



Roma, 16 ottobre 2015

**C.a.**

On. Federico Gelli

XII Commissione Affari Sociali

Relatore del DDL "Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario"

**E**

Commissione Affari Sociali  
presso la Camera dei Deputati

**Oggetto: Nota di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato e proposte emendative al Disegno di legge "Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario" , elaborato dalla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati e al documento emanato dalla "Commissione Consultiva per le problematiche in materia di medicina difensiva e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" .**

## **1. Premessa e analisi di contesto**

Da tempo, si parla di "mettere mano" nella materia della responsabilità professionale in ambito sanitario. Negli ultimi anni, sono stati predisposti numerosi progetti di legge con l' intento di pervenire a un testo unico. Ad oggi, è in fase di esame e discussione il Disegno di legge *"Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale"*



***Giustizia per i Diritti***



*sanitario*”, in lavorazione alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati<sup>1</sup>. Parallelamente, la “Commissione Consultiva per le problematiche in materia di medicina difensiva e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie<sup>2</sup>” ha stilato un documento, al fine di intervenire sul tema e sottoporre all’ attenzione della Commissione Affari Sociali alcune proposte che riguardano, in particolare, l’ ambito della responsabilità civile, responsabilità penale, assicurazione e rischio clinico.

Con la presente nota, Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato intende intervenire nel dibattito e offrire un contributo fattivo alla questione della responsabilità professionale sanitaria, cogliere le criticità che possano tradursi in conseguenze fortemente pregiudizievoli per i pazienti nell’ esercizio dei propri diritti (in particolare, e non solo, il diritto al risarcimento del danno da errore medico) e offrire al Legislatore spunti di riflessione “dal punto di vista del cittadino” , che possano aiutarlo nella redazione di un testo di legge che salvaguardi la persona malata e garantirne la più ampia tutela, tenendo tuttavia a mente i principi informatori del sistema giudiziario e senza che vengano introdotte norme che siano in palese violazione delle garanzie costituzionali.

**La presente nota non ha la pretesa di essere esaustiva dal punto di vista strettamente giuridico, anche se è stata redatta anche con il contributo della rete dei giuristi di Cittadinanzattiva-TDM, e tiene conto della rilevanza dei poteri, facoltà e diritti attribuiti dalla Carta Costituzionale e dalla legislazione nazionale alle organizzazioni**

---

<sup>1</sup> La presente Nota fa riferimento al testo del DDL in materia di “Responsabilità professionale del personale sanitario” , e successive modificazioni, a seguito di emendamenti proposti e approvati in Commissione Affari Sociali. Pertanto, la presente Nota è aggiornata al 16 ottobre 2015. Il disegno di legge potrebbe essere suscettibile di ulteriori emendamenti successivi alla stesura della Nota.

<sup>2</sup> La Commissione Consultiva, istituita presso il Ministero della salute con decreto del Ministro della salute del 26 marzo 2015, ha concluso i lavori in data 30 luglio 2015.





**civiche come la nostra nel prendere posizione e orientare il Parlamento nell' emanazione delle leggi in ossequio al principio di sussidiarietà sancito dall' art. 118, u.c. della Costituzione nel prendersi cura di beni comuni nell' "interesse generale" .**

Alla nota si premette anche la conoscenza, da parte delle Autorità cui viene inviata, delle Campagne, Dossier, documenti elaborati in questi anni dal Tribunale per i diritti del malato e dalle altre Reti di Cittadinanzattiva, soggetto riconosciuto in diversi importanti processi penali quale PARTE CIVILE in giudizi per responsabilità professionale sanitaria .

La posizione del Tribunale per i diritti del malato non dimentica (né lo ha mai dimenticato nella sua storia ultratrentennale) il valore sociale di una professione nobile come quella del medico e di tutti i sanitari ritenendo da sempre che **occorre garantire a tutti i professionisti che operano in ambito sanitario un ambiente favorevole e serenità nell' esercizio della propria attività lavorativa**, non esente, certo, da rischi e da incognite spesso non prevedibili, laddove, oggi più che mai, occorre restituire loro tale contesto per il loro benessere e per quello dei pazienti, viste le politiche in tema di **tagli alle risorse e abbassamento delle tutele delle persone malate**. Siamo anche dell' idea che i medici e i sanitari devono essere liberati dalle **"lungaggini processuali"** e le Istituzioni devono puntare a una organizzazione efficiente della Giustizia, di modo che i tempi oltremodo estenuanti possano non intaccare l' immagine dei medici che attendono, anche troppo tempo, per trovare una definizione della loro posizione e responsabilità nei processi civili o penali.

