

224.

Allegato A

DOCUMENTI ESAMINATI NEL CORSO DELLA SEDUTA COMUNICAZIONI ALL'ASSEMBLEA

INDICE

	PAG.		PAG.
Organizzazione dei tempi di esame degli argomenti in calendario	3	Progetti di atti dell'Unione europea (Annunzio).....	11
Comunicazioni	9	Regione Emilia-Romagna (Trasmissione di un documento).....	11
Missioni vevoli nella seduta dell'11 gennaio 2024.....	9	Atti di controllo e di indirizzo.....	11
Progetti di legge (Annunzio; Adesione di deputati a proposte di legge; Assegnazione a Commissioni in sede referente).....	9	Mozioni Faraone ed altri n. 1-00224, Girelli ed altri n. 1-00225, Marianna Ricciardi ed altri n. 1-00226, Bonetti ed altri n. 1-00227, Zanella ed altri n. 1-00229 e Ciancitto, Loizzo, Patriarca, Brambilla ed altri n. 1-00230 concernenti iniziative in materia di disciplina della responsabilità professionale degli operatori sanitari e per il superamento delle criticità connesse alla carenza di organico del personale	12
Corte dei conti (Trasmissione di documenti).	10	Mozioni.....	12
Documenti ministeriali (Trasmissione).....	10		
Dipartimento per le politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri (Trasmissione di un documento).....	10		
Commissari straordinari di ILVA Spa (Trasmissione di un documento).....	10		

N. B. Questo allegato reca i documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula.

PAGINA BIANCA

**ORGANIZZAZIONE DEI TEMPI DI ESAME DEGLI ARGOMENTI
IN CALENDARIO**

DDL N. 1297 E ABB. — DISPOSIZIONI SANZIONATORIE IN MATERIA DI DISTRUZIONE, DISPERSIONE, DETERIORAMENTO, DETURPAMENTO, IMBRATTAMENTO E USO ILLECITO DI BENI CULTURALI O PAESAGGISTICI E MODIFICHE AGLI ARTICOLI 518-DUODECIES, 635 E 639 DEL CODICE PENALE

Tempo complessivo: 15 ore, di cui:

- discussione sulle linee generali: 8 ore;
- seguito dell'esame: 7 ore.

	<i>Discussione generale</i>	<i>Seguito dell'esame</i>
Relatore	20 minuti	20 minuti
Governo	20 minuti	20 minuti
Richiami al Regolamento	10 minuti	10 minuti
Tempi tecnici		30 minuti
Interventi a titolo personale	1 ora e 20 minuti	1 ora e 5 minuti <i>(con il limite massimo di 7 minuti per il complesso degli interventi di ciascun deputato)</i>
Gruppi	5 ore e 50 minuti	4 ore e 35 minuti
<i>Fratelli d'Italia</i>	<i>41 minuti</i>	<i>44 minuti</i>
<i>Partito Democratico – Italia democratica e progressista</i>	<i>43 minuti</i>	<i>48 minuti</i>
<i>Lega – Salvini premier</i>	<i>36 minuti</i>	<i>31 minuti</i>
<i>MoVimento 5 Stelle</i>	<i>40 minuti</i>	<i>39 minuti</i>
<i>Forza Italia – Berlusconi presidente – PPE</i>	<i>34 minuti</i>	<i>25 minuti</i>
<i>Azione – Popolari Europeisti Riformatori – Renew Europe</i>	<i>32 minuti</i>	<i>20 minuti</i>
<i>Alleanza Verdi e Sinistra</i>	<i>32 minuti</i>	<i>19 minuti</i>
<i>Noi Moderati (Noi Con L'Italia, Coraggio Italia, Udc e Italia al Centro) – MAIE</i>	<i>31 minuti</i>	<i>14 minuti</i>

<i>Italia Viva – Il Centro – Renew Europe</i>	<i>30 minuti</i>	<i>18 minuti</i>
<i>Misto:</i>	<i>31 minuti</i>	<i>17 minuti</i>
<i>Minoranze Linguistiche</i>	<i>18 minuti</i>	<i>10 minuti</i>
<i>+Europa</i>	<i>13 minuti</i>	<i>7 minuti</i>

DDL N. 1419 – ISTITUZIONE DEL PREMIO DI « MAESTRO DELL'ARTE DELLA CUCINA ITALIANA »

Tempo complessivo: 14 ore, di cui:

- discussione sulle linee generali: 8 ore;
- seguito dell'esame: 6 ore.

	<i>Discussione generale</i>	<i>Seguito dell'esame</i>
Relatore	20 minuti	20 minuti
Governo	20 minuti	20 minuti
Richiami al Regolamento	10 minuti	10 minuti
Tempi tecnici		30 minuti
Interventi a titolo personale	1 ora e 20 minuti	53 minuti <i>(con il limite massimo di 6 minuti per il complesso degli interventi di ciascun deputato)</i>
Gruppi	5 ore e 50 minuti	3 ore e 47 minuti
<i>Fratelli d'Italia</i>	<i>41 minuti</i>	<i>36 minuti</i>
<i>Partito Democratico – Italia democratica e progressista</i>	<i>43 minuti</i>	<i>39 minuti</i>
<i>Lega – Salvini premier</i>	<i>36 minuti</i>	<i>25 minuti</i>
<i>MoVimento 5 Stelle</i>	<i>40 minuti</i>	<i>32 minuti</i>
<i>Forza Italia – Berlusconi presidente – PPE</i>	<i>34 minuti</i>	<i>21 minuti</i>
<i>Azione – Popolari Europeisti Riformatori – Renew Europe</i>	<i>32 minuti</i>	<i>17 minuti</i>
<i>Alleanza Verdi e Sinistra</i>	<i>32 minuti</i>	<i>16 minuti</i>
<i>Noi Moderati (Noi Con L'Italia, Coraggio Italia, Udc e Italia al Centro) – MAIE</i>	<i>31 minuti</i>	<i>12 minuti</i>
<i>Italia Viva – Il Centro – Renew Europe</i>	<i>30 minuti</i>	<i>16 minuti</i>
<i>Misto:</i>	<i>31 minuti</i>	<i>13 minuti</i>
<i>Minoranze Linguistiche</i>	<i>18 minuti</i>	<i>7 minuti</i>
<i>+Europa</i>	<i>13 minuti</i>	<i>6 minuti</i>

DDL DI RATIFICA N. 924 — ACCORDO TRA LA REPUBBLICA ITALIANA E LA REPUBBLICA DI SAN MARINO CONCERNENTE IL RICONOSCIMENTO E L'ESECUZIONE DELLE DECISIONI GIUDIZIARIE IN MATERIA DI MISURE ALTERNATIVE ALLA DETENZIONE, SANZIONI SOSTITUTIVE DI PENE DETENTIVE, LIBERAZIONE CONDIZIONALE E SOSPENSIONE CONDIZIONALE DELLA PENA, FATTO A SAN MARINO IL 31 MARZO 2022

Discussione sulle linee generali: 2 ore.

Relatore	10 minuti
Governo	10 minuti
Richiami al Regolamento	5 minuti
Interventi a titolo personale	18 minuti
Gruppi	1 ora e 17 minuti
<i>Fratelli d'Italia</i>	<i>13 minuti</i>
<i>Partito Democratico – Italia democratica e progressista</i>	<i>13 minuti</i>
<i>Lega – Salvini premier</i>	<i>8 minuti</i>
<i>MoVimento 5 Stelle</i>	<i>11 minuti</i>
<i>Forza Italia – Berlusconi presidente – PPE</i>	<i>7 minuti</i>
<i>Azione – Popolari Europeisti Riformatori – Renew Europe</i>	<i>6 minuti</i>
<i>Alleanza Verdi e Sinistra</i>	<i>5 minuti</i>
<i>Noi Moderati (Noi Con L'Italia, Coraggio Italia, Udc e Italia al Centro) – MAIE</i>	<i>4 minuti</i>
<i>Italia Viva – Il Centro – Renew Europe</i>	<i>5 minuti</i>
Misto:	5 minuti
<i>Minoranze Linguistiche</i>	<i>3 minuti</i>
<i>+Europa</i>	<i>2 minuti</i>

PdL N. 893 E ABB. — MODIFICHE AL CODICE PENALE E AL CODICE DI PROCEDURA PENALE IN MATERIA DI PRESCRIZIONE

Seguito dell'esame: 8 ore.

Relatori	40 minuti <i>(complessivamente)</i>
Governo	20 minuti
Richiami al Regolamento	10 minuti
Tempi tecnici	30 minuti
Interventi a titolo personale	1 ora e 12 minuti <i>(con il limite massimo di 9 minuti per il complesso degli interventi di ciascun deputato)</i>

Gruppi	5 ore e 8 minuti
<i>Fratelli d'Italia</i>	<i>1 ora</i>
<i>Partito Democratico – Italia democratica e progressista</i>	<i>42 minuti</i>
<i>Lega – Salvini premier</i>	<i>41 minuti</i>
<i>MoVimento 5 Stelle</i>	<i>35 minuti</i>
<i>Forza Italia – Berlusconi presidente – PPE</i>	<i>32 minuti</i>
<i>Azione – Popolari Europeisti Riformatori – Renew Europe</i>	<i>21 minuti</i>
<i>Alleanza Verdi e Sinistra</i>	<i>20 minuti</i>
<i>Noi Moderati (Noi Con L'Italia, Coraggio Italia, Udc e Italia al Centro) – MAIE</i>	<i>20 minuti</i>
<i>Italia Viva – Il Centro – Renew Europe</i>	<i>19 minuti</i>
Misto:	18 minuti
<i>Minoranze Linguistiche</i>	<i>10 minuti</i>
<i>+Europa</i>	<i>8 minuti</i>

DOC LXXXVI, N. 1 – RELAZIONE DELLA XIV COMMISSIONE SULLA RELAZIONE PROGRAMMATICA SULLA PARTECIPAZIONE DELL'ITALIA ALL'UNIONE EUROPEA NELL'ANNO 2023, SUL PROGRAMMA DI LAVORO DELLA COMMISSIONE PER IL 2023 E SUL PROGRAMMA DI DICHIOTTO MESI DEL CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA (1° LUGLIO 2023 – 31 DICEMBRE 2024)

Tempo per il seguito della discussione: 2 ore e 40 minuti.

Governo	20 minuti
Richiami al Regolamento e tempi tecnici	10 minuti
Interventi a titolo personale	30 minuti
Gruppi	1 ora e 40 minuti
<i>Fratelli d'Italia</i>	<i>10 minuti</i>
<i>Partito Democratico – Italia democratica e progressista</i>	<i>10 minuti</i>
<i>Lega – Salvini premier</i>	<i>10 minuti</i>
<i>MoVimento 5 Stelle</i>	<i>10 minuti</i>
<i>Forza Italia – Berlusconi presidente – PPE</i>	<i>10 minuti</i>
<i>Azione – Popolari Europeisti Riformatori – Renew Europe</i>	<i>10 minuti</i>
<i>Alleanza Verdi e Sinistra</i>	<i>10 minuti</i>

<i>Noi Moderati (Noi Con L'Italia, Coraggio Italia, Udc e Italia al Centro) - MAIE</i>	10 minuti
<i>Italia Viva - Il Centro - Renew Europe</i>	10 minuti
Misto:	10 minuti
<i>Minoranze Linguistiche</i>	<i>6 minuti</i>
<i>+Europa</i>	<i>4 minuti</i>

COMUNICAZIONI DEL MINISTRO DELLA GIUSTIZIA SULL'AMMINISTRAZIONE DELLA GIUSTIZIA

Tempo complessivo, comprese le dichiarazioni di voto: 4 ore.

Governo	30 minuti	
Interventi a titolo personale	5 minuti	
Tempi tecnici	5 minuti	
Gruppi	1 ora e 40 minuti <i>(discussione)</i>	1 ora e 40 minuti <i>(dichiarazioni di voto)</i>
<i>Fratelli d'Italia</i>	<i>19 minuti</i>	<i>10 minuti</i>
<i>Partito Democratico - Italia democratica e progressista</i>	<i>14 minuti</i>	<i>10 minuti</i>
<i>Lega - Salvini premier</i>	<i>13 minuti</i>	<i>10 minuti</i>
<i>MoVimento 5 Stelle</i>	<i>11 minuti</i>	<i>10 minuti</i>
<i>Forza Italia - Berlusconi presidente - PPE</i>	<i>11 minuti</i>	<i>10 minuti</i>
<i>Azione - Popolari Europeisti Riformatori - Renew Europe</i>	<i>7 minuti</i>	<i>10 minuti</i>
<i>Alleanza Verdi e Sinistra</i>	<i>7 minuti</i>	<i>10 minuti</i>
<i>Noi Moderati (Noi Con L'Italia, Coraggio Italia, Udc e Italia al Centro) - MAIE</i>	<i>6 minuti</i>	<i>10 minuti</i>
<i>Italia Viva - Il Centro - Renew Europe</i>	<i>6 minuti</i>	<i>10 minuti</i>
Misto:	6 minuti	10 minuti
<i>Minoranze Linguistiche</i>	<i>3 minuti</i>	<i>6 minuti</i>
<i>+Europa</i>	<i>3 minuti</i>	<i>4 minuti</i>

MOZIONE N. 1-00208 - INIZIATIVE IN ORDINE ALLA REVOCA DELLA NOMINA A SOTTOSEGRETARIO DI STATO DI VITTORIO SGARBI

Tempo complessivo, comprese le dichiarazioni di voto: 6 ore (*).

Governo	25 minuti
----------------	------------------

Richiami al Regolamento	10 minuti
Tempi tecnici	15 minuti
Interventi a titolo personale	1 ora <i>(con il limite massimo di 7 minuti per il complesso degli interventi di ciascun deputato)</i>
Gruppi	4 ore e 10 minuti
<i>Fratelli d'Italia</i>	48 minuti
<i>Partito Democratico – Italia democratica e progressista</i>	34 minuti
<i>Lega – Salvini premier</i>	33 minuti
<i>MoVimento 5 Stelle</i>	29 minuti
<i>Forza Italia – Berlusconi presidente – PPE</i>	26 minuti
<i>Azione – Popolari Europeisti Riformatori – Renew Europe</i>	17 minuti
<i>Alleanza Verdi e Sinistra</i>	16 minuti
<i>Noi Moderati (Noi Con L'Italia, Coraggio Italia, Udc e Italia al Centro) – MAIE</i>	16 minuti
<i>Italia Viva – Il Centro – Renew Europe</i>	16 minuti
Misto:	15 minuti
<i>Minoranze Linguistiche</i>	9 minuti
<i>+Europa</i>	6 minuti

(*) Al tempo sopra indicato si aggiungono 5 minuti per l'illustrazione della mozione.

COMUNICAZIONI

**Missioni valevoli
nella seduta dell'11 gennaio 2024.**

Aiello, Albano, Ascani, Bagnai, Baldino, Barbagallo, Barelli, Bellucci, Benvenuto, Bignami, Bitonci, Braga, Brambilla, Calderone, Cappellacci, Carloni, Casasco, Cavadoli, Cecchetti, Cirielli, Alessandro Colucci, Sergio Costa, Della Vedova, Delmastro Delle Vedove, Donzelli, Faraone, Ferrante, Ferro, Fitto, Foti, Frassinetti, Freni, Gava, Gebhard, Gemmato, Giachetti, Giglio Vigna, Giorgetti, Gribaudo, Guerini, Gusmeroli, Letta, Lollobrigida, Lucaselli, Lupi, Magi, Mangialavori, Mazzi, Meloni, Minardo, Molinari, Molteni, Morrone, Mulè, Nordio, Osnato, Nazario Pagano, Pichetto Fratin, Prisco, Rampelli, Richetti, Rixi, Rizzetto, Roccella, Rotelli, Paolo Emilio Russo, Scerra, Schullian, Semenzato, Francesco Silvestri, Siracusano, Sportiello, Tabacci, Tajani, Trancassini, Tremonti, Vaccari, Varchi, Zoffili.

Annuncio di proposte di legge.

In data 10 gennaio 2024 sono state presentate alla Presidenza le seguenti proposte di legge d'iniziativa dei deputati:

TENERINI: « Disposizioni perequative in materia di determinazione del trattamento pensionistico per i lavoratori che sono stati esposti all'amianto » (1641);

AMORESE: « Modifica alla legge 15 luglio 1911, n. 749, concernente l'estensione della tassa sui marmi al territorio del comune di Massa » (1642).

Saranno stampate e distribuite.

Adesione di deputati a proposte di legge.

La proposta di legge ALFONSO COLUCCI ed altri: « Riduzione dei termini per la liquidazione del trattamento di fine servizio dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche e rivalutazione dei limiti di importo per l'erogazione rateale del medesimo trattamento » (1254) è stata successivamente sottoscritta dai deputati Mari e Scotto.

**Assegnazione di progetti di legge
a Commissioni in sede referente.**

A norma del comma 1 dell'articolo 72 del Regolamento, i seguenti progetti di legge sono assegnati, in sede referente, alle sottoidicate Commissioni permanenti:

II Commissione (Giustizia):

ANTONIOZZI: « Modifiche alla legge 13 dicembre 1989, n. 401, in materia di lesioni personali e omicidio preterintenzionale in danno di arbitri o di altri soggetti che assicurano la regolarità tecnica delle manifestazioni sportive » (1368) *Parere delle Commissioni I e VII;*

D'ORSO: « Introduzione del capo I-bis del titolo I del libro quarto del codice di procedura civile, in materia di procedimento d'ingiunzione semplificato » (1374) *Parere delle Commissioni I e V.*

VII Commissione (Cultura):

PELLICINI ed altri: « Dichiarazione di monumento nazionale della Stazione fer-

roviaria internazionale di Luino » (1411) *Parere delle Commissioni I, V e IX;*

GHIRRA ed altri: « Introduzione dell'insegnamento dell'educazione sessuale e affettiva nei corsi scolastici del primo e del secondo ciclo di istruzione » (1568) *Parere delle Commissioni I, V, XI, XII e della Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

XII Commissione (Affari sociali):

CONSIGLIO REGIONALE DEL PIEMONTE: « Sostegno finanziario al sistema sanitario nazionale a decorrere dall'anno 2023 » (1533) *Parere delle Commissioni I, V, XI e della Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

Trasmissione dalla Corte dei conti.

Il Presidente della Sezione del controllo sugli enti della Corte dei conti, con lettera in data 10 gennaio 2024, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, la determinazione e la relazione riferite al risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria di Arexpo Spa, per l'esercizio 2021, cui sono allegati i documenti rimessi dall'ente ai sensi dell'articolo 4, primo comma, della citata legge n. 259 del 1958 (Doc. XV, n. 168).

Questi documenti sono trasmessi alla V Commissione (Bilancio) e alla X Commissione (Attività produttive).

Il Presidente della Sezione del controllo sugli enti della Corte dei conti, con lettera in data 10 gennaio 2024, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, la determinazione e la relazione riferite al risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria della Rete autostrade mediterranee per la logistica, le infrastrutture ed i trasporti Spa, per l'esercizio 2021, cui sono allegati i documenti rimessi dall'ente ai sensi dell'articolo 4, primo comma, della citata legge n. 259 del 1958 (Doc. XV, n. 169).

Questi documenti sono trasmessi alla V Commissione (Bilancio) e alla IX Commissione (Trasporti).

Trasmissione dal Ministero dell'interno.

Il Ministero dell'interno ha trasmesso decreti ministeriali recanti variazioni di bilancio tra capitoli dello stato di previsione del medesimo Ministero, autorizzate, nel periodo 5 aprile-27 novembre 2023, ai sensi dell'articolo 7, comma 2, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 30 luglio 2009, n. 127.

Questi decreti sono trasmessi alla I Commissione (Affari costituzionali) e alla V Commissione (Bilancio).

Trasmissione dal Dipartimento per le politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri.

Il Dipartimento per le politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri, in data 11 gennaio 2024, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 6, commi 4 e 5, della legge 24 dicembre 2012, n. 234, la relazione, predisposta dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, in merito alla proposta di direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio sulla protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da un'esposizione ad agenti cancerogeni, mutageni o a sostanze tossiche per la riproduzione durante il lavoro (sesta direttiva particolare ai sensi dell'articolo 16, paragrafo 1, della direttiva 89/391/CEE del Consiglio) (codificazione) (COM(2023) 738 final), accompagnata dalla tabella di corrispondenza tra le disposizioni della proposta e le norme nazionali vigenti.

