

All'esame della Camera 5 Ddl che dovrebbero confluire in un testo unico

# Responsabilità professionale. Aogoi: i nostri 6 punti "irrinunciabili"

I rappresentanti dell'Aogoi, della Sigo, della Fesmed, del Collegio Italiano Chirurghi e degli anestesisti dell'Aaroi-Emac: tutti riuniti intorno ad un tavolo, il 29 novembre scorso a Roma, per fissare, nero su bianco, i punti cardine "irrinunciabili" che per le categorie più rischiose della classe medica dovranno essere contenuti nella elaboranda legge sulla responsabilità professionale. Una legge "organica" che, nell'auspicio dei rappresentanti delle società scientifiche e sindacali di categoria intervenuti all'incontro, riunisca in un testo unico quanto di meglio è contemplato nelle cinque proposte di legge presentate da parlamentari appartenenti a diversi schieramenti politici che attualmente sono all'esame della Camera dei Deputati. Nello specifico: i due disegni di legge d'iniziativa Fucci (Fi-PdL) e quelli di Grillo (M5S), Calabrò (Ncd) e Vargiu (Scelta civica), che dovrebbero andare in discussione il prossimo gennaio.

La richiesta che da questo "tavolo tecnico" promosso da Aogoi e Sigo viene inviata alla politica è di fare presto: la classe medica è spossata e ora si è toccato il fondo. "Sono anni che discutiamo di responsabilità professionale e assicurazioni in convegni, seminari, giornate di studio, in cui abbiamo coinvolto il gota della magistratura, avvocati, rappresentanti delle società scientifiche, delle istituzioni, della società civile e dei media - ha affermato il presidente Aogoi **Vito Trojano** -. Ne abbiamo scervato le cause, denunciato le conseguenze e il vuoto normativo, che negli anni è stato colmato a colpi di sentenze dalla magistratura. Pronunce spesso contrastanti che hanno contribuito ad alimentare un clima di incertezza e di vulnerabilità per gli operatori della sanità. "Ora dalla 'diagnosi' dobbiamo passare alla 'terapia' - ha sottolineato il segretario nazionale Aogoi **Antonio Chiantera**. Ora la politica deve riprendere in mano il suo potere legislativo: la classe medica si aspetta ed esige una buona legge sulla responsabilità professionale, una normativa di respiro europeo".

Se non si porrà subito rimedio a questa situazione, "il rischio, che potrebbe presto manifestarsi in tutta la sua gravità, è che nel pubblico non si trovi più nessun chirurgo disposto a fare gli interventi difficili". Da tener presente inoltre che il paziente può denunciare il medi-

L'ipotesi di un testo unico che riunisca, modifichi e armonizzi le varie previsioni in materia di responsabilità professionale contenute nei 5 Ddl attualmente all'esame della Camera è auspicabile, purché contempli alcuni punti "irrinunciabili". È quanto emerso da un confronto promosso da Aogoi e Sigo con i chirurghi del Cic e gli anestesisti dell'Aaroi lo scorso novembre, finalizzato ad elaborare una proposta condivisa sui contenuti della futura legge



co anche dopo 10 anni, come hanno ricordato anche **Nicola Surico** e **Marco d'Imporzano**, rispettivamente presidente e past president del Collegio Italiano dei Chirurghi (Cic), che rappresenta 70 Società scientifiche di chirurgia e nel suo complesso la quasi totalità dei chirurghi italiani.

"I 5 disegni di legge all'esame della Camera recepiscono molte delle proposte Aogoi, e i vari Ddl presentati da parlamentari appartenenti a diversi schieramenti politici hanno tra loro molti punti comuni - ha spiegato la responsabile dell'Ufficio legale Aogoi **Vania Cirese** - e questo è un segnale incoraggiante, sia ai fini della possibile e auspicabile elaborazione di un testo unico sulla responsabilità professionale, sia perché queste convergenze denotano che il grande lavoro di *dissemination* svolto dalle società scientifiche in questi anni ha prodotto dei buoni risultati. Su questi temi ora riscontriamo una nuova sensibilità, un mutamento culturale, non solo da parte del mondo politico ma anche da parte della magistratura".

