

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA  
SUGLI ERRORI IN CAMPO SANITARIO  
E SULLE CAUSE DEI DISAVANZI SANITARI REGIONALI**

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

**74.**

**SEDUTA DI MARTEDÌ 27 NOVEMBRE 2012**

**PRESIDENZA DEL PRESIDENTE ANTONIO PALAGIANO**

**INDICE**

	PAG.		PAG.
<b>Sulla pubblicità dei lavori:</b>			
Palagiano Antonio, <i>Presidente</i> .....	2	Cirese Vania, <i>consulente dell'Associazione degli ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani (AOGOI)</i> .....	8
<b>Audizione di rappresentanti dell'Associazione degli ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani (AOGOI):</b>		Fucci Benedetto Francesco (PdL) .....	7
Palagiano Antonio, <i>Presidente</i> .....	2, 4, 6, 7, 10, 12	Pecora Paolo, <i>consulente dell'Associazione degli ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani (AOGOI)</i> .....	10, 11
Barani Lucio (PdL) .....	6, 10, 11	Porfidia Americo (Misto-NPSud) .....	8
Chiantera Antonio, <i>segretario nazionale dell'Associazione degli ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani (AOGOI)</i> .....	5	Trojano Vito, <i>presidente nazionale dell'Associazione degli ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani (AOGOI)</i> .....	2, 11

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE  
ANTONIO PALAGIANO

**La seduta comincia alle 14,15.**

**Sulla pubblicità dei lavori.**

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso.

*(Non essendovi obiezioni, così rimane stabilito).*

**Audizione di rappresentanti dell'Associazione degli ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani (AOGOI).**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione di rappresentanti dell'Associazione degli ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani, che desidero ringraziare per la loro presenza. Sono presenti il professor Antonio Chiantera e il professor Vito Trojano, rispettivamente segretario e presidente nazionale dell'Associazione, nonché gli avvocati Vania Cirese e Paolo Pecora.

Sono, altresì, presenti alcuni consulenti dalla Commissione: il professor Giorgio Vittori e gli avvocati Gelsomina Maisto e Vittorio Occorsio.

L'odierna audizione è stata chiesta dall'AOGOI e, sulla base delle competenze definite dall'articolo 3, comma 1, lettera d), della delibera istitutiva della Commissione, si colloca nell'ambito del filone di inchiesta sulle coperture assicurative presso le aziende sanitarie e ospedaliere.

Scopo dell'inchiesta è accertare il costo sostenuto dalle strutture sanitarie per la copertura dei rischi connessi a errori sanitari nonché l'ammontare delle somme corrisposte ai pazienti a titolo di risarcimento dell'eventuale danno subito, verificando altresì le modalità adottate per l'affidamento del servizio di assicurazione.

L'audizione concernerà, pertanto, i profili di interesse dell'Associazione, con specifico riferimento ai risvolti connessi alle coperture assicurative da parte degli enti e delle aziende del servizio sanitario anche a seguito dell'approvazione della legge 8 novembre 2012, n. 189. In tale occasione potranno, altresì, essere trattate le problematiche di natura medico-legale e assistenziale da voi richiamate in relazione a recenti orientamenti giurisprudenziali in materia di rischio clinico, responsabilità professionale e profili risarcitori.

La Commissione resta disponibile ad acquisire ogni atto e documento che i rappresentanti dell'AOGOI ritengano utile consegnare a margine dell'audizione o con relazione integrativa da trasmettere in un momento successivo.

Ringrazio ancora i rappresentanti dell'AOGOI per la loro presenza e cedo la parola al presidente, professor Trojano.

VITO TROJANO, *presidente nazionale dell'Associazione degli ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani (AOGOI)*. Ringrazio per la possibilità, concessa per la terza volta durante questi ultimi due anni di legislatura a rappresentanti dell'Associazione, di essere ascoltati su argomenti diversificati, ma sempre riguardanti il rapporto tra istituzioni e sanità.

Nonostante sia stato più volte richiesto che a livello legislativo si individuasse un'argomentazione che consentisse il ridimensionamento o la rivisitazione della

responsabilità professionale del medico e quindi, anche un ridimensionamento degli oneri assicurativi per risarcimento, non è stato fatto nulla neanche ultimamente. La legge Balduzzi, che rivede tanti casi, nel merito dei punti più pregnanti, soprattutto della responsabilità professionale, non ha introdotto elementi risolutivi. I problemi di medicina difensiva e quelli connessi a un'*escalation* esponenziale del contenzioso medico-paziente sono e saranno, infatti, in una fase crescente.

Questa Commissione si è interessata molto di queste problematiche – ho seguito anche i comunicati stampa relativi alle interviste del presidente nel campo ostetrico-ginecologico, di cui, tra l'altro, è un professionista affermato a livello nazionale – ma quello che più ci preme come società scientifica è rivedere una situazione legata al contenzioso tra medico e paziente e relativa alle assicurazioni.

Oggi un medico su due afferma di prescrivere esami e farmaci solo per medicina difensiva e il numero di ricoveri è aumentato esponenzialmente in funzione di questa. Tutto ciò non solo grava sul ruolo e la responsabilità del medico in genere, e del ginecologo in particolare, ma soprattutto sulla spesa sanitaria, che sta subendo anch'essa un aumento in termini assicurativi. Oggi ogni posto letto ha un prezzo che si aggira intorno ai 1.000 euro.

