

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 5140

## PROPOSTA DI LEGGE

d’iniziativa del deputato FUCCI

Disposizioni in materia di responsabilità  
professionale del personale sanitario

*Presentata il 18 aprile 2012*

ONOREVOLI COLLEGHI! — Quello della responsabilità professionale dei medici è un tema di enorme complessità e delicatezza. Avere dati affidabili è difficile perché non esistono cifre sicure (e non a caso anche fare chiarezza in tal senso è tra i compiti principali della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, istituita presso la Camera dei deputati). Tuttavia, mettendo insieme diverse fonti, è possibile farsi un’idea della dimensione del fenomeno delle azioni, civili o penali, intentate per errori medici e poter avanzare alcune considerazioni di base.

Il Consorzio universitario per l’ingegneria nelle assicurazioni del Politecnico di Milano afferma che, su 8 milioni di pazienti, ben 320.000 (circa il 4 per cento) hanno denunciato danni più o meno gravi

subiti durante il ricovero negli ospedali italiani. L’Associazione nazionale per le imprese assicuratrici (ANIA) ha rilevato come, tra il 1994 e il 2002, il numero dei sinistri denunciati alla magistratura e comunicati alle compagnie di assicurazione sia pressoché raddoppiato, passando da circa 8.000 a quasi 15.000 casi. Impressiona anche il dato sulle denunce specifiche di responsabilità per colpa: esse sono cresciute del 148 per cento (ovvero da 3.150 a 7.800). Anche il valore economico dei sinistri è cresciuto con il tempo. Sempre tra il 1994 e il 2002, il costo medio dei sinistri ha raggiunto i 17.550 euro nel caso della responsabilità professionale medica (+21 per cento) e i 26.750 euro nel caso della responsabilità delle strutture sanitarie (+67 per cento). Da parte sua, l’osservatorio istituito presso l’università di Napoli in materia di responsabilità profes-

sionale medica rileva che le specializzazioni con il maggior numero di casi segnalati sono:

- 1) ostetricia/ginecologia (16 per cento del totale dei casi segnalati);
- 2) chirurgia generale (13,7 per cento);
- 3) ortopedia e traumatologia (12,4 per cento);
- 4) medicina generale (6,0 per cento);
- 5) anestesia e rianimazione (5,2 per cento).

Inoltre, nel 70 per cento dei casi segnalati all'osservatorio è stata riconosciuta la responsabilità del professionista; quasi il 50 per cento delle azioni giudiziarie di risarcimento è trattata in sede penale, il 36 per cento in sede civile e il 14 per cento in sede stragiudiziale. Quanto alle principali inadempienze lamentate dai pazienti italiani, secondo il Tribunale per i diritti del malato circa 7.000 richieste di intervento riguardano sospetti errori di diagnosi e di terapia. Lo stesso Tribunale evidenzia anche l'elevata percentuale di riscontri con esito a favore del danneggiato, corrispondenti al 46,6 per cento dei casi totali segnalati dai pazienti, con una punta che raggiunge l'88,7 per cento nella specialità dell'ortopedia e traumatologia.

Questo sintetico quadro suggerisce quattro considerazioni principali:

1) la prima — del tutto evidente alla lettura di questi dati — è che la quantità del contenzioso tende sempre più ad aumentare e che molto di esso riguarda la ginecologia e l'ostetrica;

2) la seconda è che sempre di più alcune componenti del danno stanno registrando un marcato aumento. Ci si riferisce in particolare al « danno biologico » e al « danno morale ». Si tratta evidentemente di componenti molto aleatorie e di difficile definizione. Anche questo è un aspetto di enorme delicatezza;

3) la terza è che in ogni caso, già prima dell'avvio di un procedimento nei confronti del medico, di fatto la carriera di

quest'ultimo subisce un danno di immagine pesantissimo che rischia di non essere sanato anche da una sentenza a lui favorevole;

4) la quarta consiste, invece, nel riscontrare ulteriori risvolti legati al problema della responsabilità professionale del personale sanitario. Mi riferisco alla pressoché totale mancanza, soprattutto negli ospedali pubblici del Mezzogiorno, di strutture amministrative e legali che spesso lascia il sanitario completamente « da solo » nel momento in cui deve prendere decisioni delicate e di enorme importanza per i suoi pazienti nel termine di pochi minuti o, nel peggiore dei casi, di pochi secondi.

