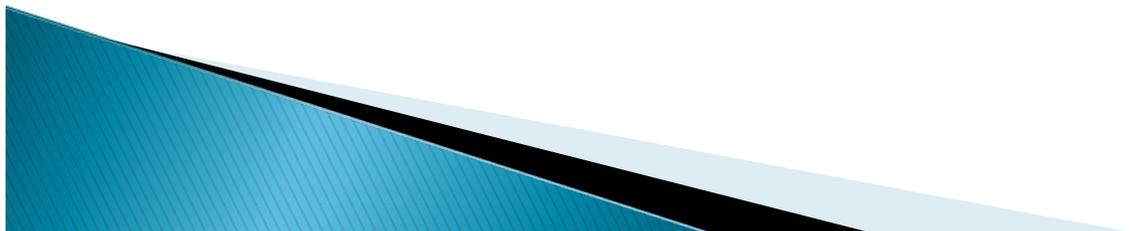




Sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico:le nuove frontiere della legge 24/2017

Le ragioni dell'incremento esponenziale del contenzioso medico-legale

**Domenico Iscaro
Presidente Nazionale Anaa Assomed**



Malsanità "spettacolare"

IL MESSAGGIO
DOMENICA
9 AGOSTO 2007

LATINA 47

Deposita la perizia per il decesso di Adriano Spagni dopo due mesi di calvario tra gli ospedali di Priverno e Latina

Morte in corsia, gli errori dei medici

Tre indagati per omicidio colposo e un «comportamento censurabile»

Il suo calvario è durata circa due mesi. È morto dopo una terribile agonia all'ospedale "Santa Maria Goretti" di Latina. Un uomo di 57 anni, affetto da diabete e ipertensione, era stato sottoposto a una serie di interventi chirurgici per un tumore al colon. Il suo decesso è stato classificato come omicidio colposo. Tre medici sono stati indagati per omicidio colposo e un «comportamento censurabile».



La vicenda è quella di Adriano Spagni, l'uomo di 57 anni morto il 13 febbraio. Fu entrato in ospedale la prima volta il 22 dicembre, era affetto da diabete e ipertensione. Dopo una serie di interventi chirurgici per un tumore al colon, il decesso è stato classificato come omicidio colposo. Tre medici sono stati indagati per omicidio colposo e un «comportamento censurabile».

Una pinza nell'addome scoperta dopo cinque anni. Pozzuoli: il giovane era stato operato nel 2003 dopo un incidente. Scatta l'inchiesta.

«Dolori e vomito, il nuovo intervento: ora sono trapiantati tre organi di una sieropositiva». Che all'ospedale Careggi di Firenze.

Non c'è defibrillatore. Lo strumento non era sull'ambulanza. Il medico: «È un errore fatale».

Trasfusione forse non fatale. Grosseto: ispezione ministeriale per ore, dubbi dall'autopsia.

Errori medici, duecento esposti in un anno

Contentiosi in continuo aumento. «Il 93% dei casi finisce in archiviazione»

QUATTRO SANTARI INDAGATI
Accusati di lesioni colpose
I periti li scagionano

NESSUNA responsabilità di quattro medici indagati colpevoli di lesioni colpose. I periti li scagionano. Accusati di lesioni colpose, i quattro medici sono stati indagati per omicidio colposo. I periti li scagionano.

INTERVISTA DI LASSIO, PRESIDENTE DELL'ORDINE. «BASTA UNA CADUTA SI PRETENDI LA RISCUSSIONE»

«Troppe diagnosi fai da te»: è saltato il rapporto di fiducia

UNA famiglia portoghese, che differenzia il rapporto di fiducia tra il medico e il paziente. Il rapporto di fiducia è saltato.

UNA donna di 57 anni, morta il 13 febbraio. Fu entrato in ospedale la prima volta il 22 dicembre, era affetto da diabete e ipertensione.

Una pinza nell'addome scoperta dopo cinque anni. Pozzuoli: il giovane era stato operato nel 2003 dopo un incidente.

«Dolori e vomito, il nuovo intervento: ora sono trapiantati tre organi di una sieropositiva».

Non c'è defibrillatore. Lo strumento non era sull'ambulanza.

Trasfusione forse non fatale. Grosseto: ispezione ministeriale per ore, dubbi dall'autopsia.

1 dati della commissione sulla malsanità: 326 casi. Ma in glicofico l'80 per cento dei sanitari è scagionato



SAINTI
Dati dei generalisti dalla commissione presieduta da Luciano Orlando (Dc), che ha indagato sui medici di famiglia.

UNA famiglia portoghese, che differenzia il rapporto di fiducia tra il medico e il paziente.

UNA donna di 57 anni, morta il 13 febbraio. Fu entrato in ospedale la prima volta il 22 dicembre.

Una pinza nell'addome scoperta dopo cinque anni. Pozzuoli: il giovane era stato operato nel 2003.

«Dolori e vomito, il nuovo intervento: ora sono trapiantati tre organi di una sieropositiva».

Non c'è defibrillatore. Lo strumento non era sull'ambulanza.

Trasfusione forse non fatale. Grosseto: ispezione ministeriale per ore, dubbi dall'autopsia.

«La medicina difensiva ci fa tornare indietro».