Questa situazione, purtroppo ha portato negli ultimi anni a una modificazione del rapporto tra medico e paziente. La società scientifica cerca di rivederlo alla luce di una maggiore tutela – come chiedevamo qualche mese fa in un'audizione analoga in questa sede, quando era presidente l'onorevole Leoluca Orlando – non solo strutturale, ma dell'operatività dei sanitari, e quindi dei ginecologi, nell'ambito della loro funzione professionale.

Non possiamo, infatti, dimenticare che proprio questa Commissione, con il contributo delle società scientifiche, l'AOGOI *in primis*, non più tardi di un mese e mezzo fa abbia pubblicato una relazione alla Camera dalla quale è emerso che, dei contenziosi in campo penale relativi a

eventi concernenti la gravidanza e il parto, il 98 per cento risultava finire archiviato o concluso con piena assoluzione.

Se questo è vero nel campo penale, nel campo civile certamente non è assolutamente così, perché molti procedimenti non vanno a risarcire in termini di giustizia certe situazioni, ma solo sotto il profilo economico e assistenzialistico. Una recente sentenza della Corte di cassazione, la n. 16754 del 2012, vede un collega accusato e condannato a un risarcimento non solo dei parenti, ma addirittura della bambina nata con *handicap*, per il fatto di essere nata, cioè non per un errore commesso dal collega stesso, ma perché l'informazione non era stata adeguatamente data. Una madre, al di fuori di tutte le linee guida nazionali e internazionali, avrebbe dovuto eseguire a 27-28 settimane un'amniocentesi senza alcuna storia anamnestica che la rendesse importante in quanto dirimente nel darle una certezza su una patologia cromosomica, a differenza del tritest, che aveva fatto e che aveva un margine di falsi negativi.

Questa sentenza ha peggiorato molto il rapporto tra medico e paziente e peggiorerà molto quello in termini di spesa e di medicina difensiva. Mentre, infatti, normalmente la condanna verte solo su un fatto obiettivo e dove c'è un nesso di causalità tra quello che il medico ha fatto e il risultato che ha ottenuto, questo caso ci porterà senz'altro a un'*escalation* ancora peggiore nei prossimi anni. Di questo, come società scientifica, siamo altamente preoccupati.

Vorremmo che fosse presentata una proposta di legge, in cui sia prevista la costituzione di una commissione nazionale con le società scientifiche per poter individuare gli interventi di tipo chirurgico, clinico e diagnostico di alta difficoltà dove esiste un margine di errore legato proprio alla difficoltà e alle complicazioni dell'intervento stesso ed escludere la possibilità di risarcimento per un *handicap* quando questo non è connesso a un errore medico, ma è legato soltanto a una situazione di

imprevedibilità, all'eccezionalità della tipologia della clinica e tecnica proprie della nostra specialità.

Auspichiamo che il danno biologico possa essere riportato a un danno liquidabile secondo equità o, quanto meno, non patrimoniale, eventualmente valutato con parametri e tabelle di tipo risarcitorio che siano uguali per tutto il sistema nazionale italiano, con l'obbligo per le aziende di assicurarsi in campo civile e per colpa grave per i danni causati per problematiche strutturali e nei confronti dei sanitari che operano nell'ambito della stessa azienda.

I costi assicurativi sono talmente alti che tra poco i giovani medici non saranno più da noi. Se già oggi oltre il 50 per cento è fuori, tra poco lo sarà oltre l'80, per cui dovremo importare manodopera di tipo professionale da altri Paesi per sopperire alle necessità alle quali ci troveremo di fronte.

Infine, si vorrebbe che i livelli massimi di risarcimento fossero applicabili secondo quelli che la corte d'appello di Milano ha posto, e siano pertanto calmierati, così che sia possibile rivedere i rapporti con le assicurazioni e i premi assicurativi e, dunque, la possibilità di lavorare con tranquillità e serenità e professionalità nel nostro Paese. Questa Commissione può essere un punto di riferimento importante per ottenere dei primi passi in direzione di questi risultati.

**PRESIDENTE.** Siamo d'accordo su tutto. In questa Commissione siamo in molti a far parte anche della Commissione affari sociali, presieduta, tra l'altro, da un ginecologo, come anche al Senato, per cui siamo tutti consapevoli e coscienti di questi problemi.

Io, facendo parte di un gruppo di opposizione, riesco anche a spingermi oltre in Commissione affari sociali, ma fondamentalmente quando si gestisce la salute pubblica si cerca sempre di essere equilibrati.

Il punto è uno solo, come sostengo insieme all'onorevole Barani: la modifica del Titolo V dalla Costituzione, che con-

ferisce in campo sanitario, ma non solo in quello, la massima autonomia alle regioni, con conseguente disomogeneità a livello nazionale. Nel corso di una missione a Napoli abbiamo verificato che alcuni grandi ospedali non sono assicurati; c'è chi ha un fondo regionale, chi non l'ha, chi suggerisce ai medici di arrangiarsi e assicurarsi da soli perché mancano le risorse a causa dei piani di rientro.