Questa relazione è trasmessa alla XI Commissione (Lavoro) e alla XII Commissione (Affari sociali).

Trasmissione dai Commissari straordinari di ILVA Spa.

I Commissari straordinari di ILVA Spa, con lettera in data 10 gennaio 2024, hanno

trasmesso, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, del decreto-legge 5 gennaio 2015, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 marzo 2015, n. 20, e dell'articolo 1, comma 2, lettera a), del decreto-legge 29 dicembre 2016, n. 243, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 febbraio 2017, n. 18, la relazione concernente il conto di contabilità speciale n. 6055, riferita al periodo dal 1° luglio al 31 dicembre 2023 (Doc. XXVII, n. 13).

Questa relazione è trasmessa alla V Commissione (Bilancio) e alla X Commissione (Attività produttive).

Annunzio di progetti di atti dell'Unione europea.

La Commissione europea, in data 10 gennaio 2024, ha trasmesso, in attuazione del Protocollo sul ruolo dei Parlamenti allegato al Trattato sull'Unione europea, la relazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni – Stato dell'Unione dell'energia 2023 (in applicazione del regolamento (UE) 2018/1999 sulla *governance* dell'Unione dell'energia e dell'azione per il clima) (COM(2023) 650 final), corredata dai relativi allegati « Relazione sulla sostenibilità delle bioenergie nell'Unione » (COM(2023) 650 final – Annex 1), « Relazione sulla ristrutturazione del parco immobiliare nazionale residenziale e non residenziale e sugli edifici a energia quasi zero » (COM(2023) 650 final – Annex 2) e « Relazione sull'attuazione

della direttiva (UE) 2019/944 relativa a norme comuni per il mercato interno dell'energia elettrica » (COM(2023) 650 final – Annex 3), che è assegnata, ai sensi dell'articolo 127 del Regolamento, alle Commissioni riunite VIII (Ambiente) e X (Attività produttive), con il parere della XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea).

Trasmissione dalla Regione Emilia-Romagna.

Il Presidente della Regione Emilia-Romagna, in qualità di commissario delegato titolare di contabilità speciale, con lettera pervenuta in data 27 dicembre 2023, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 27, comma 4, del codice della protezione civile, di cui al decreto legislativo 2 gennaio 2018, n. 1, il rendiconto, per l'anno 2023, relativo alla contabilità speciale n. 6159, concernente le attività connesse agli eventi meteorologici di eccezionale intensità verificatisi nel territorio delle province di Bologna, Modena e Reggio Emilia il giorno 22 giugno 2019, di cui alle ordinanze del capo del Dipartimento della protezione civile n. 605 del 2019 e n. 797 del 2021.

Questi documenti sono trasmessi alla V Commissione (Bilancio) e alla VIII Commissione (Ambiente).

Atti di controllo e di indirizzo.

Gli atti di controllo e di indirizzo presentati sono pubblicati nell'*Allegato B* al resoconto della seduta odierna.

MOZIONI FARAONE ED ALTRI N. 1-00224, GIRELLI ED ALTRI N. 1-00225, MARIANNA RICCIARDI ED ALTRI N. 1-00226, BONETTI ED ALTRI N. 1-00227, ZANELLA ED ALTRI N. 1-00229 E CIANCITTO, LOIZZO, PATRIARCA, BRAMBILLA ED ALTRI N. 1-00230 CONCERNENTI INIZIATIVE IN MATERIA DI DISCIPLINA DELLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEGLI OPERATORI SANITARI E PER IL SUPERAMENTO DELLE CRITICITÀ CONNESSE ALLA CARENZA DI ORGANICO DEL PERSONALE

Mozioni

La Camera,

premessi che:

1) la relazione medico-paziente negli ultimi anni si è deteriorata e ha portato alla diffusione della pratica denominata « medicina difensiva », che consiste in una serie di azioni con finalità elusive e di astensione da parte del personale sanitario, contribuendo altresì alla riduzione dell'interesse verso specialità considerate rischiose o incarichi rischiosi (pronto soccorso), con riduzione del personale sanitario in alcuni ambiti meno appetibili, incrementando sia lo *stress* per chi vi opera (turni più massacranti) sia il rischio di errore, che a sua volta alimentano la perdita di fiducia dei pazienti in un circolo vizioso che è interesse della collettività interrompere prima che sia troppo tardi;

2) nel « Rapporto sul sistema sanitario » promosso dall'Osservatorio salute, previdenza e legalità, l'Eurispes ha posto in evidenza come la medicina difensiva sia un fenomeno globale che affligge sul versante socio-economico quasi tutti i Paesi occidentali e, più in generale, i Paesi sviluppati, con effetti devastanti sul sistema sanitario nazionale e sulla salute dei cittadini;

3) suddetta pratica incide sui costi del Servizio sanitario nazionale per una

cifra stimata in 10 miliardi di euro, come riportato dalla nota depositata agli atti della XII Commissione (Affari sociali) della Camera dei deputati dall'Associazione chirurghi ospedalieri italiani, quando è stata audita;

4) la medicina difensiva grava altresì sul Servizio sanitario nazionale anche per il sovraccarico improprio cui sottopone le strutture ambulatoriali e ospedaliere, con ripercussioni sulle liste di attesa e, quindi, con grave danno per i pazienti;

5) le risorse umane non adeguate, a fronte di uno stipendio considerevolmente più basso rispetto alla media europea e con forti limitazioni per la libera professione, sia essa *extra moenia* che *intramoenia*, porta il personale sanitario, senza che si riesca a sostituirlo adeguatamente, a scegliere sempre più spesso l'attività privata con conseguente depauperamento del sistema sanitario nazionale;

6) contestualmente i dipendenti pubblici ospedalieri rimanenti si trovano a coprire un monte orario nettamente superiore a ciò che è determinato dal contratto di assunzione, senza una retribuzione adeguata né in termini economici né di recupero orario, che porta ad un disservizio verso il cittadino e ad un'elevata possibilità di errore medico, data la stanchezza e la demotivazione conseguente;

7) si ricorre così ai « gettonisti » per coprire queste carenze, che spesso sono gli stessi dipendenti ospedalieri, che si dimettono dall'azienda per « rientrare » assunti tramite cooperativa a fronte di una retribuzione sensibilmente superiore (fino a dieci volte);

8) le specializzazioni mediche che non permettono di avere una possibilità futura di impiego anche nel privato vengono considerate meno appetibili rispetto a quelle che permettono la libera professione, anche in ragione di un trattamento economico uguale per tutti e di un carico di lavoro molto superiore;

9) tutto questo mette in seria crisi identitaria e di riconoscimento sociale la professione medica e contribuisce a mettere ancor più in crisi il sistema sanitario nazionale, come evidenziato anche dalla categoria che ha scioperato il 5 e il 18 dicembre 2023 con lo *slogan* « Salviamo il Ssn » e una piattaforma che contesta al disegno di legge di bilancio per il 2024 che « non tutela medici e cittadini », visto che non aggredisce le criticità strutturali del mondo della sanità;

10) i punti della protesta sono:

a) carenza di personale: ad oggi mancano 30 mila medici ospedalieri, in particolare nel pronto soccorso, e 65 mila infermieri; a questi si aggiungono quelli che entro il 2025 andranno in pensione, stimati in oltre 40 mila unità;

b) stipendi poco attrattivi: in particolare si chiedono risorse in legge di bilancio per la detassazione di parte della retribuzione e il rinnovo del contratto di lavoro, visto che quelle che ci sono appaiono insufficienti;

c) cancellazione dei tagli alle pensioni previsti dal disegno di legge di bilancio;

d) depenalizzazione dell'atto medico;

11) la disciplina in merito alla responsabilità penale posta in capo al personale sanitario, il quale cagioni morte o

lesioni del paziente, ha subito numerose modifiche negli anni, aumentando l'incertezza, che invece si voleva ridurre, per il personale sanitario;

12) con l'introduzione dell'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, cosiddetto « decreto Balduzzi », tale responsabilità veniva limitata esclusivamente ai casi rientranti nella fattispecie della cosiddetta « colpa grave » ed era esclusa la responsabilità penale per chi avesse cagionato l'evento per colpa lieve, pur seguendo le linee guida e le buone pratiche mediche;

13) il « decreto Balduzzi » non è stato risolutivo e, poiché ha lasciato in capo agli operatori sanitari responsabilità penali per eventi colposi, ha sovraccaricato i tribunali dove giacciono circa 300 mila cause per colpa medica e ogni anno vengono intentate 35.600 nuove cause di risarcimento, che peraltro nella maggior parte dei casi terminano con un proscioglimento o si concludono senza un risarcimento (il 95 per cento delle azioni penali e il 70 per cento delle azioni civili);

14) con la legge 8 marzo 2017, n. 24, cosiddetta « legge Gelli », si è intervenuti con l'obiettivo di ridefinire la responsabilità del personale sanitario operando un bilanciamento tra diritti e doveri in capo al medico e quelli in capo al paziente; introdurre garanzie e istituire un sistema nazionale, regionale e aziendale di monitoraggio e prevenzione del rischio clinico;

15) l'articolo 3 del « decreto Balduzzi » veniva quindi integralmente abrogato, introducendo un nuovo articolo nel codice penale, l'articolo 590-*sexies*, in base al quale il professionista non risponde dei reati di omicidio colposo o lesioni personali colpose, ove abbia agito nel rispetto delle buone pratiche assistenziali, delle raccomandazioni e delle linee guida pubblicate dalla comunità scientifica;

16) se la legge 8 marzo 2017, n. 24, ha avuto effetti positivi, non ha, però, segnato un decisivo deterrente della litigiosità e non ha inciso sul fenomeno della medicina difensiva, anche perché il Governo

non ha ancora emanato i previsti decreti legislativi in attuazione delle deleghe attribuitegli dal legislatore;

17) risulta indispensabile addivenire a una nuova disposizione normativa di chiara interpretazione che tuteli sul piano penale gli esercenti le professioni sanitarie, pur facendo salve le procedure per l'accertamento delle eventuali responsabilità civile e amministrativa con evidenti ricadute positive sul Servizio sanitario nazionale e sui pazienti;

18) in occasione dell'evento pandemico da COVID-19 diverse disposizioni, tanto in merito alla somministrazione dei vaccini quanto alle cure, hanno previsto la non punibilità del personale sanitario, escludendo anche la colpa grave;

19) al fine di garantire gli esercenti delle professioni sanitarie che si prodigano per le cure, l'assistenza e la tutela dei pazienti, il Ministro della giustizia, con decreto 28 marzo 2023, ha ritenuto di istituire una commissione per lo studio e l'approfondimento delle problematiche relative alla colpa professionale medica, al fine di esplorare l'attuale quadro normativo e giurisprudenziale in cui si iscrive la responsabilità colposa sanitaria, verificandone limiti e criticità e proponendone possibili prospettive di riforma ai fini di ogni utile intervento normativo;

20) negli altri Paesi comparabili al nostro, dopo un'indagine interna per escludere il dolo o la superficialità del medico, lo Stato garantisce e risarcisce senza bisogno di un processo, con un vantaggio plurimo: per il sistema sanitario, che non viene gravato da costi conseguenti la pratica della medicina difensiva, per il medico, che si sente più tutelato e può agire serenamente e per il paziente, che viene risarcito molto prima e senza l'aleatorietà di un giudizio che spesso si conclude con un nulla di fatto;

21) il mancato rinnovo dei regimi di favore per il rientro dei cervelli rappresenta un ulteriore esempio di miopia, visto che il Paese ha smesso di incentivare il rientro di professionisti formati in Italia,

regalando così le loro competenze a altri Paesi più attrattivi, anche in ragione delle retribuzioni più alte;

22) la serenità del personale sanitario mentre agisce per garantire il diritto alla salute costituzionalmente sancito è un patrimonio da salvaguardare, senza in nessun caso limitare la piena tutela giuridica del paziente,

impegna il Governo:

- 1) ad adottare ogni iniziativa di competenza per salvaguardare il trattamento pensionistico degli esercenti le professioni sanitarie, e per incrementare sensibilmente le risorse destinate al rinnovo del contratto del comparto;
- 2) ad adottare in tempi rapidi i decreti attuativi della legge 8 marzo 2017, n. 24, in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;
- 3) ad adottare ogni iniziativa, anche di carattere normativo, volta a bilanciare l'esigenza di salvaguardare gli operatori sanitari da iniziative giudiziarie arbitrarie e ingiuste con la necessità di tutelare i diritti dei pazienti che si ritengono danneggiati da episodi di negligenza medica, prevedendo la non punibilità del personale esercente le professioni sanitarie per le condotte colpose e rafforzando le disposizioni e le procedure relative all'accertamento delle eventuali responsabilità civili e amministrative del personale sanitario e delle strutture ospedaliere;
- 4) ad avviare un confronto con le organizzazioni sindacali e le associazioni che rappresentano le categorie interessate, per valutare l'opportunità di introdurre un trattamento economico differenziato per alcuni specializzandi o altre modalità utili a sopperire alla carenza di infermieri e di medici specializzati in alcuni ambiti;
- 5) ad uniformare il monte orario degli specializzandi, come previsto dal contratto nazionale, rendendo obbligatoria

la timbratura elettronica, anche al fine di evitare che il medico in formazione venga utilizzato dall'azienda ospedaliera per sopperire alla carenza di personale medico, creando un disservizio al cittadino, che a volte si ritrova affidato a un medico ancora in formazione e quindi non sempre in grado di svolgere in autonomia la propria professione;

- 6) a rinnovare i regimi fiscali di favore per il rientro dei cervelli, anche al fine di incentivare il rientro in Italia del personale sanitario attualmente impiegato all'estero.

(1-00224) « Faraone, Gadda, De Monte, Del Barba, Marattin, Bonifazi, Boschi, Giachetti, Gruppioni ».

La Camera,

premesso che:

1) la relazione medico-paziente negli ultimi anni si è deteriorata e ha portato alla diffusione della pratica denominata « medicina difensiva », che consiste in una serie di azioni con finalità elusive e di astensione da parte del personale sanitario, contribuendo altresì alla riduzione dell'interesse verso specialità considerate rischiose o incarichi rischiosi (pronto soccorso), con riduzione del personale sanitario in alcuni ambiti meno appetibili, incrementando sia lo *stress* per chi vi opera (turni più massacranti) sia il rischio di errore, che a sua volta alimentano la perdita di fiducia dei pazienti in un circolo vizioso che è interesse della collettività interrompere prima che sia troppo tardi;

2) nel « Rapporto sul sistema sanitario » promosso dall'Osservatorio salute, previdenza e legalità, l'Eurispes ha posto in evidenza come la medicina difensiva sia un fenomeno globale che affligge sul versante socio-economico quasi tutti i Paesi occidentali e, più in generale, i Paesi sviluppati, con effetti devastanti sul sistema sanitario nazionale e sulla salute dei cittadini;

3) suddetta pratica incide sui costi del Servizio sanitario nazionale per una

cifra stimata in 10 miliardi di euro, come riportato dalla nota depositata agli atti della XII Commissione (Affari sociali) della Camera dei deputati dall'Associazione chirurghi ospedalieri italiani, quando è stata audita;

4) la medicina difensiva grava altresì sul Servizio sanitario nazionale anche per il sovraccarico improprio cui sottopone le strutture ambulatoriali e ospedaliere, con ripercussioni sulle liste di attesa e, quindi, con grave danno per i pazienti;

5) le risorse umane non adeguate, a fronte di uno stipendio considerevolmente più basso rispetto alla media europea e con forti limitazioni per la libera professione, sia essa extra moenia che intramoenia, porta il personale sanitario, senza che si riesca a sostituirlo adeguatamente, a scegliere sempre più spesso l'attività privata con conseguente depauperamento del sistema sanitario nazionale;

6) contestualmente i dipendenti pubblici ospedalieri rimanenti si trovano a coprire un monte orario nettamente superiore a ciò che è determinato dal contratto di assunzione, senza una retribuzione adeguata né in termini economici né di recupero orario, che porta ad un disservizio verso il cittadino e ad un'elevata possibilità di errore medico, data la stanchezza e la demotivazione conseguente;

7) si ricorre così ai « gettonisti » per coprire queste carenze, che spesso sono gli stessi dipendenti ospedalieri, che si dimettono dall'azienda per « rientrare » assunti tramite cooperativa a fronte di una retribuzione sensibilmente superiore (fino a dieci volte);

8) le specializzazioni mediche che non permettono di avere una possibilità futura di impiego anche nel privato vengono considerate meno appetibili rispetto a quelle che permettono la libera professione, anche in ragione di un trattamento economico uguale per tutti e di un carico di lavoro molto superiore;

9) la disciplina in merito alla responsabilità penale posta in capo al perso-

nale sanitario, il quale cagioni morte o lesioni del paziente, ha subito numerose modifiche negli anni, aumentando l'incertezza, che invece si voleva ridurre, per il personale sanitario;

10) con l'introduzione dell'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, cosiddetto « decreto Balduzzi », tale responsabilità veniva limitata esclusivamente ai casi rientranti nella fattispecie della cosiddetta « colpa grave » ed era esclusa la responsabilità penale per chi avesse cagionato l'evento per colpa lieve, pur seguendo le linee guida e le buone pratiche mediche;

11) il « decreto Balduzzi » non è stato risolutivo e, poiché ha lasciato in capo agli operatori sanitari responsabilità penali per eventi colposi, ha sovraccaricato i tribunali dove giacciono circa 300 mila cause per colpa medica e ogni anno vengono intentate 35.600 nuove cause di risarcimento, che peraltro nella maggior parte dei casi terminano con un proscioglimento o si concludono senza un risarcimento (il 95 per cento delle azioni penali e il 70 per cento delle azioni civili);

12) con la legge 8 marzo 2017, n. 24, cosiddetta « legge Gelli », si è intervenuti con l'obiettivo di: ridefinire la responsabilità del personale sanitario operando un bilanciamento tra diritti e doveri in capo al medico e quelli in capo al paziente; introdurre garanzie e istituire un sistema nazionale, regionale e aziendale di monitoraggio e prevenzione del rischio clinico;

13) l'articolo 3 del « decreto Balduzzi » veniva quindi integralmente abrogato, introducendo un nuovo articolo nel codice penale, l'articolo 590-*sexies*, in base al quale il professionista non risponde dei reati di omicidio colposo o lesioni personali colpose, ove abbia agito nel rispetto delle buone pratiche assistenziali, delle raccomandazioni e delle linee guida pubblicate dalla comunità scientifica;

14) se la legge 8 marzo 2017, n. 24, ha avuto effetti positivi, non ha, però, segnato un decisivo deterrente della litigiosità e non ha inciso sul fenomeno della medi-

cina difensiva, anche perché il Governo non ha ancora emanato i previsti decreti legislativi in attuazione delle deleghe attribuitegli dal legislatore;

15) risulta indispensabile addivenire a una nuova disposizione normativa di chiara interpretazione che tuteli sul piano penale gli esercenti le professioni sanitarie, pur facendo salve le procedure per l'accertamento delle eventuali responsabilità civile e amministrativa con evidenti ricadute positive sul Servizio sanitario nazionale e sui pazienti;

16) in occasione dell'evento pandemico da COVID-19 diverse disposizioni, tanto in merito alla somministrazione dei vaccini quanto alle cure, hanno previsto la non punibilità del personale sanitario, escludendo anche la colpa grave;

17) al fine di garantire gli esercenti delle professioni sanitarie che si prodigano per le cure, l'assistenza e la tutela dei pazienti, il Ministro della giustizia, con decreto 28 marzo 2023, ha ritenuto di istituire una commissione per lo studio e l'approfondimento delle problematiche relative alla colpa professionale medica, al fine di esplorare l'attuale quadro normativo e giurisprudenziale in cui si iscrive la responsabilità colposa sanitaria, verificandone limiti e criticità e proponendone possibili prospettive di riforma ai fini di ogni utile intervento normativo;

18) negli altri Paesi comparabili al nostro, dopo un'indagine interna per escludere il dolo o la superficialità del medico, lo Stato garantisce e risarcisce senza bisogno di un processo, con un vantaggio plurimo: per il sistema sanitario, che non viene gravato da costi conseguenti la pratica della medicina difensiva, per il medico, che si sente più tutelato e può agire serenamente e per il paziente, che viene risarcito molto prima e senza l'aleatorietà di un giudizio che spesso si conclude con un nulla di fatto;

19) la serenità del personale sanitario mentre agisce per garantire il diritto alla salute costituzionalmente sancito è un patrimonio da salvaguardare, senza in nes-

sun caso limitare la piena tutela giuridica del paziente,

impegna il Governo:

- 1) ad adottare ogni iniziativa di competenza per salvaguardare il trattamento pensionistico degli esercenti le professioni sanitarie, e per incrementare sensibilmente le risorse destinate al rinnovo del contratto del comparto;
- 2) ad adottare in tempi rapidi i decreti attuativi della legge 8 marzo 2017, n. 24, in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;
- 3) a valutare l'adozione di ogni iniziativa, anche di carattere normativo, volta a bilanciare l'esigenza di salvaguardare gli operatori sanitari da iniziative giudiziarie arbitrarie e ingiuste con la necessità di tutelare i diritti dei pazienti che si ritengono danneggiati da episodi di negligenza medica, prevedendo la non punibilità del personale esercente le professioni sanitarie per le condotte colpose e rafforzando le disposizioni e le procedure relative all'accertamento delle eventuali responsabilità civili e amministrative del personale sanitario e delle strutture ospedaliere;
- 4) ad avviare un confronto con le organizzazioni sindacali e le associazioni che rappresentano le categorie interessate, per valutare l'opportunità di introdurre un trattamento economico differenziato per alcuni specializzandi o altre modalità utili a sopperire alla carenza di infermieri e di medici specializzati in alcuni ambiti;
- 5) a valutare ogni iniziativa utile a monitorare il monte orario degli specializzandi anche attraverso il ricorso a sistemi di rivelazione delle presenze al fine di evitare che il medico in formazione venga utilizzato dall'azienda ospedaliera per sopperire alla carenza di personale medico, creando un disservizio al cittadino, che a volte si trova affidato a un medico ancora in forma-

zione e quindi non sempre in grado di svolgere in autonomia la propria professione.