L'avvio dell'esame di queste pro-

## Perché un T.U.

**Vania Cirese**

Responsabile Ufficio legale AOGOI

L'analisi comparata dei pregevoli testi dei Ddl all'esame della Camera (i Ddl 259 e 262 d'iniziativa Fucci, il Ddl 1324 (Calabrò, Fucci, Elvira Savino), il Ddl 1312 (Grillo, Ciccioni, Dall'Osso, Di Vita, Lorefice, Mantero, Baroni, Silvia Giordano) e il Ddl 1581 (Vargiu, Binetti, Gigli, Monchiero) mette in luce una apprezzabile convergenza di politiche sanitarie tendenzialmente favorevoli all'adozione di una disciplina organica in grado di dare risposte efficaci alle problematiche della sanità italiana. La linea di tendenza riflette un "mutamento culturale" condiviso, un modo comune di confrontarsi con il tema, adottando categorie concettuali e modelli che riflettono una prospettiva più aderente all'attuale realtà socio-sanitaria. Inseguendo i diversi itinerari

Un'analisi comparata dei vari Ddl evidenzia la ricerca di modelli organizzativi e strumenti di tutela dei diritti in sanità che hanno obiettivi, contenuti e percorsi comuni

dei Ddl si nota il medesimo sforzo di liberarsi dai condizionamenti del passato e calibrare un modello di responsabilità professionale non più incentrato sulla figura del professionista intellettuale, singolo prestatore d'opera di tradizione Ottocentesca, bensì l'imporsi di un paradigma generale (e comune) di una disciplina della responsabilità sanitaria riferibile ad un'attività professionale svolta all'interno di una struttura sanitaria, quale soggetto che per legge deve adeguarsi a quelle regole di efficienza e sicurezza nell'erogazione delle cure che devono informare le attività organizzate per evitare la reiterazione di rischi ed eventi avversi in danno della salute dei pazienti e della serenità di lavoro degli operatori sanitari.

**Analizzando i contenuti dei Ddl** si rileva un riconoscimento dell'esigenza primaria di adozione di un vero e proprio sistema di monitoraggio, prevenzione, valutazione del rischio clinico. Si dà atto invero in tutti i percorsi legislativi che:

1. la struttura a mezzo del legale rappresentante, e non il medico, ha l'obbligo di garantire la sicurezza delle cure predisponendo la dovuta organizzazione di mezzi e di persone, potendosi rinvenire anche collegamenti causali tra organizzazione deficitaria e danni al paziente per inosservanza degli standard di sicurezza imposti dalla legge (colpa specifica) o da un generale dovere di diligenza, prudenza, perizia (colpa generica).

2. Del pari si dà atto che solo un sistema obbligatorio e organizzato permetterà di evitare la reiterazione degli errori e anche di individuare le fonti di responsabilità, distinguendo un doppio binario di responsabilità: il sanitario, se sbaglia per propria colpa professionale (negligenza, imperizia, imprudenza); gli amministratori delle strutture per deficit organizzativo.

**Tutti i Ddl danno conto** che al monitoraggio dei rischi e degli eventi avversi nelle strutture sanitarie deve seguire la raccolta e la fruizione dei dati a livello regionale e nazionale, per consentire di emettere direttive e giungere a modelli più omogenei, più sicuri e più efficienti di erogazioni delle cure nelle realtà locali, evitando il più possibile penalizzanti disparità di trattamento dei pazienti nonché assicurando la piena collaborazione con le società scientifiche per emettere raccomandazioni ed elevare lo standard della prevenzione dei rischi e della cor-

► Segue a pagina 30

poste di legge in Commissione Affari Sociali della Camera, è, come ha affermato il collega parlamentare Benedetto Fucci in varie occasioni, “un passo importante per portare avanti un lavoro utile e di qualità”. “Un’occasione che le nostre società scientifiche non possono e non vogliono perdere ed è per questo, come abbiamo ribadito nel corso di questo confronto che è per tutti noi fondamentale dar vita a una squadra coesa – ha concluso Trojano”.

