

Il boom delle richieste di risarcimento mette a rischio il servizio sanitario

Nel recente convegno "Colpa medica - 10 mosse per salvare l'universalità del Ssn", organizzato a Milano dalla Cimo-Asmd della Lombardia, si sono confrontati medici, giuristi, avvocati, rappresentanti politici regionali per fare il punto sulle criticità inerenti la responsabilità medica e le possibili soluzioni da adottare

Tra tagli e medicina difensiva la sanità italiana muore: questo è in sintesi l'allarme lanciato a Milano dai medici ospedalieri della Cimo-Asmd durante il convegno organizzato dal sindacato sulla colpa medica. "Negli ultimi anni stiamo assistendo ad una vera e propria orgia risarcitoria - ha dichiarato **Sergio Barbieri**, Segretario regionale della Cimo-Asmd - che costringe l'ente pubblico ad un esborso economico tale da incidere drasticamente sui costi del nostro Ssn. In un anno è stato calcolato che più di 10 milioni di euro sono spesi per la medicina difensiva. Nel tentativo di poter arginare questo fenomeno, il nostro sindacato ha proposto dieci misure atte a trovare un equilibrio tra i di-

ritti dei cittadini e quelli dei medici per ridurre i contenziosi". Il convegno, organizzato dalla Cimo-Asmd, è stato realizzato proprio con l'intento di fare il punto sulle problematiche e le criticità relative alla responsabilità medica: "Giuristi, medici, avvocati, rappresentanti politici regionali e del ministero della Salute - prosegue Barbieri - attraverso i loro interventi contribuiscono a far luce sulle questioni dirimenti a cui il legislatore è chiamato a dare una risposta per colmare definitivamente un deficit legislativo che non è più sostenibile, basti pensare che attualmente il 95% delle richieste di risarcimento finisce in tribunale e oltre il 70% dei medici viene comunque prosciolto od assolto, ma i processi durano anni".

I dieci provvedimenti richiesti dalla Cimo-Asmd

1. Depenalizzazione dell'atto medico.
2. Applicazione del concetto di lite temeraria con diritto di rivalsa nei confronti di coloro che intentano cause strumentalmente senza alcun fondamento clinico.
3. Inversione dell'onere della prova nelle cause civili.
4. Percorsi extragiudiziali per la risoluzione del contenzioso con automatica remissione della querela in presenza di un accordo risolutivo.
5. Albi dei periti costituiti con criteri stringenti che certifichino la professionalità di chi indiscutibilmente contribuisce al formarsi del giudizio.
6. Introduzione del concetto di alea terapeutica (quando ad esempio vi siano effetti avversi non prevedibili dovuti all'uso di un farmaco o rischi insiti ed ineliminabili in una determinata procedura).
7. Copertura assicurativa e/o gestione diretta del sinistro da parte della struttura identificando un fondo regionale finanziato anche con i risparmi derivanti dalla riduzione della medicina difensiva.
8. Riduzione a 5 anni dei termini di prescrizione.
9. Tetto ai risarcimenti.
10. Obbligo dell'introduzione nelle Aziende di una vera prevenzione del rischio.



► La franchigia

Che l'incremento delle richieste di risarcimento sia preoccupante lo ha sottolineato anche il Procuratore Generale presso la Corte dei Conti della Regione Lombardia, **Antonio Caruso** dichiarando che rispetto a tre anni fa le richieste di risarcimento sono quintuplicate. Un tale aumento non si giustifica con la crescita dei sinistri, ma va messo in relazione al pagamento delle aziende ospedaliere al di là della franchigia assicurativa. Nel suo intervento: "La gradazione della colpa quando e come interviene la Corte dei Conti" il Procuratore ha chiarito questo aspetto: "Le polizze assicurative prevedono franchigie di vario tipo (parte di danno che resta comunque a carico dell'assicurato; la franchigia può essere espressa in importo fisso o in percentuale sulla somma assicurata; oltre alla franchigia per singolo sinistro, vi può essere inoltre una franchigia aggregata annua) cioè massimali di determinato ammontare (il tetto oltre il quale l'assicurazione non indennizza il cliente), sicché determinati danni non sono indennizzati dalla società, ma restano a carico dell'Azienda pubblica. In siffatti casi quando il danno cagionato da un medico non è neutralizzato dalla copertura assicurativa (in tutto o in parte), cosicché a pagare è la struttura pubblica, la Procura della Corte dei Conti può pretendere che il sanitario risarcisca il danno equivalente all'esborso sostenuto dall'Azienda di appartenenza".