(1-00224) *(Testo modificato nel corso della seduta)* « Faraone, Gadda, De Monte, Del Barba, Marattin, Bonifazi, Boschi, Giachetti, Gruppioni ».

La Camera,

premessi che:

1) con l'espressione « medicina difensiva » s'intendono comunemente quelle decisioni, attive od omissive, non obbligatoriamente consapevoli, che i medici prendono non valutando in maniera preminente il criterio essenziale del bene del paziente quanto piuttosto l'intento di evitare di essere accusati per non aver effettuato tutte le indagini e prescritto tutte le medicine esistenti, o, al contrario, per aver effettuato trattamenti ad alto rischio d'insuccesso o di complicanze per il paziente;

2) sia essa « medicina difensiva positiva » (quando si prescrivono al paziente esami e terapie non necessarie), o « medicina difensiva negativa » (che evita diagnosi o procedure troppo invasive al paziente stesso), essa nasce da un sempre maggior incremento della conflittualità tra medico e paziente (o famiglia dello stesso);

3) come rilevato da più fonti, ogni anno, in Italia vengono intentate 35.600 nuove azioni legali, mentre ne giacciono 300 mila nei tribunali, contro medici e strutture sanitarie pubbliche. Risulta che oltre il 90 per cento dei casi si traduca in un nulla di fatto, ma questa situazione non garantisce non solo il medico e la struttura sanitaria ma anche lo stesso paziente;

4) infatti, la sicurezza e la qualità delle cure rappresentano gli elementi fondamentali di tutte le prestazioni e sono obiettivi prioritari del Servizio sanitario nazionale, ma essa non può essere scissa dalla qualità delle cure, ed è indispensabile completamento e necessaria evoluzione dell'articolo 32 della nostra Carta costituzionale;

5) in questo quadro il medico deve prendere costantemente difficili decisioni, affrontando scelte complesse ed anche dolorose, che non possono fondarsi sul timore di eventuali ripercussioni in ambito giudiziario ma che devono garantire la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell'esercizio professionale indicati nel codice deontologico, al fine della tutela della salute individuale e collettiva;

6) è, però, di tutta evidenza che la costante crescita di cause contro i medici e le strutture sanitarie non garantisce quella necessaria serenità che è propedeutica, come detto, alla presa di decisioni complesse. Se, infatti, come detto, la stragrande maggioranza dei casi si risolve in assoluzioni o archiviazioni, il processo che il medico si trova a subire ingiustamente è lungo, logorante, e non spinge certo lo stesso medico e i colleghi che ne vivono le vicissitudini ad agire come sarebbero chiamati a fare, mentre, anche a livello inconscio, possono essere propensi a tutelare sé stessi;

7) anche per porre un freno a questa situazione è stata approvata la legge n. 24 dell'8 marzo 2017 (Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie), detta « Gelli-Bianco » dal nome dei primi firmatari, che aveva lo scopo di ridefinire la responsabilità del personale sanitario operando un accorto bilanciamento tra i diritti del medico e quelli del paziente, con l'introduzione di garanzie e concentrandosi su un paradigma diverso da quello tradizionale, dando priorità alla prevenzione dei rischi e degli eventi avversi, con l'istituzione di un sistema nazionale, regionale e aziendale di monitoraggio e prevenzione;

8) si tratta di un dato positivo ma che non è stato sufficiente a ridurre la conflittualità e a porsi come deterrente alla « medicina difensiva », proprio in un sistema come quello medico che non può esistere se si trova a dover affrontare il rischio continuo di indagini penali e di accuse gravi e, spesso, non giustificate;

9) oltre al fatto che, mancando ancora alcuni dei decreti attuativi che la legge n. 24 del 2017 prevedeva e che, quindi, non si è ancora proceduto alla completa attuazione della stessa, vi è un'osservazione che deve essere fatta. Come è noto, l'articolo 6 della citata legge introduce nel codice penale la fattispecie della « Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario », che al comma 1, secondo paragrafo, stabilisce: « Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto »;

10) la questione si pone non tanto sulle linee guida, redatte in base a criteri validati in letteratura, ma per quel che riguarda le « buone pratiche clinico-assistenziali », che sono difficilmente definibili, nonostante alcune si trovino indicate nel sito dell'Istituto superiore di sanità;

11) infatti, le buone pratiche non appaiono facilmente standardizzabili, dipendendo da un insieme di fattori molto variabile, legati al paziente, all'età, alla presenza contemporanea di più patologie, e non possono che basarsi sulle conoscenze e sull'esperienza del singolo medico;

12) un ruolo importantissimo, come mostrato dalla tremenda esperienza dell'epidemia di COVID-19, è svolto dalla medicina territoriale, ossia da tutte quelle prestazioni sanitarie di primo livello e pronto intervento che hanno finalità preventive e si presentano come alternativa all'ospedalizzazione e che, inoltre, che sono volte a garantire la continuità assistenziale per i pazienti dimessi dagli ospedali (fase post-acuta) e che hanno patologie croniche. Dovrebbero garantire inoltre un'integrazione tra il livello sanitario primario e i livelli superiori;

13) si fa riferimento, in particolare, ai medici di medicina generale (Mmg), ai

pediatri di libera scelta, ai medici di continuità assistenziale (guardia medica) e ai medici specialisti ambulatoriali. Tutte queste figure sono particolarmente esposte a richieste di risarcimento da parte dei pazienti ma anche a gravi aggressioni fisiche, e necessitano di una tutela importante per poter svolgere i loro delicati compiti a tutela della salute delle persone che a loro si affidano;

14) il 17 settembre si celebra la « Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita », per aumentare la consapevolezza e l'informazione degli operatori sanitari e dei pazienti e diffondere la cultura della sicurezza delle cure come parte fondamentale del diritto alla salute, con al centro la persona assistita per quel che riguarda la programmazione delle scelte sanitarie ed il coinvolgimento nel processo assistenziale. Si tratta di obiettivi fondamentali ma che rischiano di essere compromessi da una sempre maggiore conflittualità come quella sopra indicata;

15) appare necessaria, proprio nell'ottica della « Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita », immaginare non solo interventi legislativi a tutela dei medici e del personale sanitario ma anche di formazione costante volti, tra l'altro, ad una vera umanizzazione della cura, in modo da avvicinare concretamente medici e pazienti che sono tutti impegnati nella stessa battaglia contro la malattia e per una sempre maggiore efficacia delle cure, oltre che nella prevenzione,

impegna il Governo:

1) nell'ottica della piena attuazione dell'articolo 32 della Costituzione, a valutare la possibilità di assumere iniziative normative di competenza per giungere ad una vera depenalizzazione dell'atto medico, fatte salve, ovviamente, quelle situazioni particolari e limitate nelle quali si possa riscontrare colpa grave o dolo, bilanciando l'esigenza di salvaguardia degli operatori sanitari — e

quindi la loro serenità nelle scelte necessarie per il paziente — da iniziative giudiziarie ingiuste con i diritti del paziente, che deve comunque poter adire il giudice civile qualora si ritenga danneggiato da episodi gravissimi di negligenza medica;

- 2) a procedere quanto prima all'adozione dei decreti attuativi previsti dalla legge « Gelli-Bianco » e non ancora emanati, in modo da dare piena e completa attuazione alla legge n. 24 del 2017;
- 3) ad adottare iniziative per giungere, per quanto di competenza e in accordo con le istituzioni sanitarie, ad una definizione chiara di « colpa grave »;
- 4) a realizzare concretamente, per quanto di competenza, l'attivazione, laddove necessario, ed il funzionamento della struttura di *risk management* già prevista dalla legge n. 24 del 2017;
- 5) a favorire, per quanto di competenza, le iniziative volte alla realizzazione di una formazione continua sulle relazioni di cura, con particolare attenzione alla loro umanizzazione, e facendo attenzione anche alle nuove modalità di interazione con la persona assistita (digitalizzazione, telemedicina, intelligenza artificiale), prevedendo, anche laddove necessario, nuove linee guida ed eventuali interventi normativi;
- 6) a procedere, per quanto di competenza, alla modifica ed omogeneizzazione delle linee guida cliniche, facendo riferimento in particolare all'Istituto superiore di sanità (posto che attualmente risulta che ne esistano un centinaio prodotte dalle società scientifiche accreditate);
- 7) a rendere operativo il protocollo d'intesa tra il Consiglio nazionale forense, il Consiglio superiore della magistratura e la Fnomceo per quel che riguarda la revisione degli albi dei periti e dei consulenti tecnici, redigendo al riguardo linee guida coerenti con la legge n. 24 del 2017;
- 8) ad adottare con urgenza ogni iniziativa, per quanto di competenza, volta a sal-

vaguardare i trattamenti pensionistici di tutti gli esercenti le professioni sanitarie;

- 9) a prevedere, per quanto di competenza, con particolare attenzione all'emergenza-urgenza, misure volte ad incentivare la scelta da parte dei medici delle specializzazioni ove maggiore è la carenza di professionisti;
- 10) a predisporre iniziative volta a garantire all'interno del Ssn le disposizioni previste nella Carta europea dei diritti del malato presentata a Bruxelles il 15 novembre 2002, volta a garantire un alto livello di protezione della salute umana assicurando l'elevata qualità dei servizi erogati dai diversi sistemi sanitari nazionali in Europa.

(1-00225) « Girelli, Furfaro, Gianassi, Malavasi, Serracchiani, Ciani, Stumpo ».

La Camera,

premessi che:

1) con l'espressione « medicina difensiva » s'intendono comunemente quelle decisioni, attive od omissive, non obbligatoriamente consapevoli, che i medici prendono non valutando in maniera preminente il criterio essenziale del bene del paziente quanto piuttosto l'intento di evitare di essere accusati per non aver effettuato tutte le indagini e prescritto tutte le medicine esistenti, o, al contrario, per aver effettuato trattamenti ad alto rischio d'insuccesso o di complicanze per il paziente;

2) sia essa « medicina difensiva positiva » (quando si prescrivono al paziente esami e terapie non necessarie), o « medicina difensiva negativa » (che evita diagnosi o procedure troppo invasive al paziente stesso), essa nasce da un sempre maggior incremento della conflittualità tra medico e paziente (o famiglia dello stesso);

3) come rilevato da più fonti, ogni anno, in Italia vengono intentate 35.600 nuove azioni legali, mentre ne giacciono 300 mila nei tribunali, contro medici e

strutture sanitarie pubbliche. Risulta che oltre il 90 per cento dei casi si traduca in un nulla di fatto, ma questa situazione non garantisce non solo il medico e la struttura sanitaria ma anche lo stesso paziente;

4) infatti, la sicurezza e la qualità delle cure rappresentano gli elementi fondamentali di tutte le prestazioni e sono obiettivi prioritari del Servizio sanitario nazionale, ma essa non può essere scissa dalla qualità delle cure, ed è indispensabile completamento e necessaria evoluzione dell'articolo 32 della nostra Carta costituzionale;

5) in questo quadro il medico deve prendere costantemente difficili decisioni, affrontando scelte complesse ed anche dolorose, che non possono fondarsi sul timore di eventuali ripercussioni in ambito giudiziario ma che devono garantire la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell'esercizio professionale indicati nel codice deontologico, al fine della tutela della salute individuale e collettiva;

6) è, però, di tutta evidenza che la costante crescita di cause contro i medici e le strutture sanitarie non garantisce quella necessaria serenità che è propedeutica, come detto, alla presa di decisioni complesse. Se, infatti, come detto, la stragrande maggioranza dei casi si risolve in assoluzioni o archiviazioni, il processo che il medico si trova a subire ingiustamente è lungo, logorante, e non spinge certo lo stesso medico e i colleghi che ne vivono le vicissitudini ad agire come sarebbero chiamati a fare, mentre, anche a livello inconscio, possono essere propensi a tutelare sé stessi;

7) anche per porre un freno a questa situazione è stata approvata la legge n. 24 dell'8 marzo 2017 (Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie), detta « Gelli-Bianco » dal nome dei primi firmatari, che aveva lo scopo di ridefinire la responsabilità del personale sanitario operando un accorto bilanciamento tra i diritti del medico e quelli del paziente, con l'introduzione di

garanzie e concentrandosi su un paradigma diverso da quello tradizionale, dando priorità alla prevenzione dei rischi e degli eventi avversi, con l'istituzione di un sistema nazionale, regionale e aziendale di monitoraggio e prevenzione;

8) si tratta di un dato positivo ma che non è stato sufficiente a ridurre la conflittualità e a porsi come deterrente alla « medicina difensiva », proprio in un sistema come quello medico che non può esistere se si trova a dover affrontare il rischio continuo di indagini penali e di accuse gravi e, spesso, non giustificate;

9) oltre al fatto che, mancando ancora alcuni dei decreti attuativi che la legge n. 24 del 2017 prevedeva e che, quindi, non si è ancora proceduto alla completa attuazione della stessa, vi è un'osservazione che deve essere fatta. Come è noto, l'articolo 6 della citata legge introduce nel codice penale la fattispecie della « Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario », che al comma 1, secondo paragrafo, stabilisce: « Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto »;

10) la questione si pone non tanto sulle linee guida, redatte in base a criteri validati in letteratura, ma per quel che riguarda le « buone pratiche clinico-assistenziali », che sono difficilmente definibili, nonostante alcune si trovino indicate nel sito dell'Istituto superiore di sanità;

11) infatti, le buone pratiche non appaiono facilmente standardizzabili, dipendendo da un insieme di fattori molto variabile, legati al paziente, all'età, alla presenza contemporanea di più patologie, e non possono che basarsi sulle conoscenze e sull'esperienza del singolo medico;

12) un ruolo importantissimo, come mostrato dalla tremenda esperienza dell'e-

pidemia di COVID-19, è svolto dalla medicina territoriale, ossia da tutte quelle prestazioni sanitarie di primo livello e pronto intervento che hanno finalità preventive e si presentano come alternativa all'ospedalizzazione e che, inoltre, che sono volte a garantire la continuità assistenziale per i pazienti dimessi dagli ospedali (fase post-acuta) e che hanno patologie croniche. Dovrebbero garantire inoltre un'integrazione tra il livello sanitario primario e i livelli superiori;

13) si fa riferimento, in particolare, ai medici di medicina generale (Mmg), ai pediatri di libera scelta, ai medici di continuità assistenziale (guardia medica) e ai medici specialisti ambulatoriali. Tutte queste figure sono particolarmente esposte a richieste di risarcimento da parte dei pazienti ma anche a gravi aggressioni fisiche, e necessitano di una tutela importante per poter svolgere i loro delicati compiti a tutela della salute delle persone che a loro si affidano;

14) il 17 settembre si celebra la « Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita », per aumentare la consapevolezza e l'informazione degli operatori sanitari e dei pazienti e diffondere la cultura della sicurezza delle cure come parte fondamentale del diritto alla salute, con al centro la persona assistita per quel che riguarda la programmazione delle scelte sanitarie ed il coinvolgimento nel processo assistenziale. Si tratta di obiettivi fondamentali ma che rischiano di essere compromessi da una sempre maggiore conflittualità come quella sopra indicata;

15) appare necessaria, proprio nell'ottica della « Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita », immaginare non solo interventi legislativi a tutela dei medici e del personale sanitario ma anche di formazione costante volti, tra l'altro, ad una vera umanizzazione della cura, in modo da avvicinare concretamente medici e pazienti che sono tutti impegnati nella stessa battaglia contro la malattia e per una sempre maggiore

efficacia delle cure, oltre che nella prevenzione,

impegna il Governo:

- 1) nell'ottica della piena attuazione dell'articolo 32 della Costituzione, a valutare la possibilità di assumere iniziative normative di competenza per giungere ad una vera depenalizzazione dell'atto medico, fatte salve, ovviamente, quelle situazioni particolari e limitate nelle quali si possa riscontrare colpa grave o dolo, bilanciando l'esigenza di salvaguardia degli operatori sanitari — e quindi la loro serenità nelle scelte necessarie per il paziente — da iniziative giudiziarie ingiuste con i diritti del paziente, che deve comunque poter adire il giudice civile qualora si ritenga danneggiato da episodi gravissimi di negligenza medica;
- 2) a procedere quanto prima all'adozione dei decreti attuativi previsti dalla legge « Gelli-Bianco » e non ancora emanati, in modo da dare piena e completa attuazione alla legge n. 24 del 2017;
- 3) ad adottare iniziative per giungere, per quanto di competenza e in accordo con le istituzioni sanitarie, ad una definizione chiara di « colpa grave »;
- 4) a realizzare concretamente, per quanto di competenza, l'attivazione, laddove necessario, ed il funzionamento della struttura di *risk management* già prevista dalla legge n. 24 del 2017;
- 5) a favorire, per quanto di competenza, le iniziative volte alla realizzazione di una formazione continua sulle relazioni di cura, con particolare attenzione alla loro umanizzazione, e facendo attenzione anche alle nuove modalità di interazione con la persona assistita (digitalizzazione, telemedicina, intelligenza artificiale), prevedendo, anche laddove necessario, nuove linee guida ed eventuali interventi normativi;
- 6) a procedere, per quanto di competenza, alla modifica ed omogeneizzazione delle linee guida cliniche, fa-

cendo riferimento in particolare all'Istituto superiore di sanità (posto che attualmente risulta che ne esistano un centinaio prodotte dalle società scientifiche accreditate);

- 7) a rendere operativo il protocollo d'intesa tra il Consiglio nazionale forense, il Consiglio superiore della magistratura e la Fnomceo per quel che riguarda la revisione degli albi dei periti e dei consulenti tecnici, redigendo al riguardo linee guida coerenti con la legge n. 24 del 2017;
 - 8) ad adottare con urgenza ogni iniziativa, per quanto di competenza, volta a salvaguardare i trattamenti pensionistici di tutti gli esercenti le professioni sanitarie;
 - 9) a valutare l'opportunità di prevedere, per quanto di competenza, con particolare attenzione all'emergenza-urgenza, misure volte ad incentivare la scelta da parte dei medici delle specializzazioni ove maggiore è la carenza di professionisti;
 - 10) a predisporre iniziative volta a garantire all'interno del Ssn le disposizioni previste nella Carta europea dei diritti del malato presentata a Bruxelles il 15 novembre 2002, volta a garantire un alto livello di protezione della salute umana assicurando l'elevata qualità dei servizi erogati dai diversi sistemi sanitari nazionali in Europa.
- (1-00225) (*Testo modificato nel corso della seduta*) « Girelli, Furfaro, Giannasi, Malavasi, Serracchiani, Ciani, Stumpo ».

