

Responsabilità professionale: l'Aogoi presenta in Senato le sue proposte per migliorare il Ddl Gelli

Trojano: "Si garantirà qualità cure a pazienti e serenità a operatori"

A fronte dei passi da gigante compiuti negli ultimi anni dalla scienza medica, il contenzioso in tema di responsabilità per infortuni professionali ha subito un notevole incremento, infatti questo trend negativo è più evidente nei paesi in cui è stato più rapido il progresso scientifico (Usa, Gb, Ce). Negli ultimi dieci anni, in sede di legittimità, il contenzioso è aumentato del 200% rispetto ai 60 anni precedenti. Dal 2008 al 2011 la Corte di Cassazione ha deciso un numero di casi di responsabilità medica (82) pari a tutti quelli decisi tra il 1991 e il 2000. Una crescita considerevole, accompagnata da quella parallela dei premi assicurativi pagati da Asl e medici". Così il presidente nazionale Aogoi Vito Trojano è intervenuto il 16 marzo scorso in commissione Sanità al Senato nel corso di un'audizione sul Ddl "Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario" in materia di responsabilità professionale. Il tasso annuo di crescita dei premi complessivi negli ultimi 10 anni si attesta al 12,5%. Su 30mila processi penali di malpractice sanitaria per anno, con un costo riguardevole per lo Stato italiano, il 98,8% dei procedimenti terminano in assoluzione e una quota parte in prescrizione – ha spiegato Trojano. Le richieste di risarcimento pari a 2,5 miliardi di euro del 2000 in 7 anni sono in preoccupante ascesa, ma dopo defatiganti processi civili e penali, i pazienti risarciti dopo 8/10 anni di contenziosi sono un numero assai esiguo. Secondo quanto è emerso dall'esame di 1.286 sentenze della Corte di Cassazione negli ultimi dieci anni, quattro errori medici su dieci sono causati dal mancato intervento del medico che si astiene per paura di sbagliare. Il problema deve essere affrontato nella sua glo-

"Il Ddl affronta tutte quelle problematiche medico-paziente sulle quali abbiamo da sempre chiesto un intervento del legislatore. Il contrasto alla medicina difensiva può far risparmiare una cifra simile a quella che investiamo come Paese in R&S". Così il presidente nazionale dell'Associazione ostetrici e ginecologi ospedalieri, auspicando un rapida approvazione del provvedimento, ha illustrato in un'audizione in commissione Sanità alcune possibili proposte di modifica. Ecco le proposte dei ginecologi



La nostra Associazione ha proposto delle integrazioni-modifiche di alcuni articoli che possano esprimere, in modo più esplicito, il contenuto degli stessi articoli di legge

balità anche perché sempre più spesso la causa dell'errore può essere determinata da carenze organizzative, degli strumenti e procedure sanitarie che devono e dovranno essere corrette".

La legge in esame presso questa Commissione – ha aggiunto il presidente nazionale Aogoi – affronta nella sua globalità tutte queste problematiche ridando al cittadino-paziente il diritto alla qualità delle cure poiché pone l'operatore sanitario in una posizione di tranquillità e serenità nell'espletamento della sua attività professionale. Oggi, infatti, molti operatori a causa del timore di possibili contenziosi finiscono per trincerarsi dietro la cosiddetta medicina difensiva passiva. Ricordiamo che, proprio la medicina difensiva, non solo nuoce al paziente ma produce anche uno sperpero di risorse pubbliche quantificato in circa 14 mld l'anno, una cifra vicina a quanto si investe annualmente in ricerca e sviluppo. La nostra Associazione propone quindi delle integrazioni-modifiche di alcuni articoli che possano esprimere, in modo più esplicito, il contenuto degli stessi articoli di legge".

Vediamo di seguito le proposte di modifica presentate dall'Aogoi.