Trasfusione forse non fatale

Grosseto: ispezione ministeriale per ore, dubbi dall'autopsia

Nessuno vuole ammettere che la sanità è un «affare rischioso»

Morì in ospedale nel 2011
Neurologia sotto inchiesta

La sanità è un affare rischioso”
J. Wilson



Il rapporto sulla malasanità:
in Italia un caso ogni 2 giorni

Lesioni colpose, medico condannato

Corriere della Sera Giovedì 24 Settembre 2009

Sanità Lo scontro giudiziario tra pazienti e camici bianchi. In cima alle contestazioni i presunti errori diagnostici

Ogni giorno denunciati trenta medici

Gli ortopedici i più colpiti. Una richiesta danni su 4 per le operazioni



L'ospedale

Una sala dell'ospedale Bufalini di Cesena dove martedì è morta una paziente di 57 anni. In agosto aveva contratto il virus dell'influenza A durante una vacanza in una comunità per disabili. Dopo aver contratto il virus, è deceduta per una grave insufficienza respiratoria (Foto lpp/Venturini)

L' ALLARME DEI MEDICI

- Ogni anno oltre 34.000 cause legali vengono promosse contro i medici. Più del 98% di queste termina in assoluzione o archiviazione
- La paura di essere denunciato ed un clima di caccia alle streghe condiziona le scelte di carriera dei giovani medici che non vogliono più praticare specializzazioni ad alto rischio come la ginecologia e ostetricia (Congresso Aogi2016)
- Negli ultimi 25 anni il numero di denunce a carico dei professionisti è cresciuto del 300% per richieste di risarcimento danni superiori a 2,5 miliardi di euro (costo medio per sinistro 97mila euro)
(Regione Lazio: linee guida per il contenimento del rischio)
- Assicurazione sanitarie il 70% dei contenziosi finisce nel nulla ma i premi per i medici e professionisti salgono del 10%
(rapporto Ania, Quotidiano sanità 10-07-2015)

..... E ancora

- su 8 milioni di ricoveri **ogni anno**, 320mila casi di danni o conseguenze più o meno gravi per il paziente provocati da errori in parte evitabili;
- 2 su 3 sono conseguenza di problemi organizzativi
- Dilaga la medicina difensiva, fuga dal mercato assicurativo autossicurazione 1,6 miliardi di euro/ anno, 3,3 mln euro /anno per struttura.

GLI ERRORI IN MEDICINA NON SONO AFFATTO RARI...