Vogliamo, pertanto, da un lato, "valorizzare" i "punti di forza" presenti nei documenti, ovvero la previsione di adeguate **coperture assicurative obbligatorie** per strutture e sanitari, a costi e premi assicurativi contenuti; l' efficientamento organizzativo interno, la previsione di forme di prevenzione e gestione del rischio clinico, attraverso figure di risk management, audit ecc. ma intendiamo anche, dall' altro, evidenziare alcune criticità dei documenti sottoposti al nostro vaglio, frutto di un' analisi della medicina difensiva che



**Giustizia per i Diritti**



non può essere contrastata soltanto con le misure previste nel disegno di legge (e nel documento della Commissione). **La revisione del regime di responsabilità professionale in ambito sanitario non è la vera “emergenza” per la lotta agli sprechi in sanità e per il ripristino di “dignità” perdute (quella degli operatori) nel porre in essere una prestazione sanitaria.**

In un quadro generale in cui si vuole intraprendere una revisione sostanziale del regime della responsabilità professionale sanitaria, crediamo sia necessario affrontare la questione partendo da alcuni **presupposti ineludibili** perché contenuti nella **Carta Costituzionale: al cittadino deve essere garantita la qualità e sicurezza delle cure, nonché il giusto ristoro per il danno subito**. A fronte di ciò, vi è anche l' ineludibile diritto del medico-lavoratore e professionista sanitario di vedersi garantire un adeguato ambiente di lavoro che lo protegga dalle legittime azioni risarcitorie e di cui devono farsi carico anche le Istituzioni e gli enti per i quali tali professionisti prestano la loro opera.

Le Istituzioni devono assumersi una responsabilità ben precisa: devono puntare su **Ospedali sicuri**, su una organizzazione efficiente, prevenzione e gestione del rischio clinico, innovazione e **consenso davvero informato**, che non si riduca a mera prassi burocratica, e devono al contempo prevedere una efficiente gestione dei conflitti con i pazienti e un sistema assicurativo adeguato.

La generica quanto generale revisione della responsabilità professionale in ambito sanitario non è l' unica soluzione per contrastare le distorsioni di un sistema, per contenere il fenomeno della medicina difensiva o della c.d. lite temeraria, a scapito dei cittadini e del diritto alla salute che deve essere sempre garantito.



***Giustizia per i Diritti***



**Non si possono sacrificare i diritti del malato come quelli alla sicurezza, al reclamo e al risarcimento del danno per l' utilizzo distorto e profittevole di alcuni<sup>3</sup>.**

### ***1.1 Medicina difensiva e risarcimento dei danni: la verità sui numeri***

I principali fattori di "crisi" che hanno segnato il quadro in cui la professione sanitaria si svolge e la necessità di una revisione del profilo della responsabilità medica (e di conseguenza quello del sistema di assicurazione della sanità) sembrano essere l' incremento del fenomeno della c.d. medicina difensiva<sup>4</sup> e del contenzioso (civile e penale), a carico dei sanitari, per malpractice.

**Il vero nodo della questione, di cui poco si parla, è la mancanza di un dialogo sereno e una proficua relazione tra medico-paziente.** È sperimentato che laddove questa non si instauri, cresce la conflittualità, l' aggressività del paziente e la possibile reazione difensiva del medico. **La soluzione al problema non può essere, quindi, uno "scarico" di responsabilità del medico o sanitario, ma il potenziamento di tutte quelle funzioni**

---

<sup>3</sup> La Carta europea dei diritti del malato, frutto del lavoro comune del Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva con altre organizzazioni civiche di 11 Paesi europei, viene presentata nel 2002 a Bruxelles. Con la Carta europea dei diritti del malato si proclamano 14 diritti fondamentali, che devono essere garantiti in ogni Paese dell' Unione Europea, ad ogni individuo.

Si consulti [http://www.cittadinanzattiva.it/files/corporate/europa/carta/carta\\_europea\\_diritti\\_malato.pdf](http://www.cittadinanzattiva.it/files/corporate/europa/carta/carta_europea_diritti_malato.pdf) .