Art. 1 bis

(dopo l'art. 1 inserire art. 1 bis) Funzioni aziendali per la gestione del rischio clinico

"Per consentire la valutazione dei rischi, prevenire la reiterazione degli eventi avversi e garantire idonea copertura assicurativa o altra analogia misura ex L. 114/2014 le strutture sanitarie organizzano al loro interno un servizio di monitoraggio, prevenzione, gestione dei rischi ed eventi avversi così come anche previsto dalla L.208/2015 e forniscono ogni semestre alle Regioni i dati periodicamente rilevati al fine della trasmissione di sintesi all'Osservatorio Nazionale".

Nella legge di stabilità, spiega l'Aogoi, non è previsto che le strutture sanitarie trasmettano i dati ai centri regionali per il rischio clinico. La frantumazione normativa con la soppressione dell'art 2 inserito nella legge di stabilità pregiudica l'istituzione di un sistema che può funzionare solo con la raccolta dati dalle unità aziendali e la trasmissione a livello regionale e nazionale in collegamento tra loro.

Art. 2

Al comma 4: sostituire la parola "errori sanitari" con le parole: "rischi ed eventi avversi inviati dalle unità aziendali di gestione del rischio clinico"

Il linguaggio è ormai cambiato da tempo in letteratura medica e giuridica, si deve parlare di "rischi ed eventi avversi" senza pregiudizi che subito definiscano aprioristicamente e per forza "errori" commessi dai sanitari gli esiti sfavorevoli al paziente – spiega l'Aogoi -. Lo scopo del monitoraggio e raccolta dati è identificare le fonti responsabili di rischi ed eventi avversi, individuare l'incidenza e ricorrenza e predisporre misure per evitare la reiterazione. Non si deve associare sempre e comunque un rischio o evento avverso a "colpa" dei sanitari e un possibile risarcimento a loro carico. L'evento avverso può essere causato anche da carenze strutturali o organizzative dell'ente o da insufficiente organico, cause genetiche, patologie inevitabili e imprevedibili, non necessariamente "colpa professionale".

Sempre al **comma 4:** dopo la parola "contenzioso" aggiungere: "inviati ogni semestre dalle Aziende Sanitarie".

Occorre prevedere - si spiega - la trasmissione dei dati da parte delle Aziende alla regione di competenza.

Art. 3

Al comma 2: dopo la parola "relativi" eliminare le parole: "errori sanitari" ed inserire: "ai rischi ed eventi avversi trasmessi dalle unità aziendali di gestione del rischio clinico".

Dopo le parole "rischio sanitario" inserire: "il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure",

L'istituzione di un vero e proprio sistema



deve raccordare le unità di gestione del rischio clinico a livello aziendale con i Centri (o Agenzie) regionali e l'Agenzia-Osservatorio Nazionale. Solo un "sistema" aziendale - regionale - nazionale consentirà di fruire dei dati raccolti e individuare le fonti-cause degli eventi avversi e dei rischi per evitare la reiterazione, nonché emettere direttive e raccomandazioni per avere modelli più omogenei e sicuri nell'erogazione delle cure ed evitare il più possibile danni ai pazienti - spiega l'Aogoi -. Per una corretta terminologia occorre parlare di rischi ed eventi avversi e non "errori".

Al comma 4: dopo le parole 2010 inserire: "l'AGENAS nell'ambito dell'Osservatorio svolge le funzioni di cui all'Intesa Stato Regioni del 20 marzo 2008, nonché attività di supporto al Ministero della Salute, alle Regioni e alla P.A. per le iniziative relative alla gestione del rischio clinico, promuovendo reti collaborative ed informative, promuovendo l'implementazione e il monitoraggio a livello nazionale delle buone pratiche per la sicurezza del paziente, favorendo l'omogeneità dei modelli organizzativi regionali e aziendali di gestione del rischio clinico dopo la loro valutazione, promuovendo l'attività regolamentare in materia di rischio clinico, anche avvalendosi della collaborazione delle società scientifiche. Per Aogoi le competenze dell'Agenas meglio specificate consentiranno di migliorare il sistema di gestione del rischio clinico.