La Camera,

premesso che:

1) la medicina difensiva, in senso stretto, identifica la condotta del sanitario che, nel prendere decisioni in relazione ad un paziente, fa prevalere l'esigenza di evitare le conseguenze giudiziarie rispetto alla tutela della salute del paziente stesso e a tal fine può compiere atti di cura o esami in

eccesso (medicina difensiva attiva) ovvero omettere i predetti atti fino ad arrivare talvolta a non prendere in cura il paziente (medicina difensiva passiva);

2) il sanitario che mette in atto una medicina difensiva attiva abusa di esami, accertamenti sanitari, pratiche cliniche con rilevanti conseguenze sui costi stessi, sulla sostenibilità del sistema sanitario nazionale pubblico e universalistico, sul bilancio stesso del paziente e della sua famiglia se si tratta di costi non coperti dal Ssn; non meno grave è la condotta del sanitario che per evitare conseguenze giudiziarie rifiuta l'intervento di propria competenza perché ritenuto troppo rischioso;

3) in letteratura la pratica della medicina difensiva è generalmente suddivisa in positiva, quando i medici prescrivono visite, farmaci o esami superflui, e negativa, quando i medici si rifiutano di curare pazienti ad alto rischio o di assumere incarichi ad alto rischio di contenzioso;

4) i pazienti sono le prime vittime, soprattutto della medicina difensiva negativa, allorquando non riescono a trovare medici disposti ad effettuare interventi chirurgici potenzialmente risolutivi ma rischiosi;

5) l'attuale grave crisi di personale nei pronto soccorso, con tempi di attesa che superano le otto ore per ricevere una visita, è causata, in parte, anche dall'elevato rischio di ricevere denunce per i medici che vi lavorano;

6) tutti gli organismi europei, ormai da diversi anni, hanno indicato la necessità di adottare misure di prevenzione a livello normativo ed operativo per assolvere all'obbligo di tutela della vita e dell'integrità psico-fisica dei pazienti, riducendo al minimo i rischi connessi;

7) la 72^a Assemblea mondiale della sanità (WHA72) nel maggio 2019 ha adottato una risoluzione sull'Azione globale sulla sicurezza dei pazienti che riconosce la sicurezza dei pazienti come una priorità sanitaria globale e sottolinea che nessuno

dovrebbe essere danneggiato nell'assistenza sanitaria e chiede all'OMS di formulare un piano d'azione globale per la sicurezza dei pazienti;

8) secondo quanto riportato sul sito dell'Oms, le pratiche terapeutiche non sicure e gli errori terapeutici sono una delle principali cause di lesioni e danni evitabili nei sistemi sanitari di tutto il mondo; a livello globale, il costo associato agli errori terapeutici è stato stimato in 42 miliardi di dollari all'anno;

9) secondo il *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030* dell'Oms, « si stima che un paziente su dieci è soggetto a un evento avverso mentre riceve cure ospedaliere nei Paesi ad alto reddito. Le prove disponibili suggeriscono che 134 milioni di problemi derivanti da cure non sicure si verificano negli ospedali dei Paesi a basso e medio reddito, contribuendo a circa 2,6 milioni di decessi ogni anno. Secondo le recenti stime, il costo sociale del danno ai pazienti può essere valutato tra uno trilione e due trilioni di dollari l'anno. »;

10) talune ricerche sulla medicina difensiva hanno restituito dati allarmanti secondo cui circa il 70 per cento dei medici ha messo in atto, almeno una volta nell'arco della carriera, una strategia di medicina difensiva e più del 10 per cento dei medici è coinvolto in una controversia legale;

11) il ricorso da parte dei medici a comportamenti « protettivi » come la medicina difensiva, e quindi alla richiesta di visite, esami, farmaci e altre pratiche cliniche superflue utili in caso di contenzioso, risulta in forte crescita ed è associato, secondo le più recenti inchieste, alle circa 300 mila le cause per colpa medica, 35 mila ogni anno le richieste di risarcimento. La maggior parte riguarda l'attività chirurgica (38,4 per cento), omesse o errate diagnosi (20,7 per cento) errori terapeutici (10,8 per cento), infezioni nosocomiali (6,7 per cento);

12) nonostante l'80 per cento delle cause intentate finisca in un'assoluzione o archiviazione, la preoccupazione e il malessere della classe medica è costante per-

ché, comunque, le indagini vengono avviate e i processi continuano ad aver corso lasciando stremati i sanitari, costretti ad affrontare defatiganti difese in punto di fatto e di diritto e a fare ricorso a consulenti tecnici e avvocati specialisti del settore;

13) il fenomeno della medicina difensiva è cresciuto dunque in maniera concomitante all'aumento del contenzioso legale per *malpractice* medica. Più aumentano i contenziosi medico – legali e la loro percezione nella classe medica, più aumenta il ricorso alla medicina difensiva che sottrae risorse a chi ha un bisogno effettivo di cure. Più si riduce l'effettiva disponibilità di risorse sanitarie e più aumentano i danni ai pazienti e quindi il contenzioso medico legale. Si tratta, dunque, di un circolo vizioso per cui il fenomeno è sia causa che conseguenza delle azioni giudiziarie;

14) la crescita esponenziale del fenomeno ha determinato anche la difficoltà di trovare copertura assicurativa idonea per i sanitari e per le strutture sanitarie, con una diminuzione dell'offerta da parte delle compagnie assicurative ed un aumento insostenibile dei premi assicurativi, soprattutto per talune specialità sanitarie;

15) indubbiamente sulla medicina difensiva ha influito l'avanzamento e la diffusione delle conoscenze in medicina che ha determinato un innalzamento delle aspettative da parte del paziente e dei suoi familiari;

16) significative sono inoltre le stime della cosiddetta mortalità evitabile (somma tra mortalità prevenibile e mortalità trattabile) le quali suggeriscono che entro i 75 anni di età si osservano circa 300 mila decessi evitabili, dei quali il 50 per cento trattabili (vedi Rapporto MEV 2020-2021);

17) anche la riduzione della spesa sanitaria ha indubbiamente cronicizzato il fenomeno a causa della riduzione dell'organico delle strutture sanitarie che ha deteriorato le condizioni di lavoro del personale sanitario, stressato da turni massacranti e da stipendi inadeguati, con rilevanti conseguenze sulla salute quale diritto esigibile costituzionalmente garantito;

18) la carenza di risorse umane e stipendi sensibilmente al di sotto della media europea aumenta esponenzialmente la pratica della medicina difensiva poiché il personale sanitario non si trova ad operare in un contesto sicuro e soddisfacente; i dipendenti delle strutture sanitarie pubbliche si trovano ad effettuare straordinari esorbitanti con un inevitabile aumento del rischio di errore medico;

19) la crescita esponenziale del cosiddetto fenomeno dei gettonisti favorisce ulteriormente il rischio clinico poiché crea contesti poco fidelizzati e privi di coordinamento; la precarizzazione e il conseguente carico di lavoro di taluni contesti sanitari ed ospedalieri, come ad esempio le aree dell'emergenza, rende meno appetibili le specializzazioni necessarie per lavorare in quei contesti;

20) per le suesposte ragioni e per le bene note fragilità del nostro Ssn, il personale sanitario sta rappresentando proprio in questi giorni tutta la propria insoddisfazione rispetto a condizioni di lavoro ormai sempre più insostenibili e rispetto a progressivi definanziamenti del Servizio sanitario pubblico e finanche del sistema pensionistico che indurrebbe addirittura il personale medesimo ad abbandonare il sistema sanitario pubblico prima ancora dei tempi ordinari;

21) caratteristiche del fenomeno sono dunque: l'assenza di serenità per il sanitario, la sfiducia nel Ssn del paziente che non riceve le cure adeguate, la crescita esponenziale dei costi per l'intera collettività per prestazioni in realtà evitabili e, infine, il sacrificio della prevenzione;

22) alle suesposte caratteristiche del fenomeno si aggiunge anche il fenomeno dell'over-diagnosi, ossia quel fenomeno che include l'eccesso di medicalizzazione, gli interventi terapeutici non necessari (*overtreatment*), la modifica delle soglie diagnostiche delle malattie, l'invenzione di nuove entità patologiche (*disease mongering*); tale fenomeno è alimentato dall'evoluzione delle tecnologie diagnostiche ed anche dagli interessi dell'industria, dalla continua espan-

sione delle definizioni di malattia, la definizione di nuove entità patologiche;

23) all'over-diagnosi si aggiunge:

una perdurante carenza di investimenti nella prevenzione che sia in grado di incidere sulle cause delle malattie e non sulle conseguenze delle stesse;

il mancato perseguimento dell'indipendenza e della trasparenza dei rapporti tra le imprese produttrici, i soggetti che operano nel settore della salute e le organizzazioni sanitarie;

l'inefficace monitoraggio dell'attività prescrittiva di farmaci e prestazioni sanitarie da parte del personale medico e sanitario;

la puntuale verifica del valore terapeutico aggiunto delle prestazioni farmacologiche, al fine di eliminare farmaci inutili perché eguali o inferiori a quelli già esistenti e per costringere il mercato solo alla utilizzazione dei farmaci migliori e alla produzione dei farmaci realmente innovativi;

24) occorre intervenire in maniera radicale sull'appropriatezza delle cure e condurre le opportune verifiche sulle linee guida emanate o da emanare affinché sia escluso che gli estensori siano privi di conflitti di interessi e che non abbiano legami con l'industria del farmaco o delle apparecchiature medicali;

25) occorre altresì dare sollecita e concreta attuazione alla legge n. 62 del 31 maggio 2022, concernente « Disposizioni in materia di trasparenza dei rapporti tra le imprese produttrici, i soggetti che operano nel settore della salute e le organizzazioni sanitarie », più nota come « *Sunshine Act* »;

26) le conseguenze della medicina difensiva hanno, peraltro, un impatto sociale importante: dall'aggravio economico sul bilancio dello Stato (si stima che in Italia la medicina difensiva abbia un costo di 165 euro *pro capite*), senza che a ciò corrisponda un aumento di qualità e di sicurezza del Servizio sanitario nazionale, all'aumento dei premi assicurativi a carico

del personale sanitario, sino ad arrivare alla conseguente limitazione del diritto alla salute riconosciuto dall'articolo 32 della nostra Costituzione;

27) le ripercussioni in termini economici per il Ssn nel suo complesso sono rilevanti. Sebbene il costo della medicina difensiva non sia facilmente quantificabile, secondo stime recenti di AgeNaS, in Italia esso si aggirerebbe intorno al 10 per cento della spesa sanitaria complessiva, pari a circa 9-10 miliardi di euro l'anno (0,75 per cento del Pil); a ciò si aggiunga l'ulteriore considerazione che tutto questo costa ai contribuenti 22,5 miliardi di euro l'anno, ossia il 15 per cento della spesa sanitaria annuale, condizionando gravemente l'attività assistenziale;

28) nel 2017 il legislatore è intervenuto per cercare di contrastare il fenomeno in maniera sistemica, attraverso la legge n. 24 del 2017, cosiddetta « legge Gelli » dal nome del suo estensore, che, nelle fasi di approvazione della legge medesima, ebbe modo di rappresentare che: « [...] la medicina difensiva rappresenta circa tra l'11 per cento e il 23 per cento di tutte le prestazioni [...]: nel dettaglio i medici dichiarano di prescrivere farmaci (53 per cento), visite specialistiche (73 per cento), esami di laboratorio (71 per cento), esami strumentali (76 per cento) e ricoveri (50 per cento) anche per il timore di ricevere una denuncia da parte dei pazienti (78 per cento). Per quanto riguarda l'impatto economico, la medicina difensiva incide sui costi del Servizio sanitario nazionale per il 10,5 per cento circa, per una cifra pari a 10 miliardi di euro »;

29) con l'intervento legislativo si è percorsa la prevalente strada di attenuare la responsabilità del sanitario e nel contempo di risarcire, ove possibile, i pazienti attraverso l'istituzione di un fondo per le vittime di malasanità; più in particolare, è stato introdotto un nuovo articolo nel codice penale, il 590-*sexies*, che prevede l'esclusione della responsabilità penale del sanitario per morte o lesioni, nel caso di imperizia e di colpa lieve, a condizione che il sanitario abbia agito in conformità a

linee guida o, in mancanza di esse, seguendo le buone pratiche clinico-assistenziali;

30) a più di sei anni di distanza dall'approvazione della legge in questione, mancano ancora taluni decreti attuativi che di fatto la rendono inefficace per la parte precipuamente intesa a definire i criteri e le modalità per la vigilanza e il controllo sulle imprese di assicurazione che intendano operare in ambito sanitario e sui requisiti minimi delle polizze assicurative;

31) senza i decreti attuativi della cosiddetta legge Gelli, di fatto, non si consente al soggetto danneggiato di agire direttamente, entro i limiti del massimale, nei confronti dell'impresa di assicurazione e né è operativo il « Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria », che dovrebbe essere alimentato dal versamento di un contributo annuale dovuto dalle imprese assicuratrici operanti nel ramo, destinato a risarcire il danno in caso di esubero rispetto al massimale assicurativo, di insolvenza della compagnia, o di assenza di copertura assicurativa per recesso dell'impresa o per sopravvenuta cancellazione dall'albo della medesima;

32) per la parte comunque attuata, la cosiddetta legge Gelli non si è mostrata risolutiva dei problemi di contesto sopra esposti soprattutto in riferimento alla colpa medica e la fragilità dell'impianto complessivo si è disvelata in maniera palese proprio durante la pandemia;

33) guardando oltre i confini nazionali, sul tema della responsabilità sanitaria rileva l'esperienza dell'ordinamento francese che seguendo lo stesso percorso italiano dell'aumento esponenziale dei contenziosi giudiziari e della difficoltà di trovare idonee coperture assicurative, con due provvedimenti normativi del 2002 ha ridefinito il regime della responsabilità sanitaria prevedendo sia il rimedio tradizionale della responsabilità civile ancorata alla colpa sia il sistema di solidarietà sociale, cosiddetto « *no-fault* », che devolve il ristoro o indennizzo ad un sistema di sicurezza sociale, alternativo ad un eventuale risarcimento

ottenuto in sede giudiziaria, con un diritto di rivalsa nei confronti del responsabile con colpa grave, nell'ipotesi in cui si dovessero verificare dei danni in assenza di una chiara responsabilità del professionista, della struttura o di un produttore;

34) viene previsto in Francia, in maniera solidaristica, un fondo di garanzia nazionale che si fa carico dei danni irreversibili e gravi avvenuti in corso di trattamento sanitario. L'istituzione di tale fondo che eroga indennizzi è più economica rispetto al pagamento di polizze assicurative da parte di enti e strutture del Servizio sanitario nazionale, inoltre, riduce il numero totale di cause, che si genera in un sistema basato sulla colpa come il nostro;

35) in Italia esiste già, per alcune limitate fattispecie, la possibilità di ottenere un indennizzo solidaristico. Le due più importanti differenze rispetto al sistema francese sono:

a) il meccanismo dell'indennizzo italiano si va, nella pratica, a sommare al tentativo giudiziario di ottenere un risarcimento;

b) il meccanismo dell'indennizzo italiano è limitato a poche fattispecie;

36) un regime ad indennizzo alternativo al ristoro per via giudiziaria può ridurre invece le spese per la medicina difensiva,

impegna il Governo:

1) ad adottare iniziative di competenza volte a garantire nelle strutture sanitarie, attraverso l'assunzione di personale, condizioni di lavoro idonee e tali da contenere il fenomeno della medicina difensiva che, a causa della riduzione dell'organico e del deterioramento delle condizioni di lavoro del personale sanitario, stressato da turni massacranti e da stipendi inadeguati, rischia di crescere esponenzialmente, con rilevanti conseguenze sulla salute quale diritto esigibile costituzionalmente garantito;

- 2) a garantire al personale sanitario condizioni economiche e contrattuali idonee e comunque non inferiori alla media europea, salvaguardando risorse congrue per il trattamento pensionistico del personale medesimo senza intaccare le risorse del Fondo sanitario nazionale;
- 3) a rendere appetibili le specializzazioni attualmente carenti attraverso opportuni incentivi economici da concordare con le organizzazioni sindacali e a garantire agli specializzandi condizioni di lavoro dignitose e rispettose eliminando ogni forma di sfruttamento del loro lavoro, rendendo obbligatoria la timbratura elettronica per gli specializzandi medesimi;
- 4) ad assumere ogni iniziativa opportuna, anche di carattere normativo, per assicurare agli infermieri un adeguato riconoscimento economico e professionale, garantendo l'autonomia professionale per alcune specializzazioni cliniche infermieristiche;
- 5) ad adottare iniziative di competenza volte a garantire nelle strutture sanitarie e sociosanitarie, attraverso uno straordinario piano assunzionale, un adeguato numero di operatori sociosanitari, per permettere un'efficace gestione dell'assistenza e un'efficace interazione e integrazione delle diverse professionalità coinvolte;
- 6) a dare attuazione alla legge n. 24 del 2017, cosiddetta « legge Gelli », adottando i relativi decreti attuativi la cui mancanza non consente al soggetto danneggiato di agire direttamente, entro i limiti del massimale, nei confronti dell'impresa di assicurazione e ovvero di avvalersi del « Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria », che dovrebbe essere alimentato dal versamento di un contributo annuale dovuto dalle imprese assicuratrici per risarcire il danno in caso di esubero rispetto al massimale assicurativo, di insolvenza della compagnia, o di assenza di copertura assicurativa per recesso dell'impresa o per sopravvenuta cancellazione dall'albo della medesima;
- 7) ad avviare una comparazione con l'ordinamento francese al fine di verificare se sia possibile introdurre nel nostro ordinamento il sistema di solidarietà sociale, il cosiddetto « *no-fault* », che devolve il ristoro o indennizzo ad un sistema di sicurezza sociale, alternativo ad un eventuale risarcimento ottenuto in sede giudiziaria, nell'ipotesi in cui si dovessero verificare dei danni in assenza di una chiara responsabilità del professionista, della struttura o di un produttore, quali ad esempio danni da infezioni nosocomiali, danni da farmaci e da incidenti (traumi, cadute accidentali) avvenuti nelle strutture ospedaliere;
- 8) ad adottare iniziative di competenza volte a verificare e documentare nel più breve tempo possibile se in tutte le strutture sanitarie pubbliche e private siano state costituite unità sul rischio clinico deputate a prevenire che l'organizzazione deficitaria sia causa di danni al paziente per inosservanza degli *standard* di sicurezza o del generale dovere di diligenza, prudenza, perizia e se tutte abbiano predisposto la prescritta relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che li hanno prodotti e sulle iniziative messe in atto per contrastarli;
- 9) a provvedere alla pubblicazione del *report* annuale sul monitoraggio delle denunce di sinistri, dando evidenza dei dati relativi alle denunce di sinistri e degli eventi sentinella e a rendere permanentemente pubblici i dati attraverso il Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (Simes), al fine di consentire la valutazione dei rischi e il monitoraggio completo degli eventi avversi, di migliorare la gestione del contenzioso e di consentire a tutta la collettività di conoscere la sinistrosità delle aziende sanitarie;

