

Unione Medica notizie

Numero 20 Giugno 2008

a cura della Segreteria Nazionale della Associazione Professionale e Sindacale "UNIONE MEDICA"
presso OR.S.A. (Organizzazione dei Sindacati Autonomi di Base) Via Magenta, 13- 00185 ROMA tel.0644340356-fax
0644104333 www.sindacatoorsa.it

CELEBRATO IL II CONGRESSO NAZIONALE DI UNIONE MEDICA

Il 1 marzo 2008 è stato celebrato il II Congresso Nazionale di Unione Medica.

L'Assemblea Nazionale ha eletto segretario nazionale il collega Giuseppe Campobasso. Il dr. Domenico Piccolboni è stato nominato vice-segretario nazionale. La Direzione nazionale è composta da: Giuseppe Salamone, Marcello Monzani, Fausto Gaeta, Domenico Piccolboni, Luigi Terzani, Pasquale Santè, Catello Tommasino.

PROFICUO LAVORO DEI RAPPRESENTANTI DI UNIONE MEDICA NELLA COMMISSIONE ISTITUITA DALL'ORDINE DEI MEDICI DI NAPOLI, SUL RISCHIO PROFESSIONALE

La situazione italiana

I numeri del contenzioso in campo medico continuano a salire, im nodo preoccupante, con conseguente aumento dei costi di gestione e delle polizze assicurative, passando nel periodo 1994-2002 da circa 8.000 a poco meno di 15.000 casi, per un totale di circa 40.000 cause pendenti, in ambito civile. Nella sola regione Lombardia le richieste di risarcimento per danni da presunta malpractice negli anni 1999-2005, sono state 11.000, con 1.200 cause penali, di cui il 45% avviate prima dell'azione civile. I numeri del contenzioso sono tali da determinare un forte impatto sociale ed economico (si calcola che i costi relativi, che per la maggior parte si scaricano sulle ASL e A.O., si aggirano sui 10 miliardi €), oltre ad un intollerabile allungamento dei tempi delle procedure giudiziarie. I valori peraltro non sono dissimili dalla maggior parte dei Paesi europei, ma a differenza di questi e degli USA, dove da oltre 10 anni esiste una normativa specifica per la rilevazione dei cosiddetti eventi-sentinella e quindi valutare il rischio di malpractice, secondo criteri uniformi di risk management, in Italia non esiste ancora un sistema organico di monitoraggio e rilevazione dei dati su base nazionale, per cui gli unici disponibili, su base nazionale, sono quelli forniti dall'ANIA, che denunciano, nel periodo 1994-2002 un aumento del 148% per i sinistri di responsabilità civile dei singoli professionisti e del 31% per le strutture sanitarie (Fonte ANIA 2004), ed inoltre che sempre nel 2002, per 100€ di premio incassato le spese ammontano a 180€ per la responsabilità civile del medico e 240€ per le strutture sanitarie.

A livello pubblico esistono soltanto iniziative locali di monitoraggio, quali:

- "l'Osservatorio permanente per la responsabilità professionale medica ed Odontoiatrica", che nasce da una intesa fra l'Ordine dei Medici, il Tribunale di Roma e la Facoltà di Giurisprudenza dell'Università Tor Vergata - il "G.I.S.D.I." (Gruppo Interdisciplinare di studio del danno iatrogeno) con sede presso la Seconda Università di Napoli, coordinato dall'Istituto di Medicina Legale della SUN, con la collaborazione di 13 istituti di medicina legale di altre facoltà.

Il primo ha esaminato le sentenze emesse nella Provincia di Roma in sede civile dal 2002 al 2006 (circa 1800), evidenziando che nel 40% dei casi la domanda di liquidazione del danno viene rigettata, mentre nel 30% il danno riconosciuto è di modesta entità (con risarcimenti al di sotto dei 20.000 €), mentre in campo penale, nello stesso periodo, sono state rilevate 1650 denunce, di cui 910 (55%) archiviate in fase d'indagine e solo 350 (20%) concluse con un giudizio di condanna.