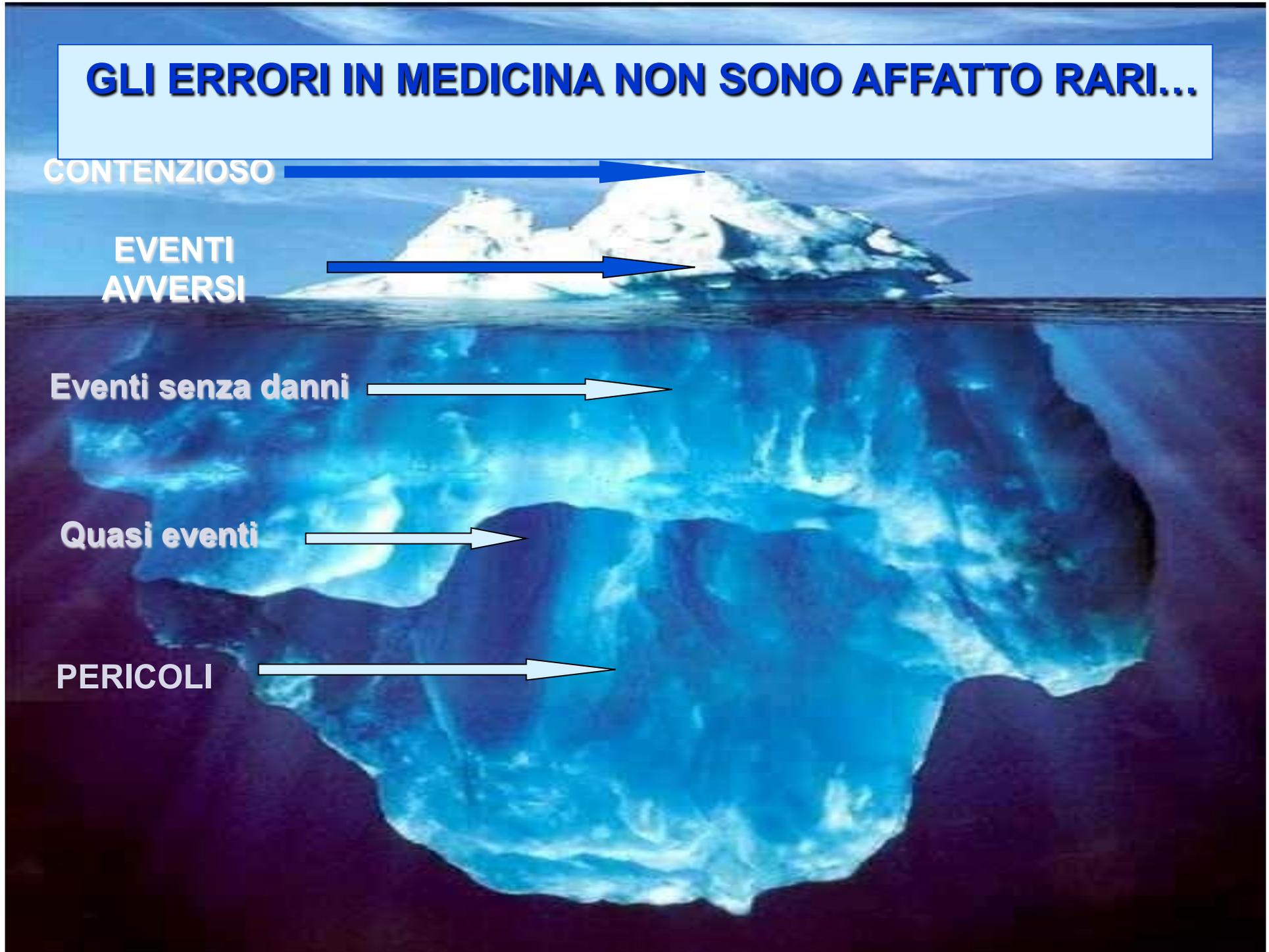
CONTENZIOSO

EVENTI
AVVERSI

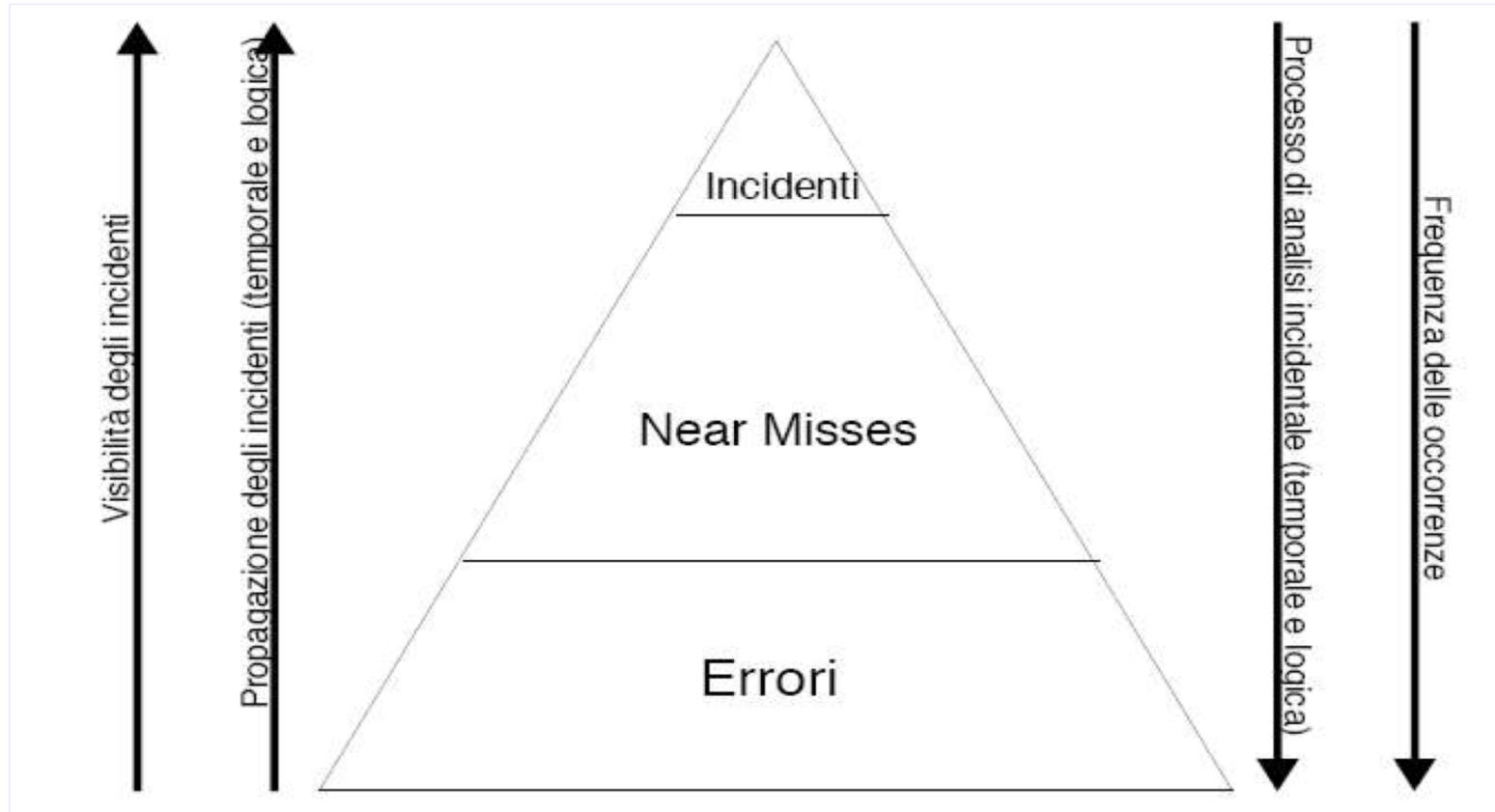
Eventi senza danni

Quasi eventi

PERICOLI



La piramide di Reason (1990)



Gli errori e gli incidenti (Teoria di Reason)