- 10) ad adottare iniziative volte a rendere pubblico, sul sito del Ministero della salute, l'adempimento circa l'obbligo di trasparenza delle strutture pubbliche e private, con specifico riferimento alla pubblicazione dei dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, e verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario;
- 11) a promuovere, nel contesto del rischio clinico, la formazione degli operatori alla comunicazione efficace al fine di umanizzare la relazione tra i sanitari e il paziente e suoi familiari e di renderla parte della cura, riducendo il contenzioso medico-legale e il rischio di aggressività;
- 12) a valutare il costo della medicina difensiva in termini economici, l'impatto sulle liste d'attesa, l'impatto sulla fruibilità del Servizio sanitario nazionale, sugli effetti avversi da farmaci inutili e sul numero di tumori per esposizione a radiazioni ionizzanti non necessarie;
- 13) a valutare ogni iniziativa utile a ridurre le problematiche connesse alla medicina difensiva, senza aumentare i rischi per i pazienti e senza intaccare il diritto ad un giusto risarcimento in caso di colpa medica;
- 14) ad assumere ogni iniziativa di competenza, anche di carattere normativo, volta a bilanciare l'esigenza di salvaguardare gli operatori sanitari da iniziative giudiziarie arbitrarie e ingiuste con la necessità di tutelare i diritti dei pazienti che si ritengono danneggiati da episodi di negligenza medica;
- 15) a valutare l'opportunità di rendere il sistema di indennizzi per gravi danni alla salute liberamente alternativo per il cittadino rispetto al tentativo di ottenere risarcimento giudiziario;
- 16) a valutare di adottare iniziative volte ad estendere l'opportunità di ricevere un indennizzo per gravi danni alla salute anche a quei danni derivati dalla somministrazione di farmaci, dai trattamenti sanitari ricevuti senza consenso (Tso), dalle infezioni nosocomiali e dai traumi accidentali occorsi in ospedale (tra i quali, la caduta dalla barella);
- 17) ad intervenire sul fenomeno dell'overdiagnosi, sull'eccesso di medicalizzazione, sugli interventi terapeutici non necessari (*overtreatment*), sulla modifica delle soglie diagnostiche delle malattie, sull'invenzione di nuove entità patologiche (*disease mongering*), anche attivando un efficace monitoraggio dell'attività prescrittiva di farmaci e delle prestazioni sanitarie da parte del personale medico e sanitario;
- 18) ad incrementare gli investimenti nella prevenzione al fine di incidere sulle cause delle malattie e non sulle conseguenze delle stesse e a promuovere la cultura della riconciliazione terapeutica tra medici e pazienti, in caso di polifarmacoterapia;
- 19) ad adottare ogni strumento utile, anche in sede europea, affinché nella produzione dei farmaci o dei dispositivi medici sia sempre verificato il valore terapeutico aggiunto delle prestazioni sanitarie correlate, al fine di ridurre l'inappropriatezza prescrittiva ed eliminare farmaci inutili perché eguali o inferiori a quelli già esistenti e per costringere il mercato solo alla utilizzazione dei farmaci migliori e alla produzione dei farmaci realmente innovativi;
- 20) ad adottare iniziative di competenza volte ad intervenire in maniera radicale sull'appropriatezza delle cure e a condurre le opportune verifiche sulle linee guida emanate o da emanare affinché gli estensori siano privi di conflitti di interessi e non abbiano legami con l'industria del farmaco o delle apparecchiature medicali, al tempo stesso dando sollecita attuazione alla legge n. 62 del 31 maggio 2022, concernente « Disposizioni in ma-

teria di trasparenza dei rapporti tra le imprese produttrici, i soggetti che operano nel settore della salute e le organizzazioni sanitarie », più nota come « *Sunshine Act* »;

- 21) ad incentivare l'approccio *less is more* con l'obiettivo di migliorare l'esperienza di cura del paziente e lo stato di salute delle popolazioni e ad investire maggiori risorse nella prevenzione delle malattie attraverso la riduzione e l'eliminazione dei fattori di rischio.

(1-00226) (Nuova formulazione) « Marianna Ricciardi, Quartini, Sportiello, Di Lauro, Francesco Silvestri ».

La Camera,

premesso che:

1) la medicina difensiva, in senso stretto, identifica la condotta del sanitario che, nel prendere decisioni in relazione ad un paziente, fa prevalere l'esigenza di evitare le conseguenze giudiziarie rispetto alla tutela della salute del paziente stesso e a tal fine può compiere atti di cura o esami in eccesso (medicina difensiva attiva) ovvero omettere i predetti atti fino ad arrivare talvolta a non prendere in cura il paziente (medicina difensiva passiva);

2) il sanitario che mette in atto una medicina difensiva attiva abusa di esami, accertamenti sanitari, pratiche cliniche con rilevanti conseguenze sui costi stessi, sulla sostenibilità del sistema sanitario nazionale pubblico e universalistico, sul bilancio stesso del paziente e della sua famiglia se si tratta di costi non coperti dal Ssn; non meno grave è la condotta del sanitario che per evitare conseguenze giudiziarie rifiuta l'intervento di propria competenza perché ritenuto troppo rischioso;

3) in letteratura la pratica della medicina difensiva è generalmente suddivisa in positiva, quando i medici prescrivono visite, farmaci o esami superflui, e negativa, quando i medici si rifiutano di curare pazienti ad alto rischio o di assu-

mere incarichi ad alto rischio di contenzioso;

4) i pazienti sono le prime vittime, soprattutto della medicina difensiva negativa, allorché non riescono a trovare medici disposti ad effettuare interventi chirurgici potenzialmente risolutivi ma rischiosi;

5) l'attuale grave crisi di personale nei pronto soccorso, con tempi di attesa che superano le otto ore per ricevere una visita, è causata, in parte, anche dall'elevato rischio di ricevere denunce per i medici che vi lavorano;

6) tutti gli organismi europei, ormai da diversi anni, hanno indicato la necessità di adottare misure di prevenzione a livello normativo ed operativo per assolvere all'obbligo di tutela della vita e dell'integrità psico-fisica dei pazienti, riducendo al minimo i rischi connessi;

7) la 72^a Assemblea mondiale della sanità (WHA72) nel maggio 2019 ha adottato una risoluzione sull'Azione globale sulla sicurezza dei pazienti che riconosce la sicurezza dei pazienti come una priorità sanitaria globale e sottolinea che nessuno dovrebbe essere danneggiato nell'assistenza sanitaria e chiede all'OMS di formulare un piano d'azione globale per la sicurezza dei pazienti;

8) secondo quanto riportato sul sito dell'Oms, le pratiche terapeutiche non sicure e gli errori terapeutici sono una delle principali cause di lesioni e danni evitabili nei sistemi sanitari di tutto il mondo; a livello globale, il costo associato agli errori terapeutici è stato stimato in 42 miliardi di dollari all'anno;

9) secondo il *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030* dell'Oms, « si stima che un paziente su dieci è soggetto a un evento avverso mentre riceve cure ospedaliere nei Paesi ad alto reddito. Le prove disponibili suggeriscono che 134 milioni di problemi derivanti da cure non sicure si verificano negli ospedali dei Paesi a basso e medio reddito, contribuendo a circa 2,6 milioni di decessi ogni anno. Secondo le

recenti stime, il costo sociale del danno ai pazienti può essere valutato tra uno trilione e due trilioni di dollari l'anno.»;

10) talune ricerche sulla medicina difensiva hanno restituito dati allarmanti secondo cui circa il 70 per cento dei medici ha messo in atto, almeno una volta nell'arco della carriera, una strategia di medicina difensiva e più del 10 per cento dei medici è coinvolto in una controversia legale;

11) il ricorso da parte dei medici a comportamenti « protettivi » come la medicina difensiva, e quindi alla richiesta di visite, esami, farmaci e altre pratiche cliniche superflue utili in caso di contenzioso, risulta in forte crescita ed è associato, secondo le più recenti inchieste, alle circa 300 mila le cause per colpa medica, 35 mila ogni anno le richieste di risarcimento. La maggior parte riguarda l'attività chirurgica (38,4 per cento), omesse o errate diagnosi (20,7 per cento) errori terapeutici (10,8 per cento), infezioni nosocomiali (6,7 per cento);

12) nonostante l'80 per cento delle cause intentate finisca in un'assoluzione o archiviazione, la preoccupazione e il malessere della classe medica è costante perché, comunque, le indagini vengono avviate e i processi continuano ad aver corso lasciando stremati i sanitari, costretti ad affrontare defatiganti difese in punto di fatto e di diritto e a fare ricorso a consulenti tecnici e avvocati specialisti del settore;

13) il fenomeno della medicina difensiva è cresciuto dunque in maniera concomitante all'aumento del contenzioso legale per *malpractice* medica. Più aumentano i contenziosi medico – legali e la loro percezione nella classe medica, più aumenta il ricorso alla medicina difensiva che sottrae risorse a chi ha un bisogno effettivo di cure. Più si riduce l'effettiva disponibilità di risorse sanitarie e più aumentano i danni ai pazienti e quindi il contenzioso medico legale. Si tratta, dunque, di un circolo vizioso per cui il fenomeno è sia causa che conseguenza delle azioni giudiziarie;

14) la crescita esponenziale del fenomeno ha determinato anche la difficoltà

di trovare copertura assicurativa idonea per i sanitari e per le strutture sanitarie, con una diminuzione dell'offerta da parte delle compagnie assicurative ed un aumento insostenibile dei premi assicurativi, soprattutto per talune specialità sanitarie;

15) indubbiamente sulla medicina difensiva ha influito l'avanzamento e la diffusione delle conoscenze in medicina che ha determinato un innalzamento delle aspettative da parte del paziente e dei suoi familiari;

16) significative sono inoltre le stime della cosiddetta mortalità evitabile (somma tra mortalità prevenibile e mortalità trattabile) le quali suggeriscono che entro i 75 anni di età si osservano circa 300 mila decessi evitabili, dei quali il 50 per cento trattabili (vedi Rapporto MEV 2020-2021);

17) la carenza di risorse umane e stipendi sensibilmente al di sotto della media europea aumenta esponenzialmente la pratica della medicina difensiva poiché il personale sanitario non si trova ad operare in un contesto sicuro e soddisfacente; i dipendenti delle strutture sanitarie pubbliche si trovano ad effettuare straordinari esorbitanti con un inevitabile aumento del rischio di errore medico;

18) la crescita esponenziale del cosiddetto fenomeno dei gettonisti favorisce ulteriormente il rischio clinico poiché crea contesti poco fidelizzati e privi di coordinamento; la precarizzazione e il conseguente carico di lavoro di taluni contesti sanitari ed ospedalieri, come ad esempio le aree dell'emergenza, rende meno appetibili le specializzazioni necessarie per lavorare in quei contesti;

19) caratteristiche del fenomeno sono dunque: l'assenza di serenità per il sanitario, la sfiducia nel Ssn del paziente che non riceve le cure adeguate, la crescita esponenziale dei costi per l'intera collettività per prestazioni in realtà evitabili e, infine, il sacrificio della prevenzione;

20) alle suesposte caratteristiche del fenomeno si aggiunge anche il fenomeno dell'over-diagnosi, ossia quel fenomeno che

include l'eccesso di medicalizzazione, gli interventi terapeutici non necessari (*overtreatment*), la modifica delle soglie diagnostiche delle malattie, l'invenzione di nuove entità patologiche (*disease mongering*); tale fenomeno è alimentato dall'evoluzione delle tecnologie diagnostiche ed anche dagli interessi dell'industria, dalla continua espansione delle definizioni di malattia, la definizione di nuove entità patologiche;

21) occorre intervenire in maniera radicale sull'appropriatezza delle cure e condurre le opportune verifiche sulle linee guida emanate o da emanare affinché sia escluso che gli estensori siano privi di conflitti di interessi e che non abbiano legami con l'industria del farmaco o delle apparecchiature medicali;

22) occorre altresì dare sollecita e concreta attuazione alla legge n. 62 del 31 maggio 2022, concernente « Disposizioni in materia di trasparenza dei rapporti tra le imprese produttrici, i soggetti che operano nel settore della salute e le organizzazioni sanitarie », più nota come « *Sunshine Act* »;

23) le conseguenze della medicina difensiva hanno, peraltro, un impatto sociale importante: dall'aggravio economico sul bilancio dello Stato (si stima che in Italia la medicina difensiva abbia un costo di 165 euro *pro capite*), senza che a ciò corrisponda un aumento di qualità e di sicurezza del Servizio sanitario nazionale, all'aumento dei premi assicurativi a carico del personale sanitario, sino ad arrivare alla conseguente limitazione del diritto alla salute riconosciuto dall'articolo 32 della nostra Costituzione;

24) le ripercussioni in termini economici per il Ssn nel suo complesso sono rilevanti. Sebbene il costo della medicina difensiva non sia facilmente quantificabile, secondo stime recenti di AgeNaS, in Italia esso si aggirerebbe intorno al 10 per cento della spesa sanitaria complessiva, pari a circa 9-10 miliardi di euro l'anno (0,75 per cento del Pil); a ciò si aggiunga l'ulteriore considerazione che tutto questo costa ai contribuenti 22,5 miliardi di euro l'anno, ossia il 15 per cento della spesa sanitaria

annuale, condizionando gravemente l'attività assistenziale;

25) nel 2017 il legislatore è intervenuto per cercare di contrastare il fenomeno in maniera sistemica, attraverso la legge n. 24 del 2017, cosiddetta « legge Gelli » dal nome del suo estensore, che, nelle fasi di approvazione della legge medesima, ebbe modo di rappresentare che: « [...] la medicina difensiva rappresenta circa tra l'11 per cento e il 23 per cento di tutte le prestazioni [...]: nel dettaglio i medici dichiarano di prescrivere farmaci (53 per cento), visite specialistiche (73 per cento), esami di laboratorio (71 per cento), esami strumentali (76 per cento) e ricoveri (50 per cento) anche per il timore di ricevere una denuncia da parte dei pazienti (78 per cento). Per quanto riguarda l'impatto economico, la medicina difensiva incide sui costi del Servizio sanitario nazionale per il 10,5 per cento circa, per una cifra pari a 10 miliardi di euro »;

26) con l'intervento legislativo si è percorsa la prevalente strada di attenuare la responsabilità del sanitario e nel contempo di risarcire, ove possibile, i pazienti attraverso l'istituzione di un fondo per le vittime di malasanita; più in particolare, è stato introdotto un nuovo articolo nel codice penale, il 590-*sexies*, che prevede l'esclusione della responsabilità penale del sanitario per morte o lesioni, nel caso di imperizia e di colpa lieve, a condizione che il sanitario abbia agito in conformità a linee guida o, in mancanza di esse, seguendo le buone pratiche clinico-assistenziali;

27) a più di sei anni di distanza dall'approvazione della legge in questione, mancano ancora taluni decreti attuativi che di fatto la rendono inefficace per la parte precipuamente intesa a definire i criteri e le modalità per la vigilanza e il controllo sulle imprese di assicurazione che intendano operare in ambito sanitario e sui requisiti minimi delle polizze assicurative;

28) senza i decreti attuativi della cosiddetta legge Gelli, di fatto, non si consente al soggetto danneggiato di agire di-

rettamente, entro i limiti del massimale, nei confronti dell'impresa di assicurazione e né è operativo il « Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria », che dovrebbe essere alimentato dal versamento di un contributo annuale dovuto dalle imprese assicuratrici operanti nel ramo, destinato a risarcire il danno in caso di esubero rispetto al massimale assicurativo, di insolvenza della compagnia, o di assenza di copertura assicurativa per recesso dell'impresa o per sopravvenuta cancellazione dall'albo della medesima;

29) per la parte comunque attuata, la cosiddetta legge Gelli non si è mostrata risolutiva dei problemi di contesto sopra esposti soprattutto in riferimento alla colpa medica e la fragilità dell'impianto complessivo si è disvelata in maniera palese proprio durante la pandemia;

30) guardando oltre i confini nazionali, sul tema della responsabilità sanitaria rileva l'esperienza dell'ordinamento francese che seguendo lo stesso percorso italiano dell'aumento esponenziale dei contenziosi giudiziari e della difficoltà di trovare idonee coperture assicurative, con due provvedimenti normativi del 2002 ha ridefinito il regime della responsabilità sanitaria prevedendo sia il rimedio tradizionale della responsabilità civile ancorata alla colpa sia il sistema di solidarietà sociale, cosiddetto « *no-fault* », che devolve il ristoro o indennizzo ad un sistema di sicurezza sociale, alternativo ad un eventuale risarcimento ottenuto in sede giudiziaria, con un diritto di rivalsa nei confronti del responsabile con colpa grave, nell'ipotesi in cui si dovessero verificare dei danni in assenza di una chiara responsabilità del professionista, della struttura o di un produttore;

31) viene previsto in Francia, in maniera solidaristica, un fondo di garanzia nazionale che si fa carico dei danni irreversibili e gravi avvenuti in corso di trattamento sanitario. L'istituzione di tale fondo che eroga indennizzi è più economica rispetto al pagamento di polizze assicurative da parte di enti e strutture del Servizio sanitario nazionale, inoltre, riduce il numero totale di cause, che si genera in un sistema basato sulla colpa come il nostro;

32) in Italia esiste già, per alcune limitate fattispecie, la possibilità di ottenere un indennizzo solidaristico. Le due più importanti differenze rispetto al sistema francese sono:

a) il meccanismo dell'indennizzo italiano si va, nella pratica, a sommare al tentativo giudiziario di ottenere un risarcimento;

b) il meccanismo dell'indennizzo italiano è limitato a poche fattispecie;

33) un regime ad indennizzo alternativo al ristoro per via giudiziaria può ridurre invece le spese per la medicina difensiva,

impegna il Governo:

- 1) a valutare l'opportunità di adottare le iniziative di competenza volte a garantire nelle strutture sanitarie, anche favorendo l'assunzione di personale, condizioni di lavoro idonee e tali da contenere il fenomeno della medicina difensiva che, anche a causa della riduzione dell'organico e del deterioramento delle condizioni di lavoro del personale sanitario, stressato da turni massacranti e da stipendi non del tutto adeguati, rischia di crescere esponenzialmente, con rilevanti conseguenze sulla salute quale diritto esigibile costituzionalmente garantito;
- 2) a valutare l'opportunità di adottare iniziative per garantire al personale sanitario condizioni economiche e contrattuali idonee e comunque non inferiori alla media europea, salvaguardando risorse congrue per il trattamento pensionistico del personale medesimo senza intaccare le risorse del Fondo sanitario nazionale;
- 3) a valutare l'opportunità di adottare iniziative per rendere appetibili le specializzazioni attualmente carenti attraverso opportuni incentivi economici da concordare con le organizzazioni sindacali e garantire agli specializzandi condizioni di lavoro dignitose e rispettose eliminando ogni forma di sfrutta-

- mento del loro lavoro, rendendo obbligatoria la timbratura elettronica per gli specializzandi medesimi, anche attraverso il ricorso a sistemi di rilevazione delle presenze;
- 4) a valutare l'opportunità di adottare ogni iniziativa opportuna, anche di carattere normativo, per assicurare agli infermieri un adeguato riconoscimento economico e professionale, garantendo l'autonomia professionale per alcune specializzazioni cliniche infermieristiche;
 - 5) a valutare l'opportunità di adottare iniziative di competenza per garantire nelle strutture sanitarie e sociosanitarie, anche attraverso assunzioni straordinarie, un adeguato numero di operatori sociosanitari, per permettere un'efficace gestione dell'assistenza e un'efficace interazione e integrazione delle diverse professionalità coinvolte;
 - 6) a dare piena attuazione alla legge n. 24 del 2017, cosiddetta « legge Gelli », adottando i relativi decreti attuativi non ancora emanati;
 - 7) a valutare l'opportunità di avviare una comparazione con l'ordinamento francese al fine di verificare se sia possibile introdurre nel nostro ordinamento il sistema di solidarietà sociale, il cosiddetto « *no-fault* », che devolve il ristoro o indennizzo ad un sistema di sicurezza sociale, alternativo ad un eventuale risarcimento ottenuto in sede giudiziaria, nell'ipotesi in cui si dovessero verificare dei danni in assenza di una chiara responsabilità del professionista, della struttura o di un produttore, quali ad esempio danni da infezioni nosocomiali, danni da farmaci e da incidenti (traumi, cadute accidentali) avvenuti nelle strutture ospedaliere;
 - 8) ad adottare iniziative di competenza volte a istituire un monitoraggio sull'attuazione degli adempimenti, da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, di quanto previsto dalle normative vigenti in materia di *risk management*;
 - 9) a provvedere alla pubblicazione del *report* annuale sugli eventi sentinella e sul monitoraggio delle denunce di sinistri insieme a quelli relativi agli eventi avversi anche se raccolti con altri flussi specifici;
 - 10) a promuovere, nel contesto del rischio clinico, la formazione degli operatori alla comunicazione efficace al fine di umanizzare la relazione tra i sanitari e il paziente e suoi familiari e di renderla parte della cura, riducendo il contenzioso medico-legale e il rischio di aggressività;
 - 11) a valutare il costo della medicina difensiva in termini economici, il suo impatto sulle liste di attesa e sull'accessibilità alle prestazioni nel Servizio sanitario nazionale e a stimare i potenziali danni per i pazienti collegati a tali prestazioni non necessarie; sulle liste d'attesa, l'impatto sulla fruibilità del Servizio sanitario nazionale, sugli effetti avversi da farmaci inutili e sul numero di tumori per esposizione a radiazioni ionizzanti non necessarie;
 - 12) a valutare ogni iniziativa utile a ridurre le problematiche connesse alla medicina difensiva, senza aumentare i rischi per i pazienti e senza intaccare il diritto ad un giusto risarcimento in caso di colpa medica;
 - 13) ad assumere ogni iniziativa di competenza, anche di carattere normativo, volta a bilanciare l'esigenza di salvaguardare gli operatori sanitari da iniziative giudiziarie arbitrarie e ingiuste con la necessità di tutelare i diritti dei pazienti che si ritengano danneggiati da episodi di negligenza medica;
 - 14) ad intervenire sul fenomeno dell'*overdiagnosi*, sull'eccesso di medicalizzazione, sugli interventi terapeutici non necessari (*overtreatment*), sulla modifica delle soglie diagnostiche delle malattie, sull'invenzione di nuove entità patologiche (*disease mongering*), anche attivando un efficace monitoraggio dell'attività prescrittiva di farmaci e delle prestazioni sanitarie da parte del personale medico e sanitario;

- 15) ad incrementare gli investimenti nella prevenzione al fine di incidere sulle cause delle malattie e non sulle conseguenze delle stesse e a promuovere la cultura della riconciliazione terapeutica tra medici e pazienti, in caso di polifarmacoterapia;
- 16) ad adottare iniziative di competenza volte ad intervenire in maniera radicale sull'appropriatezza delle cure e a condurre le opportune verifiche sulle linee guida emanate o da emanare affinché gli estensori siano privi di conflitti di interessi e non abbiano legami con l'industria del farmaco o delle apparecchiature medicali, al tempo stesso dando sollecita attuazione alla legge n. 62 del 31 maggio 2022, concernente « Disposizioni in materia di trasparenza dei rapporti tra le imprese produttrici, i soggetti che operano nel settore della salute e le organizzazioni sanitarie », più nota come « *Sunshine Act* »;
- 17) ad incentivare l'approccio *less is more* con l'obiettivo di migliorare l'esperienza di cura del paziente e lo stato di salute delle popolazioni e ad investire maggiori risorse nella prevenzione delle malattie attraverso la riduzione e l'eliminazione dei fattori di rischio.
- (1-00226) (Nuova formulazione – Testo modificato nel corso della seduta) « Marianna Ricciardi, Quartini, Sportiello, Di Lauro, Francesco Silvestri ».