Ho anche proposto — la Commissione bilancio, in verità, ha rigettato il tutto — due emendamenti. Innanzitutto, trovo vergognoso che il 95 per cento dei medici, con contratto di tipo esclusivo, non possa detrarre, essendo privo di partita IVA, i costi dell'assicurazione, che supera spesso i 15.000 euro l'anno per massimali di circa 3 milioni di euro. Tale somma probabilmente, quando la sentenza andrà in ultimo grado, cioè tra dieci anni, non saranno neanche sufficienti a garantire l'indennizzo della vittima. Non sono così tanti, come lei giustamente ha specificato, ma di fatto oggi un giovane medico specialista non può permettersi, in quanto spesso neanche strutturato, polizze così alte.

Abbiamo anche chiesto — la Commissione bilancio ha respinto — la possibilità che sulle ricevute emesse negli ospedali ci fosse la massima trasparenza. Su 100 euro, infatti, soltanto 30-35 vanno in tasca al medico. Le iniziative da parte dei medici, non per uno spirito di casta o di appartenenza, ma di trasparenza, non sono state accettate.

Il punto, dunque, è la modifica del Titolo V, in questa legislatura niente affatto preso in considerazione. Se, però, non si mette mano lì, non avremo omogeneità. Ciò che è contestato all'Italia dall'*Euro health consumer index*, un indice della sanità per il quale siamo collocati al quindicesimo posto su 33, è la scarsa informazione.

L'appello alle società scientifiche da voi presiedute è che, se non possiamo commentare una sentenza, bisogna però ricorrere a qualche arma per far sì che non tutte le donne siano sottoposte ad amniocentesi, e quindi prevedere un consenso

informato più idoneo in cui si precisi che, non appena si prende in carico una gravidanza, occorre che la donna sottoscriva un *vademecum* per il quale si può fare il tritest o il test combinato, quindi con la *free-beta* e la *PAPP-A* con la translucenza nucale, che presentano falsi positivi e falsi negativi.

Altrimenti si arriverà, come lei evidenziava, a prescrizioni inidonee e costi esorbitanti, oggi pari a 12-14 miliardi di euro di medicina difensiva. Il Ministro Balduzzi lo sa. Quando verrà in Commissione, il 6 dicembre, riproporremo quanto avete illustrato, ma credo che da parte delle società scientifiche debba venire anche una proposta. Asserire che i medici non possono pagare è ben poco. Il legislatore deve essere coadiuvato dalle società scientifiche, che molto spesso sono un po' assenti e in altri casi non sono coinvolte, specialmente quando la legge riguarda il profilo bioetico. In quel caso, infatti, la società scientifica è assolutamente ignorata.

Do la parola al professor Chiantera.

ANTONIO CHIANTERA, *segretario nazionale dell'Associazione degli ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani (AOGOI)*. Noi stiamo lavorando sulla vita umana. Discutiamo di medicina difensiva e mentre questa diventa regola, fa i suoi primi morti. Oggi mi fa piacere comunicare che non c'è più solo una medicina difensiva, ma esistono una medicina difensiva attiva e una passiva, positiva e negativa. Rientra nella medicina difensiva positiva l'azione di non rifiutare di operare un malato e di praticare una marea di accertamenti pressoché inutili che « proteggano le spalle ». Siamo nel campo della medicina negativa quando addirittura ci si rifiuta di operare e si dichiara inoperabile il paziente. In questo modo, comincia un circuito che si conclude in una casa di cura privata ad altissimo onorario.

Nella medicina difensiva in ostetricia, abbiamo sotto gli occhi l'eccessivo numero di tagli cesarei oggi praticato in Italia. Una donna che, però, ha subito un paio di tagli cesarei, ha dentro di sé una potenziale

minaccia per la sua vita. Siamo d'accordo, infatti, che il primo taglio cesareo sia assolutamente innocuo per la donna, magari anche il secondo; se, però, sulla cicatrice si va a impiantare la placenta, per quella previa centrale o marginale, cioè la placenta che è sul segmento inferiore, la cicatrice non è in grado di fermarne la capacità invasiva e la placenta può perforare da parte a parte l'utero, raggiungendo in alcuni casi finanche la vescica.

Gli interventi di taglio cesareo in caso di placenta previa accreta o percreta presentano un indice di mortalità che sfiora il 40-50 per cento. La speranza delle donne affette da tale patologia è di andare in una struttura dove esista la possibilità di embolizzare le arterie uterine e dove esistano particolari *équipes* radiologiche interventistiche. Sappiamo che una simile struttura in tutta la Campania è presente solo presso l'ospedale Cardarelli di Napoli. Tutte le altre donne, che hanno subito due o tre tagli cesarei e hanno una placenta bassa, sono a rischio.

La recente sentenza della Corte di cassazione, poc'anzi ricordata, spingerà tutti a praticare amniocentesi. Infatti, ogni avvocato si « gioca » il consenso informato come vuole, aggiunge che è stato eliminato questo e non chiarito o non illustrato ampiamente quest'altro, e così praticheremo tutti amniocentesi.

Dimentichiamo, però, che ogni 200 amniocentesi, perdiamo un feto normale. L'incidenza della malformazione è, infatti, talmente bassa che, disgraziatamente, gli aborti provocati dall'amniocentesi sono in maggioranza assoluta feti sani. Quando si è verificata la morte per sepsi o la morte immediata durante l'amniocentesi, a noi non resta altro che pregare che il feto fosse malformato; lo speriamo perché altrimenti abbiamo ucciso un bambino sano.

