



**SINDACATO ITALIANO SPECIALISTI IN
MEDICINA LEGALE E DELLE ASSICURAZIONI**

SENATO DELLA REPUBBLICA

XII COMMISSIONE

IGIENE E SANITÀ

Audizione informale

S.I.S.M.L.A

(Sindacato Italiano Specialisti in Medicina Legale e delle Assicurazioni)

(1134) BIANCO ed altri. - Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e di responsabilità in ambito medico e sanitario

(1648) ROMANO ed altri. - Norme per la tutela della salute, per la disciplina del rischio e della responsabilità professionale medica

(2224) Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario

Dott. Raffaele Zinno

Segretario Nazionale SISMLA

DDL n° 2224

- Art. 1. (Sicurezza delle cure in sanità) 1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.
2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.
 3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle aziende sanitarie pubbliche è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale
 4. Al fine di assicurare standard uniformi nella tutela della salute e garantire l'equilibrio di bilancio nella gestione e nella destinazione delle risorse finanziarie, ogni struttura sanitaria pubblica e privata accreditata è tenuta a dotarsi, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, di modelli organizzativi di prevenzione e gestione del rischio clinico che prevedano e di organi composti da personale con specifiche competenze e procedure di vigilanza certificate da un Ente terzo.

DDL N. 1648

Art. 2. (Principi fondamentali)

1. Al fine di assicurare standard uniformi nella tutela della salute e garantire l'equilibrio di bilancio nella gestione e nella destinazione delle risorse finanziarie, ogni struttura sanitaria pubblica e privata accreditata è tenuta a dotarsi, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, **di modelli organizzativi di prevenzione e gestione del rischio clinico che prevedano organi composti da personale con specifiche competenze e procedure di vigilanza certificate da un Ente terzo.**

Documento del Ministero della Salute

“Risk Management in Sanità: Il problema degli errori”

Federsanità ANCI - AGENAS

modello dinamico di gestione del rischio sostenibile e innovativo

obiettivo

risultati

struttura

- sperimentazione in numerose ASL per un totale di più di 90 presidi ospedalieri;
- la LUISS Business School ha inserito tale modello di gestione del rischio in Sanità, nel proprio corso di perfezionamento “Risk Management in Sanità” ottenendo eccellenti riscontri;
- **l’Azienda Ospedaliera S.G. Moscati di Avellino**, per prima in Italia, ha raggiunto risultati significativi nell'applicazione del modello: ha abbattuto di oltre il 70% i sinistri denunciati con solo cinque richieste risarcitorie nel periodo di rilevazione e ha ottenuto uno sconto estremamente significativo nell’espletamento della gara assicurativa (750.000 euro).

Ridurre il rischio organizzativo attraverso un sistema strutturato e diffuso di audit che si basa sulla preliminare analisi della “foto del rischio”.

- Livelli con una struttura scalabile ed incrementale;
- attività di formazione (e non solo di consulenza), terminata la quale la gestione verterà sul personale interno all’Azienda Sanitaria.

Controllo annuale da parte di un ente di certificazione terzo che conferma o meno la certificazione di qualità del lavoro svolto.

Audit

N. 1134

Art. 2 comma 3.

- Gli atti eventualmente prodotti nel corso delle attività di cui al comma 1, lettera b), non facenti parte della cartella clinica, hanno carattere confidenziale e sono indisponibili e inutilizzabili in un eventuale giudizio.

N. 2224

Art. 16. (Modifiche alla legge 28 dicembre 2015, n. 208, in materia di responsabilità professionale del personale sanitario).

1. All'articolo 1, comma 539, lettera a), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, il secondo periodo è sostituito dal seguente: «I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari».

L'ESERCENTE LA PROFESSIONE SANITARIA: RESPONSABILITA' CONTRATTUALE O EXTRA CONTRATTUALE?

Art. 7. (Responsabilità della struttura e dell'esercente la professione sanitaria per inadempimento della prestazione sanitaria)

1. La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.
2. La disposizione di cui al comma 1 si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina.
3. L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile.

Principio di affidamento

Rinviando ai giuristi per una più completa definizione, riteniamo che il criterio distintivo tra il titolo, contrattuale o extracontrattuale per il quale deve rispondere l'esercente la professione sanitaria, debba fondarsi sul principio dell'affidamento che è alla base del rapporto Medico/Paziente.

Pertanto ogni qualvolta la prestazione sanitaria venga effettuata sulla base di un preesistente principio di affidamento che origina ovviamente dal fatto che il Paziente scelga il Medico, la responsabilità, in tale ipotesi, dovrebbe necessariamente essere contrattuale.