Il secondo riguarda prevalentemente la sinistrosità delle varie specializzazioni mediche e riferisce che su 1300 casi monitorati, fino a conclusione dell'iter processuale, 181 (13,9%) sono chirurgici e di questi il 58% sono stati condannati, 162 sono ginecologi, e per questi il rischio di essere condannati è ancora maggiore (76%), mentre si riduce al 65% per gli ortopedici, terzi in ordine di numerosità. Su questo campione processuale, quasi il 50% delle azioni giudiziarie di risarcimento è stata trattata in sede penale, il 36% solo in sede civile, ed il 14% in sede stragiudiziale.

Questi dati confermano che l'attuale legislazione, con i tempi e i costi della giustizia civile, favorisce il ricorso al più celere e (meno costoso per la parte offesa) giudizio penale, in cui l'uso dell'informazione di garanzia viene fatto strumentalmente nei confronti del medico e, per suo tramite, dell'Assicurazione, al fine di ottenere la composizione per via stragiudiziale e quindi la remissione della querela. Il fatto che un elevato numero di controversie in sede civile si concluda per via transattiva, cioè per accordo delle parti in causa, rende più difficile una effettiva valutazione nel merito della vertenza. L'assenza di un punto d'incontro neutrale tra le parti in potenziale conflitto, la mancanza di dialogo e spesso di informazione, determinano il proliferare di lunghe, incerte e costose azioni giudiziarie, con danni per entrambe le parti in causa.

La situazione europea.

Il monitoraggio sistematico dei dati sul fenomeno della malpractice medica è attivo attualmente in Irlanda, nel Regno Unito, nei Paesi Bassi, in Spagna e, per quanto riguarda il resto del mondo, in Australia, Canada ed USA.

Nei Paesi scandinavi, noti per l'alto livello dei servizi sociali e di solidarietà, vige da circa 30 anni il sistema "no fault", cioè una impostazione più rivolta a compensare il danneggiato che a sanzionare il responsabile. Nel 60-80%

dei casi è proprio il medico ad informare il paziente che può fare richiesta di risarcimento ed i costi sono sostenuti dai premi pagati dai consigli regionali e dai medici. Il paziente compila un modulo, distribuito in tutti gli ospedali e cliniche, che viene sottoposto ad una commissione governativa, formata da tre rappresentanti dei sindacati sanitari e cinque funzionari eletti. Esiste un tariffario pre-definito e la decisione è inappellabile: il massimo danno riconoscibile è fissato a 880.000 €. Più del 50% delle denunce vengono ritenute infondate.

In Francia dal 2002 i pazienti possono rivolgere i propri reclami a una commissione designata dal governo regionale, che ha la responsabilità di determinare se esistono gli estremi per un risarcimento, e, in caso positivo, di quantificarlo. Questo viene materialmente effettuato attraverso un fondo di risarcimento nazionale, alimentato con risorse di origine fiscale, di una mutua assicurativa, denominata "SHAM", posseduta dalle stesse strutture ospedaliere, che copre oltre il 70% di queste. In Spagna, il Collegio dei Medici di Barcellona, con oltre 20.000 iscritti, raccoglie i dati di tutte le denunce di malpractice dei propri associati e la polizza assicurativa viene negoziata tra questo Collegio, il Servizio Sanitario Catalano e una società di assicurazioni. Nel complesso l'80% delle denunce si conclude con un nulla di fatto, il 15% vengono risolte fuori dai tribunali e solo il 5% dà luogo a processi civili o penali.

L'esperienza tedesca e austriaca

In seguito all'elevato numero di azioni risarcitorie (circa 12.000 istanze all'anno), fin dalla metà degli anni '70, gli Ordini dei medici sono diventati il perno della valutazione e risoluzione delle vertenze sanitarie, con la istituzione delle GutachterKommissionen

(letteralmente "commissioni di periti") e delle

Schlichtungstellen

(lett. "luoghi di conciliazione"), organismi finalizzati a favorire, per il loro alto grado di competenza e obbiettività, una rapida conciliazione stragiudiziale delle controversie in tema di responsabilità medica. Ne esistono nove, con sede presso gli Ordini professionali di ogni lander tedesco.