A questo punto, siamo impegnati, come società scientifica, a combattere l'eccessivo numero di tagli cesarei, ma capiamo benissimo i nostri colleghi, che nella loro pratica si mostrano consapevoli del fatto che siamo condannati per non averlo praticato. Mai nessuno di noi, fino a oggi, è stato condannato per aver praticato un

taglio cesareo inutile. Oggi, per la prima volta, un magistrato a Napoli ha posto il problema se fosse proprio necessario un taglio cesareo praticato. Siamo condannati per non averli praticati, e quindi li praticiamo. Tra poco, praticheremo amniocentesi e qualche donna morirà per placenta accreta o percreta e qualche bambino sarà abortito per amniocentesi.

LUCIO BARANI. Ringrazio il presidente e il segretario dell'AOGOI per la loro chiarezza. I due relatori hanno già parlato della sentenza della sezione III della Corte di cassazione dell'ottobre 2012.

Credo che il vero male, il male di tutti i mali della nostra società sia questa magistratura. A mio avviso, dipende tutto da come si sveglia al mattino. Perché esiste la medicina difensiva? Esiste a causa di quest'odio atavico dei giudici nei confronti dei medici, che ha origini nel DNA dall'università e non diciamoci perché. È mai possibile che un medico debba laurearsi, specializzarsi, frequentare corsi, essere preparato in tutto e trovarsi di fronte un « mangiacarte », un fannullone, che giudica se condannarlo o meno penalmente e civilmente? Scherziamo?

PRESIDENTE. Onorevole Barani, la invito a contenere le sue espressioni. Credo non sia consono al suo ruolo chiamare i magistrati « fannulloni » e « mangiacarte ».

LUCIO BARANI. Quando portano un medico a dover fare diagnosi eccessive, a rappresentare un costo, come si è detto, di 12 miliardi di euro per la medicina difensiva, chi è responsabile, i medici? I medici cercano di difendersi perché li condannano.

Col Ministro Balduzzi abbiamo tolto la responsabilità penale per colpa lieve. È rimasta la colpa grave, ovviamente sempre il dolo, ma comunque, come hanno sottolineato i nostri due relatori, il risarcimento esiste anche per colpa lieve. Quando si dice che, in caso di neonato malformato, la colpa è del medico, che deve risarcire il bimbo, abbiamo toccato il fondo. Il medico paga la malformazione.

Non ho condiviso l'affermazione del segretario secondo la quale nell'amniocentesi si uccide un bambino. C'è l'aborto di un feto. Evidentemente, si uccide un bambino anche in un aborto naturale o spontaneo: io la penso diversamente, e cioè considero il feto un bambino quando è nato, non prima. Il rischio connesso all'amniocentesi è un conto che dobbiamo pagare. D'altronde, se è necessaria, la praticheremo a tutte le pazienti, la inseriremo nelle linee guida, nella buona pratica.

È stata molto interessante la spiegazione sulla differenza tra medicina difensiva positiva e negativa. È la prima volta che in questa Commissione si riportano i due esempi, che sono diversi, ma portano al medesimo fine, di esporre sempre di più il medico, i giovani medici. A un certo punto, nessuno vorrà più diventare ginecologo, chirurgo estetico, ortopedico, e avrà ragione. Chi ha studiato per 11 anni tra laurea e specializzazione non ha soldi per quell'assicurazione.

Il nostro presidente ha detto bene che alcune regioni hanno un fondo, ma ce l'hanno perché spostano tra dieci anni a chi verrà a futura memoria il pagamento di tutti i danni, molte volte superiore. Nonostante i toni, quindi, in realtà credo che non esista in Italia medico che non la pensi come me, che non abbia un giudizio negativo verso chi ci giudica, ci condanna e ci porta, quindi, a essere un costo sulla società.

Termino condividendo, ovviamente, quanto illustrato dal nostro presidente sulla modifica del Titolo V. L'assurdo è che in quella modifica i legislatori di quel tempo hanno inventato anche la concorrenza: ma come fa uno Stato normale a essere concorrente con le regioni? Siamo concorrenti? Siamo in una partita di calcio, c'è chi vince e c'è chi perde? Sulla sanità, com'è possibile che le regioni siano concorrenti con lo Stato? Ecco il peccato mortale. Di fatto, ci si rivolge alla Corte costituzionale; lo Stato impugna i provvedimenti delle regioni e le regioni fanno ricorso contro quelli dello Stato nella

materia concorrente, quella che dovrebbe concorrere assieme ed è, invece, diversificata.

Credo che le conseguenze di questa sentenza siano già state illustrate, ma forse dovrete dirci qualcosa di più, avanzare anche una proposta. Io e gli altri tra noi che sono anche componenti della Commissione affari sociali cercheremo, in questa legislatura o nella prossima, di modificare ciò che è errato.

**BENEDETTO FRANCESCO FUCCI.** Vorrei porrei due domande. La prima, in generale, su quello che, a mio avviso, è il *fumus* della legge Balduzzi a proposito della questione della colpa lieve e della colpa grave. Sono stato indotto a non votare il provvedimento perché ho visto la figura del medico molto penalizzata. Credo che manchi chiarezza; come qualche collega ha già sottolineato, abbiamo risolto il problema della colpa lieve, ma credo che esista un *fumus* quando intravedo, tra le righe del dispositivo, un'attribuzione al magistrato di notevole discrezionalità. È il magistrato a decidere in base a protocolli nazionali e internazionali, e anche qui vedo una situazione estremamente lacunosa nel concretizzare le linee guida: il medico, infatti, è ulteriormente penalizzato. Credo – non userò i termini molto forti e dirompenti adoperati dall'onorevole Barani, ma li condivido – che in molte situazioni ci sia un pregiudizio e non una serenità di valutazione, laddove, ad esempio, il paziente deve essere considerato sempre oggetto di un atto di *malpractice* anziché giudicare con serenità la questione.

