

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

INDAGINE CONOSCITIVA:

Indagine conoscitiva sull'organizzazione dell'attività dei medici che svolgono gli accertamenti sanitari per verificare lo stato di salute del dipendente assente per malattia.

Audizione del sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo (*Svolgimento e conclusione*) 225

SEDE REFERENTE:

Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario. C. 259 Fucci, C. 262 Fucci, C. 1324 Calabrò, C. 1312 Grillo, C. 1581 Vargiu, C. 1902 Monchiero e C. 1769 Miotto (*Seguito dell'esame e rinvio – Nomina di un Comitato ristretto*) 226

INDAGINE CONOSCITIVA

Giovedì 27 marzo 2014. — Presidenza del presidente Pierpaolo VARGIU. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo.

La seduta comincia alle 13.45.

Indagine conoscitiva sull'organizzazione dell'attività dei medici che svolgono gli accertamenti sanitari per verificare lo stato di salute del dipendente assente per malattia.

Audizione del sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo.
(*Svolgimento e conclusione*).

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, propone che la pubblicità dei lavori sia assicurata anche mediante impianti audiovisivi a circuito chiuso. Non essendovi obiezioni, ne dispone l'attivazione.

Introduce, quindi, l'audizione.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO, svolge una relazione sui temi oggetto dell'audizione.

Intervengono quindi i deputati Anna Margherita MIOTTO (PD), Paola BINETTI (PI) e Pierpaolo VARGIU, *presidente*.

Interviene, in replica, il sottosegretario Vito DE FILIPPO.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, ringrazia il sottosegretario per il suo intervento e dichiara conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 14.10.

N.B.: Il resoconto stenografico della seduta è pubblicato in un fascicolo a parte.

SEDE REFERENTE

Giovedì 27 marzo 2014. — Presidenza del presidente Pierpaolo VARGIU. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo.

La seduta comincia alle 14.10.

Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario.

C. 259 Fucci, C. 262 Fucci, C. 1324 Calabrò, C. 1312 Grillo, C. 1581 Vargiu, C. 1902 Monchiero e C. 1769 Miotto.

(Seguito dell'esame e rinvio – Nomina di un Comitato ristretto).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta del 5 febbraio 2014.

Pierpaolo VARGIU, *presidente e relatore*, avverte che è stata assegnata alla Commissione, in sede referente, in data 24 marzo 2014, la proposta di legge n. 1769, d'iniziativa dei deputati Miotto ed altri: «Modifiche al codice civile e al codice penale in materia di responsabilità in ambito medico e sanitario e altre disposizioni concernenti la sicurezza delle cure e il risarcimento dei danni da parte delle strutture sanitarie pubbliche».

Poiché la suddetta proposta di legge verte su materia identica a quella delle proposte di legge in esame, la presidenza ne ha disposto l'abbinamento ai sensi dell'articolo 77, comma 1, del regolamento.

Anche in considerazione del fatto che il sottosegretario De Filippo non ha avuto modo di seguire personalmente l'iter del provvedimento in titolo fino alla seduta odierna, reputa opportuno ricordare che, dopo l'avvio dell'esame preliminare, ha avuto luogo lo svolgimento di un ciclo di audizioni al termine del quale si è convenuto di tenere aperta la discussione per qualche altra seduta, in modo da consentire ai deputati di intervenire alla luce degli ulteriori spunti di riflessione emersi nel corso delle audizioni. Chiede, pertanto, se vi siano ancora colleghi che intendano intervenire nel dibattito.

Anna Margherita MIOTTO (PD), evidenziata la rilevanza e l'oggettiva complessità del tema in esame, richiama le diverse soluzioni che sono state prospettate attraverso le proposte di legge presentate, non-

ché nel corso delle audizioni svoltesi presso la Commissione affari sociali.

Sotto questo profilo, fa riferimento alla revisione delle competenze dei consulenti tecnici d'ufficio (CTU), che a suo avviso non sarebbe comunque sufficiente, occorrendo parallelamente definire i termini della responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Al riguardo, fa presente che tale problematica è stata posta come priorità assoluta, nell'ambito di cinque priorità che sono state segnalate al Parlamento e al Governo da parte dell'intersindacale medica. Ricorda, infatti, come gli operatori sanitari siano sottoposti a una pressione fortissima e come le stesse aziende sanitarie si trovino in una posizione di grave difficoltà.

Un altro punto critico è costituito dal fatto che diverse regioni scelgono la via dell'autoassicurazione, ciò che non può non avere forti ricadute sui rispettivi bilanci, che saranno evidenti tra qualche anno.

