

La Memoria dell'Aaroi Emac

Provvedimento epocale, ma...

di Alessandro Vergallo*, Fabio Cricelli**

L'AAROI-EMAC apprezza e condivide l'intento dei Disegni di Legge oggetto dell'audizione odierna, intento di portata epocale nel suo genere, pur se preceduto da un primo tentativo di riordino in materia di responsabilità professionale medica, avviato con l'art. 3 comma 1 del "Decreto Balduzzi" (DL158/2012), come modificato dalla Legge 189/2012.

Le disposizioni normative contenute traggono origine, evidentemente, dalla positiva volontà politica di riformare il sistema di relazioni tra gli stakeholders del nostro Sistema

Sanitario e i professionisti cui è affidata una posizione di garanzia, a tutela del cittadino, nell'ambito del diritto alla salute. Nel merito tecnico dei Disegni di Legge in questione si osserva quanto segue.

Sul Disegno di Legge n. 259 (Fucci):

lettera a), laddove viene prevista la "estensione dell'obbligo assicurativo relativo al primo grave rischio e alla colpa grave a ogni struttura che esercita attività chirurgica per danno causato ai pazienti da parte del chirurgo o per fatto autonomo della struttura":

- si propone, in luogo della dizione "danno causato ai pazienti da parte del chirurgo", estremamente limitativa, e non comprensiva dei medici ospedalieri

specialisti in discipline diverse dalla chirurgia, la seguente dizione: "danno causato ai pazienti da parte del medico chirurgo";

lettera b), laddove viene prevista "una più precisa definizione a livello normativo del concetto di «colpa grave» in ambito sanitario":

- si rileva che tale definizione normativa viene così evidentemente demandata a successiva legiferazione;
- si auspica la massima precisione della suddetta definizione normativa, in riferimento alle conseguenti interpretazioni giuridiche, e alle applicazioni giudiziarie;

lettera c), laddove viene prevista la "introduzione obbligatoria di un sistema di valutazione del rischio clinico":

- al sistema di valutazione del rischio clinico si ritiene necessario affiancare un sistema di valutazione del rischio organizzativo delle singole strutture sanitarie;
- in entrambi i sistemi di valutazione, si chiede che possano svolgere un ruolo di collaborazione anche le Associazioni Professionali che a livello nazionale sono rappresentative dei medici-chirurghi, la cui presenza è peraltro prevista, nell'ambito dei servizi di conciliazione, dall'art. 3 (*Conciliazione obbligatoria per le richieste di danni da respon-*

sabilità civile) del Disegno di Legge n. 262, al comma 3;

Sul Disegno di Legge n. 262 (Fucci):

art. 1 (Finalità della legge e natura del rapporto tra medico e paziente), laddove, al comma 2, si rimarca che "Il rapporto tra medico e paziente è di natura contrattuale":

- si osserva che a tale rapporto (il quale peraltro non esclude, ma si sovrappone al preesistente rapporto di natura aquiliana, cioè *extra-contattuale*) corrisponde, ad un livello superiore, quello tra le strutture sanitarie del SSN e il cittadino/paziente: infatti, il medico dipendente di tali strutture non opera in condizioni di autonomia, ma per conto delle strutture stesse, con tutte le conseguenti implicazioni;

art. 4 (Obblighi delle ASL e delle strutture ospedaliere di istituire uffici legali medici), laddove si prevedono "appositi uffici legali in servizio permanente":

- si chiede, in merito alle "indicazioni dell'ufficio legale di cui al comma 1", che tali indicazioni debbano svolgersi con procedure scritte e validate, anche in considerazione dei risvolti ap-

*Presidente Nazionale Aaroi Emac

**Vice Presidente Nazionale
Vicario Aaroi Emac

Dossier

36

PANORAMA della SANITÀ • n° 44 • novembre 2013

plicativi di azioni disciplinari e di trattenute stipendiali, di cui al comma 2;

- si chiede, anche nel merito della suddetta definizione, che alle Associazioni Professionali rappresentative, a livello nazionale, dei medici-chirurghi, sia riservato un ruolo di collaborazione;

art. 5 (Compiti delle regioni e delle province autonome in materia di valutazione del rischio di responsabilità civile), laddove si enunciano i compiti de "l'ufficio di valutazione del rischio di responsabilità civile del personale sanitario":

- si chiede, anche in relazione a tale ufficio, che alle Associazioni Professionali rappresentative, a livello nazionale, dei medici-chirurghi, sia riservato un ruolo di collaborazione;

Sul Disegno di Legge n. 1312 (Grillo et al.):

art. 1 (Responsabilità per danni occorsi in strutture sanitarie), laddove, al comma 2, si prevede che non siano "compresi nella responsabilità ai sensi del comma 1 i danni conseguenti alle prestazioni escluse totalmente dai Lea":

- si chiede che tali danni siano compresi nelle responsabilità delle strutture sanitarie di cui al

comma 1, qualora le suddette strutture pongano, per propria scelta strategica, in capo al personale medico dipendente l'erogazione di prestazioni non ricomprese nei Lea;

art. 2 (Assicurazione obbligatoria delle strutture sanitarie) e art. 3 (Contenuto della garanzia assicurativa), laddove si prevedono le caratteristiche di tale garanzia assicurativa obbligatoria:

- si chiede che in merito a tale garanzia sia previsto l'obbligo, per le strutture di cui al comma 1, di comunicarne esistenza e contenuti, in maniera preventiva e trasparente, al personale sanitario che vi opera;

art. 4 (Ufficio di monitoraggio del rischio clinico), laddove si delineano i compiti di tale Ufficio:

- si chiede che alle Associazioni Professionali rappresentative, a livello nazionale, dei medici-chirurghi, sia riservato un ruolo di collaborazione;

art. 6 (Tentativo obbligatorio di conciliazione e azione giudiziaria per il risarcimento del danno coperto dalla garanzia assicurativa) e art. 7 (Obbligo di informazione e di documentazione), laddove

si prevedono le procedure di cui all'articolato:

- si chiede che, ab initio, sin dalla prima notizia di un evento avverso, le strutture di cui al comma 1 diano tempestiva e trasparente comunicazione ai singoli professionisti coinvolti nei suddetti eventi;

art. 11 (Monitoraggio della qualità delle prestazioni socio-sanitarie e dei decessi), laddove, al comma 1, se ne prevede il fine di "predisporre un adeguato piano di prevenzione":

- si chiede per tale fine sia prevista anche l'istituzione di un monitoraggio nazionale, a coordinamento di Osservatori Regionali, con la presenza delle Associazioni Professionali rappresentative, a livello nazionale, dei medici-chirurghi.

Sul Disegno di Legge n. 1324 (Calabrò et al.):

art. 1 (Finalità e definizione di atto medico), laddove, al comma 1, "gli atti medici si intendono, eseguiti, da un esercente una professione medico-chirurgica o un'altra professione sanitaria":

- si ritiene fonte di ulteriore e pericolosa confusione, rispetto a quella già esistente, l'equivalenza di significato tra l'atto medico e l'atto, più generale, sanitario, finalizzato alla prevenzione, alla diagnosi, e alla cura, essendo peraltro diagnosi e terapia di specifica competenza medica;
- a riferimento, si riporta la seguente definizione europea di atto medico (Uems): "L'atto medico ricomprende tutte le attività professionali, ad esempio di carattere scientifico, di insegnamento, di formazione, educative, organizzative, cliniche e di tecnologia medica, svolte al fine di promuovere la salute, prevenire le malattie, effettuare diagnosi e prescrivere cure tera-



peutiche o riabilitative nei confronti di pazienti, individui, gruppi o comunità, nel quadro delle norme etiche e deontologiche. L'atto medico è una responsabilità del medico abilitato e deve essere eseguito dal medico o sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione”;

art. 6 (Fondo di garanzia), laddove, al comma 1, si prevede l'istituzione di “un apposito fondo di garanzia per la responsabilità civile del personale di tutte le strutture sanitarie ubicate nel rispettivo territorio, sostitutivo delle polizze assicurative”:

- si chiede se, sulla base delle limitate esperienze in essere a livello nazionale, si evidenzia una migliore performance di un sistema rispetto ad un altro. Si chiede se non vi possa essere un incremento dei casi di rivalsa per colpa grave da parte della Corte dei Conti per presunto danno erariale.

art. 9 (Albo dei consulenti tecnici d'ufficio per vertenze sulla responsabilità professionale del personale sanitario), laddove si prevede la garanzia di una “qualificata rappresentanza di specialisti di tutte le specializzazioni mediche”:

- si chiede che sia meglio specificata tale garanzia, con la precisazione che la rappresentanza dei suddetti specialisti debba risultare qualificata da un'effettiva attività clinico-assistenziale nelle discipline di riferimento pari complessivamente ad almeno dieci anni, e non interrotta da oltre cinque anni.

Inoltre, nei Disegni di Legge oggetto dell'audizione odierna non appare essere stato definito quanto era stato invece oggetto di altre precedenti proposte legislative, quali i Disegni di Legge “Bianco” e “Vargiu”:

- elementi caratterizzanti la “colpa

grave” in ambito sanitario;

- istituzione di Osservatori regionali in merito allo studio e alla prevenzione del rischio clinico, nonché in merito alla valutazione dei progetti e delle sperimentazioni regionali di “autoassicurazione”;

- limitazione dell'azione di risarcimento del presunto danneggiato nei confronti della sola struttura sanitaria e non del professionista sanitario ivi operante;

- limitazione dei termini temporali relativi all'azione diretta di risarcimento e all'azione di rivalsa in caso di colpa grave passata in giudicato;

- possibilità, per il professionista coinvolto in contenziosi, di intervenire nelle fasi dei procedimenti che riguardino il suo operato.

Per quanto riguarda la formulazione delle polizze assicurative in ambito sanitario, anche in relazione ai termini di prescrizione, si ritiene che tali polizze debbano essere “loss occurrence”, con garanzia postuma illimitata, e non “claims made”, e che debbano prevedere una adeguata copertura delle spese legali e peritali anche in caso di condanna.

Nel merito delle segnalazioni inoltrate dalle strutture sanitarie alla Corte dei conti, relative a casi di presunta responsabilità per colpa grave dei sanitari dipendenti, si



segnala l'impressione di una tendenza a segnalazioni che prescindono dall'opportuna e necessaria valutazione preventiva, nei casi specifici, degli elementi presuntivi di tale responsabilità.

Infine, si riterebbe utile una proposta legislativa di contenimento di quelle azioni di risarcimento caratterizzate da elementi tali da renderle sospette di temerarietà.

In una prospettiva generale, comunque, si ritiene necessario meglio definire quali debbano essere i percorsi di uniformità applicativa degli articolati di legge in materia, già in essere e/o di prossima emanazione, anche in sede di interpretazione giudiziaria dei contenziosi, in un Ssn in cui, a cascata, alle Regioni, alle Strutture Sanitarie, alle singole Unità Operative di tali Strutture, alle Università, sono riservati, in modo disomogeneo sul territorio nazionale, margini di autonomia tali da rendere difficile tale uniformità.