- ▶ **Gli incidenti che determinano un danno clinico sono sola la punta dell'iceberg**
- ▶ **Per ogni incidente accaduto ce ne sono molti altri che non sono avvenuti perché l'operatore o un controllo hanno impedito che avvenisse (near miss event)**
- ▶ **Asse frequenza /visibilità; un evento avverso più è frequente , meno è visibile ed in genere è meno grave, Un evento avverso meno è frequente più è visibile ed in genere è più grave**

IL Rischio di errore

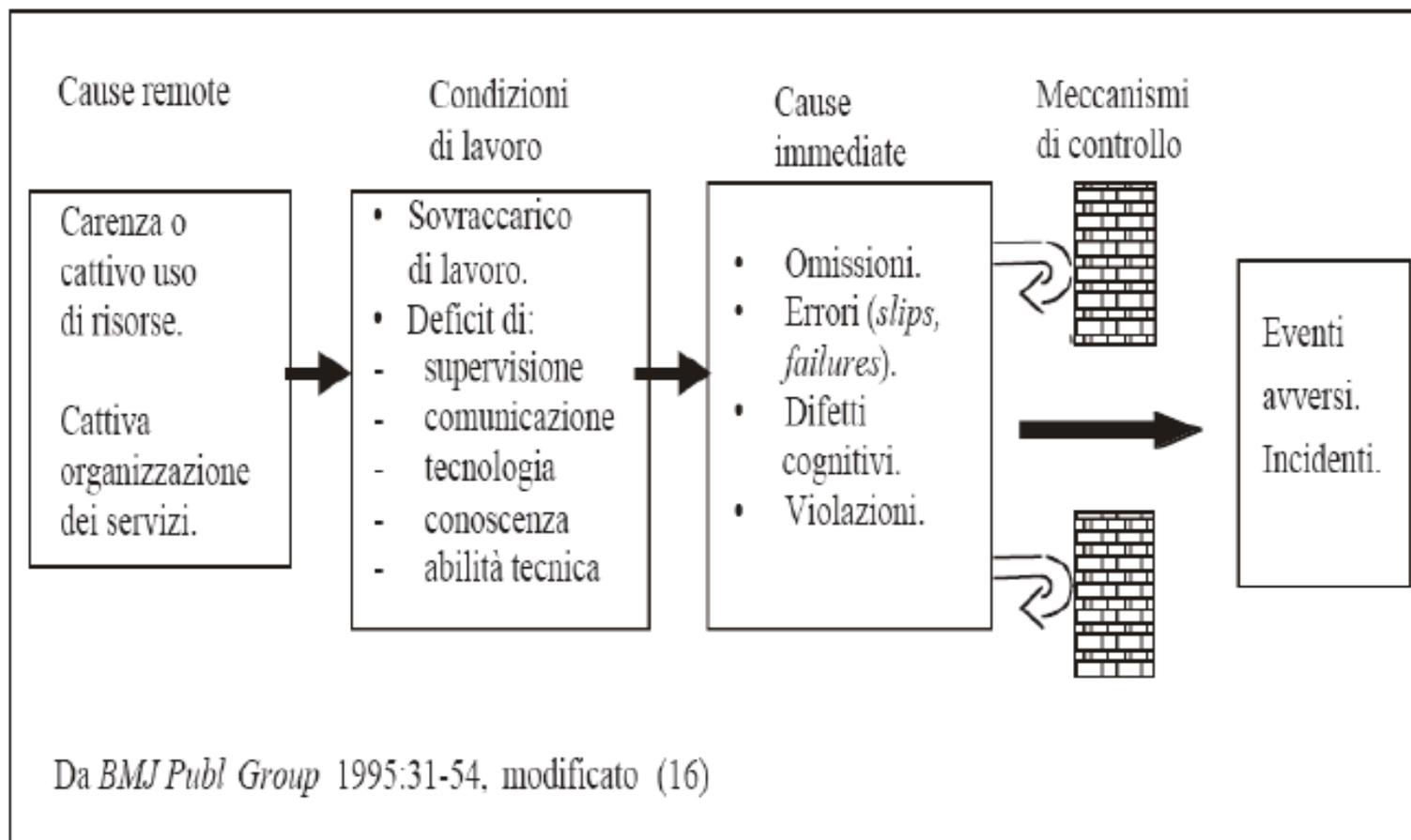
In sanità esistono due tipologie di rischio:

un rischio di “impresa” intrinseco alle tecnologie, ai meccanismi di produzione della organizzazione sanitaria e **proporzionale alla complessità del sistema**

un “rischio puro”, che **non è correlato alla complessità** del sistema produttivo e dipende dal concatenarsi di situazioni che favoriscono l’insorgenza di un evento avverso, **esso non è prevedibile o quantificabile**

Patogenesi dell'errore in medicina

Vincent 1995



L. Marzolini (Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica) - Corso "Il Rischio Clinico", Napoli 11 dicembre 2006