Art. 5

Dopo la parola "(SNLG)" sopprimere da "e pubblicate fino a sanità" e sostituire: "aggiornate e pubblicate sul sito dell'Istituto Superiore di sanità, sotto la vigilanza del Ministero della Salute".

A parere di Aogoi il contenuto della disposizione così semplificata sembra più chiaro, perché è necessario un coordinamento a cura del Ministero.

Art. 6 bis

Disposizioni processuali penali
Dopo l'art. 6 si propone l'Art. 6bis

Per i reati di lesioni ex art. 590 cp e seg. di omicidio colposo ex art. 589 cp e seg. e/o ogni altra ipotesi criminosa collegata a responsabilità professionale medico-sanitaria, si procede attraverso l'Udienza Preliminare.

Nel caso di responsabilità professionale medico-sanitaria, l'assicuratore del professionista può essere citato nel processo penale a richiesta dell'imputato.

Nei processi per responsabilità medica anche di lesioni oltre che di omicidio colposo deve procedersi con l'udienza preliminare per consentire attraverso l'udienza filtro di accertare i casi più evidenti di innocenza dell'indagato, evitando la sofferenza del giudizio (così come avviene per i giornalisti sent. Corte Costituzionale 68/91 per i reati di diffamazione a mezzo stampa), spiegano i ginecologi.

Inoltre, la possibilità di citare direttamente nel giudizio penale, l'assicurazione del professionista come avviene per i sinistri stradali, offre maggiori garanzie sia per gli operatori sanitari che per i pazienti specie nelle ipotesi procedibili a querela dove può essere favorita

la composizione bonaria e la remissione della querela. Ciò anche in relazione all'obbligo sancito dall'art. 8. per cui i professionisti avranno l'onere di una personale assicurazione.

Art. 8

Al comma 1: dopo la parola "azione" aggiungere: "innanzi al giudice civile".

La disposizione, si spiega, non può valere in sede penale.

Art. 9

Al comma 2: dopo le parole "a titolo stragiudiziale" aggiungere: se l'esercente la professione sanitaria ha partecipato alle trattative stragiudiziali e consentito all'esito.

Al comma 5: sostituire le parole "al giudice ordinario" con "alla Corte dei Conti" e sopprimere le parole "ed è esclusa...fino a Corte dei Conti".

Al comma 7: eliminare le parole "argomenti di prova" e sostituire con "elementi".

L'attuale formulazione, si spiega, può esporre il professionista a un grave inconveniente: la struttura dopo una trattativa stragiudiziale risarcisce il paziente senza informare il medico o il sanitario e poi esercita la rivalsa chiedendo le somme al professionista (o informa la Corte dei Conti). Il professionista non ha partecipato alle trattative nemmeno per opporsi o difendersi.

La Corte dei Conti, inoltre, offre garanzia di terzietà rispetto al giudice civile che può valutare anche obiettivamente

la sentenza del giudice civile di condanna del medico, valutare i profili organizzativi delle strutture e l'eventuale concorso delle strutture nella produzione del danno, esercitando anche un potere "riduttivo" dell'entità del risarcimento. Tali principi giuridici non solo applicabili da parte del giudice ordinario se il giudizio di rivalsa è incardinato in ambito civilistico per cui l'eventuale condanna dei professionisti in favore della struttura sarebbe in solido e per l'intera somma, nonché trasmissibile agli eredi, al contrario di ciò che accade presso la Corte dei Conti (art. 1 L. 20/1993).

Art. 10

Al comma 1: dopo la parola "per danni cagionati" aggiungere: "a terzi, per carenze strutturali, organizzative, di presidi, di organico, imputabili alla gestione dell'ente o cagionati...".

A giudizio di Aogoi le attuali polizze assicurative coprono solo la responsabilità professionale del medico o sanitario per sua negligenza, imprudenza, imperizia e non già quella diretta e autonoma dell'ente stipulante (ad es. per deficit organizzativo o strutturale), mentre un gran numero di eventi avversi è imputabile a carenze strutturali, organizzative, mancato approntamento del sistema di monitoraggio dei rischi ed eventi avversi.