Ma non solo. Infatti vi sono ulteriori considerazioni da fare:

1) in molte realtà ospedaliere i sanitari sono sottoposti a turni di lavoro eccessivamente sfibranti con il rischio, quindi, di non avere sempre le necessarie lucidità e freddezza. Ciò richiama in generale, soprattutto nel Mezzogiorno, il problema della gestione della sanità pubblica e della professionalità dei dirigenti con funzioni manageriali;

2) soprattutto nel Mezzogiorno, vi sono realtà ospedaliere in cui i macchinari a disposizione dei sanitari sono mal funzionanti e inefficienti;

3) il rischio di subire una causa (civile o penale) spinge di fatto troppi medici ad abusare delle cosiddette « cure difensive » prescrivendo farmaci, esami diagnostici e ricoveri anche quando questi non servono. È quindi giusto il richiamo alla deontologia del medico perché eviti queste pratiche che sono sbagliate non solo sul piano professionale, ma anche dannose per il già precario equilibrio dei conti della sanità italiana (secondo le dichiarazioni dell'allora Ministro della salute, professor Ferruccio Fazio, la medicina difensiva pesa sul bilancio della sanità pubblica per una cifra compresa tra 12 e 20 miliardi di euro l'anno). Ma è anche giusto, sull'altro fronte, mettere i

medici stessi nelle condizioni di non dover neanche pensare a ricorrere alla medicina difensiva.

In tale contesto è anzitutto necessario avere una compiuta definizione della materia attraverso un'organica disciplina diretta a stemperare l'approccio sanzionatorio dell'errore. Oggi, infatti, proprio nell'ottica di una sorta di « caccia all'untore », preoccupa molto il dilagare di cause giudiziarie contro i medici senza che la materia sia regolata in modo preciso. Per questo è necessario non lasciare il medico da solo.

Per offrire risposte a tematiche così delicate, la presente proposta di legge prevede i seguenti interventi:

articolo 1: definire la natura del rapporto tra medico e paziente, mediante l'introduzione (sul modello di quanto avviene già da tempo nella vicina Francia) di un contratto che espressamente non comporti per il medico l'obbligo di guarire il paziente, bensì quello di prestargli le cure appropriate e necessarie, in conformità con le conoscenze scientifiche acquisite;

articolo 2: introdurre l'obbligo, per tutte le strutture sanitarie, pubbliche o private, di stipulare una copertura assicurativa per responsabilità civile a vantaggio sia del personale medico che di quello sanitario e infermieristico. Ciò comporta il principio secondo cui la responsabilità civile per eventuali danni subiti a causa di imperizia da parte del personale sanitario sia posta a carico delle strutture in cui è avvenuto l'intervento medico. Di conseguenza, colui che si ritenga danneggiato da un intervento sanitario e che giudichi tale violazione contraria a quanto stipulato nel

contratto deve obbligatoriamente rivolgersi all'assicuratore;

articolo 3: l'obbligatorietà, prima di avviare l'azione civile nei confronti dell'assicuratore, di avviare un tentativo di conciliazione stragiudiziale affidato ad appositi servizi che la presente proposta di legge, indicando anche il criterio di base per la loro composizione, istituisce. Solo ove questo tentativo fallisca, allora si può avviare l'azione civile diretta nei confronti dell'assicuratore;

articolo 4: prevedere l'obbligo di istituire nelle aziende sanitarie locali (ASL) e negli ospedali appositi uffici legali che supportino il sanitario sul piano legale nel momento in cui questo debba prendere, nell'arco di poco tempo, decisioni di estrema delicatezza per la necessità di intervenire in situazioni di emergenza. Di conseguenza, ove sia accertato che il sanitario ha seguito tali indicazioni, esso non può essere accusato o subire penalizzazioni sul piano disciplinare o economico;

articolo 5: l'istituzione obbligatoria, presso ogni regione e provincia autonoma, di un ufficio di valutazione del rischio di responsabilità civile del personale sanitario composto da esperti, il cui fine è prevenire i contenziosi offrendo alle ASL e agli ospedali indicazioni di natura vincolante sul piano organizzativo. Inoltre, anche per fare chiarezza sulle cifre e sulle dimensioni del fenomeno e per ovviare alla mancanza di fonti certe di cui si accennava all'inizio, questi uffici hanno il compito di raccogliere i dati sul contenzioso in campo sanitario emersi nei territori di competenza inviando una relazione sia al Ministero della salute che alle competenti Commissioni parlamentari.

## PROPOSTA DI LEGGE

## ART. 1.

*(Finalità della legge e natura del rapporto tra medico e paziente).*

1. La presente legge è finalizzata a:

a) riconoscere la delicatezza e la particolare natura della professione medica;

b) tutelare la professionalità dei medici;

c) limitare il fenomeno della cosiddetta « medicina difensiva » che consiste nel prescrivere farmaci, esami diagnostici e ricoveri anche quando il ricorso a essi non è necessario;

d) garantire il diritto dei pazienti a ricevere le migliori cure possibili e a richiedere, ove ciò sia scientificamente e giuridicamente giustificato, un adeguato risarcimento per gli eventuali danni subiti per dolo da parte del medico.