I fattori che concorrono a definire il **“grado di rischio” del sistema** sono molteplici e possono essere schematicamente raggruppati

a) fattori strutturali - tecnologici

- caratteristiche del fabbricato sanitario e della impiantistica
- sicurezza e logistica degli ambienti
- apparecchiature e strumentazioni (funzionamento, manutenzione, rinnovo)
- infrastrutture, reti, digitalizzazione, automatizzazione

b) fattori organizzativo-gestionali e condizioni di lavoro

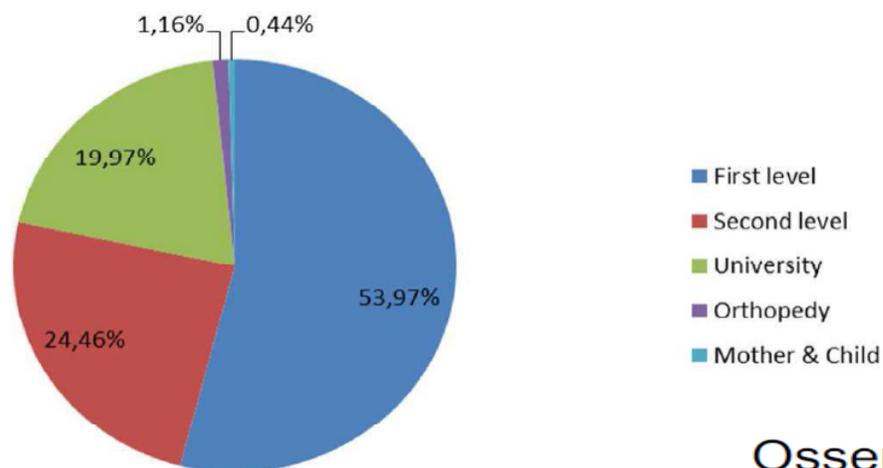
- struttura organizzativa (ruoli, responsabilità, distribuzione del lavoro)
- politica e gestione delle risorse umane, formazione e aggiornamento, carico di lavoro e turni
- politiche per la promozione della sicurezza del paziente: linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici, sistemi di segnalazione degli errori e stress)

grado di rischiosità” del sistema

c) Fattori (individuali e del team)

- personali: caratteristiche individuali (percezione, attenzione, memoria, capacità di prendere decisioni, percezione della responsabilità, condizioni mentali e fisiche, abilità psicomotorie) e competenza professionale
- dinamiche interpersonali e di gruppo e conseguente livello di cooperazione

Dati per tipologia di Ospedale

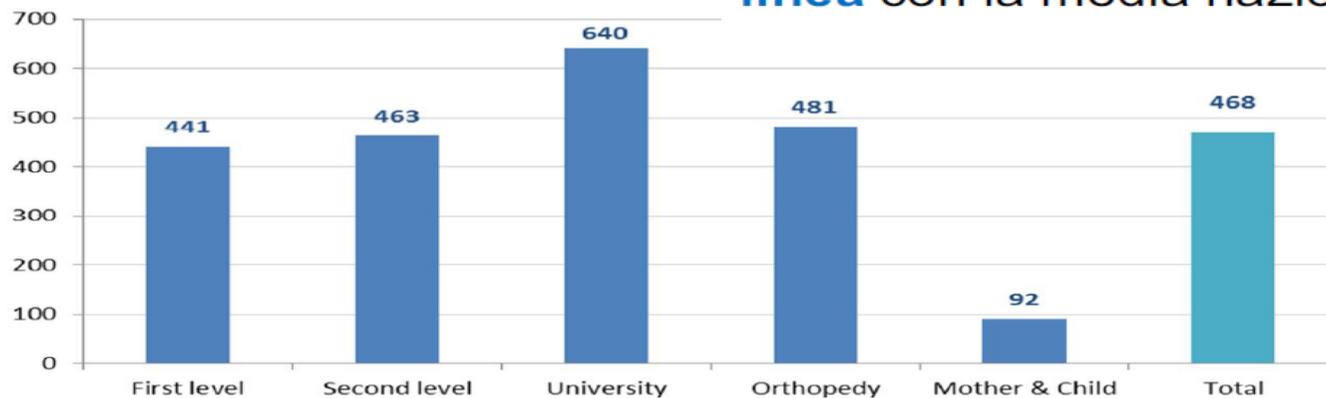


La maggior parte dei sinistri analizzati proviene da strutture di **primo livello (54.0%)**.

Si registrano oltre 2,5 sinistri ogni 1000 ricoveri

Osservando il numero medio di sinistri per struttura si osserva però una prevalenza di casi negli ospedali **universitari (640, media nazionale 468)** e **ortopedici (481)**.

Gli ospedali di **secondo livello** sono **in linea** con la media nazionale.



Le «tante»
RESPONSABILITÀ...

PENALE

CIVILE

DISCIPLINARE

DEONTOLOGICA

AMMINISTRATIVO-CONTABILE

Uso strumentale della denuncia penale

- dato di un sistema giuridico che non vuole distinguere tra evento avverso medico e reato comune si riscontra in pochi Paesi (Italia, Messico, Polonia).
- Inoltre questa “falla” **viene utilizzata** spesso per indurre una **velocizzazione del contenzioso** in ambito civile ed **assicurarsi un risarcimento in tempi più brevi** od addirittura in via extragiudiziale.
- Annualmente vengono presentate circa 30.000 richieste di risarcimento per “malpractice”.
- Ogni medico ha l’80% di probabilità di essere coinvolto, durante la propria vita professionale, almeno una volta in un procedimento

Medicina difensiva e Overdiagnosi

- ▶ **La medicina difensiva** nasce dalla paura del medico di essere accusato di “**malpractice**” e quindi di mancata diagnosi, dalla paura di un risarcimento o di una condanna, ma è anche conseguenza della crisi di fiducia del rapporto medico-paziente.
- ▶ Non esiste una univoca definizione di medicina difensiva. Si parla di **medicina difensiva attiva** quando esami diagnostici o terapeutici vengono condotti principalmente come garanzia per responsabilità medico legali conseguenti alle cure mediche prestate. La **medicina difensiva passiva** corrisponde al rifiuto di presa in carico di pazienti complessi o di eseguire procedure per il rischio di una responsabilità professionale.
- ▶ **L’overdiagnosi** è strettamente correlata alla medicina difensiva: una diagnosi di malattia incidentale nel corso di accertamenti non appropriati conduce quindi ad un’overdiagnosi nel contesto di una medicina difensiva.