<sup>4</sup> Si confronti AGENAS -I quaderni: supplemento alla Rivista monitor – 2015 – "MEDICINA DIFENSIVA. Diffusione e impatto economico. Un modello di valutazione" : la medicina difensiva in termini di prestazioni "in eccesso" che determinano un sovra-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie non necessarie ( "inappropriatezza come spreco" ). Partendo dall' assunto che una prestazione sanitaria non difensiva in genere dovrebbe essere appropriata, spesso si trascura o si omette di parlare di medicina difensiva "per difetto" , ovvero nel caso in cui il medico curante si rifiuta di fornire cure potenzialmente utili per il paziente ma a rischio di errore, insuccesso o gravi complicanze. In tal senso, l' inappropriatezza per difetto non è uno spreco ma una "prestazione dovuta in termini di evidenze scientifiche e quindi un costo dovuto" .





(organizzazione efficiente anche di turnazione, risk management, formazione, aggiornamento) che mettano in grado il professionista che opera in ambito sanitario, di fare serenamente e consapevolmente, il proprio mestiere.

Partiamo quindi dai dati disponibili, in ordine alla medicina difensiva, sinistri e procedimenti giudiziari a carico dei sanitari, per valutare la portata di tali fenomeni. Non sono numeri così allarmanti come, al contrario, ci viene erroneamente rappresentato.

Per quanto riguarda, ad esempio, la medicina difensiva, facciamo riferimento ad alcuni dati ricavati da un recente **studio pilota condotto da Age.Na.S<sup>5</sup>**, che ha coinvolto quattro Regioni (Lombardia, Marche, Sicilia, Umbria), con l'obiettivo di sperimentare e validare una metodologia di valutazione e analisi della medicina difensiva, in termini di percezione, cause, costi e strategie di contenimento del fenomeno.

**L' impatto economico stimato per la sanità pubblica è di 9 -10 miliardi di euro all' anno**, in linea con le valutazioni della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari (relazione di fine legislatura del gennaio 2013). Si legge, inoltre, nello studio che **gli stessi medici sono consapevoli di "esagerare" e il 49% su un campione di quasi 1.500 medici ospedalieri intervistati suggerisce, tra le strategie per contenere il fenomeno della medicina difensiva, la necessità di una maggiore aderenza alle evidenze scientifiche.**

Inoltre, il dato diffuso e conosciuto agli addetti ai lavori sulla medicina difensiva, intorno al 10,5% della spesa sanitaria complessiva, riprende **i numeri di un' indagine dell' Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Roma<sup>6</sup>, su un campione poco**

---

<sup>5</sup> Si cfr. ancora AGENAS -I quaderni: supplemento alla Rivista monitor – 2015 – “MEDICINA DIFENSIVA Diffusione e impatto economico. Un modello di valutazione” :

<sup>6</sup> La raccolta dei dati realizzata tra il 2009 e il 2010 indaga, con un apposito sondaggio e criteri statistici, un campione probabilistico di 2.783 unità, stratificato per classe d' età e area geografica, rappresentativo di tutti i medici italiani (esclusi gli odontoiatri) fino a 70 anni, attivi in tutti i ruoli (ospedali, case di cura, medicina di base) nel settore pubblico e privato.





**rappresentativo dei medici pubblici e privati attivi. Inoltre si tratta di dati risalenti a qualche anno fa.**

Si collega, poi, troppo spesso in maniera anche demagogica la diffusione della medicina difensiva all' aumento dei sinistri derivati a seguito di atti sanitari in cui viene chiamata in causa una possibile responsabilità medica.

Da un recente **studio condotto da Age.Na.S<sup>7</sup>**, il dato che ci viene restituito è di circa **12.000 richieste di risarcimento per il 2012**, con un costo medio di risarcimento liquidato in caso di danni dovuti a responsabilità medica di **40.000 euro. Il dato - si legge nello studio - è provvisorio e non include i dati di tre Regioni e va correlato all' impressionante numero di prestazioni sanitarie fornite: oltre 9 milioni di ricoveri e circa un 1 miliardo di prestazioni specialistiche.** Quindi le richieste di risarcimento sono pari **solo allo 0,0012% del totale** dei ricoveri e delle prestazioni specialistiche erogate dal SSN.