La Camera,

premessi che:

1) la sanità pubblica italiana rappresenta ancora oggi, in Europa e nel mondo, un vero e proprio modello di tutela della salute: essa, in attuazione dell'articolo 32 della Costituzione, ha garantito agli italiani, nel corso dei decenni, il miglioramento delle condizioni di vita, la riduzione delle patologie, maggiori longevità e benessere, oltre che una risposta collettiva ai

bisogni di salute e di vita di cittadini, famiglie e società nel suo complesso;

2) ciononostante, questo sistema è entrato, da diverso tempo, in una fase di crisi con profonde ricadute sulla qualità e sull'aspettativa di vita di milioni di persone, mettendo a rischio la tenuta sociale del Paese, il benessere dei pazienti e degli stessi professionisti dell'area medico-sanitaria, nonché i bilanci e la capacità di programmazione finanziaria dello Stato;

3) come noto, attualmente mancano oltre 60.000 infermieri e almeno 25.000 medici, di cui 4.500 di emergenza/urgenza, pari a circa il 30 per cento della struttura organica necessaria per far funzionare adeguatamente il pronto soccorso;

4) a tali carenze si sofferisce, spesso, solamente con i cosiddetti « medici a gettone », i quali in ogni caso, sia per carenza numerica che formativa – oltre che per la lunghezza dei turni lavorativi – non sono in grado di garantire azioni egualmente efficaci e costituiscono un aggravio finanziario enorme sui bilanci delle strutture pubbliche, con la spesa sanitaria italiana che, in tal modo, nonostante continui ad essere più bassa della media europea, viene allocata in modo estremamente inefficiente;

5) a ciò si aggiunge l'annoso problema legato alle liste d'attesa, con rallentamenti strutturali delle attività di *screening* e diagnostica causati anche dalle diverse milioni di prestazioni non effettuate durante il periodo pandemico, con tempi di attesa che in alcuni casi, ad esempio per le mammografie, superano i 20 mesi;

6) la maggior parte delle patologie sono più facilmente curabili se diagnosticate in tempo, mentre, se scoperte in ritardo, delineano un quadro più complesso e un conseguente peggioramento delle condizioni di salute del paziente, oltre ad un aumento dei costi di trattamento;

7) la carenza di professionisti determina diffusi fenomeni di « *burn out* » lavorativo, perché essi sono costretti a lavorare troppo, in condizioni difficili e gra-

vati psicologicamente da regole e potenziali responsabilità giuridiche estremamente pesanti;

8) tali criticità si legano, in un circolo vizioso di inefficienza e insostenibilità, alle cosiddette pratiche di « medicina difensiva », un'espressione che indica tutte quelle attività, di natura attiva, elusiva od omissiva, di carattere consapevole o inconsapevole, esercitate non già seguendo il principio essenziale del benessere del paziente, bensì nell'interesse di tutelarsi da possibili accuse e ripercussioni giudiziarie;

9) solitamente queste pratiche vengono divise tra quelle di medicina difensiva cosiddetta « positiva », ossia legate ad una prescrizione di visite, esami ovvero farmaci superflui, e quelle di medicina difensiva « negativa », vale a dire quando il personale si rifiuta di intervenire in modo ottimale nei casi di pazienti e procedure ad alto rischio; quanto alla prima fattispecie, si stima che almeno il 20 per cento degli accertamenti prescritti nella sanità italiana sia superfluo, per un costo totale di circa 10,5 miliardi di euro;

10) tali pratiche hanno effetti gravi sul sistema sanitario nazionale, perché, da un lato, vengono prescritte prestazioni inutili, costose per lo Stato, andando a gravare ulteriormente sulle liste d'attesa, mentre, dall'altro, pone i pazienti tra le vittime di mancati interventi rischiosi ma potenzialmente risolutivi;

11) su questo ha tentato di insistere la legge n. 24 del 2017 (cosiddetta « Gelli-Bianco »), la quale, nonostante abbia avuto il merito di definire le coordinate per garantire una maggiore sicurezza delle cure ai pazienti, rafforzando il sistema di gestione e prevenzione del rischio sanitario, e al contempo offrire maggiore serenità a chi eroga le cure, attende ancora a distanza di 6 anni i decreti attuativi, nonché una serie di aggiustamenti che tengano conto della necessità di arginare il fenomeno della medicina difensiva;

12) tali decreti riguardano, ad esempio, la definizione precisa dei requisiti minimi delle polizze assicurative per le strut-

ture sanitarie e sociosanitarie, nonché quelli relativi ai contratti a copertura dei rischi dei professionisti della salute, oltre alla cosiddetta tabella unica di valutazione dei danni gravi da lesione la quale – prevista ormai da quasi venti anni dall'articolo 138 del codice delle assicurazioni (decreto legislativo n. 209 del 2005) – consentirà una più certa valutazione dei danni gravi da responsabilità sanitaria e fornirà un importante sostegno alla tenuta finanziaria del sistema, rendendo più prevedibili e chiare le ricadute economiche dei risarcimenti;

13) nelle more dell'approvazione di questi decreti, non si è segnato un decisivo deterrente della litigiosità e i rischi legali continuano a scoraggiare le vocazioni professionali;

14) l'Italia fa registrare la percentuale più alta d'Europa per cause legali per condotta medica non professionale; ogni anno vengono intentate oltre 35.000 nuove azioni legali contro i professionisti di area medico-sanitaria: il 95 per cento delle azioni penali termina con un proscioglimento e il 70 per cento delle azioni civili si conclude senza un risarcimento;

15) l'Italia è uno dei pochi Paesi al mondo, assieme a Messico e Polonia, a mantenere la responsabilità penale di medici ed infermieri e numerosi professionisti del settore, oltre che il Ministro della salute Schillaci, si sono espressi a favore della depenalizzazione della responsabilità medica – esclusi i casi di dolo – e per il mantenimento esclusivo della responsabilità civile;

16) a conferma della rilevanza della questione, lo stesso Ministro della giustizia Nordio, con proprio decreto, ha istituito il 28 marzo 2023 la commissione per lo studio e l'approfondimento delle problematiche relative alla colpa professionale medica, presieduta dal magistrato d'Ippolito, da cui prende il nome;

17) è previsto che la commissione, per voce del suo stesso presidente, termini i propri lavori con un proprio documento finale entro la primavera 2024;

18) l'operatore sanitario deve vedersi riconosciuto il proprio diritto di lavorare con tranquillità, nell'interesse del singolo paziente e del sistema sanitario nazionale nel suo complesso, onde evitare la cronica diffusione di meccanismi di autotutela dai rischi legali, a scapito dell'utenza;

19) nel campo sanitario, così come in altri settori caratterizzati da attività a elevato rischio, occorre privilegiare le esigenze della prevenzione rispetto alla ricerca del colpevole, fermo restando l'innegabile diritto dei danneggiati al risarcimento di eventuali danni subiti e alla tutela nei casi di grave negligenza;

20) occorre, quindi, individuare un punto di equilibrio, per garantire al paziente una piena tutela dei propri diritti costituzionali e assicurare, al contempo, al medico la tranquillità e la serenità nell'esercizio della sua professione, in modo da permettere ai cittadini di rivolgersi alle strutture mediche con la fiducia e la consapevolezza di tutela che meritano, recuperando il senso dell'alleanza terapeutica, della solidarietà sociale e della sicurezza delle cure,

impegna il Governo:

- 1) ad adottare in tempi rapidi i decreti attuativi della legge n. 24 del 2017 e la tabella unica di valutazione dei danni gravi da lesione, prevista dall'articolo 138 del codice delle assicurazioni e attesa da quasi venti anni, anche al fine di evitare fenomeni speculativi relativi ai premi assicurativi richiesti dalle compagnie al personale sanitario, con particolare riferimento ai liberi professionisti e ad alcune specialità mediche;
- 2) ferma restando la responsabilità civile, ad adottare ogni iniziativa, anche di carattere normativo, volta a contrastare le pratiche di medicina difensiva, salvaguardando al contempo la necessità di garantire il diritto dei pazienti a ricevere cure adeguate e tutela giuridica, mantenendo la responsabilità penale dei professionisti di area medico-

sanitaria per i soli casi di dolo e colpa grave;

- 3) a potenziare la formazione continua del personale del Servizio sanitario nazionale sui temi della gestione del rischio in ambito sanitario, migliorando la conoscenza, la diffusione e la cultura degli strumenti ad essa connessi, ivi inclusa l'informazione data ai pazienti sull'appropriatezza di esami diagnostici e terapie;
- 4) ad adottare iniziative di competenza volte a garantire che nelle strutture sanitarie, soprattutto attraverso l'integrazione delle unità di personale mancanti, vi siano per gli operatori condizioni di lavoro idonee, tali da contenere il fenomeno della medicina difensiva;
- 5) a migliorare l'attrattività professionale per gli specializzandi della medicina d'emergenza-urgenza, i cui reparti risultano essere i più litigiosi e i più numericamente scoperti, evitando il ricorso ai « medici a gettone ».

(1-00227) « Bonetti, Richetti, Benzoni, D'Alessio, Grippo, Sottanelli ».

La Camera,

premessi che:

1) con la legge 8 marzo 2017, n. 24, cosiddetta legge Gelli, pur in presenza di criticità applicative e interpretative, anche con riguardo alle linee guida, si è intervenuti sulla sicurezza delle cure e la responsabilità professionale degli operatori sanitari;

2) la sicurezza delle cure è oggi una delle sfide principali da affrontare per garantire un futuro al sistema sanitario, in particolare pubblico, e non può che derivare da una regolamentazione della valutazione e gestione del rischio clinico e delle responsabilità professionali;

3) la sicurezza e la qualità delle cure rappresentano elementi fondamentali delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale; infatti la qualità delle cure non

può essere garantita senza un adeguato livello di sicurezza delle stesse;

4) i profili di responsabilità si pongono in relazione all'autonomia del medico nelle scelte diagnostiche e terapeutiche, e tale autonomia è stata più volte richiamata dalla Corte costituzionale come tratto incompressibile dell'attività medica e ribadita in giudizi di merito e di legittimità;

5) il medico è chiamato, ancora più oggi, ad assumere decisioni non sulle eventuali ripercussioni giudiziarie, ma per garantire la tutela della salute individuale e collettiva;

6) il codice di deontologia medica già dispone che l'esercizio professionale del medico è fondato sui principi di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità senza sottostare a interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura e lo stesso codice prevede che il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e degli operatori coinvolti, promuovendo a tale scopo l'adeguamento dell'organizzazione delle attività e dei comportamenti professionali e contribuendo alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico attraverso l'adesione alle buone pratiche cliniche; l'attenzione al processo di informazione e di raccolta del consenso, nonché alla comunicazione di un evento indesiderato e delle sue cause; lo sviluppo continuo di attività formative e valutative sulle procedure di sicurezza delle cure; la rilevazione, la segnalazione e la valutazione di eventi sentinella;

7) la dimensione del diritto penale emergenziale, sorto durante l'emergenza sanitaria da COVID-19, ha portato il legislatore ad adottare disposizioni, etichettate come « scudo penale », per garantire una miglior tutela della categoria professionale medica nei confronti del cosiddetto rischio penale;

8) infatti l'articolo 3-bis del decreto-legge n. 44 del 2021, convertito, con modificazioni, dalla 28 maggio 2021, n. 76, recante misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2, ha definito

una disciplina transitoria, che limita la punibilità, a titolo di omicidio colposo o di lesioni personali colpose, per i fatti commessi nell'esercizio della professione sanitaria durante lo stato di emergenza epidemiologica da COVID-19;

9) ai fini della valutazione del grado della colpa, il giudice, quindi era chiamato a tenere conto, della limitatezza delle conoscenze scientifiche al momento del fatto sulle patologie da SARS-CoV-2 e sulle terapie appropriate, nonché della scarsità delle risorse umane e materiali concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare, oltre che del grado di esperienza e conoscenze possedute dal personale non specializzato impiegato nel periodo di emergenza sanitaria;

10) in maniera analoga a quanto previsto durante la pandemia con il cosiddetto « scudo penale », tenuto conto delle particolari condizioni di lavoro derivanti dalla carenza di personale, nonché della scarsità dei mezzi a disposizione, queste dovrebbero indirizzare il Parlamento a sollevare i professionisti sanitari dalla responsabilità penale nei casi di morte o lesioni eventualmente provocate ai pazienti ma in cui non si incorre in colpa grave;

11) in tale contesto l'adozione dei decreti attuativi della legge 8 marzo 2017, n. 24, rappresenta un nodo cruciale per la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale. In particolare la parte che prevede determinati requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, prevenendo l'individuazione delle classi di rischio a cui far corrispondere massimali differenziati;

12) i professionisti sanitari attualmente non riescono infatti ad ottenere un'adeguata copertura assicurativa sul mercato per i costi eccessivamente elevati delle polizze;

13) come si evince anche dalle cronache recenti in Italia i professionisti della sanità tutti i giorni rischiano aggressioni, denunce e conseguenze economiche e pro-

fessionali ingenerate spesso da liti temerarie;

14) in particolare, si deve porre attenzione al fenomeno della cosiddetta medicina difensiva: infatti l'approccio giusto all'errore è di tipo sistemico e non personalistico, poiché quest'ultimo amplierebbe gli scenari che conducono alla medicina difensiva e quindi alla mancata serenità del medico nello svolgere la propria professione;

15) appare quindi necessario contrastare la medicina difensiva anche attraverso iniziative di natura normativa finalizzate a circoscrivere in modo puntuale, anche in materia penale, l'ambito della responsabilità medica, che consenta al medico la serenità necessaria a supportare la propria autonomia professionale perseguendo in questo modo l'effettiva attuazione del diritto alla salute;

16) il quadro normativo attualmente vigente di fatto non evita ai medici l'inizio di un procedimento penale con tutte le conseguenze ed i disagi dal punto di vista mediatico ed economico e della qualità professionale che dall'eventuale processo penale può derivare;

17) proprio l'aumento esponenziale di aggressioni fisiche e di azioni giudiziarie ha portato i medici ad assumere comportamenti prudenti, che possono aver fatto lievitare i costi della medicina difensiva e le liste di attesa;

18) la medicina difensiva rappresenta un fenomeno in crescita, che ha una rilevante incidenza economica sulla sanità pubblica e sulla spesa privata, con ricadute negative anche sulle liste d'attesa, e si manifesta, tra l'altro, con richieste di visite, esami o farmaci clinicamente superflui ma utili nei contenziosi. Il costo di questa medicina difensiva secondo i sindacati dei medici è di 10 miliardi di euro l'anno;

19) secondo i sindacati dei medici, ogni anno in Italia vengono intentate 35.600 azioni legali, mentre ne giacciono 300 mila nei tribunali contro medici e strutture sanitarie pubbliche, oltre la metà di queste

sono in corso tra Lombardia e Lazio. Nel 97 per cento le azioni penali si traducono nel proscioglimento, tuttavia non si può non tenere conto comunque dei costi elevatissimi che deve sostenere lo Stato;

20) come è del tutto evidente i medici sono oggetto di campagne mediatiche più o meno interessate, su presunti danni causati da malasanita; questo oggettivamente turba la serenità dei professionisti stessi già minata, come detto, da un ricorso eccessivo e spesso improprio a prestazioni sanitarie;

21) sarebbe del resto incongruo arginare ulteriormente il fenomeno del ricorso eccessivo e improprio alle prestazioni sanitarie limitando il numero e la tipologia di esami che i medici possono prescrivere;

22) la sentenza n. 169 del 2017 della Corte costituzionale ha ridotto gli obblighi del decreto del Ministero della salute sulle prescrizioni mediche appropriate, decreto che negli obiettivi del Ministero doveva affrontare i costi della « medicina difensiva », a semplice « invito », di fatto annullando il vincolo al medico;

23) al medico va garantita la possibilità di valutare, sulla base delle più aggiornate e accreditate conoscenze tecnico-scientifiche, la terapia ritenuta più idonea per garantire la salute del paziente;

24) la Corte costituzionale, con la sentenza n. 169 del 2017, ha acceso un cono di luce sulla questione del definanziamento del diritto alla salute, anche precisando che una volta individuati i Lea, questi divengono un limite costituzionale alle « indifferenziate » riduzioni della spesa pubblica. Secondo la Corte costituzionale una volta che i Lea sono individuati, non è possibile limitarne concretamente l'erogazione attraverso indifferenziate riduzioni della spesa pubblica;

25) tenuto conto della evidente fuga dal Servizio sanitario nazionale, servono risorse e provvedimenti legislativi, così come è necessario depenalizzare l'atto medico per dare serenità ai medici, al fine di consentire ai cittadini di ottenere, nei casi

gravi, in tempi ancora più rapidi, il giusto riconoscimento dell'eventuale danno subito senza che il medico sia trascinato in tribunale per la sua condotta professionale;

26) per affrontare tale problema e riportare maggiore tranquillità tra i medici è fondamentale non solo la rapida adozione dei decreti attuativi della legge 8 marzo 2017, n. 24, sulla responsabilità professionale, che si attendono da oltre sei anni, ma anche limitare i casi di punibilità penale del personale sanitario alle condotte effettivamente derivanti da dolo o colpa grave; in questo modo la legislazione italiana si allineerebbe a quella della quasi totalità dei Paesi del mondo. Ad oggi, solo in Italia, Messico e Polonia l'errore del medico può essere sanzionato penalmente;