I rischi concreti di un eccesso diagnostico

- ▶ La paura inutile che l'essere definito malato può creare minando **la qualità di vita degli individui**
- ▶ La compromissione della **sostenibilità dei sistemi sanitari** basati sulla solidarietà sociale a causa dei crescenti costi
- ▶ Reindirizzare l'attenzione e le risorse alle diagnosi che vengono ampliate, distogliendole dalla diagnosi e cura di patologie più gravi (**rischio di inappropriatezza** per *underuse*)
- ▶ **Nascondere** le cause socioeconomiche di cattiva salute, con rischio di ridurre i finanziamenti alla prevenzione

IL FENOMENO DELLA MEDICINA DIFENSIVA: COSTI, RAGIONI, STRATEGIE DI CONTRASTO

Le dimensioni del fenomeno e le ragioni per le quali la medicina difensiva è praticata sono state oggetto di alcune indagini scientifiche, che hanno dato risultati ampiamente sovrapponibili*

- 77,9% del campione ha tenuto almeno un comportamento di medicina difensiva nell'ultimo mese di lavoro (92,3% nella classe 32-42 anni)
- 68,9% ha proposto/disposto il ricovero di pazienti che riteneva gestibili ambulatorialmente
- 61,3% ha prescritto un numero di esami maggiore rispetto a quello ritenuto necessario per effettuare la diagnosi

* Fonti: Centro Studi "Federico Stella", Università Cattolica del S. Cuore di Milano;
Ordine provinciale dei medici-chirurghi e degli odontoiatri di Roma



Ministero della Salute

5

IL FENOMENO DELLA MEDICINA DIFENSIVA: COSTI, RAGIONI, STRATEGIE DI CONTRASTO

- **58,6%** ha chiesto il consulto di altri specialisti pur non ritenendolo necessario
- **51,5%** ha prescritto farmaci non necessari
- **24,4%** ha prescritto trattamenti non necessari (es. oltre a quelli prescritti dalle Linee Guida o dai Protocolli)
- **26,2%** ha escluso pazienti a rischio da alcuni trattamenti, al di là delle normali regole di prudenza
- **14%** ha evitato procedure rischiose (diagnostiche o terapeutiche) su pazienti che avrebbero potuto trarne beneficio

* Fonti: Centro Studi “Federico Stella”, Università Cattolica del S. Cuore di Milano;
Ordine provinciale dei medici-chirurghi e degli odontoiatri di Roma



Ministero della Salute

RIPERCUSSIONI DELLA MEDICINA DIFENSIVA SUL SSN

Le **ripercussioni** in termini economici per il **SSN** nel suo complesso **sono molto rilevanti.**

Sebbene il costo della **MD** non sia facilmente quantificabile (considerando le numerose voci che lo compongono) secondo stime recenti di AgeNaS, nel nostro Paese esso si aggirerebbe intorno al **10% della spesa sanitaria complessiva**, pari a circa **9-10 miliardi di euro l'anno**

Stima dei costi della MD per settori rispetto alla spesa totale

Settore	% sulla spesa totale
Farmaceutica	14
Esami strumentali	25
Esami di laboratorio	23
Visite specialistiche	11

Stima dell'impatto Economico della MD

Generale in €	9-10 miliardi
Generale in % sulla spesa sanitaria	10,5%
Generale in € sulla spesa sanitaria pro capite (1847 €)	165 €



I PIU' FREQUENTI COMPORAMENTI DI MEDICINA DIFENSIVA

Cause principali di Medicina Difensiva (MD)	%
Legislazione sfavorevole per il medico	31
Rischio di essere citato in giudizio	28
Sbilanciamento del rapporto medico paziente con eccessive richieste / pressioni / aspettative da parte del paziente e dei familiari	14



Nel 2000 il Tribunale dei Diritti del Malato, l'ANAAO-ASSOMED e la FIMMG, hanno promosso la "*Carta della sicurezza nell'esercizio della pratica medica ed assistenziale*"

- 1) nulla può essere lasciato al caso;*
- 2) è necessario investire in sicurezza;*
- 3) i rischi devono essere dichiarati;*
- 4) lo scambio di informazioni aumenta la sicurezza;*
- 5) garantire l'appropriatezza riduce le probabilità di errore;*
- 6) la qualità delle prestazioni deve essere valutata con indicatori di esito;*
- 7) la comunicazione medico/paziente è parte integrante dell'atto medico;*
- 8) bisogna sviluppare la critica e l'autocritica;*
- 9) la verità deve essere premiante;*
- 10) la formazione è l'arma della sicurezza.*