► La richiesta di risarcimento per omessa visita domiciliare

In merito alla casistica delle principali ipotesi di responsabilità contabile, Antonio Caruso ha annoverato anche quella derivante da omessa visita

domiciliare: "Peculiare ipotesi di responsabilità contabile - ha sottolineato - è quella correlata ai danni derivanti da omessa visita domiciliare in mancanza di validi e giustificati motivi. Il D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270 recante il Regolamento di esecuzione dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, all'art. 52 (compiti del medico) stabilisce che: *il medico che assicura la continuità assistenziale deve essere presente, all'inizio del turno, nella sede assegnatagli dalla Azienda e rimanere a disposizione, fino alla fine del turno, per effettuare gli interventi, domiciliari o territoriali, richiesti. Il medico è tenuto ad effettuare gli interventi, domiciliari o territoriali, richiesti dall'utente o dalla centrale operativa, prima della fine del turno di lavoro. In particolari situazioni di necessità, ove le condizioni strutturali lo consentano, il medico può eseguire prestazioni ambulatoriali (...)* Le chiamate degli utenti devono essere registrate e rimanere agli atti. Le registrazioni devono avere per oggetto: (...) c) ora della chiamata ed eventuale sintomatologia sospettata; d) l'ora dell'intervento (o motivazione del mancato intervento) e tipologia dell'intervento richiesto ed effettuato. Quindi in base all'art. 52, la visita domiciliare, ove richiesta, costituisce una situazione ordinaria di assistenza medica mentre l'eccezione è rappresentata dal mancato intervento di cui deve essere comunque annotato il motivo nei prescritti registri. Il rifiuto privo di specifica motivazione di recarsi ad effettuare la visita domiciliare richiesta rende indisponibile la possibilità di cura per il paziente con violazione del diritto alla salute costituzionalmente garantito dall'art. 32 della Costituzione, con obbligo di risarcire i danni eventualmente cagionati a seguito di tale omissione".

► Legge Balduzzi e Corte dei Conti

Il Procuratore si è anche soffermato sulle implicazioni della Legge Balduzzi che ha depenalizzato la colpa lieve sottolineando che avendo reso penalmente irrilevante la condotta degli esercenti la professione sanitaria improntata a colpa lieve (rilevando soltanto condotte gravemente colpevoli), potrebbe aver introdotto una sorta di automatismo tra giudizio penale ed erariale: "non essendo oggi più possibile una condanna penale del medico per colpa lieve - ha specificato - appare chiaro che se una condanna interviene è perché si è accertata da parte del giudice penale la sussistenza di una condotta criminosa del medico connotata da gravità; e tale accertamento, dell'elemento soggettivo, farà stato nel processo di danno compreso quello erariale. Ma ad oggi non è dato registrare alcuna pronuncia dei magistrati contabili in merito all'applicazione del nuovo dato normativo declinato dal decreto Balduzzi. Può comunque ipotizzarsi quale possa essere lo scenario entro il quale la giurisprudenza erariale si troverà ad operare, salvo ovviamente l'effettiva verifica costituzionale della neo-introdotta disposizione che è attualmente sottoposta al vaglio della Corte Costituzionale".

www.qr-link.it/video/0713



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code