Il compito delle prime è quello di fornire una perizia medica di alta qualificazione professionale a breve distanza dall'accaduto, cioè una valutazione della condotta medica, fornendo al paziente ed al medico dati sulla fondatezza della richiesta risarcitoria, senza in alcun modo quantificarla; le seconde concludono il procedimento con una proposta conciliativa che viene formulata direttamente all'assicurazione. L'entità dell'eventuale risarcimento è tuttavia sempre frutto di una negoziazione diretta tra il paziente ed i suoi legali da un lato e l'assicurazione dall'altro, sulla base del risultato del procedimento delle commissioni.

Le commissioni sono composte da medici appartenenti a specializzazioni diverse e da un giurista abilitato alla carica di giudice, in numero variabile da due a cinque membri, nominati dall'Ordine dei Medici presso il quale è insediata la commissione. Il punto di forza delle commissioni è infatti il punto debole dell'ordinario processo per responsabilità medica: la capacità di coniugare al meglio la competenza medico-scientifica con quella giuridica.

I regolamenti prevedono inoltre norme specifiche per garantire l'imparzialità delle commissioni

Il 1° requisito di ammissibilità è il consenso delle parti.

Il procedimento è totalmente gratuito per i partecipanti. Le spese per il funzionamento delle commissioni vengono sostenute dagli Ordini professionali, con la partecipazione delle compagnie assicuratrici, per quanto riguarda le Schlichtungstellen e le spese della perizia medica, in genere eseguita da un membro della commissione (70% dei casi) o più di rado da un esterno, scelto secondo la sua qualificazione rispetto al caso in oggetto da un apposito albo in tutto il territorio federale, vengono sostenute dalle compagnie assicuratrici (circa 1000€ nel 2002). Le parti si fanno carico, ciascuna per proprio conto delle eventuali spese legate ad un eventuale patrocinio legale nell'ambito del procedimento.

Il giudizio della commissione non è vincolante, ma ha valore di prova documentale in un eventuale successivo procedimento giudiziario.

Nell'anno 2000, su 9.244 domande trattate, il 30% sono state escluse per mancanza dei requisiti. Delle restanti, il 65.7% dei casi sono stati risolti in favore del medico ed il 27.45% in favore del paziente, con una piccola percentuale di controversie non risolte..

La percentuale di casi ad esito favorevole per il pt. Varia dal 21 al 31.2%, nelle varie commissioni.

Di fatto in oltre l'85% dei casi con esito negativo per il paziente, la decisione della GutachterKommissionen è stata accettata, e solo il 14.8% è andato in giudizio, con un effetto deflattivo importante sul carico giudiziario, nei confronti del quale le commissioni funzionano da filtro efficace.

Inoltre la durata media dei procedimenti della commissioni è di 3-15 mesi, consentendo tempi relativamente brevi di risoluzione delle vertenze.

Infine si è rilevato che i risultati conseguiti nel procedimento delle commissioni vengono di regola confermati anche in un eventuale successivo giudizio. Da Giugno del 2001 è stata istituita una Conferenza permanente della commissioni, con compiti di monitoraggio dei dati dell'attività, con particolare riferimento allo studio dei fattori di rischio e degli errori professionali, fornendo dati utili all'attività di risk management ed ai fini della organizzazione di corsi mirati di aggiornamento professionale.

Anche in Austria, verso la metà degli anni '80, nascono, analogamente alla Germania, su iniziativa degli ordini professionali e senza l'intervento del legislatore, ma sulla base di un accordo quadro con l'associazione delle compagnie assicurative, le "Schiedstellen", per la composizione stragiudiziale delle vertenze mediche, con modalità e risultati simili a quelle tedesche. Un opuscolo informativo per il paziente è disponibile presso l'Ordine dei medici del Tirolo, contenente gli steps da seguire per attivare il procedimento di attivazione della camera arbitrale.