2. Il rapporto tra medico e paziente è di natura contrattuale. A tal fine, prima del ricovero, i medesimi soggetti stipulano un contratto che espressamente non comporta per il medico l'obbligo di guarire il paziente, bensì di prestargli le cure appropriate e necessarie, in conformità con le conoscenze scientifiche acquisite.

## ART. 2.

*(Obbligo di assicurazione per le aziende sanitarie locali e per le strutture ospedaliere).*

1. È fatto obbligo alle aziende sanitarie locali (ASL) e alle strutture ospedaliere, pubbliche o private, di stipulare un'adeguata copertura assicurativa per responsabilità civile per danni causati da errori in campo medico.

2. La responsabilità civile per eventuali danni subiti dai pazienti a causa di imperizia da parte del personale sanitario è posta a esclusivo carico delle strutture in cui è avvenuto l'intervento medico.

3. Il danneggiato a seguito di prestazioni sanitarie ricevute in strutture per le quali vi è l'obbligo dell'assicurazione obbligatoria, ove ritenga che il contratto di cui al comma 2 dell'articolo 1 sia stato violato dal medico, promuove un'azione diretta per il risarcimento nei confronti dell'assicuratore entro i limiti delle somme per le quali è stata stipulata l'assicurazione.

#### ART. 3.

*(Conciliazione obbligatoria per le richieste di danni da responsabilità civile).*

1. È istituita la conciliazione obbligatoria nei confronti dell'assicuratore per le richieste di danni da responsabilità civile da parte di quanti ritengono di aver subito danni a causa di imperizia da parte del personale sanitario.

2. Prima di avviare l'azione diretta per il risarcimento nei confronti dell'assicuratore, è fatto obbligo di tentare la conciliazione obbligatoria di cui al comma 1. A seguito dell'avvio di tale procedimento, l'assicuratore, ove non ritenga che la richiesta di risarcimento sia immotivata e dopo aver svolto gli opportuni accertamenti cui il richiedente deve obbligatoriamente sottoporsi a pena di decadenza della sua richiesta, presenta al richiedente un'offerta di risarcimento. Qualora tale offerta sia rifiutata, il richiedente avvia l'azione diretta di cui al comma 3 dell'articolo 1.

3. Presso le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sono istituiti, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, appositi servizi per la conciliazione che hanno, in via esclusiva, il compito di regolare il procedimento di cui al comma 2. La composizione dei servizi di conciliazione è stabilita dalle regioni e dalle province

autonome assicurando, comunque, la presenza, in misura adeguata, della componente costituita da giudici civili e della componente costituita da medici in rappresentanza delle specializzazioni mediche.

ART. 4.

*(Obblighi delle ASL e delle strutture ospedaliere di istituire uffici legali medici).*

1. Le ASL e le strutture ospedaliere, pubbliche o private, devono dotarsi, ove esse ne siano prive alla data di entrata in vigore della presente legge, di appositi uffici legali in servizio permanente ai quali il personale sanitario, in presenza di situazioni di emergenza per la salute dei pazienti, può rivolgersi per ricevere informazioni sulle possibili conseguenze legali derivanti dal loro comportamento.

2. Le ASL e le strutture ospedaliere, pubbliche o private, possono avviare nei confronti dei propri dipendenti, qualora sia accertata una loro responsabilità diretta per dolo, azioni disciplinari e trattenere dallo stipendio le somme equivalenti all'aumento del costo delle polizze assicurative da essi causato. Il presente comma non si applica qualora sia accertato che il sanitario ha agito seguendo le indicazioni dell'ufficio legale di cui al comma 1.

ART. 5.

*(Compiti delle regioni e delle province autonome in materia di valutazione del rischio di responsabilità civile).*

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano istituiscono, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'ufficio di valutazione del rischio di responsabilità civile del personale sanitario. Compito dell'ufficio è formulare alle ASL e alle strutture ospedaliere, pubbliche o private, indirizzi vincolanti per la prevenzione dei contenziosi

attraverso l'adozione delle migliori pratiche mediche, organizzative e legali.

2. Gli uffici di valutazione istituiti ai sensi del comma 1 raccolgono annualmente i dati sul contenzioso civile in campo sanitario inviando una relazione annuale al Ministero della salute e alle competenti Commissioni parlamentari.

€ 1,00



\*16PDL0060080\*