..... e la Carta aggiungeva le seguenti raccomandazioni per implementare e migliorare la sicurezza dei pazienti

- 1) monitoraggio e registrazione di tutti gli eventi avversi;*
- 2) modalità di comunicazione degli stessi;*
- 3) organizzazione gestionale del contenzioso;*
- 4) elaborazione di un rapporto annuale sugli eventi avversi;*
- 5) realizzazione di un piano aziendale di informazione e formazione sulle questioni della sicurezza;*
- 6) documentazione volontaria degli errori;*
- 7) messa a disposizione di un budget aziendale per la sicurezza;*
- 8) elaborazione di una carta della sicurezza aziendale.*

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24

Riconoscimento del ruolo sociale svolto dagli esercenti la professione sanitaria

PUNTI DI FORZA

- ▶ Non è un semplice strumento legislativo, è un intervento di sistema
- ▶ Sicurezza delle cure
- ▶ Depotenziamento del contenzioso
 1. Non punibilità per l'imperizia
 2. Responsabilità extracontrattuale
- ▶ Limitazione economica nella quantificazione della rivalsa
- ▶ Obbligo di assicurazione
- ▶ Secretazione degli Audit

Legge 24, 8 marzo 2017

..... si è perseguito un doppio intento

1. **Costruire un disegno organico** tra prevenzione e gestione del rischio clinico ed obbligo di assicurazioni. Se è obbligo assicurare il rischio allora è necessario avere sistemi efficienti capaci di condizionare ed influire sulla eventualità dell'errore
2. **Rendere il sistema sicuro, sostenibile, solvente**
 - Ad ogni torto deve corrispondere un risarcimento
 - I risarcimenti devono essere certi

Quindi :

- sistema di prevenzione e gestione del rischio clinico e tetto alla rivalsa perché sia sostenibile
- obbligo di assicurazione perché sia solvente

E per finire le parole di un Magistrato su Medicina e Giustizia...

Medicine and Justice are fields of human knowledge
Ontologically distant from each other:

- Medicine is a science, Justice is not;
- Medicine is universal, Justice is systemic (common and civil law);
- Medicine is transnational, Justice is the expression of State sovereignty;
- Medicine is progress, Justice is conservation;
- Medicine is (implies) illness, Justice is (implies) conflict;
- Medicine has a Nobel prize, Justice does not.

Cuno Jakob Tarfusser, Venezia, 2016

Articolo 1

Sicurezza delle cure

- ▶ 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 sociosanitarie, pubbliche e private, e' tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario

Articolo 6

Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria

1. Dopo l'articolo 590-quinquies del codice penale è inserito il seguente:

«**Art. 590- sexies**– (Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario). – Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma.

Qualora l'evento si sia verificato a causa d'imperizia, **la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali**, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alla specificità del caso concreto.

2. All'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n.189, il comma 1 è abrogato

Linee Guida

DEFINIZIONE(Institute of medicine 2011) Le linee guida per la pratica clinica sono documenti che includono **raccomandazioni finalizzate** a ottimizzare l'assistenza al paziente, fondate su una revisione sistematica delle prove di efficacia e su una valutazione dei benefici e dei danni di opzioni assistenziali alternative"

SNLG "Le Linee Guida **non offrono degli standard di cura cui riferirsi acriticamente** ed in maniera decontestualizzata. Al contrario tali standard devono potersi esprimere, per ogni singolo caso, sulla base delle informazioni cliniche disponibili.....

Per tale ragione **l'aderenza alle linee guida non rappresenta di per se la garanzia di buon esito delle cure**, in definitiva **spetta la discernimento e alla competenza dei professionisti.....** stabilire quali procedure e quali trattamenti siano i più appropriati per la gestione dei singoli casi clinici.

Tuttavia **ogni singola deviazione dalle raccomandazioni** espresse nelle linee guida dovrebbe sempre trovare delle motivazioni basate su solide valutazioni di opportunità argomentate e chiaramente esplicitate nella documentazione clinica".

Alcune riflessioni

- ▶ **Le linee guida** richiedono l'esistenza di un sistema efficace alle spalle, capace di certificare la validità ed assicurare la verifica e l'aggiornamento (rapida evoluzione nel tempo)
- ▶ **Le Linee guida** devono quindi avere una capacità dinamica, al contrario i codici di giustizia richiedono definizioni fisse ed inconfutabili universalmente applicabili
- ▶ **Linee Guida riguardano le malattie e non i malati.** Raramente affrontano la gestione di pazienti con co-morbilità, polipatologie e malattie croniche che rappresentano oggi la sfida più complessa per gli operatori sanitari.
- ▶ **Difficoltà** di ingabbiare la scienza in procedure universalmente applicabili
- ▶ **Le decisioni cliniche** richiedono esperienza, preparazione multidimensionale di nosografia, descrizione clinica delle malattie, fisiopatologia, farmacologia.
- ▶ Esistenza di molteplici LG internazionali, sperimentali, di specialità alcune ancora senza uno specifico riconoscimento ma che sono utili allo studio di particolari patologie che necessitano di verifiche e aggiornamenti continui

Oltre all'importanza delle Linee Guida,
si può affermare il principio che....