Vorrei, inoltre, che mi si aiutasse a capire come possiamo venir fuori da quest'altro mostro di sentenza della Corte di cassazione. Altri Paesi, come credo la Francia, hanno in parte risolto il problema, ma in Italia la sentenza peserà come un macigno sulla discrezionalità in termini di diagnosi e di terapia che ogni medico dovrebbe avere, seguendo con scienza e coscienza le linee guida. Si continuerà, invece, e anzi si approfondirà moltissimo quel solco tra paziente e me-

dico che è costituito dalla medicina difensiva.

Ringrazio il professor Chiantera per aver suddiviso la medicina difensiva in attiva e passiva. Credo sia la prima volta e il discorso è interessantissimo. La ringrazio perché ho appreso così che un medico comincerà a prendere seriamente in considerazione la possibilità di non intervenire. Il medico è colui che, benché stanco, sovraffaticato perché sottoposto a turni massacranti, comunque non rinuncia mai ad accorrere al letto di un paziente; ora, invece, con suo sommo dispiacere, questa rinuncia si verificherà molto spesso.

**PRESIDENTE.** Il nostro consulente Vittorio Occorsio, nella propria istruttoria tecnica, al primo punto, ha precisato che il diritto al risarcimento del minore nei confronti del medico sembra difficilmente contestabile e porterà, certamente, a un incremento ulteriore della medicina difensiva, distinguendo proprio quella negativa e quella positiva.

Credo, però, che il discorso stia un po' andando al di là di quello che dovrebbe. Non vorrei che oggi terminassimo quest'importante audizione raggiungendo come solo risultato di dare visibilità. A me non interessa questo risultato. Vorrei che emergessero proposte da parte dei presenti. Diversamente, attaccheremo i giudici, un altro attaccherà gli avvocati che vogliono fare le cause, altri i pazienti, ma alla fine non cambierà niente. Vorrei, quindi, innanzitutto una proposta e una valutazione su quanto è stato fatto dal Ministro Balduzzi, che sarà presto ascoltato in Commissione.

Ho alcune perplessità sulla colpa lieve, perché il giudice sarà in mano ai periti, nonostante gli auspici del collega Fucci, autore della proposta di legge sulla qualifica dei periti. Ho spiegato più volte al Ministro Balduzzi che essere iscritto all'albo personalmente non è un requisito che da solo mi tranquillizza. Il professor Chiantera, per esempio, noto cattedratico, probabilmente non è neanche iscritto all'albo dei periti; se un magistrato volesse

avvalersi della sua esperienza perché ha seguito 4.000 parti, purtroppo potrebbe essere impedito a farlo, in quanto il professore non è iscritto all'albo. Esservi iscritto, quindi, a mio avviso non è sufficiente; occorrerebbe un'estensione, per esempio, ai professionisti di chiara fama, ai professori universitari di ruolo, che sicuramente hanno una competenza maggiore rispetto al trentenne che si è appena laureato e specializzato e che magari non ha visto neanche un parto.

Su colpa lieve e colpa grave, prendo atto che il 98,5 per cento di procedimenti penali per lesioni gravi vengono archiviati, per cui il problema è civilistico, come abbiamo spiegato al Ministro Balduzzi, perché il medico si trova espropriato della casa che magari ancora sta pagando col mutuo. Dovremmo uscire da questo equivoco e verificare anche qual è il ruolo delle società scientifiche, che redigono le linee guida. In Italia, abbiamo società scientifiche con 5 iscritti. Quali sono le società scientifiche, che compiti devono avere, che ruolo? In questo caso, credo sia importante perché, se scrivono le linee guida, in qualche maniera hanno una certa responsabilità.

È questo il vostro ruolo, che quindi spero sia più propositivo, anche attraverso audizioni come questa. Praticare tante amniocentesi, ricorrere alla medicina difensiva non solo comporta un aumento incredibile della spesa, ma soprattutto non garantisce l'appropriatezza terapeutica. Questo significa andare contro l'articolo 32 della Costituzione.

AMERICO PORFIDIA. Innanzitutto, vorrei ringraziare per l'apporto che l'AOGOI sta dando alla Commissione.

Venendo al fulcro del problema, prendiamo tutti atto di un vuoto normativo. Di conseguenza questo vuoto è riempito dai giudici, che forse non sono nemmeno tecnici della materia.

Abbiamo l'esigenza di norme che tutelino non solo la salute del paziente, ma anche l'attività di medici, che devono svolgerla con coscienza.

Vorremmo capire cosa proponete, anche in previsione dell'audizione che abbiamo in programma con il Ministro Balduzzi per il 6 dicembre.

Rivolgo, infine, un quesito particolare: per quanto riguarda in modo preminente la vostra materia, il decreto del Ministro Balduzzi ha apportato qualche vantaggio o possiamo parlare addirittura di svantaggi?