Oggetto della copertura assicurativa o analoga misura ai sensi dell'art. 27 L. 114/2014, aggiunge Aogoi, deve essere il risarcimento del danno che, per effetto di inadempimento o di altro comportamen-

to, di natura colposa, sia derivato a terzi per fatto comunque riconducibile alla responsabilità della struttura sanitaria pubblica o privata accreditata che ha erogato la prestazione, non solo quando cagionato da condotte colpose dei medici ed operatori sanitari, ma anche quando cagionato da condotte colpose degli amministratori dell'ente per carenze organizzative, strutturali, di presidi e/o di organico. Ciò può comportare una differenziazione delle richieste risarcitorie e un defflattivo del contenzioso medico-legale verso i sanitari.

Al comma 3: dopo la parola "assicurazione" aggiungere "per colpa grave".

Va eliminato il dubbio che i sanitari dipendenti di una struttura pubblica o privata accreditata siano costretti a contrarre anche un'assicurazione "primo rischio".

Aogoi qui sottolinea come occorra specificare di quale tipo di assicurazione trattasi.

Art. 13

Al comma 1: dopo le parole: "introduttivo del giudizio" aggiungere: "le strutture sanitarie comunicano all'esercente la professione sanitaria l'avvio di trattative stragiudiziali con il paziente, con invito a prenderne parte".

"L'omissione o l'incompletezza della comunicazione preclude l'ammissibilità del giudizio di rivalsa".

Viene qui spiegato come con l'attuale te-

sto, si consente alla struttura sanitaria di risarcire il paziente per via stragiudiziale senza alcun obbligo di comunicazione al professionista, il quale può quindi ricevere, ad accordo concluso, una richiesta di rivalsa senza che in precedenza gli sia stata data la possibilità di prendere parte alla "trattativa" e, soprattutto, di portare le proprie ragioni e difendersi evitando l'esborso.

Art. 14

Al comma 7: eliminare da: "ed il regresso... fino a sinistro"

È stato sostituito il "Fondo vittime da alea terapeutica" con il fondo che interviene ad integrazione quando la polizza del professionista o del sanitario sia insufficiente. Questo articolo, secondo Aogoi, potrebbe incentivare i pazienti a chiedere risarcimenti elevati, tenuto conto che se non basta la polizza del sanitario o dell'ente c'è il fondo... inoltre il fondo ha azione di regresso e quindi va ad aggredire il patrimonio personale del sanitario.

Art. 15

Al comma 1: si propone di eliminare la parola "complessi" sostituendo con "problemi tecnici inerenti specifiche discipline".

A parere di Aogoi occorre garantire sempre la nomina dei CT specialisti accanto al medico legale nei processi per responsabilità professionale in sanità perché le complesse istruttorie ed indagini peritali chiamano in causa competenze specialistiche di settore che necessitano di esperti della singola branca accanto al medico legale. **Y**

Dd Responsabilità professionale: le proposte della Fnomceo

"Distinguere tra responsabilità sanitaria e medica". Dubbi sul regime di doppia responsabilità civile"

Inoltre, è stata proposta una riscrittura dell'articolo 5 dedicato alle buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida, chiedendo un diretto coinvolgimento della Federazione, insieme ad Agenas, Aifa, Iss, Ministero della Salute e Regioni, nella definizione e aggiornamento delle linee guida. Così la Federazione è intervenuta in commissione Sanità nel corso di un'audizione sul disegno di legge

"Davanti a voi non avete un soggetto che cerca di garantirsi una posizione privilegiata, ma un alleato che combatte e vuole continuare a combattere ogni giorno sul campo a garanzia di un diritto alla salute che non può prescindere dalla prevenzione e gestione del rischio clinico: la responsabilità degli operatori della salute è un problema che deve assumersi il Paese e non deve essere lasciato alla attività lobbistica di singole categorie professionali". Con queste parole la Fnomceo si è rivolta alla XII Commissione, Igiene e Sanità, del Senato, ascoltata oggi pomeriggio in Audizione sul Disegno di Legge sulla responsabilità professionale del personale sanitario. In rappresentanza della Federazione, erano presenti il Presidente, **Roberta Chersevani**, il Vicepresidente, **Maurizio Scassola**, il componente del Comitato Centrale **Guido**