**l'esperienza e la competenza del singolo professionista
sono indispensabili nella formulazione del giudizio
clinico anche in base alle *best practices***

«...Può ritenersi conclusione condivisa ... che
l'adeguamento o il non adeguamento del medico alle
linee guida, quindi, non escluda né determini
automaticamente la colpa...»

(Cass. Pen., sez. IV, sentenza 11 luglio - 19 settembre 2012, n. 35922)



Legge 24, 8 marzo 2017

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.
2. La disposizione di cui al comma 1 si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina.
3. **L'esercente la professione sanitaria** di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato **ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile**, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente.

DIFFERENTI EFFETTI

- ▶ **nella responsabilità extracontrattuale** (art. 2043 codice civile): il paziente che muove causa **deve rigorosamente dimostrare** gli errori del sanitario ed il nesso causale tra questi ed il danno subito.

Termini di prescrizione : 5 anni

- ▶ **nella responsabilità contrattuale** (art. 2043 codice civile): è sufficiente per il paziente dare la prova del danno e del fatto che il danno si sia manifestato in occasione della cura: **sarà poi il sanitario** (e, con lui, la struttura in cui egli opera) a doversi difendere **fornendo egli stesso la prova** che tutti i suoi comportamenti professionali sono stati improntati alla diligenza professionale e che quindi il danno è derivato da cause da lui indipendenti (c.d. *inversione dell'onere della prova*).

Termini di prescrizione 10 anni

Legge 24, 8 marzo 2017

Nel tema **ASSICURAZIONI** si è perseguito un doppio intento

1. **Costruire un disegno organico** tra prevenzione e gestione del rischio clinico ed obbligo di assicurazioni. Se è obbligo assicurare il rischio allora è necessario avere sistemi efficienti capaci di condizionare ed influire sulla eventualità dell'errore
2. **Rendere il sistema sostenibile e solvente**
 - Ad ogni torto deve corrispondere un risarcimento
 - I risarcimenti devono essere certi

Quindi :

- sistema di prevenzione e gestione del rischio clinico e tetto alla rivalsa perché sia sostenibile
- obbligo di assicurazione perché sia solvente

Legge 24, 8 marzo 2017

Articolo 9

Azione di rivalsa o responsabilità amministrativa

5. In caso di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, ai sensi dei commi 1 e 2 dell'articolo 7, o dell'esercente la professione sanitaria, ai sensi del comma 3 del medesimo articolo 7, **l'azione di responsabilità amministrativa, per dolo o colpa grave, nei confronti dell'esercente la professione sanitaria è esercitata dal Pubblico Ministero presso la Corte dei conti.**

.....

L'importo della condanna per la responsabilità amministrativa.....per singolo evento, in caso di colpa grave, **non può superare una somma** pari al valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale conseguiti nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o dell'anno immediatamente precedente o successivo **moltiplicato per il triplo.**

Legge 24, 8 marzo 2017

Articolo 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 disposizioni di cui al periodo precedente non si applicano in relazione agli esercenti la professione sanitaria di cui al comma 2.

Legge 24, 8 marzo 2017

Art. 10 Obbligo di assicurazione

2. Per l'esercente la professione sanitaria che **svolga la propria attività al di fuori di una delle strutture di cui al comma 1** del presente articolo o che presti la sua opera all'interno della stessa in regime libero-professionale ovvero che si avvalga della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente ai sensi dell'articolo 7, comma 3, **resta fermo l'obbligo** di cui all'articolo 3, comma 5, lettera e), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138,.....

3. Al fine di garantire efficacia alle azioni di cui all'articolo 9 (azioni di rivalsa) e all'articolo 12, comma 3 (rivalsa compagnia di assicurazione), ciascun esercente la professione sanitaria **operante a qualunque titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave.**

Altri punti di forza

Art. 7 modalità del risarcimento del danno sulla base dell'art. 138 e 139 del codice delle assicurazioni

Art. 8 tentativo obbligatorio di conciliazione con espletamento della CTP

Art.11 limiti temporali delle garanzie assicurative

Art.13 obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione di un giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato entro 10 gg dalla ricezione della notifica

Art. 16 audit

AUDIT

Art.16 1. All'articolo 1, comma 539, lettera a), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, il secondo periodo e' sostituito dal seguente: «I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico **non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari**».

Così stavamo Ai verbali e agli atti conseguenti all'attività di gestione aziendale del rischio clinico, svolta in occasione del verificarsi di un evento avverso, si applica l'articolo 220 delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271;

- ▶ Legge 271 del 28 luglio 1989 Art. 220 (Attività ispettive e di vigilanza)
Quando nel corso di attività ispettive o di vigilanza previste da leggi o decreti emergono indizi di reato, gli atti necessari per assicurare le fonti di prova e raccogliere quant'altro possa servire per l'applicazione della legge penale sono compiuti con l'osservanza delle disposizioni del codice.

E per finire le parole di un Magistrato su Medicina e Giustizia...

Medicine and Justice are fields of human knowledge
Ontologically distant from each other:

- Medicine is a science, Justice is not;
- Medicine is universal, Justice is systemic (common and civil law);
- Medicine is transnational, Justice is the expression of State sovereignty;
- Medicine is progress, Justice is conservation;
- Medicine is (implies) illness, Justice is (implies) conflict;
- Medicine has a Nobel prize, Justice does not.

Cuno Jakob Tarfusser, Venezia, 2016