VANIA CIRESE, *consulente dell'Associazione degli ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani (AOGOI)*. Questo appello prende spunto dalla sentenza problematica della Corte di cassazione, piuttosto devastante a causa delle possibili conseguenze, ma intende portare l'attenzione a tematiche più generali, con atteggiamento propositivo.

Le società scientifiche, invero, soprattutto durante il cammino del decreto Balduzzi, poi convertito in legge, hanno cercato di essere propositive e, purtroppo, non sono state ascoltate.

Il giudice, ovviamente, si occupa del caso concreto portato alla sua attenzione, che va analizzato e giudicato. Qui, invece, purtroppo, le pronunce giurisdizionali tengono il luogo del legislatore perché, pur non essendo il nostro un ordinamento a base giurisprudenziale, quando il legislatore non si occupa di una materia, o perlomeno non se ne occupa in maniera sistemica, il giudice è chiamato a colmare quel vuoto.

In realtà, oggi assistiamo a un fenomeno totalmente contrario in Europa. Proprio per la ricezione della normativa comunitaria, il legislatore è sempre più presente, mentre in Italia lasciamo intere materie alla disciplina della magistratura, che giudica il caso concreto; e quando si tratta di una sentenza della Corte di cassazione, pur non rappresentando un precedente vincolante, si riverbera sugli altri orientamenti.

Assistiamo, così, quale tendenza ultima sia del legislatore, che brilla per la sua assenza in certe problematiche, sia della magistratura, al fenomeno per cui il medico è lasciato completamente da solo nel suo rapporto fiduciario, ovvero di riven-

dicazione del paziente nei suoi confronti. Le strutture non tutelano né gli interessi del medico né del paziente e sono sempre più assenti. Laddove si tratta di un bene costituzionalmente garantito, altamente di interesse collettivo qual è la salute, quasi ci si ritrova in un rapporto privatistico tra medico e paziente.

Qui è l'errore di fondo, che altri ordinamenti, come in Francia e in Gran Bretagna, invece hanno inteso colmare innanzitutto con una presenza del legislatore nazionale, che traccia le linee guida, con una norma quadro e può farlo anche in un ordinamento come il nostro a base di autonomia regionale. Abbiamo la Conferenza Stato-regioni e tante altre possibilità di coordinare gli interventi, e invece assistiamo, purtroppo, a interventi normativi regionali a macchia di leopardo. Le più « virtuose » tra le regioni hanno inteso disciplinare la materia, ma ciò ha comportato un quadro distonico, di discrasia totale e di assenza di tutela generale e astratta, quindi per tutti, tanto in danno dei medici quanto dei pazienti.

Il legislatore deve riappropriarsi del suo ruolo. La recente sentenza della Cassazione in realtà equipara *in malam partem* l'aver cagionato il danno da parte di un ginecologo — pensiamo a un omesso o a un tardivo cesareo che ha cagionato un'ipossia, quindi condotta omissiva, oppure a una condotta commissiva, aver effettuato una manovra errata, lesione del plesso brachiale e così via — al non averlo diagnosticato laddove c'è una malformazione genetica. Qui la magistratura non solo fa un salto impossibile nel nostro ordinamento, cioè un'equiparazione *in malam partem*, rispetto all'agente, ma salta un baluardo che il legislatore ha posto, il principio del nesso causale, articolo 40 del Codice penale, che prevede l'impossibilità di porre a carico dell'agente un evento se non è diretta conseguenza della sua condotta.

Siccome non vi è una copertura sotto leggi scientifiche, universali o statistiche, è un giudizio controfattuale che deve reggere all'indagine del magistrato: se il ginecologo ostetrico avesse diagnosticato in

maniera corretta utilizzando degli esami maggiormente predittivi, avrebbe evitato alle lesioni? No, perché le lesioni erano genetiche e tanto basta per chiudere qui il discorso su una sentenza pericolosissima, che salta sia il legislatore sia l'articolo 40 del codice penale.

Vengo al lato propositivo. Il decreto Balduzzi, in realtà, aveva generato molte aspettative perché, essendo retto dall'urgenza di far fronte alla medicina difensiva e ai suoi costi, avrebbe potuto portare una riforma in sanità auspicata da tutti, quantomeno dagli operatori della giustizia. Purtroppo, invece, li ha scontentati perché ancora una volta il legislatore brilla per la sua assenza.

Le proposte miravano a raggiungere un riequilibrio del rapporto tra medico e paziente innanzitutto identificando le fonti degli eventi avversi e dei rischi, con un sistema di monitoraggio e gestione del rischio clinico. Una volta individuate le fonti, come è successo in Francia o in Gran Bretagna, ci sarebbero stati dei binari di responsabilità diversi, quantomeno un doppio binario: se l'evento è stato cagionato dal medico per sua imprudenza, negligenza o imperizia in costanza di un nesso causale; oppure se la responsabilità è della struttura quando non apporta i mezzi, i presidi, e quindi il sanitario si trova a dover far fronte magari anche a situazioni di urgenza gravissime. La terza ipotesi è quella in cui non vi è una responsabilità né della struttura né dell'operatore sanitario e si faccia fronte con un sistema di *welfare*.

