

FEDERICO GELLI (RELATORE - PD)

Il vero investimento è sulla rete di prevenzione e sulle competenze

Una norma che va "giudicata" nella sua complessità, non nei dettagli. E «se poi ci sarà bisogno di intervenire, si provvederà». **Federico Gelli**, relatore alla Camera, è convinto che la forza della "sua" legge sia nell'aver ridefinito la cornice e le regole complessive di un sistema che non tutelava più adeguatamente né i pazienti né i professionisti.

Onorevole Gelli, chi vince e chi perde con questa legge?

Vincono i cittadini ma anche i professionisti. È una legge sufficientemente bilanciata da riportare le regole e il rapporto medico-paziente nel giusto equilibrio. Perdonano la burocrazia, il contenzioso, la medicina difensiva. E cioè tutti quei fenomeni patologici che nel corso degli ultimi 20 anni sono andati sviluppandosi per un sistema che era uscito dal controllo e dal percorso fisiologico e che aveva reso il clima di tensione e spesso di persecuzione del professionista e di possibilità di ricevere un risarcimento.

Come sintetizzare la legge? «Al paziente va l'onere della prova»?

Non è così. Per il cittadino rimane la strada principale, e fondamentale, di azione nei confronti della struttura. L'onere della prova è a carico dell'azienda, quindi per il paziente nulla cambia. Se poi non si dovesse accontentare, in ambito civile, del risarcimento che la struttura può fornire, il cittadino può cimentarsi anche nei confronti del singolo o di più professionisti. Giustificando, e qui scatta l'inversione dell'onere della prova, il perché voglia "aggreddire" anche il singolo sanitario. Solo in questo caso c'è l'inversione dell'onere della prova, e scattano la responsabilità extracontrattuale e la prescrizione sarà a 5 anni.

Si può con certezza dire che si otterrà un abbattimento del contenzioso?

Questa è una legge quadro: non vanno considerati solo gli aspetti procedurali e giudiziari, che si valuteranno attraverso un'applicazione giurisprudenziale vera, con l'interpretazione della norma. Dopodiché io dico che il pilastro fondamentale per abbattere il contenzioso è la prevenzione. Il punto di forza della norma sta nel rendere obbligatorio in tutte le strutture, pubbliche e private, un modello organizzativo di risk management. Se i professionisti impareranno attraverso questa legge a prevenire il rischio, a individuare l'evento sentinella, a lavorare sulla loro formazione perché da un semi errore non si passi all'errore a carico del paziente, scatterà una vera e propria rivoluzione culturale.

Il tutto dovrà avvenire a costo zero...

Dove esistono, le realtà di risk management hanno dimostrato che non si pone un problema di natura economica, ma una questione di scelte e di priorità.

Ciò che serve è un investimento organizzativo. Con questa legge, di fatto, introduciamo nel mansionario di tutti gli operatori della sanità un vincolo che prima non c'era e che era solo discrezionale. D'ora in poi, il professionista sa che deve dedicare una parte della sua formazione anche alla sicurezza delle cure. Poi si tratterà di mettersi in rete e di elaborare un piano di prevenzione attraverso un coordinatore delle attività, che è il risk manager. Il contenzioso diminuirà, perché all'origine ci saranno molti meno errori.

Le linee guida saranno lo spartiacque della responsabilità?

Intanto va detto che questa legge va finalmente a nominare un aspetto fondamentale, riuscendo dove

l'Italia ha fallito fin dal primo tentativo del sistema nazionale linee guida del 2004. Ma sappiamo anche che le linee guida non possono essere l'unica esimente per la "deresponsabilizzazione" del professionista. Andranno considerate le buone pratiche clinico assistenziali, le competenze, la storia del singolo sanitario. Questi aspetti nel loro complesso non potranno essere valutati dal giudice quando dovrà decidere se è stato commesso un errore grave o se non è stato commesso, se l'essersi attenuti alle linee guida sia stato un elemento sufficiente o meno.

Come si esce dal caro-polizze?

La legge alleggerisce i medici dal cosiddetto "primo rischio", che ora è a carico dell'azienda. L'unica polizza che viene richiesta al professionista è quella per l'azione di rivalsa, ammessa solo in caso di colpa grave. E questa polizza "costa poco", visto il tetto massimo di tre annualità lorde fissato dall'articolo 9. Da una simulazione con l'Ania appare che il costo, pure se proporzionato alla retribuzione lorda, è pur sempre limitato per polizze anche cumulative: nel caso di un giovane infermiere neo assunto, sarà di 50-100 euro l'anno. Per il medico neo assunto, si va sui 300-400 euro l'anno. E il chirurgo che oggi paga fino a 18mila euro l'anno, potrà assicurarsi anche con 500 euro.

In ogni caso, le assicurazioni saranno felici di questo sistema di polizze erga omnes...

Crede che il loro interesse fosse entrare nel mercato sanitario come garanti del rischio delle strutture. Ciò a mio avviso potrà avvenire con il passare degli anni: prevediamo che con gradualità le varie forme di autoassicurazione che si sono sviluppate negli ultimi anni, vedranno un ritorno alla polizza tradizionale.

Tabelle risarcitorie: si fa riferimento al codice delle assicurazioni private.

La volontà politica è che le tabelle di riferimento siano quelle aggiornate, previste nel Ddl Concorrenza. Ma nella ipotesi che non trovasse applicazione, al Senato è stato inserito il riferimento al codice delle



“ Correttivi possibili alla luce dell’attuazione. Intanto il sistema torna in equilibrio e si abbattono le polizze ”

assicurazioni private.

Tornando alla colpa, mandate in soffitta il decreto Balduzzi...