27) il Ministro della salute, Orazio Schillaci, in un'intervista al quotidiano *Il Messaggero* pubblicata il 9 aprile 2023, ha affermato, in merito alla depenalizzazione degli errori medici, che gran parte delle cause giudiziarie contro i medici finiscono nell'assoluzione. Per questo va depenalizzato il reato ad esclusione del dolo, per limitare la cosiddetta medicina difensiva, ossia l'eccesso di prescrizione di esami o prestazioni proprio per timore di incorrere in contenziosi legali;

28) con la depenalizzazione dell'atto medico rimarrebbe comunque impregiudicato il diritto del cittadino di ottenere un risarcimento dell'azienda sanitaria; la depenalizzazione dell'atto medico così come il riconoscimento di retribuzioni in linea con il panorama europeo sarebbero un primo grande passo, necessario ma non sufficiente, per cercare di frenare la fuga dei medici;

29) il rischio è quello di una sanità pubblica depauperata di specialisti in alcune branche, quelle più a rischio di denunce. Occorre dunque investire sui professionisti, sugli organici, sulla sicurezza, sulle condizioni di lavoro;

30) il primo passo per la prevenzione e la gestione di una nuova emergenza dettata dalla carenza di personale sanitario è, oltre a sollevare i professionisti sanitari

dalla responsabilità penale, quello di garantire loro retribuzioni adeguate e orari di lavoro sostenibili, questione che si può affrontare individuando risorse adeguate per il rinnovo del contratto nazionale e con assunzioni di personale medico e infermieristico che risponda sia alla fuga dei medici dal Servizio sanitario nazionale sia al *turnover* derivante da pensionamenti che rischiano di mettere in ginocchio il Servizio sanitario nazionale e con esso il diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione;

31) i medici rappresentano per il Servizio sanitario nazionale una risorsa indispensabile, che già l'emergenza sanitaria da COVID-19 ha evidenziato come unico elemento che garantisce la tutela della salute e una forma necessaria di coesione sanitaria e sociale,

impegna il Governo:

- 1) ad intraprendere iniziative di natura normativa finalizzate a circoscrivere in modo puntuale, anche in materia penale, l'ambito della responsabilità medica, in modo da contemperare l'esigenza della sicurezza delle cure con quella della serenità e della sicurezza dei medici nello svolgimento della professione, al fine di scoraggiare un uso strumentale dello strumento giudiziario e per dare garanzie al professionista assolto relativamente alle spese processuali sostenute;
- 2) a ridurre i costi economici e sociali del contenzioso sanitario, garantendo l'accessibilità a procedure di risarcimento del danno eque e in tempi certi;
- 3) ad adottare iniziative di competenza volte ad attuare la disciplina sul rischio clinico in modo uniforme sul territorio nazionale così come previsto dalla legge 8 marzo 2017, n. 24;
- 4) ad adottare le iniziative di competenza volte a rafforzare e ad estendere la diffusione delle buone pratiche cliniche e la valutazione delle attività sanitarie misurate con indicatori di processo e di esito;

- 5) ad implementare la formazione in materia di *risk management* e di comunicazione medico-paziente;
 - 6) ad adottare i decreti attuativi previsti dalla cosiddetta legge Gelli-Bianco;
 - 7) ad adottare iniziative di competenza volte ad individuare ulteriori risorse, incrementando quelle già disponibili, al fine di garantire il rinnovo del contratto di lavoro nazionale degli operatori del Servizio sanitario nazionale;
 - 8) ad adottare iniziative di competenza volte ad avviare un piano straordinario di assunzioni di personale medico e infermieristico.
- (1-00229) « Zarella, Dori, Bonelli, Borrelli, Evi, Fratoianni, Ghirra, Grimaldi, Mari, Piccolotti, Zarratti ».

La Camera,

premessi che:

1) con la legge 8 marzo 2017, n. 24, cosiddetta legge Gelli, pur in presenza di criticità applicative e interpretative, anche con riguardo alle linee guida, si è intervenuti sulla sicurezza delle cure e la responsabilità professionale degli operatori sanitari;

2) la sicurezza delle cure è oggi una delle sfide principali da affrontare per garantire un futuro al sistema sanitario, in particolare pubblico, e non può che derivare da una regolamentazione della valutazione e gestione del rischio clinico e delle responsabilità professionali;

3) la sicurezza e la qualità delle cure rappresentano elementi fondamentali delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale; infatti la qualità delle cure non può essere garantita senza un adeguato livello di sicurezza delle stesse;

4) i profili di responsabilità si pongono in relazione all'autonomia del medico nelle scelte diagnostiche e terapeutiche, e tale autonomia è stata più volte richiamata dalla Corte costituzionale come tratto in-

comprimibile dell'attività medica e ribadita in giudizi di merito e di legittimità;

5) il medico è chiamato, ancora più oggi, ad assumere decisioni non sulle eventuali ripercussioni giudiziarie, ma per garantire la tutela della salute individuale e collettiva;

6) il codice di deontologia medica già dispone che l'esercizio professionale del medico è fondato sui principi di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità senza sottostare a interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura e lo stesso codice prevede che il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e degli operatori coinvolti, promuovendo a tale scopo l'adeguamento dell'organizzazione delle attività e dei comportamenti professionali e contribuendo alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico attraverso l'adesione alle buone pratiche cliniche; l'attenzione al processo di informazione e di raccolta del consenso, nonché alla comunicazione di un evento indesiderato e delle sue cause; lo sviluppo continuo di attività formative e valutative sulle procedure di sicurezza delle cure; la rilevazione, la segnalazione e la valutazione di eventi sentinella;

7) la dimensione del diritto penale emergenziale, sorto durante l'emergenza sanitaria da COVID-19, ha portato il legislatore ad adottare disposizioni, etichettate come « scudo penale », per garantire una miglior tutela della categoria professionale medica nei confronti del cosiddetto rischio penale;

8) infatti l'articolo 3-bis del decreto-legge n. 44 del 2021, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 maggio 2021, n. 76, recante misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2, ha definito una disciplina transitoria, che limita la punibilità, a titolo di omicidio colposo o di lesioni personali colpose, per i fatti commessi nell'esercizio della professione sanitaria durante lo stato di emergenza epidemiologica da COVID-19;

9) ai fini della valutazione del grado della colpa, il giudice, quindi era chiamato

a tenere conto, della limitatezza delle conoscenze scientifiche al momento del fatto sulle patologie da SARS-CoV-2 e sulle terapie appropriate, nonché della scarsità delle risorse umane e materiali concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare, oltre che del grado di esperienza e conoscenze possedute dal personale non specializzato impiegato nel periodo di emergenza sanitaria;

10) in maniera analoga a quanto previsto durante la pandemia con il cosiddetto «scudo penale», tenuto conto delle particolari condizioni di lavoro derivanti dalla carenza di personale, nonché della scarsità dei mezzi a disposizione, queste dovrebbero indirizzare il Parlamento a sollevare i professionisti sanitari dalla responsabilità penale nei casi di morte o lesioni eventualmente provocate ai pazienti ma in cui non si incorre in colpa grave;

11) in tale contesto l'adozione dei decreti attuativi della legge 8 marzo 2017, n. 24, rappresenta un nodo cruciale per la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale. In particolare la parte che prevede determinati requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, prevedendo l'individuazione delle classi di rischio a cui far corrispondere massimali differenziati;

12) i professionisti sanitari attualmente non riescono infatti ad ottenere un'adeguata copertura assicurativa sul mercato per i costi eccessivamente elevati delle polizze;

13) come si evince anche dalle cronache recenti in Italia i professionisti della sanità tutti i giorni rischiano aggressioni, denunce e conseguenze economiche e professionali ingenerate spesso da liti temerarie;

14) in particolare, si deve porre attenzione al fenomeno della cosiddetta medicina difensiva: infatti l'approccio giusto all'errore è di tipo sistemico e non personalistico, poiché quest'ultimo amplierebbe gli scenari che conducono alla medicina

difensiva e quindi alla mancata serenità del medico nello svolgere la propria professione;

15) appare quindi necessario contrastare la medicina difensiva anche attraverso iniziative di natura normativa finalizzate a circoscrivere in modo puntuale, anche in materia penale, l'ambito della responsabilità medica, che consenta al medico la serenità necessaria a supportare la propria autonomia professionale perseguendo in questo modo l'effettiva attuazione del diritto alla salute;

16) il quadro normativo attualmente vigente di fatto non evita ai medici l'inizio di un procedimento penale con tutte le conseguenze ed i disagi dal punto di vista mediatico ed economico e della qualità professionale che dall'eventuale processo penale può derivare;

17) proprio l'aumento esponenziale di aggressioni fisiche e di azioni giudiziarie ha portato i medici ad assumere comportamenti prudenti, che possono aver fatto lievitare i costi della medicina difensiva e le liste di attesa;

18) la medicina difensiva rappresenta un fenomeno in crescita, che ha una rilevante incidenza economica sulla sanità pubblica e sulla spesa privata, con ricadute negative anche sulle liste d'attesa, e si manifesta, tra l'altro, con richieste di visite, esami o farmaci clinicamente superflui ma utili nei contenziosi. Il costo di questa medicina difensiva secondo i sindacati dei medici è di 10 miliardi di euro l'anno;

19) secondo i sindacati dei medici, ogni anno in Italia vengono intentate 35.600 azioni legali, mentre ne giacciono 300 mila nei tribunali contro medici e strutture sanitarie pubbliche, oltre la metà di queste sono in corso tra Lombardia e Lazio. Nel 97 per cento le azioni penali si traducono nel proscioglimento, tuttavia non si può non tenere conto comunque dei costi elevatissimi che deve sostenere lo Stato;

20) come è del tutto evidente i medici sono oggetto di campagne mediatiche più o meno interessate, su presunti danni

causati da malasania; questo oggettivamente turba la serenità dei professionisti stessi già minata, come detto, da un ricorso eccessivo e spesso improprio a prestazioni sanitarie;

21) sarebbe del resto incongruo arginare ulteriormente il fenomeno del ricorso eccessivo e improprio alle prestazioni sanitarie limitando il numero e la tipologia di esami che i medici possono prescrivere;

22) la sentenza n. 169 del 2017 della Corte costituzionale ha ridotto gli obblighi del decreto del Ministero della salute sulle prescrizioni mediche appropriate, decreto che negli obiettivi del Ministero doveva affrontare i costi della « medicina difensiva », a semplice « invito », di fatto annullando il vincolo al medico;

23) al medico va garantita la possibilità di valutare, sulla base delle più aggiornate e accreditate conoscenze tecnico-scientifiche, la terapia ritenuta più idonea per garantire la salute del paziente;

24) la Corte costituzionale, con la sentenza n. 169 del 2017, ha acceso un cono di luce sulla questione del definanziamento del diritto alla salute, anche precisando che una volta individuati i Lea, questi divengono un limite costituzionale alle « indifferenziate » riduzioni della spesa pubblica. Secondo la Corte costituzionale una volta che i Lea sono individuati, non è possibile limitarne concretamente l'erogazione attraverso indifferenziate riduzioni della spesa pubblica;

25) tenuto conto della evidente fuga dal Servizio sanitario nazionale, servono risorse e provvedimenti legislativi, così come è necessario depenalizzare l'atto medico per dare serenità ai medici, al fine di consentire ai cittadini di ottenere, nei casi gravi, in tempi ancora più rapidi, il giusto riconoscimento dell'eventuale danno subito senza che il medico sia trascinato in tribunale per la sua condotta professionale;

26) per affrontare tale problema e riportare maggiore tranquillità tra i medici è fondamentale non solo la rapida adozione dei decreti attuativi della legge 8

marzo 2017, n. 24, sulla responsabilità professionale, che si attendono da oltre sei anni, ma anche limitare i casi di punibilità penale del personale sanitario alle condotte effettivamente derivanti da dolo o colpa grave; in questo modo la legislazione italiana si allineerebbe a quella della quasi totalità dei Paesi del mondo. Ad oggi, solo in Italia, Messico e Polonia l'errore del medico può essere sanzionato penalmente;

27) il Ministro della salute, Orazio Schillaci, in un'intervista al quotidiano *Il Messaggero* pubblicata il 9 aprile 2023, ha affermato, in merito alla depenalizzazione degli errori medici, che gran parte delle cause giudiziarie contro i medici finiscono nell'assoluzione. Per questo va depenalizzato il reato ad esclusione del dolo, per limitare la cosiddetta medicina difensiva, ossia l'eccesso di prescrizione di esami o prestazioni proprio per timore di incorrere in contenziosi legali;

28) con la depenalizzazione dell'atto medico rimarrebbe comunque pregiudicato il diritto del cittadino di ottenere un risarcimento dell'azienda sanitaria; la depenalizzazione dell'atto medico così come il riconoscimento di retribuzioni in linea con il panorama europeo sarebbero un primo grande passo, necessario ma non sufficiente, per cercare di frenare la fuga dei medici;

29) il rischio è quello di una sanità pubblica depauperata di specialisti in alcune branche, quelle più a rischio di denunce. Occorre dunque investire sui professionisti, sugli organici, sulla sicurezza, sulle condizioni di lavoro;

30) il primo passo per la prevenzione e la gestione di una nuova emergenza dettata dalla carenza di personale sanitario è, oltre a sollevare i professionisti sanitari dalla responsabilità penale, quello di garantire loro retribuzioni adeguate e orari di lavoro sostenibili, questione che si può affrontare individuando risorse adeguate per il rinnovo del contratto nazionale e con assunzioni di personale medico e infermieristico che risponda sia alla fuga dei medici dal Servizio sanitario nazionale sia al tur-

nover derivante da pensionamenti che rischiano di mettere in ginocchio il Servizio sanitario nazionale e con esso il diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione;

31) i medici rappresentano per il Servizio sanitario nazionale una risorsa indispensabile, che già l'emergenza sanitaria da COVID-19 ha evidenziato come unico elemento che garantisce la tutela della salute e una forma necessaria di coesione sanitaria e sociale,

impegna il Governo:

- 1) ad intraprendere iniziative di natura normativa finalizzate a circoscrivere in modo puntuale, anche in materia penale, l'ambito della responsabilità medica, in modo da contemperare l'esigenza della sicurezza delle cure con quella della serenità e della sicurezza dei medici nello svolgimento della professione, al fine di scoraggiare un uso strumentale dello strumento giudiziario e per dare garanzie al professionista assolto relativamente alle spese processuali sostenute;
- 2) a valutare l'opportunità di ridurre i costi economici e sociali del contenzioso sanitario, garantendo l'accessibilità a procedure di risarcimento del danno eque e in tempi certi;
- 3) ad adottare iniziative di competenza volte ad attuare la disciplina sul rischio clinico in modo uniforme sul territorio nazionale così come previsto dalla legge 8 marzo 2017, n. 24;
- 4) ad adottare le iniziative di competenza volte a rafforzare e ad estendere la diffusione delle buone pratiche cliniche e la valutazione delle attività sanitarie misurate con indicatori di processo e di esito;
- 5) ad implementare la formazione in materia di *risk management* e di comunicazione medico-paziente;
- 6) ad adottare i decreti attuativi previsti dalla cosiddetta legge Gelli-Bianco;

- 7) a valutare l'opportunità di adottare iniziative di competenza volte ad individuare ulteriori risorse, incrementando quelle già disponibili, al fine di garantire il rinnovo del contratto di lavoro nazionale degli operatori del Servizio sanitario nazionale;
- 8) a valutare l'opportunità di adottare iniziative di competenza volte ad avviare un piano straordinario di assunzioni di personale medico e infermieristico.

(1-00229) (*Testo modificato nel corso della seduta*) « Zanella, Dori, Bonelli, Borrelli, Evi, Fratoianni, Ghirra, Grimaldi, Mari, Piccolotti, Zaratti ».

La Camera,

premesso che:

1) il 17 settembre si celebra la « Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita », al fine di aumentare la consapevolezza e l'informazione di operatori sanitari e pazienti e di diffondere la cultura della sicurezza delle cure quale parte costitutiva del diritto alla salute, come previsto dall'articolo 1 della legge 8 marzo 2017, n. 24, e in coerenza con gli indirizzi internazionali; la centralità della tematica della sicurezza delle cure nelle strategie di sviluppo di un'assistenza sanitaria e socio-sanitaria « moderna » è stata posta nel 2023 anche dall'Oms quale priorità per ogni Stato membro nell'attuazione delle politiche sanitarie;

2) in particolare, la centralità della persona assistita nella programmazione delle scelte sanitarie e il suo coinvolgimento nel processo assistenziale e di cura è un elemento imprescindibile in un sistema sanitario orientato al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure;

3) il paradosso di una medicina sempre più tecnologica ed efficace, ma sempre più distante dal paziente, ha determinato, suo malgrado, incrementi costanti delle situazioni conflittuali; oggi si parla, infatti, non solo del problema del contenzioso, ma di una vera e propria « questione

medica », che se dovesse ulteriormente peggiorare determinerebbe un problema sanitario di vasta portata;

4) comprendere i motivi della crisi della relazione medico-paziente, che negli ultimi anni si è deteriorata, non è così facile, ma quello che è certo è che gli esiti di questa crisi sono sfociati nella medicina difensiva, elusiva e astensiva per parte dei medici, con la riduzione dell'interesse degli stessi verso specialità considerate rischiose o incarichi rischiosi (pronto soccorso), con riduzione del personale sanitario, sottoposto a turni ancora più pesanti e ad aumenti della possibilità di rischio di errore;

5) la « medicina difensiva » è identificabile in una serie di decisioni attive od omissive, consapevoli o inconsapevoli, e non specificatamente meditate, che non obbediscono al criterio essenziale del bene del paziente, bensì all'intento di evitare accuse per non avere effettuato tutte le indagini e tutte le cure conosciute o, al contrario, per avere effettuato trattamenti gravati da alto rischio di insuccesso o di complicanze;

6) nel « primo rapporto sul Sistema sanitario » promosso dall'Osservatorio salute, previdenza e legalità, l'Eurispes ha posto in evidenza come la medicina difensiva sia un fenomeno globale che affligge sul versante socio-economico quasi tutti i Paesi occidentali e, più in generale, i Paesi sviluppati;

7) dall'osservazione dei dati a livello internazionale è emerso che i medici adottano frequentemente atteggiamenti di tipo difensivo, prescrivendo esami e terapie non necessarie (cosiddetta medicina difensiva positiva) o evitando pazienti o procedure diagnostiche ad alto rischio (cosiddetta medicina difensiva negativa), con effetti devastanti sul Sistema sanitario nazionale perché, se da una parte porta a prescrivere esami inutili, costosi e talvolta invasivi, dall'altro tolgono spazio a chi di quegli esami avrebbe veramente bisogno, contribuendo ad allungare le liste di attesa;

8) come accennato, tale fenomeno affonda le sue radici primarie nel crescente aumento delle richieste di risarcimento da

parte dei pazienti contro i medici e contro le strutture sanitarie: + 65 per cento in dieci anni;

9) l'assenza di serenità dei medici sul lavoro, oggi, è un dato di fatto, causato purtroppo dai turni massacranti cui sono costretti dalla carenza di personale, ma anche dalla paura di essere denunciati dai pazienti per presunti casi di malasanità. In Italia, infatti, l'errore commesso dal medico può essere sanzionato penalmente, come accade solo in altri due Paesi: Polonia e Messico;

10) il ricorso da parte dei medici a comportamenti « protettivi » come la medicina difensiva, e quindi alla richiesta di visite, esami o farmaci superflui da un punto di vista clinico ma utili in caso di contenzioso, risulta in forte crescita: secondo le recenti inchieste, sono circa trecentomila le cause per colpa medica, trentacinquemila ogni anno le richieste di risarcimento; la maggior parte riguarda l'attività chirurgica (38,4 per cento), omesse o errate diagnosi (20,7 per cento), errori terapeutici (10,8 per cento), infezioni nosocomiali (6,7 per cento);

11) nonostante il 90 per cento delle cause intentate finisca in un'assoluzione o archiviazione, la preoccupazione e il malessere della classe medica è costante perché, comunque, le indagini vengono avviate e i processi continuano ad aver corso lasciando stremati i sanitari, costretti ad affrontare defatiganti difese in punto di fatto e di diritto e a fare ricorso a consulenti tecnici e avvocati specialisti del settore;