L'esperienza dell'Ordine dei Medici di Roma: il progetto Accordia

L'Ordine dei Medici di Roma, in collaborazione con l'Ordine degli Avvocati di Roma e con quattro delle maggiori compagnie assicuratrici, ha iniziato dal 1/1/2005 un programma sperimentale per la soluzione stragiudiziale delle vertenze, denominato: "Accordia". L'Ordine ha istituito uno "Sportello di conciliazione", al fine di accogliere ed esaminare gratuitamente le denunce dei pazienti.

Tuttavia le controversie escludono le strutture pubbliche e riguardano solo i casi di rapporto libero-professionale tra medico e paziente, limitando il valore delle richieste di risarcimento a 25.000 €

L'Ufficio entro 30 gg. verifica la completezza della documentazione e la disponibilità del medico e trasmette gli atti ad una Commissione Tecnica, composta da 2 avvocati, 2 medici legali, 2 medici supplenti di comprovata professionalità, a garanzia del cittadino, ed esperti assicurativi, che entro 30 gg. esprime un parere sulla possibilità di conciliazione e trasmette la documentazione alla Camera di Conciliazione, presso l'Ordine degli Avvocati di Roma e la Corte di Appello, sulla base di una convenzione stipulata con L'Ordine dei medici di Roma, dove entro 30 gg. le parti in causa vengono convocate per la definizione amichevole della controversia. Se la Compagnia assicurativa aderisce al progetto, l'eventuale risarcimento avviene entro 30 gg. Il verdetto, a differenza che in Germania, non può essere utilizzato quale prova in un successivo giudizio, e nemmeno viene redatto un verbale del procedimento stesso.

Il progetto è tuttora in corso ed in due anni e mezzo sono stati circa 2000 i pazienti che si sono rivolti allo sportello di conciliazione istituito presso l'Ordine di Roma, per vertenze professionali di tipo privatistico. Il 20% non presentava i requisiti necessari per entrare nel progetto. Nel 30% dei casi il contatto è stato solo di tipo informativo, nel 40% dei casi la conciliazione ha evitato la necessità di un procedimento giudiziario e nel 10% dei casi è stata avviata una procedura di conciliazione e risarcimento civile.

Nel complesso l'esperienza ha avuto un successo limitato, per il campo ristretto di vertenze a cui si è limitata (escludendo le vertenze coinvolgenti le strutture pubbliche e accreditate e limitando le richieste di risarcimento a 25.000€) e per l'eccessivo condizionamento legato alla dislocazione della Camera di Conciliazione al di fuori della giurisdizione dell'Ordine dei Medici, laddove questo dovrebbe rappresentare l'asse portante nella risoluzione dei conflitti riguardanti i medici e le strutture del proprio ambito territoriale.

La legislazione in Italia

A partire dal 2001, con il DDL n. 108, proposto dal sen. Tomassini, ed approvato dalla Commissione Sanità del Senato il 15/5/02, è stata avvertita dal legislatore la necessità di modificare la normativa vigente in Italia:

- 1) riequilibrando il rapporto conflittuale tra medico e paziente
- 2) responsabilizzando "in primis" le strutture sanitarie per gli eventuali danni causati dal personale medico o para-medico
- 3) prevedendo un'assicurazione obbligatoria per tutte le strutture sanitarie ospedaliere pubbliche e private, con massimali adeguati.
- 4) favorendo il ricorso all'arbitrato, con tempi rapidi per la definizione (entro 90 gg.) e l'eventuale risarcimento da parte dell'assicurazione.
- 5) costituendo un Albo nazionale degli arbitri e dei consulenti tecnici, al quale ricorrere in caso di contenzioso, con specifiche specializzazioni, a cui il giudice possa fare riferimento, in rapporto al caso in oggetto.

Di recente il DDL n. 1598, presentato dal Ministro Turco, ed approvato dal CDM il 16/11/07 ripropone:

- 1) all'art. 18, la istituzione in ogni struttura sanitaria pubblica o accreditata l'obbligo di creare un sistema per la gestione del "rischio clinico"

- 2) all'art. 19 ribadisce che la responsabilità per eventi avversi è posta anche a carico delle strutture ospedaliere o accreditate, compresa quella relativa alle attività libero-professionali intra-murarie.
- 3) All'art. 20 raccomanda alle ASL, A.O., IRCCS e policlinici universitari l'adozione di "misure organizzative atte a garantire la definizione stragiudiziale delle vertenze in ambito sanitario, anche in relazione al contenimento delle spese connesse al contenzioso" e al tempo stesso garantendo la non obbligatorietà della conciliazione, l'imparzialità, la professionalità e la celerità, oltre che la rappresentatività delle categorie interessate.