Marinoni, e il Presidente Nazionale Cao, **Giuseppe Renzo**, che ha portato le istanze specifiche della Professione Odontoiatrica. In premessa, la Fnomceo ha auspicato che "laddove nel testo del disegno di legge si parla "di responsabilità sanitaria" si dica "responsabilità medica e sanitaria", in quanto è indubbio che tra i medici e le altre professioni sanitarie esiste un livello enormemente diverso di responsabilità e di rischio". È poi entrata nello specifico degli articoli per i quali richiede la modifica. In particolare, propone una **riscrittura dell'articolo 5**, dedicato alle Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida. La Fnomceo chiede di essere coinvolta, insieme ad Agenas, Aifa, Iss, Ministero della Salute, Regioni, Province autonome - con l'apporto delle Società Scientifiche e delle altre Professioni sanitarie - nella definizione, validazione e aggiornamento delle Linee Guida. Suggerisce inoltre che la Legge potrebbe attribuire alle Linee Guida, così definite, "caratteristiche di vincolo prescrittivo, concetto che va oltre l'accezione di buone pratiche comportamentali".

Ecco la proposta di riscrittura della Fnomceo: "Le prestazioni erogate con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, eseguite da esercenti le professioni sanitarie nell'ambito delle rispettive competenze, con il consenso informato del paziente salvo i casi stabiliti dalla legge, tenuto conto delle buone pratiche clinico-assistenziali e delle raccomandazioni cliniche di cui al secondo periodo, non costituiscono offese alla integrità psicofisica. Al fine di definire, validare e aggiornare le suddette raccomandazioni cliniche è costituito con Dpcm un apposito organismo nazionale con la partecipazione di Agenas, Aifa, Iss, Ministero della Salute, Regioni, Province autonome e Fnomceo e con

l'apporto delle Società Scientifiche e delle altre professioni sanitarie".

Al centro dell'attenzione di Fnomceo anche l'**articolo 7**, che distingue tra Responsabilità della struttura e dell'esercente la professione sanitaria per inadempimento della prestazione sanitaria, attribuendo alla struttura una responsabilità di tipo contrattuale, al professionista che vi lavora una responsabilità extracontrattuale. In questo modo, però, i liberi professionisti resterebbero soggetti alla responsabilità contrattuale, con tutte le ricadute che ne derivano.

"Viene previsto un regime di doppia responsabilità civile - spiega la Fnomceo, qualificato come responsabilità contrattuale per la struttura - con onere della prova a carico della struttura stessa e termine di prescrizione di dieci anni - ed extracontrattuale per l'esercente la professione sanitaria, con onere della prova a carico del soggetto che si ritiene leso e termine di prescrizione di cinque anni. Pertanto la distinzione fra la responsabilità contrattuale della struttura sanitaria pubblica o privata e quella extracontrattuale del medico che esercita la professione nell'ambito di una struttura pubblica, privata o in rapporto convenzionale è uno dei cardini del testo approvato dalla Camera dei Deputati".

"Dall'esame dell'articolo 7 - continua - emerge, tuttavia, che agli esercenti delle professioni mediche in regime di libera attività professionale pura si continua ad applicare il regime della responsabilità contrattuale: la esclusione del libero professionista dalla responsabilità extracontrattuale in ambito civilistico può sembrare punitiva e crea un susseguirsi di eventi che termina danneggiando il rapporto medico-paziente". Anche il presidente Cao, **Giuseppe Renzo**, rilevando che gli Odontoiatri svolgono per oltre il 92% la libera professione, si è concentrato in particolare sull'articolo 7.