Con riferimento, poi, alla tendenza generale emersa dalle audizioni svolte, nel senso di non procedere alla determinazione di una specifica forma di responsabilità penale e civile dell'esercente la professione sanitaria, fa presente che in ogni caso non si può prevedere una posizione di assoluto privilegio per gli operatori sanitari, ciò che comporterebbe inevitabilmente la compressione della tutela del cittadino.

Rileva, quindi, come da molte parti sia stata invocata, al fine di ottenere un significativo calo del contenzioso in atto tra gli esercenti le professioni sanitarie e i pazienti, la definizione delle tabelle per il risarcimento del danno non patrimoniale. In proposito, osserva che la Commissione giustizia sta procedendo all'esame della proposta di legge concernente la determinazione e il risarcimento del danno non patrimoniale (A.C. 1063). Ritiene pertanto che attraverso il lavoro svolto presso la Commissione giustizia congiuntamente al testo del provvedimento che sarà approvato dalla Commissione affari sociali in materia di responsabilità

professionale del personale sanitario, il Parlamento sarà in grado di fornire una risposta a un problema avvertito come non più rinviabile.

Pierpaolo VARGIU, *presidente e relatore*, nessun altro chiedendo di intervenire, ed essendosi pertanto chiusa la fase dell'esame preliminare del provvedimento, dà la parola al sottosegretario De Filippo prima di procedere egli stesso alla replica, in qualità di relatore.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO rileva preliminarmente che un intervento nel settore della responsabilità professionale del settore sanitario non può prescindere dalla duplice esigenza di assicurare, da un lato, la giusta serenità ai professionisti dall'altro, il diritto dei cittadini ad essere tutelati nei casi di *malpractice*. L'allarmante incremento del numero dei contenziosi in ambito sanitario registrato negli ultimi anni ha avuto una ricaduta significativa sul sistema in generale, ha infatti comportato una crescita consequenziale di comportamenti di tipo difensivo, le cui conseguenze, come sappiamo, sono devastanti sia in termini di sicurezza dei cittadini sia in termini di costi sulla spesa sanitaria.

Nel corso del dibattito parlamentare e delle audizioni, svolte presso la Commissione affari sociali sono emersi alcuni numeri impressionanti: il numero dei contenziosi, quello dei costi della cosiddetta medicina difensiva, quello dei costi delle polizze assicurative.

Un'altra conseguenza drammatica dell'incremento dei contenziosi è quella dell'impossibilità, per molti operatori sanitari, di riuscire ad ottenere un'adeguata copertura assicurativa sul mercato per i costi eccessivamente alti delle polizze, mentre alcune categorie di professionisti corrono il rischio di non trovare compagnie disposte ad assicurarli.

A ciò si aggiunga l'esodo dalle specializzazioni maggiormente esposte a rischio. Presumibilmente, nei prossimi anni, potrebbe verificarsi anche in Italia, quanto già accaduto in altri Paesi, ovvero l'arrivo

di medici stranieri che si occuperanno delle branche specialistiche rifiutate dagli italiani.

Tutto questo ci rende consapevoli che un intervento organico in tale materia non è rinviabile.

Per tale ragione il Ministero della salute, parallelamente al lavoro che si sta svolgendo in Parlamento, ha avviato una profonda riflessione sul tema. A riguardo è stato conferito agli uffici competenti uno specifico mandato al fine di verificare quali modifiche normative sono effettivamente necessarie e cosa si può e si deve fare in via amministrativa. Sono stati, pertanto, avviati una serie di incontri con rappresentanti dei professionisti, del mondo scientifico e del mondo accademico da cui sono emersi alcuni punti chiave sui quali sicuramente occorre intervenire al fine di ricondurre il contenzioso a dimensioni fisiologiche.

Alcuni aspetti sono già stati affrontati nelle proposte di legge in discussione. Tra questi per esempio non trascurabile è il problema degli « errori di sistema » in cui il professionista spesso si trova ad essere coinvolto esclusivamente perché parte di una filiera. L'attenzione andrebbe posta in tali casi, oltre che sui professionisti, sulle organizzazioni dei servizi in particolare sulla loro capacità di orientare le azioni di miglioramento per migliorare la sicurezza delle organizzazioni sanitarie e delle attività umane.

