

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2161

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

MISITI, BOLOGNA

Modifiche alla legge 8 marzo 2017, n. 24, in materia di assicurazione obbligatoria delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private

Presentata il 9 ottobre 2019

ONOREVOLI COLLEGHI! – La presente proposta di legge nasce dall'esigenza di porre rimedio alle criticità derivanti dalla legge n. 24 del 2017, la cosiddetta « legge Gelli-Bianco ». Infatti, mentre la finalità della citata legge era quella di diminuire il contenzioso, sempre crescente, fra i pazienti e il personale medico-sanitario o le relative strutture in cui lo stesso esercita la professione, dopo la sua approvazione, avvenuta ormai due anni fa, non sono stati emanati i decreti attuativi e ciò ha comportato un aumento del contenzioso ed effetti negativi sia per il personale medico e sanitario, sia per i pazienti vittime di errori sanitari, ma, anche e soprattutto, per le casse dello Stato, che continuano a essere depauperate a causa di un'evidente mala gestione dei rischi connessi alle cure.

Gli articoli 27, comma 1-*bis*, del decreto-legge n. 90 del 2014, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 114 del 2014, e 10 della citata legge n. 24 del 2017 impongono a ciascuna azienda del Servizio sanitario nazionale e alle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private l'obbligo di dotarsi di una copertura assicurativa o di « altre analoghe misure » per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera; allo stato attuale, tali disposizioni si stanno traducendo nel pagamento di premi assicurativi davvero sproporzionati rispetto a contratti assicurativi che prevedono delle franchigie altissime. Quindi, le citate strutture sono costrette a dotarsi di quelle « altre analoghe misure » che consistono, nei fatti, in una forma di autoassicurazione.

Ad oggi, le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private stipulano con le imprese di assicurazione private contratti assicurativi che prevedono franchigie di circa 100.000 euro e corrispondono premi assicurativi per centinaia di migliaia di euro, ma ricevono la copertura limitatamente ai sinistri che comportano danni per importi superiori alla franchigia.

Inoltre, gli esercenti la professione sanitaria, per rimanere indenni qualora vi sia da parte delle relative strutture un'azione di rivalsa nei loro confronti per comportamenti contraddistinti da colpa grave, sono costretti anch'essi a stipulare delle polizze assicurative.

Eloquente, con riguardo all'efficacia della legge Gelli-Bianco, una delle ultime indagini effettuate, evidenzia che il 90 per cento delle richieste di risarcimento danni che si concludono con l'erogazione di un risarcimento è contenuto entro una fascia economica che va dai 60.000 ai 90.000 euro, con il risultato che tali somme sono corrisposte direttamente dalle strutture sanitarie, senza l'intervento delle assicurazioni. Quindi, non solo le strutture sanitarie (e, per quelle pubbliche, lo Stato) sono obbligate a pagare con le proprie risorse il 90 per cento dei danni, ma, contestualmente, sono costrette a pagare anche premi altissimi alle compagnie assicurative per la copertura del rischio per eventuali danni che superano la franchigia, anche se ciò non è frequente.

Da tali criticità nasce una proposta alternativa all'impianto previsto dalla legge Gelli-Bianco, in cui si prevede l'istituzione di un'assicurazione pubblica al posto di quelle private.

L'assicurazione pubblica alimenterebbe un fondo con i premi che attualmente le strutture sanitarie e sociosanitarie corrispondono alle assicurazioni private e interverrebbe, obbligatoriamente e in modo automatico, ogni qualvolta il cittadino che si ritiene danneggiato da errori sanitari o le stesse strutture sanitarie ne facciano richiesta. Ovviamente tale istituto avrebbe il compito di valutare, caso per caso, se i danni lamentati dal paziente siano riconducibili a fatti di mala sanità e, ovviamente solo in caso positivo, dopo averli valutati e quan-

tificati, di corrispondere il risarcimento direttamente alla vittima.

La legge Gelli-Bianco, in pratica, ha paragonato, mutuandone diversi elementi, il rischio clinico al rischio da circolazione stradale, tanto da copiarne le procedure, creando un sistema economico per poche compagnie assicurative.

La presente proposta di legge, invece, assume come termine di paragone il rischio per infortunio sul lavoro, ben più calzante ed economicamente più vantaggioso per le casse dello Stato: l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) si occuperebbe di gestire tale rischio e il procedimento di risarcimento dell'infortunato.