La proposta di iniziativa della Commissione dell'Ordine dei Medici della Provincia di Napoli

Sulla base delle considerazioni ed esperienze territoriali fin qui esaminate e considerando:

- che il decreto istitutivo dell'Ordine (D.Lg. 13/10/46 n. 233) stabilisce nell'art.3.9, tra le funzioni spettanti al Consiglio Direttivo di ciascun Ordine, quella di "interporsi, se richiesto, nelle controversie tra sanitario e sanitario, o fra sanitario e persona o ente a favore dei quali il sanitario abbia prestato o prestato la propria opera professionale...procurando la conciliazione della vertenza e. in caso di non riuscito accordo, dando il suo parere sulle controversie stesse..."
- il crescente impatto sociale e professionale del contenzioso in campo medico, dovuto anche alla estrema specializzazione di alcuni atti medici, che espongono pazienti ed operatori sanitari a rischi elevati, con grandi aspettative di recupero o guarigione
- la necessità che tali vertenze vengano valutate e gestite da "periti tecnici" esperti nel settore specifico, provvisti del necessario "background" culturale e professionale
- vista la recente legislazione nazionale, che incoraggia la soluzione stragiudiziale delle vertenze

PROPONE:

- 1) che la Camera di Ascolto, già attivata presso l'Ordine dei Medici della Provincia di Napoli, fornisca, oltre che un'attività informativa, una prima valutazione di ammissibilità verso un percorso alternativo extra-giudiziale.
- 2) che l'Ordine dei Medici della Provincia di Napoli diventi sede e si faccia carico della istituzione, sul modello tedesco, di "Commissioni di periti", nominati dall'Ordine stesso, tra gli specialisti di un Albo apposito, presieduta da un "giudice sanitario", previo accordo con le maggiori compagnie assicurative, con il compito di valutare l'esistenza o meno di un danno, eventualmente risarcibile.
- 3) che tale valutazione venga sottoposta alle "Camere conciliative" territorialmente competenti, per la quantificazione economica del danno e l'eventuale risarcimento dello stesso,
- 4) che la valutazione peritale presso l'Ordine dei Medici rappresenti comunque, in caso di mancato accordo tra le parti, un dato documentale di cui tener conto in sede di giudizio

- 5) **che i tempi massimi di tale procedura, fino all'eventuale risarcimento del danno, siano non superiori a dodici mesi.**

1.7.: Riferimenti bibliografici:

- 1) **“La responsabilità medica nella Provincia autonoma di Trento”.** A cura di Umberto Izzo e Giovanni Pascuzzi- 2003
- 2) **“ C'è più giustizia per i malati vittime di errori”.** A. Marra, in *Corriere della Sera* 16/5/05
- 3) **“Qualità e sicurezza SSN”** Il Sole 24 ORE Sanità n. 46 27 Nov. 2007
- 4) **Osservatorio Corriere Salute.** Pag 53, 21/10/2007
- 5) **Progetto Accordia. Introduzione di Mario Falconi.** www.ordinemediciroma.it Marzo 2006
- 6) **GISDI. Osservatorio nazionale sulla malpractice medica** www.gisdi.org 2007-12-03 7)
- 7) **“Nuove terapie per il contenzioso sanitario” .** Alessandro Bossi *Judicium*, 4/7/07 [http:// judicium.it/news](http://judicium.it/news)
- 8) **Documentazione personale.** “Sachsische Landes arzttekammer” Dr. Arved Weimann- Klinikum St. Georg- Leipzig

SIGNIFICATIVA AFFERMAZIONE DI UNIONE MEDICA PRESSO L'ISTITUTO S. RAFFAELE DI CEFALU'