Su altri aspetti è in corso un ulteriore approfondimento al fine di verificare la piena compatibilità con l'ordinamento costituzionale e la sostenibilità dal punto di vista economico delle possibili soluzioni (quali l'ipotesi di una fattispecie autonoma di reato colposo o la costituzione di un apposito Fondo di solidarietà per chi ha subito danni derivanti da prestazioni professionali sanitarie).

Alla luce di tali approfondimenti si sta, pertanto, valutando se e come intervenire dal punto di vista normativo, eventualmente integrando le iniziative già in corso, al fine di giungere ad un intervento a tutto tondo che non si risolva e non sia percepito come la ricerca dell'impunità per i

professionisti che sbagliano, ma che, al contrario, assicurando la giusta serenità ai professionisti, rafforzi il diritto dei cittadini ad essere tutelati nei casi di *malpractice*.

Contestualmente, si sta lavorando anche dal punto di vista amministrativo, per dare attuazione alle disposizioni decreto-legge n.158 del 2012 convertito dalla legge n. 189 del 2012 che, come è noto, sono finalizzate ad agevolare i professionisti che hanno difficoltà a trovare un'adeguata copertura assicurativa sul mercato.

Al riguardo, ricorda che la legge n. 148 del 2011 ha posto a carico dei professionisti l'obbligo di copertura assicurativa contro i rischi derivanti dall'esercizio della professione. Proprio al fine di favorire coloro che, per l'attività svolta, sono più esposti a rischio e che non sono in grado di sostenere costi assicurativi elevati (si pensi per esempio ai giovani professionisti che accedono al mercato del lavoro) l'articolo 3 della legge n. 189 del 2012 ha previsto la costituzione di un apposito Fondo di garanzia, demandando ad un atto regolamentare la determinazione dei casi e delle modalità con cui il professionista possa essere agevolato nel sostenere una polizza. Lo stesso decreto dovrà dettare requisiti uniformi per i contratti di assicurazione.

È di tutta evidenza, che si tratta di un molto testo complesso, che deve tenere conto delle disposizioni esistenti in materia assicurativa, e che pertanto è al vaglio di un tavolo tecnico appositamente costituito che dovrebbe a breve concludere i suoi lavori, per avviare poi i successivi passaggi istituzionali. Per rendere operativo l'obbligo assicurativo solo dopo l'entrata in vigore del regolamento, il Ministro della salute nel mese di luglio scorso con un emendamento approvato in occasione della conversione in legge del decreto-legge cosiddetto « del fare » ha prorogato, dal 15 agosto 2013 al 15 agosto 2014, la decorrenza dell'obbligo di stipulare l'assicurazione già previsto dalla legge n. 148 del 2011.

Aggiunge inoltre, che nell'ambito degli approfondimenti sin qui condotti si è al-

tresi acquisito la consapevolezza della necessità di garantire una maggiore attenzione al rapporto e alla comunicazione tra medico e paziente, intervenendo anche sul lato della formazione.

Quanto più, infatti, i cittadini avranno la percezione di un medico attento ai loro bisogni di cura ed assistenza, e avvertiranno di essere « considerati » dal professionista cui si sono rivolti, tanto meno ci sarà contenzioso.

Reputa, pertanto, necessario che i professionisti acquisiscano durante il proprio percorso formativo la piena consapevolezza che una corretta relazione medico – paziente non è « altro » rispetto all'attività svolta, ma è qualcosa di immanente all'attività stessa. Da qui, tra l'altro, l'importanza del corretto utilizzo di strumenti come la cartella clinica o il consenso informato.

Pierpaolo VARGIU, *presidente e relatore*, richiamando l'intervento svolto da ultimo dal sottosegretario De Filippo, evidenzia che, essendo stato istituito presso il Ministero della salute un tavolo tecnico concernente la stessa materia oggetto del provvedimento in titolo, sarebbe opportuno acquisire la documentazione ivi prodotta.

Al termine del dibattito svoltosi presso la Commissione, nell'ambito del quale sono stati acquisiti vari importanti contributi, forniti sia da parte di deputati, spesso profondi conoscitori della materia, sia da parte dei soggetti auditi, intende ricordare sinteticamente i problemi principali che si pongono e chi richiedono, quindi, una soluzione tempestiva e adeguata. Fa presente che l'urgenza di intervenire attraverso la predisposizione di una normativa *ad hoc* deriva anche dal fatto che ci sono delle scadenze come quella fissata al 14 agosto 2014, termine entro il quale scatta l'obbligo di assicurazione per gli esercenti le professioni sanitarie.

Un'altra scadenza è rappresentata dalla determinazione delle tabelle per il risarcimento delle invalidità macropermanenti.