È la verità: sulla responsabilità penale c'era bisogno di fare chiarezza, e quanto è scritto nella nostra legge è in linea con la giurisprudenza più innovativa che si è andata affermando in questi anni. E cioè che la specificità del professionista è legata alla sua perizia. Non ce la siamo sentita di "forzare", introducendo anche gli altri due requisiti per la definizione di colpa e cioè la negligenza e l'imprudenza. Ha prevalso l'atteggiamento di maggior tutela verso i cittadini, perché è l'imperizia che contraddistingue e tipizza la specificità di un medico e di un operatore sanitario. Io voglio valutare il professionista rispetto alle sue capacità e competenze, non rispetto a negligenza e imprudenza. Un medico che va ubriaco in sala operatoria non può essere tutelato.

E per quanto riguarda la distinzione tra gradi di colpa?

Anche lì, non ci siamo permessi di arrivare noi a descrivere quando è colpa grave, lieve o media. Lì interverranno la giurisprudenza e il diritto. Per noi la colpa è colpa, ed è esclusa solo in caso di imperizia e quando siano state rispettate le buone linee e le buone pratiche.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

19,9%

Pediatri e neonatologi sono la terza specialità per numero di stipule di contratti assicurativi, sempre secondo AmTrust Italia

49,7%

Il numero di medici operanti nel servizio sanitario pubblico che stipulano una polizza sempre secondo l'indagine AmTrust Italia

9%

Secondo l'Oms, la percentuale di persone che, entrate in ospedale, vanno incontro a un evento, prevenibile nel 50% dei casi

10%

La percentuale di decessi che sempre secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità sarebbe attribuibile a errori di diagnosi

53%

La percentuale di cittadini che temono di subire un danno quando vanno in ospedale, secondo un'inchiesta condotta dall'Ue

0,1%

I pazienti che chiedono un risarcimento per lesioni personali o decesso e solo la metà sono quelli che lo ottengono

64.910 euro

Secondo l'ultima relazione Ivass è il valore medio del massimo di franchigia per singolo operatore

26,6%

La percentuale di denunce per sinistri sanitari pervenute nel 2010 che risultano definitivamente liquidate a fine 2015

40%

La quota di sinistri senza seguito, costante fino al 2013. Aumenta invece il numero dei sinistri posti a riserva: il 72,8% dei denunciati

32%

Secondo l'ultima indagine Pit di Cittadinanzattiva in un caso su 3 la documentazione clinica consegnata dalle strutture ai pazienti è incompleta

58,3%

Il peso dell'area delle terapie nei presunti errori segnalati dai cittadini al Pit Salute. In testa quelli di ortopedia e in ginecologia/ostetricia

25,7%

Quanto incide il peggioramento delle condizioni delle strutture sulla carenza di sicurezza segnalata dai cittadini al Pit salute

Ciambella per radiologi e anestesisti

Ginecologi, radiologi, anestesisti, oculisti e dentisti sulla graticola più di tutti e più indotti ad assicurarsi. Le compagnie di assicurazione italiane che ormai da due anni sono fuggite dalla medmal lasciando il campo in sostanza a solo due compagnie straniere. Le polizze concentrate per il 43% al Nord, con la Lombardia al top che insieme a Lazio e Campania somma quasi il 44% dei medici assicurati. Ma anche un massimo di franchigia a carico del personale sanitario che è esploso a quasi 65mila euro a fronte di richieste di risarcimento per decessi che sta crescendo alla media del 2-3% l'anno, con i piccoli ospedali, quelli che effettuano meno ricoveri, che si confermano i più pericolosi per la frequenza di eventi mortali.

Benvenuti nel pianeta multitasking delle assicurazioni contro gli errori medici. Un pianeta non solo italiano, ma che certamente nel Belpaese ha le sue caratteristi-

che specificità. Non sempre nobili o meritorie, anche in conseguenza di un sistema sanitario nazionale a troppe velocità. E in qualche modo legate anche ai lunghi tempi d'attesa per l'accesso alle prestazioni, che tanto per cambiare vede il Sud in fondo alla classifica.

Secondo i dati di AmTrust, compagnia leader in Italia in particolare tra gli ospedali pubblici, la maggiore concentrazione di polizze è al Nord (43,32%), seguito dal Sud al 33,08 per cento. Se in Lombardia si concentra il numero di polizze dei singoli professionisti, l'età media in cui si concentrano più assicurati è tra 50-59 anni (27% del campione rilevato) col 52,7% di sesso maschile.

Pressoché fifty-fifty il campione tra medici pubblici o autonomi e dipendenti di strutture private. Col particolare che nel Ssn sono più portati ad assicurarsi radiologi, anestesisti e rianimatori, pediatri e

oculisti: nell'area "privata" invece ginecologi e ostetrici, radiologi, oculisti. In assoluto, però, sono i radiologi, gli anestesisti che, con i pediatri, si assicurano di più.

Di «fuga delle compagnie assicurative italiane», ha parlato chiaramente l'Ivass (Authority di settore) nella relazione 2016, ricordando come ormai il trend nelle Regioni sia quello dell'autoassicurazione. Con un «dato eclatante», afferma ancora l'Ivass: il valore medio del massimo di franchigia esploso a quota 65mila euro.

In una situazione in cui, ricorda il recente rapporto di Cittadinanzattiva-Tdm, in quasi due casi su tre di consulenze medico-legali, si sconsiglia l'azione risarcitoria. E se per il 57% manca il nesso di causalità, in un caso su tre la documentazione clinica consegnata dalle strutture è incompleta o inadeguata. Dire che troppo non torna, insomma, non è fare peccato. (r.tu.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