VERBALE DI ACCORDO Del 20 marzo 2008

In data odierna presso i locali dell'Ospedale di Cefalù, gestito dalla Fondazione “Istituto San Raffaele- G. Giglio di Cefalù”, si sono incontrati:

la delegazione Sindacale ORSA Unione Medici rappresentata da:

- Dott. Giuseppe Salamone;

E la delegazione della Fondazione “Istituto San Raffaele – G. Giglio di Cefalù” rappresentata da:

Dott. Benito Amodeo, Direttore Generale;

Per esaminare i seguenti temi:

1. **Trasformazione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato del personale dipendente della Fondazione;**
2. **esame della richiesta di erogazione di un anticipo assorbibile sui futuri aumenti contrattuali del CCNL “sanità privata”;**
3. **esame della situazione del rapporto di esclusività;**
4. **richiesta di riconoscimento di un premio di risultato legato agli anni pregressi;**
5. **definizione di un sistema di incentivazione.**

Punto 1:

A fronte della richiesta dell'Orsa Unione Medici di cui al punto 1 la delegazione della Fondazione condivide la necessità di trasformare gli attuali contratti del personale dipendente da tempo determinato a tempo indeterminato,

essendo stata recentemente rinnovata la convenzione in base alla quale la Fondazione gestisce l'Ospedale di Cefalù. In sede di trasformazione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato si considera espletato positivamente il periodo di prova.

Punto 1 bis:

La delegazione della Fondazione precisa che nello specifico del personale medico, tale conferma avverrà solo per i contratti dei medici aventi scadenza 30 giugno 2008 in quanto detto termine era stato apposto per motivi dettati dalla scadenza della convenzione in essere e, pertanto, non legati ad apposizione di termine collegato ad altre motivazioni tecnico – produttive - organizzative. Tale conferma pertanto sarà deliberata nel corso di un prossimo Consiglio di Amministrazione, che si prevede, al massimo entro il 30 aprile 2008.

Punto 2:

Le parti convengono sull'erogazione, a partire dal mese di aprile 2008 compreso, di 250, 00 Euro lordi mensili quale anticipo riassorbibile dagli aumenti contrattuali, che deriveranno dal rinnovo in corso del CCNL di settore. Qualora il rinnovo del CCNL di settore definisca aumenti del salario tabellare inferiori alla cifra concordata di 250 euro mensili lordi, la differenza non verrà richiesta dalla Fondazione. Se il CCNL stabilirà impegni superiori, la differenza verrà erogata dalla Fondazione in maniera retroattiva.

Punto 3:

Tutto il personale medico verrà interpellato ai fini dell'attribuzione dell'indennità di esclusività - fissata in euro 187,78 -, con facoltà di aderire a discrezione dell'individuo. Tale indennità sarà retribuita a tutto il personale medico che avrà aderito all'esclusività del rapporto di lavoro a partire dal mese di aprile 2008 compreso. Sulla parte pregressa si procederà ad un esame congiunto della situazione attuale al fine di identificare le modalità che portino ad una soluzione della questione (identificazione di chi in atto è firmatario del rapporto di esclusività e per chi non ha firmato è prevista una sanatoria da concordare tra le parti).

Punto 4:

La delegazione della Fondazione, ritiene fondata la richiesta, ma evidenzia la difficoltà essendo riferita ad esercizi di bilancio precedenti e, non essendo mai stata formulata in precedenza, non è conseguentemente mai stato accantonato alcun importo a tal fine. Risulta pertanto difficile, allo stato, identificare risorse destinate a tale scopo. Verrà comunque sottoposta al Consiglio di Amministrazione.

Punto 5:

Le parti convengono sull'opportunità di elaborare congiuntamente un sistema di valutazione/incentivazione obiettivi idoneo a premiare i risultati che verranno definiti e raggiunti. Tale materia sarà collocata all'interno del confronto volto a dotare la Fondazione “Istituto San Raffaele – G. Giglio di Cefalù” di un proprio specifico Contratto Collettivo, detto confronto sarà avviato entro il mese di maggio 2008.

Cefalù, 20 marzo 2008