La vostra Commissione è veramente per noi di preminente importanza per attirare l'attenzione su tutto ciò. In Francia esiste un fondo vittime dell'alea terapeutica con una copertura assicurativa *ad hoc*, che fa fronte a danni sanciti, naturalmente, con risultati tabellari, omogenei su tutto il territorio. La coscienza sociale richiede che un bambino cerebroleso riceva un indennizzo. Non per questo, però, lo si può porre a carico del sanitario che non ha commesso un'azione o un'omissione con negligenza, imprudenza o impe-

rezza; né, soprattutto, si può ravvisare in questa fattispecie un rapporto causale.

Chiediamo che si vada incontro, anche nel nostro ordinamento, alle tendenze che, dopo la sentenza Perruche, comparabile a quella della Cassazione, in Francia hanno avuto ingresso con la *loi Kouchner*, n. 303 del 2002, e poi nel *Code de la santé publique*, numerosi anni fa. Una seria gestione del rischio clinico nel *National health service* risale allo stesso periodo. Per quale motivo il nostro legislatore, che potrebbe ben fare da apripista in Europa, non prende atto di queste tendenze che hanno portato frutto? Hanno condotto, infatti, a una diminuzione del contenzioso medico-legale della medicina difensiva prevedendo la possibilità di indennizzi che non sono un risarcimento danno da *mal-practice*, ma a titolo di fonte diversa.

LUCIO BARANI. In Commissione Affari sociali avevamo approvato quanto illustrava l'avvocato, ma la Commissione bilancio ha cassato la proposta.

PRESIDENTE. Sì. Ho iniziato dicendo che siamo tutti d'accordo. L'onorevole Fucci mi ha addirittura detto che proteggo troppo i medici, ma gli ho risposto che sto solo proteggendo i cittadini. C'è una sensibilità trasversale, ma davvero, al di là dei costi, l'appropriatezza terapeutica non è garantita e non si può essere di destra o di sinistra in questi campi.

Do la parola all'avvocato Paolo Pecora.

PAOLO PECORA, *consulente dell'Associazione degli ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani (AOGOI)*. Vorrei soffermarmi sulla questione della pertinenza del decreto Balduzzi.

Rispetto alla posizione dei medici e dei ginecologi, non abbiamo un'incidenza significativa nei ristori per danni civili, in quanto il danno biologico conseguente all'attività dell' esercente la professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle. Nel terzo comma dell'articolo 3 del decreto-legge n. 158 del 2012, in realtà, vanno perse tutte le poste risarcitorie liquidate nelle sentenze.

Nelle sentenze, il danno biologico è una voce trascurabile, spesso neppure liquidata perché le poste sono tutt'altre, di danno non patrimoniale. Il più contiene il meno e quindi il danno biologico è una delle componenti del danno non patrimoniale, ma non è la più rilevante; nelle sentenze che riguardano i medici e i ginecologi ha una parte spesso trascurabile, alcune volte addirittura inesistente. Sono altri danni non patrimoniali, come adesso il danno da esistenza diversamente abile dell'ultima novità giurisprudenziale, ma anche tutte le altre voci vanno liquidate secondo equità. Parliamo di lucro cessante e delle spese che devono sostenere le famiglie per i nati malformati, della lesione del diritto alla determinazione della gestante, del danno da rovesciamento dell'agenda, così definito dalla giurisprudenza, che incide significativamente sul tipo di vita che una famiglia colpita dalla nascita di un figlio indesiderato malformato deve avere nel corso della sua esistenza.

Tutte queste voci di danno, che rappresentano centinaia di migliaia di euro che vanno a toccare la vita dei medici, spesso non adeguatamente coperti da assicurazione, restano fuori dal decreto, per cui forse per alcune categorie professionali specialistiche il decreto ha un'incidenza significativa, ma per i ginecologi sicuramente no.

Vorrei anche brevemente spiegare che la giustizia è una questione che va, comunque, tenuta sotto i riflettori. Se è vero, infatti, che il progresso tecnologico dovrebbe portare a una minore incidenza degli errori medici, è anche vero che il trend dei giudizi è esattamente opposto e che aumentano le cause per responsabilità medica. Questo significa che forse c'è una particolare virulenza nell'aggressione alla categoria, data da un proliferare di soggetti che si muovono alla ricerca di questo genere di contenziosi e che non si fanno scrupoli nel redigere perizie non rispettose dei criteri medico-legali, atti non rispettosi della verità che bisognerebbe riportare in un processo, e che quindi generano un'aspettativa anche nei genitori dei nati

malformati in quella che è ormai una pratica parassistenziale. Questa è la verità dei processi civili.

Bisogna rivolgere l'attenzione al problema, perché, purtroppo, abbiamo già avuto modo di sperimentare con la responsabilità civile obbligatoria che, dove gli interessi economici diventano importanti, si insinuano *lobby* di malaffare che si organizzano attraverso la « compiacente » manovalanza di avvocati e anche di medici legali e di procacciatori, per lottizzare e gestire compensi milionari.

È un pericolo, e sono quindi opportuni degli osservatori sulle perizie. Non è giusto che dei medici restino impuniti quando affermano nelle perizie la colpa dei colleghi in modo del tutto fraudolento, come purtroppo accade sempre più spesso. Servirebbe un osservatorio delle perizie, gestito da centri specializzati. In campo ginecologico, si potrebbe anche attivare un osservatorio presso l'AOGOI o altre associazioni dove le perizie siano monitorate, per segnalare al Consiglio dell'Ordine le responsabilità dei medici che operano in danno dei colleghi in quanto allettati dall'opportunità di partecipare a patti di quota lite che li vedono proficuamente remunerati.

