Lunedì, 02 Settembre 2019, 10.45

Doctor33

POLITICA E SANITA

ago 3 2019

Responsabilità medici, decreti attuativi in arrivo. Rischio rivalsa verso chi non è in regola con fabbisogno Ecm

TAGS: RESPONSABILITÀ DEI MEDICI, FABBISOGNO FORMATIVO, FORMAZIONE ECM

Sono in arrivo i decreti attuativi della legge sulla sicurezza delle cure che rivede la responsabilità del medico e del sanitario dipendente e convenzionato - da contrattuale ad extracontrattuale - nonché l'onere della prova ponendolo a carico dell'accusa, e il periodo di prescrizione, da 10 a 5 anni. Sembra in particolare in dirittura il primo e più corposo dei quattro, che individua sia i requisiti minimi delle polizze, sia le regole per le strutture che si auto-assicurano, per le compagnie che subentrano nell'assicurare strutture o sanitari, e per la messa a bilancio dei fondi di rischio e di riserva per i risarcimenti. Altri tre decreti si attendono rispettivamente su: vigilanza dell'Ivass sulle compagnie assicuratrici; dati delle polizze, da conferire all'Osservatorio nazionale buone pratiche e sicurezza in sanità; fondo di solidarietà per ristorare i pazienti che non possono ottenere il risarcimento cui hanno diritto (per massimali non sufficienti o fallimento della compagnia) e coprire i liberi professionisti con problemi ad assicurarsi. Due anni dopo la scadenza prefissata, il Ministero dello Sviluppo ha recepito molte delle istanze di un tavolo tecnico di cui fanno parte assicuratori ANIA, broker, Fiaso e Federsanità per le aziende sanitarie pubbliche, Aris ed Aiop per l'ospedalità privata. Il tavolo ha approntato un testo finale che potrebbe in parte interessare almeno altri due decreti. «Sulla responsabilità dei professionisti si va nel merito della legge- afferma **Federico Gelli**, relatore della legge 24/17 e presidente della Fondazione Italia in Salute - specificando che il dipendente di strutture pubbliche e private non deve più contrarre polizze di primo rischio come in passato ma solo polizze per tutelarsi dalla rivalsa per colpa grave. Solo per i liberi professionisti puri, o attivi in extramoenia, vige la necessità di una copertura completa. Le strutture sanitarie devono garantire coperture assicurative per la responsabilità contrattuale (mentre la responsabilità del dipendente e del professionista in intramoenia è extracontrattuale, articolo 2043 codice civile, ndr) o misure analoghe quale l'auto-ritenzione del rischio o autoassicurazione, ma in tal caso devono assicurare elementi per omogeneizzare il comportamento rispetto a chi è tutelato da polizze di compagnie assicurative».

Per i sanitari, all'articolo 3 del testo provvisorio si prevede la rivalsa dell'assicuratore verso il medico se questo non è in regola con il fabbisogno ECM per il triennio precedente la data del fatto. E se il medico sotto di pochi punti si ritrova privo di copertura? «E' un'ipotesi ancora in discussione. Secondo me, andrebbe chiarito cosa si intenda per aggiornamento, si deve legare l'aggiornamento alla formazione. L'intento è condivisibile ma occhio a creare discrimini difficili poi da adattare ai casi concreti». Ci sono poi le ipotesi di massimale di garanzia all'articolo 4, fissate dal Ministero dello Sviluppo e passibili di modifica anche a breve: non meno di 1 milione di euro da assicurare per gli ambulatori, 2 milioni per Rsa, ambulatori di strutture sanitarie, odontoiatri, 4 miliardi per i servizi ospedalieri H24 o più impegnativi. Si spiega quindi che l'assicurazione opera con formula claims-made, coprendo i sinistri denunciati per la prima volta nel corso della sua vigenza, è ultrattiva per 10 anni dalla cessazione dell'attività ed estensibile agli eredi. L'assicurato deve dare notizia alla compagnia entro 30 giorni dacché è operante la denuncia di sinistro. La compagnia può recedere dal contratto a polizza in vigore solo se il sanitario già condannato (art 5) reitera la condotta colposa.

Le aziende dovranno pubblicare sui propri siti web i dati di tutti i risarcimenti erogati negli ultimi 5 anni. L'assicurazione può non risarcire al danneggiato fatti non oggetto di copertura, richieste fuori periodi di copertura, franchigie o in caso di mancati pagamenti del premio. Le strutture sanitarie potranno anche auto-assicurarsi ma dovranno istituire un centro di gestione unitario del rischio (CGU). Dovranno poi costituire una riserva specifica a copertura dei rischi individuabili al termine dell'esercizio che possano dar luogo a richieste di risarcimento e un fondo di riserva sinistri per i risarcimenti che si alimenti in funzione delle situazioni per le quali alla struttura è pervenuta richiesta di risarcimento. La funzione di valutazione del rischio va garantita da figure strutturate: medico legale, esperto di loss adjusting, legale e addetto alla stima dei fondi. Occorrono un monitoraggio continuo dei rischi e un piano annuale di identificazione dei temi sensibili Rc. «Siamo a buon punto -commenta Gelli - ma manca un ultimo tassello: la pubblicazione delle tabelle risarcitorie per i danni non patrimoniali. Modificate dal decreto legge concorrenza, dovevano superare i diversi pronunciamenti dei tribunali. La legge 24 fa riferimento agli articoli 138 e 139 del Codice delle Assicurazioni che non fissa tabelle. Al momento a riferimento si adottano in molti tribunali quelle di Milano ma anche il Tribunale di Roma ha varato le sue, c'è il rischio che ogni tribunale si faccia le tabelle da solo. Se questo governo riportasse la barra al centro darebbe un segnale alle compagnie per tornare operative in ambito sanitario».

Mauro Miserendino

© RIPRODUZIONE RISERVATA