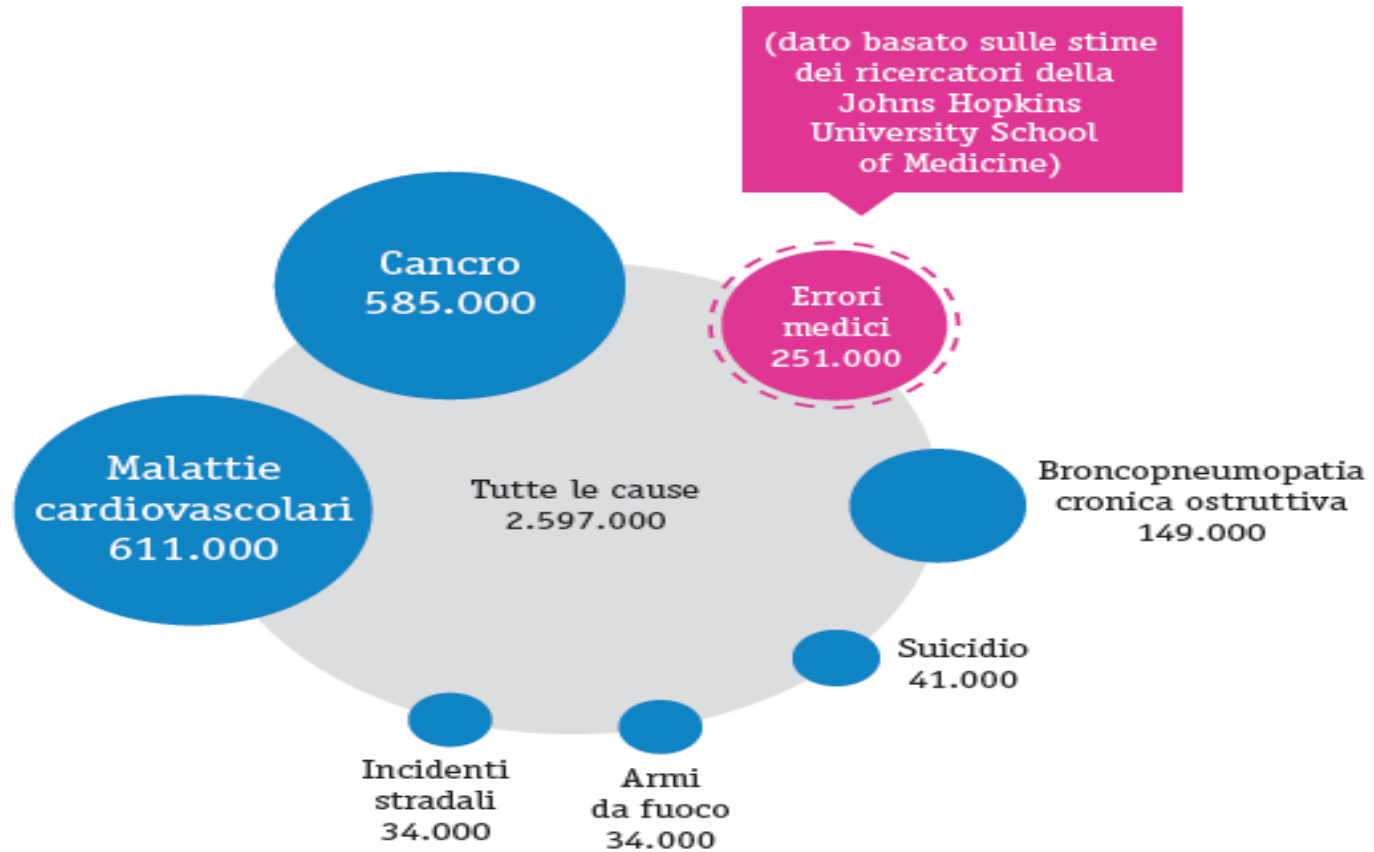
Ma ciò non può prescindere dal

- diritto alla **sicurezza** delle cure dei cittadini
- diritto degli **operatori sanitari** di svolgere il lavoro con "serenità"
- sostenibilità delle **Aziende Sanitarie**

Medical error

the third leading cause of death in the US

BMJ 2016;353:i2139



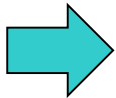
Medical error

the third leading cause of death in the US

BMJ 2016;353:i2139

Se l'errore medico rappresenta la terza principale causa di morte negli Stati Uniti, **è necessario dargli l'attenzione che merita:**

- **condividere i dati** sugli errori medici a livello nazionale e internazionale **attraverso la letteratura scientifica**
- aumentare la **consapevolezza**
- favorire e guidare le **collaborazioni scientifiche**
- aumentare gli **investimenti di capitale** nel settore della **ricerca e della prevenzione del rischio clinico**



Nel giugno 2019 al G20 di Osaka si è discusso sul tema centrale della sostenibilità dei sistemi sanitari



*"...In dati concreti, ad esempio, a fronte di una esigenza manifestata dal Ministro della Salute di 2 miliardi per il 2020, **l'attuale programmazione finanziaria prevista nel DEF indica che al Servizio Sanitario Nazionale sarà destinato il 6,4 % del PIL, cifra che non è in grado di garantire neanche i LEA (neanche quelli del 2007!) e di pagare i rinnovi contrattuali agli operatori.** Invece la Francia e la Germania hanno previsto rispettivamente il 30% e il 40% in più di spesa rispetto al PIL..."*

(Walter Ricciardi, da "SPUNTI PER LA SOSTENIBILITÀ DEL SSN ALLA LUCE DELLA LEGGE 24/2017", in "Sicurezza delle cure e responsabilità degli operatori: la legge 24/2017 nei primi due anni di applicazione Atti del convegno. Roma, 12 aprile 2019")

La responsabilità medica a due anni dalla riforma Gelli

*Credo che oltre ai grandi meriti della riforma Gelli, orientata in primis **all'inviolabile diritto dei cittadini alla sicurezza delle cure**, si debba anche riconoscere la necessità di percorrere ancora un po' di strada, in cui tutti dovranno fare "responsabilmente" la propria parte, affinché la gestione del contenzioso sanitario e del rischio clinico risulti **equa per tutte le parti in causa e non rischi di minare la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale e la professionalità degli operatori***



***Vi ringrazio
dell'attenzione...***

sandro.lamicela@apss.tn.it