Un altro aspetto su cui si è molto insistito nel corso di questo incontro riguarda la scelta dei contenuti della nuova disciplina sulla responsabilità medica, ovvero la necessità di “non cedere alla tentazione di inserire troppa carne al fuoco (Legge Balduzzi docet): dobbiamo concentrarci su alcuni aspetti e fissare dei punti irrinunciabili” è stato detto. Vediamoli dunque nel dettaglio.

### I pilastri di una normativa sulla responsabilità professionale

#### 1. Assicurazione obbligatoria delle aziende sanitarie

Le attuali polizze assicurative coprono solo la responsabilità professionale del medico per sua negligenza, imprudenza, imperizia e non già quella diretta

e autonoma dell'ente stipulante (ad es. per deficit organizzativo). Inoltre il continuo ondeggiare del legislatore nazionale tra “obbligatorietà” e “facoltatività” della copertura assicurativa dei medici dipendenti di strutture sanitarie presta il fianco a dispute dottrinali e giurisprudenziali. Molte strutture non sono più assicurate e i medici e i sanitari sono “scoperti” di garanzia assicurativa anche per la colpa lieve. Altre aziende sono in “autoassicurazione” e basta il pagamento di un sinistro per “prosciugare” le riserve.

#### 2. Tentativo obbligatorio di conciliazione e azione giudiziaria per il risarcimento del danno nei confronti dell'assicuratore

Previo tentativo di composizione bonaria delle controversie, il danneggiato potrà agire direttamente nei confronti della compagnia assicuratrice. Questa proposta rispecchia riforme già attuate con successo nei Paesi dell'Unione Europea per evitare lunghi e defatiganti iter giudiziari, spesso del tutto infruttuosi o comunque dall'esito incerto, che penalizzano sia il paziente sia l'operatore sanitario.

#### 3. Sistema di monitoraggio per la prevenzione, riduzione dei rischi ed

#### eventi avversi

Nella ricostruzione giudiziaria di un episodio di “medical malpractice” raramente viene preso in esame un disservizio o una disfunzione organizzativa della struttura sanitaria e si continua ad aprire indagini, sempre e comunque, sulla colpa professionale dell'operatore sanitario o dell'équipe, anche in quei casi in cui è palese il disservizio o la carenza organizzativa. In realtà spetta alla struttura, a mezzo del legale rappresentante, e non al medico, l'obbligo di garantire la sicurezza delle cure, predisponendo la dovuta organizzazione di mezzi e di persone. Pertanto è l'amministrazione dell'ente che deve predisporre meccanismi di controllo dei rischi per i pazienti, ciò configurando un preciso obbligo giuridico di attivarsi con la previsione, in caso di violazione, di sanzioni almeno nell'ambito del diritto punitivo amministrativo. Attualmente però manca nel Ssn un sistema concordato e condiviso (nazionale-regionale-locale) di monitoraggio-gestione del rischio clinico e manca la previsione normativa dell'obbligo in capo alle aziende ospedaliere di istituire unità di gestione del rischio clinico per individuare i rischi, eventi avversi e fonti di responsabilità. In caso di carenze strutturali,

organizzative, mancato approntamento del sistema di monitoraggio del rischio ed eventi avversi occorre dunque prevedere una responsabilità autonoma in capo ai legali rappresentanti delle strutture (o loro preposti), con precisi obblighi e sanzioni. Il sistema di monitoraggio dovrà raccordare le Unità di rischio clinico a livello aziendale (obbligatorie) con Agenzie di raccordo a livello regionale e un Osservatorio Nazionale (presso il Ministero della Salute). Al monitoraggio dei rischi e degli eventi avversi nelle strutture sanitarie dovrà seguire la raccolta e la fruizione dei dati a livello regionale e nazionale, che consentirà di emettere direttive e raccomandazioni per aver modelli più omogenei e più efficienti di erogazioni delle cure nelle realtà locali, evitando il più possibile penalizzanti disparità di trattamento dei pazienti, relativamente a livelli di qualità delle cure e sicurezza delle prestazioni erogate, e assicurando la piena collaborazione con le società scientifiche per emettere raccomandazioni ed elevare lo standard della prevenzione dei rischi e della corretta prestazione.