Ricorda che un altro problema, sottolineato anche dal deputato Miotto, attiene

al fatto che varie regioni hanno cominciato ad autoassicurarsi, con tutte le conseguenze che ne derivano in termini di ricadute non facilmente quantificabili sui rispettivi bilanci, ciò che ha suscitato anche l'attenzione della Corte dei conti.

Rileva quindi che, se gli esercenti le professioni sanitarie si trovano in una posizione di oggettiva difficoltà, come è emerso chiaramente dalle audizioni, dal punto di vista generale il problema si pone piuttosto in termini di effettiva sostenibilità complessiva del sistema sanitario nazionale. Sotto questo profilo, ricorda che la cosiddetta medicina difensiva attiva ha costi elevatissimi, pari al 10 per cento del Fondo sanitario nazionale, come già rilevato dal Ministro della salute *pro tempore*, Fazio. Si tratta di risorse che evidentemente vengono distolte da altre priorità che attengono alla tutela della salute. L'altro aspetto della questione è costituito dalla cosiddetta medicina difensiva passiva, per cui molti medici preferiscono non prendere in carico i pazienti più problematici per evitare di correre rischi. Sotto questo profilo, anche il consenso informato si rivela uno strumento poco efficace al fine di mettere gli operatori sanitari in una condizione di serenità dal punto di vista professionale.

Fa presente che uno degli effetti più evidenti della situazione venutasi a creare è quello per cui si assiste a un tendenziale abbandono della specialità chirurgiche da parte dei giovani medici.

Quanto alla mancanza di una normativa organica della materia fino a oggi, ritiene che ciò sia imputabile soprattutto al fatto che si tratta di un settore in cui si riscontrano punti di vista molto lontani l'uno dall'altro e interessi contrapposti. A fronte di tali divergenze, rileva come le sette proposte di legge in esame presso la Commissione affari sociali presentino degli elementi in comune, dai quali bisogna partire per addivenire alla predisposizione di un testo unificato che possa essere quanto più possibile condiviso.

Uno di tali elementi è costituito dall'intento generale di agire sulla fase *ex ante*, della prevenzione primaria, dal mo-

mento che allo stato attuale il livello di evoluzione del sistema di prevenzione varia da regione e, all'interno della stessa regione, da un'azienda sanitaria all'altra.

Un altro elemento è dato dalla volontà di intervenire sul termine di prescrizione dell'azione di risarcimento del danno derivante da trattamento sanitario, oggi pari a dieci anni, per cui occorre ridurre il termine per l'attivazione del contenzioso, eccessivamente ampio.

Tutte le proposte, inoltre, convergono sull'opportunità di spostare la responsabilità dal singolo operatore sanitario alla struttura presso la quale questi svolge la propria attività, dato che è sempre più difficile accertare la responsabilità del singolo soggetto. Ciò peraltro non comporta la totale esenzione di responsabilità da parte del medico, chiamato comunque a rispondere della propria condotta, per dolo o per colpa grave, attraverso l'azione di rivalsa.

Evidenzia poi che alcune proposte prevedono forme di autoassicurazione, mentre altre contemplano il tentativo obbligatorio di conciliazione.

Un altro punto ricorrente è quello dell'istituzione di un Osservatorio che effettui un monitoraggio sugli errori in campo sanitario, anche per tenere sotto controllo il fenomeno delle compagnie di assicurazione, spesso straniere, che in molti casi non sono in grado di ottemperare agli obblighi assunti, creando in tal modo un ulteriore danno al paziente.

Ricorda, quindi, che un'altra soluzione proposta è quella dell'introduzione del sistema del *no fault*, che trova applicazione nei casi in cui ricorre un danno ma è molto difficile il relativo accertamento.

Segnala altresì che la maggior parte delle proposte evita di addentrarsi nelle modifiche da apportare ai codici civile, penale e di procedura penale in tema di responsabilità civile e penale, trattandosi di una materia che andrebbe affrontata insieme alla Commissione giustizia, quindi in un'altra sede.

Alla luce delle considerazioni svolte, ritiene che vi siano le condizioni per procedere alla elaborazione di un testo sul

quale converga il consenso più ampio possibile, da sottoporre all'esame dell'Assemblea. A tali fini, propone, quindi, di procedere alla nomina di un Comitato ristretto.

La Commissione delibera di nominare un Comitato ristretto, riservandosi il pre-

sidente di designarne i componenti sulla base delle indicazioni dei gruppi.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 15.