L'INAIL, in caso di infortunio sul lavoro, si occupa di verificare il nesso causale fra le lesioni e l'evento lavorativo denunciato e, se ritenuto sussistente, quantifica il danno corrispondendo il relativo indennizzo. Tale sistema nel tempo si è dimostrato particolarmente efficiente per gli interessi della collettività e, per questo motivo, si propone in questa sede di affidare la gestione del rischio clinico e del conseguente risarcimento a tale istituto.

Di seguito si riportano alcuni esempi di come si potrebbe gestire l'infortunio connesso agli errori in campo sanitario:

il paziente, vittima di presunta malasanità, tramite una semplice domanda da presentare all'INAIL, denuncierebbe il sinistro dando inizio all'istruttoria medico legale, in cui l'INAIL esprime un parere circa la riconducibilità nessologica dei danni lamentati a eventuali comportamenti censurabili da parte delle strutture sanitarie o sociosanitarie o dei suoi operatori;

laddove si riscontrasse una responsabilità della struttura o dell'esercente la professione sanitaria, si procederebbe alla valutazione del danno, patrimoniale e non patrimoniale, con la successiva erogazione del risarcimento;

solo qualora il paziente non fosse soddisfatto dell'esito di tale istruttoria potrebbe adire l'autorità giudiziaria.

Una simile rivoluzione nella gestione del rischio clinico e dell'errore in campo medico comporterebbe una serie di vantaggi:

una effettiva tutela del paziente vittima di malasanità, che sarebbe rassicurato dalla presenza di un'istituzione pubblica che, garantendo la terzietà di giudizio, gli dia delle risposte senza la necessità di consultare specifici professionisti, quali avvocati e medici legali, per far valere i propri diritti;

una maggiore tutela degli esercenti la professione sanitaria, in quanto l'assicurazione pubblica deve intendersi come una presa di coscienza matura e responsabile dello Stato del fatto che curare comporta anche dei rischi e che tali rischi e i conseguenti danni non devono essere addebitati al personale, se non per colpa grave o dolo, bensì al sistema sanitario. Inoltre, l'esercente la professione sanitaria non sarebbe costretto a stipulare personali contratti con le imprese assicuratrici, mentre

lo Stato potrebbe detrarre dalla busta paga l'importo del premio assicurativo, qualora il medesimo esercente volesse stipulare l'assicurazione con l'INAIL;

un rasserenamento del rapporto tra il medico e il paziente e del medico stesso, che potrebbe lavorare con maggiore tranquillità, determinando una importante riduzione, se non la scomparsa, di quel comportamento noto come « medicina difensiva », che ha un costo stimato in 10 miliardi di euro annui.

La proposta di legge, pur mantenendo l'impianto della legge Gelli-Bianco, modifica la sola gestione del rischio clinico, facendo diventare il risarcimento un diritto per il paziente vittima di errori in campo medico. L'attività dell'esercente la professione sanitaria, in quanto complessa, resta tutelata per legge, tranne per quei comportamenti, fortemente censurabili, commessi con dolo o colpa grave.

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

(Esercizio dell'assicurazione obbligatoria delle strutture sanitarie e sociosanitarie)

1. Le assicurazioni obbligatorie delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private, di cui agli articoli 27, comma 1-*bis*, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, e 10, comma 1, della legge 8 marzo 2017, n. 24, sono esercitate dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL).

Art. 2.

(Modifiche alla legge 8 marzo 2017, n. 24)

1. Alla legge 8 marzo 2017, n. 24, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 7, il comma 4 è sostituito dai seguenti:

« 4. Il danno conseguente all'attività della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, e dell' esercente la professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui al comma 4-*bis*.

4-*bis*. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, con proprio decreto, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il parere del comitato amministratore del fondo di cui all'articolo 14, redige le tabelle per il risarcimento del danno »;

b) all'articolo 8, comma 4:

1) al primo periodo, le parole: « comprese le imprese di assicurazione di cui all'articolo 10 » sono sostituite dalle seguenti: « compreso l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) »;

2) al secondo periodo, le parole: « l'impresa di assicurazione » sono sostituite dalle seguenti: « l'INAIL » e le parole: « all'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS) » sono sostituite dalle seguenti: « al Ministero del lavoro e delle politiche sociali »;

c) all'articolo 9:

1) al comma 3, le parole: « contro l'impresa di assicurazione » sono sostituite dalle seguenti: « contro l'INAIL »;

2) al comma 6, le parole: « dell'impresa di assicurazione titolare di polizza con la medesima struttura » sono sostituite dalle seguenti: « dell'INAIL » e le parole: « richiesta dall'impresa di assicurazione » sono sostituite dalle seguenti: « richiesta dall'INAIL »;

3) al comma 7, le parole: « o dell'impresa di assicurazione » sono sostituite dalle seguenti: « o dell'INAIL »;

d) all'articolo 10:

1) al comma 1:

1.1) al primo periodo, le parole: « o di altre analoghe misure » sono soppresse;

1.2) al secondo periodo, le parole: « o adottano analoghe misure » sono soppresse;

2) dopo il comma 1 è inserito il seguente:

« 1-bis. L'assicurazione di cui al comma 1 è esercitata esclusivamente dall'INAIL »;

3) il comma 4 è sostituito dal seguente:

« 4. Le strutture di cui al comma 1 rendono noti, mediante pubblicazione nel proprio sito *internet*, i contratti di assicurazione e le singole clausole assicurative per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso i prestatori di opera di cui al comma 1 »;

4) il comma 5 è abrogato;

5) il comma 6 è sostituito dal seguente:

« 6. Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentiti l'INAIL, le associazioni nazionali rappresentative delle strutture private che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie, la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate, nonché le associazioni di tutela dei cittadini e dei pazienti, sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, prevedendo l'individuazione di classi di rischio a cui far corrispondere massimali differenziati. Il medesimo decreto stabilisce i requisiti minimi di garanzia »;

6) il comma 7 è sostituito dal seguente:

« 7. Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali da emanare, di concerto con il Ministro della salute e sentito l'INAIL, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, sono individuati i dati relativi alle polizze di assicurazione stipulate ai sensi dei commi 1 e 2 e sono stabiliti, altresì, le modalità e i termini per la comunicazione di tali dati da parte delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e degli esercenti le professioni sanitarie all'Osservatorio. Il medesimo decreto stabilisce le modalità e i termini per l'accesso a tali dati »;

e) all'articolo 12:

1) al comma 1, le parole: « dell'impresa di assicurazione » sono sostituite dalle seguenti: « dell'INAIL »;

2) al comma 3, le parole: « L'impresa di assicurazione » sono sostituite dalle seguenti: « L'INAIL »;

3) il comma 4 è sostituito dal seguente:

« 4. Nel giudizio promosso contro l'INAIL ai sensi del comma 1 è litisconsorte necessario la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata di cui al comma 1 dell'articolo 10 o l'esercente la professione sanitaria di cui al comma 2 del medesimo articolo 10 »;

4) al comma 5, le parole: « dell'impresa di assicurazione » sono sostituite dalle seguenti: « dell'INAIL »;

f) all'articolo 13, comma 1:

1) al primo periodo, le parole: « e le imprese di assicurazione che prestano la copertura assicurativa » sono sostituite dalle seguenti: « e l'INAIL che presta la copertura assicurativa »;

2) al secondo periodo, le parole: « le imprese di assicurazione » sono sostituite dalle seguenti: « l'INAIL »;

g) l'articolo 14 è sostituito dal seguente:

« Art. 14 – (*Fondo autonomo assicurativo sanitario*) – 1. È istituito presso l'INAIL un Fondo autonomo assicurativo sanitario con contabilità separata, di seguito denominato "Fondo". Il Fondo è alimentato dal versamento dei premi per le assicurazioni obbligatorie stipulate dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private ai sensi dell'articolo 10, comma 1, della presente legge e dell'articolo 27, comma 1-bis, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114.

2. Al Fondo sovrintende un comitato amministratore, che resta in carica tre anni, composto dal presidente e dal direttore generale dell'INAIL, da un rappresentante del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, da un rappresentante del Ministero dell'economia e finanze e da un rappresentante del Ministero della salute.

3. Con regolamento adottato con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentiti la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e l'INAIL, sono definiti i criteri e i principi per l'elezione del presidente del comitato amministratore, i compiti e le funzioni per la gestione delle risorse del Fondo ».

Art. 3.

(Modifica all'articolo 27, comma 1-bis, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114)

1. All'articolo 27, comma 1-bis, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, le parole: « o di altre analoghe misure » sono soppresse.