#### 4. Fondo regionale (o nazionale) vittime da alea terapeutica

La previsione rispecchia lo sforzo di rispondere, per doverosità sociale, all'esigenza di assicurare un giusto indennizzo a titolo di solidarietà alle persone danneggiate, più vulnerabili e meritevoli di tutela, nella raggiunta consapevolezza che ciò non debba passare forzatamente e irragionevolmente sempre e solo attraverso lo strumento giudiziario in quei casi non ricollegabili a ipotesi di responsabilità del singolo operatore o dell'ente. Si tratta di considerare complicità derivanti dall'“alea” della patologia e pertanto non ascrivibili a imprudenza, negligenza, imperizia del medico o sanitario né a carenze organizzative, o strutturali dell'ente e quindi a responsabilità degli amministratori.

#### 5. Nomina dei CT specialisti accanto al medico legale nei processi per responsabilità professionale in sanità

Le complesse istruttorie e indagini peritali chiamano in causa competenze specialistiche di settore che necessitano di esperti della singola branca accanto al medico legale.

#### 6. Prescrizione dell'azione per risarcimento dei danni da attività sanitarie nel termine di 5 anni dal fatto o dalla conoscenza del fatto

## Risoluzioni approvate dai delegati FESMED in tema di responsabilità professionale

**Carmine Gigli**  
Presidente FESMED

In occasione del Convegno FESMED “Verso un nuovo contratto”, che si è tenuto a Rimini il 22 e 23 novembre 2013, i rappresentanti FESMED riuniti in gruppo di studio hanno discusso la questione della responsabilità professionale in sanità e della medicina difensiva.

Di seguito vengono riportate, in ordine prioritario, le norme che sono state considerate utili per risolvere questo grave problema, nella speranza che possano essere inserite in una legge sulla responsabilità professionale sanitaria

1. L'esercente la professione sanitaria, nello svolgimento della propria attività con finalità terapeutica secondo le regole dell'arte e nel rispetto della normativa vigente, risponde dei danni derivanti da tali attività solo nei casi di dolo e colpa grave, sia in caso di azione civile diretta che per azione amministrativa indiretta;
2. La responsabilità civile per danni a persone causati dal personale sanitario medico

e non medico, occorsi in una struttura sanitaria pubblica, privata accreditata e privata, ivi compresa l'attività libero-professionale intramuraria, è sempre a carico della struttura stessa;

3. Obbligo della polizza assicurativa per la responsabilità civile, per tutte le strutture sanitarie e ospedaliere, pubbliche e private, direttamente con una compagnia assicurativa o attraverso un sistema regionale, escludendo ogni

forma di auto-assicurazione;

4. Istituzione di un fondo di solidarietà nazionale per l'indennizzo delle vittime da alea terapeutica (danno senza colpa);
5. Depenalizzazione delle lesioni gravi e gravissime verificatesi in conseguenza di una prestazione sanitaria, previste attualmente dal Codice penale, art. 586, 589 e 590;
6. Attuazione di quanto stabilisce la legge 189/2012 art.3, dove prevede il “fondo appo-

- sitamente costituito, di garantire idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie”, al fine di agevolare l'accesso alla copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie;
7. Normativa che regoli il Consenso informato all'atto medico e all'intervento chirurgico, rilasciata da un organismo istituzionale o per legge;
8. Tutta la documentazione raccolta nelle Aziende sanitarie

e ospedaliere ai fini della prevenzione del rischio clinico non può essere utilizzata in alcun modo a fini giudiziari;

9. Prevedere un finanziamento per l'attuazione di quanto previsto dalla legge 189/2012 art.3 bis, dove stabilisce che le Aziende sanitarie “curano l'analisi, studiano e adottano le necessarie soluzioni per la gestione dei rischi medesimi, per la prevenzione del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi”.

■ *Eventuali suggerimenti, commenti e richieste di spiegazioni potranno essere indirizzati via e-mail a: [segreteria@fesmed.it](mailto:segreteria@fesmed.it), anche attraverso il sito [www.fesmed.it](http://www.fesmed.it)*