12) tale fenomeno mette in seria crisi identitaria e di riconoscimento sociale la professione medica e contribuisce a far scricchiolare ancor di più il sistema sanitario nazionale;

13) le conseguenze della medicina difensiva hanno, peraltro, un impatto sociale importante: dall'aggravio economico sul bilancio dello Stato (si stima che in Italia la medicina difensiva abbia un costo di 165 euro *pro capite*), senza che a ciò corrisponda un aumento di qualità e di sicurezza del Servizio sanitario nazionale,

all'aumento dei premi assicurativi a carico del personale sanitario, sino ad arrivare alla conseguente limitazione del diritto alla salute riconosciuto dall'articolo 32 della nostra Costituzione;

14) le ripercussioni in termini economici per il Servizio sanitario nazionale nel suo complesso sono rilevanti. Sebbene il costo della medicina difensiva non sia facilmente quantificabile, secondo stime recenti di Agenas, in Italia esso si aggirerebbe intorno al 10 per cento della spesa sanitaria complessiva, pari a circa 9-10 miliardi di euro l'anno (0,75 per cento del prodotto interno lordo); a ciò si aggiunga l'ulteriore considerazione che tutto questo costa ai contribuenti 22,5 miliardi di euro l'anno, ossia il 15 per cento della spesa sanitaria annuale, condizionando gravemente l'attività assistenziale;

15) il nostro legislatore è intervenuto nel 2017 con la legge n. 24, conosciuta anche come legge « Gelli-Bianco » con l'obiettivo di ridefinire la responsabilità del personale sanitario operando un bilanciamento tra diritti in capo al medico e al paziente, introducendo garanzie e favorendo un cambio di prospettiva, come la prevenzione dei rischi e degli eventi avversi, istituendo un sistema nazionale, regionale ed aziendale di monitoraggio e prevenzione del rischio clinico;

16) se la legge n. 24 del 2017 ha avuto effetti positivi, non ha, però, segnato un decisivo deterrente alla litigiosità e ad incidere sul fenomeno della medicina difensiva;

17) la percezione di una prassi giurisprudenziale particolarmente rigorosa, sul terreno della responsabilità penale e civile, induce spesso i medici a modificare le proprie condotte professionali ponendosi come obiettivo primario la minimizzazione del rischio legale;

18) un sistema professionale come quello medico, a rischio continuo di indagine penale, non è, però, un sistema più attento e diligente, ma è un sistema che riduce i rischi di chi agisce cercando maggiori tutele formali, anche a scapito dell'utenza;

19) la sicurezza e la qualità delle cure rappresentano gli elementi fondamentali di tutte le prestazioni e sono obiettivi prioritari del Servizio sanitario nazionale. Il medico è chiamato ad affrontare scelte e ad assumere decisioni non sulla base delle eventuali ripercussioni in ambito giudiziario, ma per garantire la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell'esercizio professionale indicati nel codice deontologico, al fine della tutela della salute individuale e collettiva;

20) nel campo sanitario, così come in altri settori caratterizzati da attività ad elevato rischio, occorre privilegiare le esigenze della prevenzione rispetto alla ricerca del colpevole, fermo restando il soddisfacimento del diritto dei danneggiati al risarcimento dei danni;

21) in generale, è auspicabile la promozione di una cultura in cui gli operatori in prima linea non vengano puniti per le azioni, le omissioni o per le decisioni commisurate alla loro esperienza, ma esclusivamente per gli atti di negligenza, per le violazioni e le azioni distruttive considerate non tollerabili;

22) per far fronte a tale problema e riportare maggiore tranquillità tra chi opera nelle corsie degli ospedali, è necessaria la limitazione dei casi di punibilità penale del personale sanitario alle sole condotte caratterizzate da dolo o colpa grave, arginando, altresì, il ricorso alle liti temerarie;

23) per cambiare le cose si ha bisogno, in sostanza, di mutare profondamente il paradigma di quella che è la colpa medica; il che non vuol dire rendere il medico impunito ove commetta un errore, ma limitare quell'errore ai casi di grave inadempimento professionale, prendendo in considerazione la specificità dell'atto medico;

24) il contrasto al fenomeno della medicina difensiva passa, poi, anche e soprattutto da un intervento sociale e culturale di sistema, incentrato sul diritto ad un'adeguata informazione dei cittadini sull'efficacia degli interventi sanitari, costruito mediante il dialogo tra il paziente e il

medico. Un particolare sforzo, dunque, dovrà essere fatto in questa direzione;

25) la serenità del medico nel suo operato è un patrimonio della comunità e in tal senso deve essere difesa, senza, ovviamente, limitare la piena tutela giuridica del paziente;

26) la bussola di ogni intervento deve rimanere sempre e comunque l'articolo 32 della Costituzione, perché la Costituzione tutela il diritto alla salute di tutti e la sanità deve essere per tutti,

impegna il Governo:

- 1) ad assumere ogni iniziativa di competenza, anche di carattere normativo, volta a riformare la disciplina della responsabilità medica di cui alla legge n. 24 del 2017, bilanciando l'esigenza di salvaguardare gli operatori sanitari da iniziative giudiziarie arbitrarie e ingiuste con la necessità di tutelare i diritti dei pazienti che si ritengono danneggiati da episodi di negligenza medica e, in particolare, a:
 - a) limitare la responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria, modificando l'articolo 590-sexies del codice penale, come introdotto dall'articolo 6 della legge 8 marzo 2017, n. 24;
 - b) distinguere le fonti di responsabilità, separando la posizione giuridica del medico da quella della struttura sanitaria;
 - c) introdurre, accanto al ricorso alla via giudiziaria, un sistema di risoluzione « alternativo » delle controversie, che coinvolga tutte le parti in causa per ricostruire la vicenda clinica con l'ausilio delle migliori professionalità del mondo giuridico, medico legale, clinico specialistico e assicurativo per trovare una soluzione conciliativa, tempestiva e condivisa, anche valutando l'opportunità di istituire, presso ogni centro regionale ai sensi dell'articolo 2 della legge n. 24

del 2017, una commissione, quale organo indipendente ed imparziale, di componimento stragiudiziale delle controversie tra i pazienti che hanno usufruito di prestazioni sanitarie e il soggetto che le ha erogate;

- 2) ad adottare quanto prima i decreti attuativi della cosiddetta legge Gelli Bianco;
- 3) a promuovere il rafforzamento e la diffusione delle buone pratiche cliniche e della valutazione delle attività sanitarie misurate con indicatori di processo e di esito;
- 4) a promuovere l'adozione nei singoli reparti di linee guida in materia di formazione dei professionisti e informazione ai pazienti sull'appropriatezza di esami diagnostici e terapie;
- 5) ad adottare iniziative di competenza volte a prevedere, nelle more di una revisione della legge n. 24 del 2017, e in considerazione di quanto attestato dalla letteratura internazionale in merito all'incidenza che la carenza degli organici produce sul verificarsi di eventi avversi, peculiari fattispecie di esenzione della responsabilità dell'esercente la professione sanitaria, non solo nei casi in cui la condotta professionale sia coerente rispetto alle evidenze scientifiche disponibili, ma anche quando sussistano condizioni di lavoro caratterizzate da carenze strutturali ed organizzative;
- 6) a valutare, in coerenza con le regole ordinamentali, iniziative di carattere normativo volte ad una riduzione dei termini di prescrizione, al fine di evitare la proposizione di azioni legali in epoca significativamente successiva rispetto alla prestazione medica.

(1-00230) « Ciancitto, Loizzo, Patriarca, Brambilla, Vietri, Panizzut, Benigni, Ciocchetti, Lazzarini, Cappellacci, Colosimo, Matone, Lancellotta, Maccari, Morgante, Rosso, Schifone, Casasco, Tenerini ».

La Camera,

premessi che:

1) il 17 settembre si celebra la « Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita », al fine di aumentare la consapevolezza e l'informazione di operatori sanitari e pazienti e di diffondere la cultura della sicurezza delle cure quale parte costitutiva del diritto alla salute, come previsto dall'articolo 1 della legge 8 marzo 2017, n. 24, e in coerenza con gli indirizzi internazionali; la centralità della tematica della sicurezza delle cure nelle strategie di sviluppo di un'assistenza sanitaria e socio-sanitaria « moderna » è stata posta nel 2023 anche dall'Oms quale priorità per ogni Stato membro nell'attuazione delle politiche sanitarie;

2) in particolare, la centralità della persona assistita nella programmazione delle scelte sanitarie e il suo coinvolgimento nel processo assistenziale e di cura è un elemento imprescindibile in un sistema sanitario orientato al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure;

3) il paradosso di una medicina sempre più tecnologica ed efficace, ma sempre più distante dal paziente, ha determinato, suo malgrado, incrementi costanti delle situazioni conflittuali; oggi si parla, infatti, non solo del problema del contenzioso, ma di una vera e propria « questione medica », che se dovesse ulteriormente peggiorare determinerebbe un problema sanitario di vasta portata;

4) comprendere i motivi della crisi della relazione medico-paziente, che negli ultimi anni si è deteriorata, non è così facile, ma quello che è certo è che gli esiti di questa crisi sono sfociati nella medicina difensiva, elusiva e astensiva per parte dei medici, con la riduzione dell'interesse degli stessi verso specialità considerate rischiose o incarichi rischiosi (pronto soccorso), con riduzione del personale sanitario, sottoposto a turni ancora più pesanti e ad aumenti della possibilità di rischio di errore;

5) la « medicina difensiva » è identificabile in una serie di decisioni attive od

omissive, consapevoli o inconsapevoli, e non specificatamente meditate, che non obbediscono al criterio essenziale del bene del paziente, bensì all'intento di evitare accuse per non avere effettuato tutte le indagini e tutte le cure conosciute o, al contrario, per avere effettuato trattamenti gravati da alto rischio di insuccesso o di complicanze;

6) nel « primo rapporto sul Sistema sanitario » promosso dall'Osservatorio salute, previdenza e legalità, l'Eurispes ha posto in evidenza come la medicina difensiva sia un fenomeno globale che affligge sul versante socio-economico quasi tutti i Paesi occidentali e, più in generale, i Paesi sviluppati;

7) dall'osservazione dei dati a livello internazionale è emerso che i medici adottano frequentemente atteggiamenti di tipo difensivo, prescrivendo esami e terapie non necessarie (cosiddetta medicina difensiva positiva) o evitando pazienti o procedure diagnostiche ad alto rischio (cosiddetta medicina difensiva negativa), con effetti devastanti sul Sistema sanitario nazionale perché, se da una parte porta a prescrivere esami inutili, costosi e talvolta invasivi, dall'altro tolgono spazio a chi di quegli esami avrebbe veramente bisogno, contribuendo ad allungare le liste di attesa;

8) come accennato, tale fenomeno affonda le sue radici primarie nel crescente aumento delle richieste di risarcimento da parte dei pazienti contro i medici e contro le strutture sanitarie: + 65 per cento in dieci anni;

9) l'assenza di serenità dei medici sul lavoro, oggi, è un dato di fatto, causato purtroppo dai turni massacranti cui sono costretti dalla carenza di personale, ma anche dalla paura di essere denunciati dai pazienti per presunti casi di malasanità. In Italia, infatti, l'errore commesso dal medico può essere sanzionato penalmente, come accade solo in altri due Paesi: Polonia e Messico;

10) il ricorso da parte dei medici a comportamenti « protettivi » come la medicina difensiva, e quindi alla richiesta di visite, esami o farmaci superflui da un

punto di vista clinico ma utili in caso di contenzioso, risulta in forte crescita: secondo le recenti inchieste, sono circa trecentomila le cause per colpa medica, trentacinquemila ogni anno le richieste di risarcimento; la maggior parte riguarda l'attività chirurgica (38,4 per cento), omesse o errate diagnosi (20,7 per cento), errori terapeutici (10,8 per cento), infezioni nosocomiali (6,7 per cento);

11) nonostante il 90 per cento delle cause intentate finisca in un'assoluzione o archiviazione, la preoccupazione e il malessere della classe medica è costante perché, comunque, le indagini vengono avviate e i processi continuano ad aver corso lasciando stremati i sanitari, costretti ad affrontare defatiganti difese in punto di fatto e di diritto e a fare ricorso a consulenti tecnici e avvocati specialisti del settore;

12) tale fenomeno mette in seria crisi identitaria e di riconoscimento sociale la professione medica e contribuisce a far scricchiolare ancor di più il sistema sanitario nazionale;

13) le conseguenze della medicina difensiva hanno, peraltro, un impatto sociale importante: dall'aggravio economico sul bilancio dello Stato (si stima che in Italia la medicina difensiva abbia un costo di 165 euro *pro capite*), senza che a ciò corrisponda un aumento di qualità e di sicurezza del Servizio sanitario nazionale, all'aumento dei premi assicurativi a carico del personale sanitario, sino ad arrivare alla conseguente limitazione del diritto alla salute riconosciuto dall'articolo 32 della nostra Costituzione;

14) le ripercussioni in termini economici per il Servizio sanitario nazionale nel suo complesso sono rilevanti. Sebbene il costo della medicina difensiva non sia facilmente quantificabile, secondo stime recenti di Agenas, in Italia esso si aggirerebbe intorno al 10 per cento della spesa sanitaria complessiva, pari a circa 9-10 miliardi di euro l'anno (0,75 per cento del prodotto interno lordo); a ciò si aggiunga l'ulteriore considerazione che tutto questo costa ai contribuenti 22,5 miliardi di euro l'anno,

ossia il 15 per cento della spesa sanitaria annuale, condizionando gravemente l'attività assistenziale;

15) il nostro legislatore è intervenuto nel 2017 con la legge n. 24, conosciuta anche come legge « Gelli-Bianco » con l'obiettivo di ridefinire la responsabilità del personale sanitario operando un bilanciamento tra diritti in capo al medico e al paziente, introducendo garanzie e favorendo un cambio di prospettiva, come la prevenzione dei rischi e degli eventi avversi, istituendo un sistema nazionale, regionale ed aziendale di monitoraggio e prevenzione del rischio clinico;

16) se la legge n. 24 del 2017 ha avuto effetti positivi, non ha, però, segnato un decisivo deterrente alla litigiosità e ad incidere sul fenomeno della medicina difensiva;

17) la percezione di una prassi giurisprudenziale particolarmente rigorosa, sul terreno della responsabilità penale e civile, induce spesso i medici a modificare le proprie condotte professionali ponendosi come obiettivo primario la minimizzazione del rischio legale;

18) un sistema professionale come quello medico, a rischio continuo di indagine penale, non è, però, un sistema più attento e diligente, ma è un sistema che riduce i rischi di chi agisce cercando maggiori tutele formali, anche a scapito dell'utenza;

19) la sicurezza e la qualità delle cure rappresentano gli elementi fondamentali di tutte le prestazioni e sono obiettivi prioritari del Servizio sanitario nazionale. Il medico è chiamato ad affrontare scelte e ad assumere decisioni non sulla base delle eventuali ripercussioni in ambito giudiziario, ma per garantire la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell'esercizio professionale indicati nel codice deontologico, al fine della tutela della salute individuale e collettiva;

20) nel campo sanitario, così come in altri settori caratterizzati da attività ad elevato rischio, occorre privilegiare le esi-

genze della prevenzione rispetto alla ricerca del colpevole, fermo restando il soddisfacimento del diritto dei danneggiati al risarcimento dei danni;

21) in generale, è auspicabile la promozione di una cultura in cui gli operatori in prima linea non vengano puniti per le azioni, le omissioni o per le decisioni commisurate alla loro esperienza, ma esclusivamente per gli atti di negligenza, per le violazioni e le azioni distruttive considerate non tollerabili;

22) per far fronte a tale problema e riportare maggiore tranquillità tra chi opera nelle corsie degli ospedali, è necessaria la limitazione dei casi di punibilità penale del personale sanitario alle sole condotte caratterizzate da dolo o colpa grave, arginando, altresì, il ricorso alle liti temerarie;

23) per cambiare le cose si ha bisogno, in sostanza, di mutare profondamente il paradigma di quella che è la colpa medica; il che non vuol dire rendere il medico impunito ove commetta un errore, ma limitare quell'errore ai casi di grave inadempimento professionale, prendendo in considerazione la specificità dell'atto medico;

24) il contrasto al fenomeno della medicina difensiva passa, poi, anche e soprattutto da un intervento sociale e culturale di sistema, incentrato sul diritto ad un'adeguata informazione dei cittadini sull'efficacia degli interventi sanitari, costruito mediante il dialogo tra il paziente e il medico. Un particolare sforzo, dunque, dovrà essere fatto in questa direzione;

25) la serenità del medico nel suo operato è un patrimonio della comunità e in tal senso deve essere difesa, senza, ovviamente, limitare la piena tutela giuridica del paziente;

26) la bussola di ogni intervento deve rimanere sempre e comunque l'articolo 32 della Costituzione, perché la Costituzione tutela il diritto alla salute di tutti e la sanità deve essere per tutti,

impegna il Governo:

1) ad assumere ogni iniziativa di competenza, anche di carattere normativo,

volta a riformare la disciplina della responsabilità medica di cui alla legge n. 24 del 2017, bilanciando l'esigenza di salvaguardare gli operatori sanitari da iniziative giudiziarie arbitrarie e ingiuste con la necessità di tutelare i diritti dei pazienti che si ritengono danneggiati da episodi di negligenza medica e, in particolare, a:

- a) limitare la responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria, modificando l'articolo 590-sexies del codice penale, come introdotto dall'articolo 6 della legge 8 marzo 2017, n. 24;
 - b) distinguere, per quanto possibile e senza pregiudizio per l'utente assertivamente vittima di malasanità, le fonti di responsabilità, separando la posizione giuridica del medico da quella della struttura sanitaria;
 - c) introdurre, accanto al ricorso alla via giudiziaria, un sistema di risoluzione « alternativo » delle controversie, che coinvolga tutte le parti in causa per ricostruire la vicenda clinica con l'ausilio delle migliori professionalità del mondo giuridico, medico legale, clinico specialistico e assicurativo per trovare una soluzione conciliativa, tempestiva e condivisa, anche valutando l'opportunità di istituire, presso ogni centro regionale ai sensi dell'articolo 2 della legge n. 24 del 2017, una commissione, quale organo indipendente ed imparziale, di componimento stragiudiziale delle controversie tra i pazienti che hanno usufruito di prestazioni sanitarie e il soggetto che le ha erogate;
- 2) ad adottare quanto prima i decreti attuativi della cosiddetta legge Gelli Bianco;
- 3) a promuovere il rafforzamento e la diffusione delle buone pratiche cliniche e della valutazione delle attività sanitarie misurate con indicatori di processo e di esito;

- 4) a promuovere l'adozione nei singoli reparti di linee guida in materia di formazione dei professionisti e informazione ai pazienti sull'appropriatezza di esami diagnostici e terapie;
- 5) ad adottare iniziative di competenza volte a prevedere, nelle more di una revisione della legge n. 24 del 2017, e in considerazione di quanto attestato dalla letteratura internazionale in merito all'incidenza che la carenza degli organici produce sul verificarsi di eventi avversi, peculiari fattispecie di esenzione della responsabilità dell'esercente la professione sanitaria, non solo nei casi in cui la condotta professionale sia coerente rispetto alle evidenze scientifiche disponibili, ma anche quando sussistano condizioni di lavoro caratterizzate da carenze strutturali ed organizzative;
- 6) a valutare, in coerenza con le regole ordinamentali, iniziative di carattere normativo volte ad una riduzione dei termini di prescrizione, al fine di evitare la proposizione di azioni legali in epoca significativamente successiva rispetto alla prestazione medica.
- (1-00230)** *(Testo modificato nel corso della seduta)* « Ciancitto, Loizzo, Patriarca, Brambilla, Vietri, Pannizzut, Benigni, Ciocchetti, Lazzarini, Cappellacci, Colosimo, Matone, Lancellotta, Maccari, Morgante, Rosso, Schifone, Casasco, Tenerini ».

Stabilimenti Tipografici
Carlo Colombo S. p. A.



19ALA0070720