Concludo con una riflessione a proposito del consenso informato. Va posta con riferimento al termine di prescrizione delle azioni, che è decennale, e al tempo in cui si formano i consensi informati. L'evoluzione della giurisprudenza, infatti, è tale per cui il consenso informato che oggi confezioniamo sulla base di alcune logiche giuridiche e mediche, probabilmente non sarà più attuale quando sarà sottoposto al vaglio del giudice. Nei dieci anni che intercorrono, determinati criteri e parametri non saranno più gli stessi e nel 90 per cento dei casi i medici legali — che, come il presidente della Commissione opportunamente sottolineava, non sono qualificati — non ricollocano il fatto nel contesto storico in cui si è verificato, non risalgono alle linee guida dell'epoca, non guardano a quel consenso informato alla luce delle conoscenze dell'epoca, ma si riferiscono alle linee guida attuali.

Forse un termine di prescrizione più breve potrebbe contenere questa disfunzione, accogliere il grido d'allarme dei medici ed essere anche più coerente con il tipo di polizza che oggi hanno. Le polizze *claims made*, ovviamente, attivandosi per un fatto che si è verificato dieci anni prima, creano non pochi problemi.

LUCIO BARANI. Avete detto che, secondo questa sentenza, per il giudice il diversamente abile non ha diritto di nascere.

PAOLO PECORA, *consulente dell'Associazione degli ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani (AOGOI)*. Non è esattamente così. Il giudice ha riconosciuto il danno da nascita diversamente abile.

VITO TROJANO, *presidente nazionale dell'Associazione degli ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani (AOGOI)*. Vorrei ringraziare il presidente e gli onorevoli della Commissione e chiedere di depositare le nostre richieste.

Con il Ministro Balduzzi, ritengo che pochi temi vadano affrontati al di là di quello che oggi ci siamo detti. Uno riguarda l'individuazione delle società scientifiche che devono redigere linee guida: accreditate a livello nazionale; le più rappresentative, altrimenti ci troveremo mille società con cinque iscritti a parlare di queste cose.

Un altro tema riguarda una rivisitazione attenta della libera professione. Siamo arrivati ad aliquote per cui il medico guadagna il 20 per cento e l'80 va tra contribuzione fiscale e trattenute da parte dell'azienda. Si faccia in modo che gli spazi della libera professione siano adeguatamente separati da quelli istituzionali, altrimenti cadremo nelle commistioni, come sta già accadendo in molte altre parti.

Il terzo tema è rappresentato dai DRG, *diagnosis-related group*. Se ne è parlato in relazione alla sala parto, al taglio cesareo, ma vanno rivisti in campo ostetrico e ginecologico.

L'AOGOI ha già cominciato ad assicurare una tutela legale ai suoi iscritti, con studi altamente qualificati a livello nazionale, ai quali gli iscritti potranno rivolgersi per contenziosi medico-legali in campo penale o civile. È una goccia nel mare, per cercare di contenere la spesa assicurativa e i contenziosi medico-legali. Da parte nostra, cominciamo a muovere i primi passi. Chiediamo che siate con noi e che insieme possiamo raggiungere gli obiettivi che ci stanno a cuore.

**PRESIDENTE.** Ricordo, a proposito delle criticità rappresentate anche al Ministro, che da agosto 2013 scatterà l'obbligo di assicurarsi. Serve quello che in medicina chiamiamo il rapporto di biunicità. Se si è ricevuta una denuncia, non si troverà un'assicurazione che assicuri. Credo che il Ministro debba garantire quest'obbligo. Le compagnie assicurative, secondo quanto abbiamo ascoltato, non vogliono garantirlo. Se si obbliga il medico ad assicurarsi, però, deve esserci un'assicurazione che voglia contrarre quella polizza.

Allo stesso modo, avevo proposto ed è stato votato da tutti il pagamento in termini certi che non soltanto il 20 o il 30 per cento di quanto paga il paziente vada nelle tasche del medico. Avevo chiesto al Governo di garantire che almeno in 30 giorni — sono stati poi accolti i 90 giorni proposti

dai colleghi del PD — fosse restituito ciò che il paziente paga all'ospedale per la visita di un certo professionista, che paga le tasse e che magari deve attendere mesi prima che quella voce compaia nel suo stipendio. È una garanzia di trasparenza, magari quei soldi sono impiegati per altro.

Sono tanti i punti. Voglio tranquillizzarvi tutti proprio perché, non appena mi sono insediato alla presidenza di questa Commissione, in una settimana abbiamo chiesto lo stato dell'arte sulle assicurazioni delle aziende e sulla procreazione medica assistita. Questa « fotografia » è importante affinché sia rappresentata al Ministro. Accade, infatti, come l'altro giorno sulla SLA, che il Ministro non disponga ancora dei numeri dei malati. Compito di questa Commissione è avanzare proposte e cercare di delineare lo stato dell'arte, avvalendosi anche di esperti come voi.

Ringraziandovi per la collaborazione, dichiaro conclusa l'audizione.

**La seduta termina alle 15,30.**

---

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI  
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE*

**DOTT. VALENTINO FRANCONI**

---

*Licenziato per la stampa  
il 23 febbraio 2013.*

---

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