DDL N. 1648

Art. 10. (Disposizioni processuali civili)

1. L'azione di responsabilità per inadempimento della prestazione sanitaria nei confronti delle strutture pubbliche e private accreditate è inammissibile:
 - a) ... omissis ...
 - b) se l'atto introduttivo del giudizio non è corredato da una consulenza di parte redatta da un medico specialista in medicina legale oppure da un medico specialista nella materia oggetto della prestazione sanitaria;**

Valorizzazione del ruolo del Consulente Tecnico di Parte

- Sinora l'attenzione del Legislatore è sempre stata rivolta alla figura del CTU, con interventi mirati a stabilire le peculiarità e ad assicurare la qualità della consulenza tecnica d'ufficio.
- Il ruolo del CTP nella genesi del contenzioso appare, invece, sottovalutato.
- Analizzando la figura del CTP emerge che questi, a differenza del CTU che subentra a processo già incardinato, interviene in una fase embrionale del processo, preliminarmente ad esso e, in molti casi, è proprio in conseguenza dei suoi pareri, perizie o consulenze che il processo viene ad esistenza.
- Infatti, tranne i casi per i quali si procede d'ufficio, a monte del contenzioso c'è sempre una richiesta risarcitoria da parte di un soggetto che si ritiene leso e che, insieme al CTP e all'avvocato, risulta essere l'attore del procedimento. Pertanto, è proprio lui il soggetto centrale che, con le sue valutazioni preliminari, può determinare l'incardinarsi o meno di un processo che, la maggioranza delle volte si conclude senza esito.

Negli ultimi 20 anni il numero di contenziosi in materia di malpractice sanitaria è lievitato del 300 per cento.

Il 95% dei procedimenti penali per casi di lesione colposa a carico di esercenti le professioni sanitarie si concludono senza esito, mentre in sede civile le richieste di risarcimento vengono accolte solo nella misura del 34%.

Tale dato, tuttavia, sembra non servire a tranquillizzare i medici.

Nonostante, infatti, le bassissime percentuali di condanna o di accoglimento della richiesta risarcitoria, il vertiginoso aumento del contenzioso determina, da parte dei medici, un atteggiamento sempre più difensivistico che si sostanzia nella pratica della **medicina difensiva**, la cui **incidenza percentuale in termini di costi sulla spesa sanitaria è pari al 10,5%, vale a dire oltre 12 miliardi di euro.**

- Per poter incidere significativamente sul fenomeno della medicina difensiva non basta intervenire sui processi già instaurati, bensì ipotizzare un intervento legislativo che si innesti nella fase preliminare ai processi stessi e che possa filtrare e ridurre le richieste di risarcimento ab origine. A tal fine Il CTP dovrebbe essere in grado di adempiere (anche) al ruolo di “filtro”, allorquando, investito di una questione in merito alla quale il leso o i suoi familiari vogliano agire giudizialmente, esso possa e debba essere in grado di fermare sul nascere mire risarcitorie totalmente ingiustificate.
- Negli ultimi anni abbiamo assistito al proliferare incontrollato del fenomeno dei CTP improvvisati ed il più delle volte inesperti, che attirati da un potenziale guadagno, immediato o meno, a fronte della loro valutazione parziale gettano benzina sul fuoco, già forte e vivo di per se stesso, della voglia di risarcimento a tutti i costi, obiettivo a cui tende ormai automaticamente chiunque si ritenga vittima di un caso di malpractice.

Occorre, quindi, in chiave deflattiva, qualificare al massimo il ruolo del CTP quale soggetto a cui è demandata la possibilità, agendo secondo scienza e coscienza, di non ingolfare il sistema giudiziario italiano con processi il più delle volte inutili, a cui conseguono i danni sopra descritti, sia in termini di gogna mediatica, professionale e personale subita dai medici, sia in termini di costi per il sistema giudiziario e sanitario.

Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio, dei consulenti tecnici di parte e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria.

1. Nei procedimenti civili e nei procedimenti penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria implicanti la valutazione di problemi tecnici complessi, l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento, avendo cura che i soggetti nominati non siano in posizione di conflitto di interessi nello specifico procedimento o in altri connessi.

Si ritiene pregevole tale formulazione e si auspica la sua integrale approvazione nel Testo definitivo di legge.

DDL N. 2224
Art. 15
Nomina del CTU

3) Gli albi dei consulenti di cui all'articolo 13 delle disposizioni per l'attuazione del codice di procedura civile e disposizioni transitorie, di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, e gli albi dei periti di cui all'articolo 67 delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, devono essere aggiornati con cadenza almeno quinquennale, al fine di garantire, oltre a quella **specialistica** medico-legale, un'idonea e adeguata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche dell'area sanitaria, tra i quali scegliere per la nomina tenendo conto della disciplina interessata nel procedimento **e dei preminenti rapporti professionali.**

Art. 16. (Modifiche alla legge 28 dicembre 2015, n. 208, in materia di responsabilità professionale del personale sanitario)

2. All'articolo 1, comma 540, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, le parole da: «ovvero» fino alla fine del comma sono sostituite dalle seguenti: «, in medicina legale ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore».

Si ritiene pregevole tale formulazione e si auspica la sua integrale approvazione nel Testo definitivo di legge.



Grazie per l'attenzione

Dott. Raffaele Zinno
Segretario nazionale S.I.S.M.L.A.