Secondo il rapporto, realizzato in collaborazione con il Comitato tecnico delle Regioni per la Sicurezza del Paziente di Age.Na.S, **l'indice di sinistrosità**, ovvero la frequenza con cui si verificano malpractice che vengono denunciate, **è pari a 13 su 10mila casi.** Questi alcuni dati forniti dall'Agenas, nell' ambito delle attività per la promozione della sicurezza dei pazienti, con particolare riferimento alla funzione di Osservatorio Nazionale Sinistri.

**L' ANIA (Associazione Nazionale Industria Assicurativa)**, inoltre, in una relazione presentata alla Commissione parlamentare d' inchiesta sugli errori e disavanzi in sanità, riporta che **nell' 80% dei casi, le vittime di errori o di malpractice ottengono un indennizzo.** Questo vuol dire che è stata riconosciuta una responsabilità del sanitario, che ha determinato il riconoscimento di un risarcimento per i danni patiti. Appare del tutto ovvio, altresì, che se si fa luogo a tali risarcimenti le stesse Compagnie assicurative hanno

---

<sup>7</sup> Si cfr. "Indagine sui modelli regionali di gestione sinistri e polizze" e "Monitor 34" Anno XII Numero 34 • 2013.





proceduto a verificare i presupposti della responsabilità sulla scorta di perizie mediche in contraddittorio con quelle offerte dai soggetti richiedenti i risarcimenti!

**Si parla troppo spesso dei timori dei medici messi sotto accusa per il loro operato, ma la verità che non si racconta è che i dati non sono così allarmanti come si vuole far credere. Basterebbero questi dati a far ritenere che non vi è un' "emergenza" sul problema della medicina difensiva come derivante dal "distress" giudiziario per i medici coinvolti nei procedimenti. In ogni caso, ciò non giustifica la necessità di dover "sovertire" il tema della responsabilità del medico/operatore sanitario essendo del tutto sufficienti le norme esistenti a presidio della valutazione delle condotte mediche. La stessa Corte di Cassazione rappresenta un baluardo per il rispetto delle leggi esistenti.**

## 2. Questioni chiave

### *2.1 Responsabilità professionale civile*

- a) Cosa prevedono il Disegno di legge "Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario", della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati e il documento elaborato dalla "Commissione Consultiva per le problematiche in materia di medicina difensiva e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

In entrambi i testi, si avverte la necessità di modificare il regime della responsabilità civile dell' esercente la professione sanitaria, ma non si comprende la ragione reale da cui far



***Giustizia per i Diritti***



scaturire tale necessità. In particolare, nel testo del DDL, si prevede una responsabilità professionale di tipo contrattuale in capo alla struttura sia essa pubblica o privata, mentre si riconduce a un regime extra-contrattuale la responsabilità dell' esercente la professione sanitaria.

Nel documento elaborato dalla Commissione consultiva si distingue, essenzialmente, tra medico dipendente/convenzionato e medico libero professionista<sup>8</sup>.

**La previsione di un regime extra-contrattuale per i professionisti assume particolare valenza giuridica de iure condendo costituendo una "aberratio" perché stravolge il regime in tema di responsabilità dell' operatore/medico di una struttura (dipendente o meno che sia della stessa) e se ne contesta la sua assoluta illegittimità a causa delle gravissime conseguenze che ricadrebbero sul paziente/malato/danneggiato** che intende agire in giudizio per ottenere un legittimo risarcimento per il danno sofferto, aggravando non poco la sua posizione in sede giudiziaria, fino al punto di scoraggiarne l' azione. Legittimo pensare, dunque, se sia questo il vero intendimento del Legislatore.

---

<sup>8</sup> Il documento elaborato dalla Commissione Consultiva, presieduta da Guido Alpa, propone di intervenire e revisionare la disciplina della responsabilità professionale sanitaria. Tra le proposte più rilevanti v' è quella di attuare una distinzione tra medico dipendente/convenzionato di una struttura sanitaria e medico libero professionista. Nel primo caso, si legge, la responsabilità professionale sarà di natura extracontrattuale (in applicazione dell' art. 2043 c.c.); per i medici liberi professionisti, seguirà il regime della responsabilità di tipo contrattuale (ex art. 1218 c.c.).

Nel testo del DDL della Commissione Affari sociali della Camera dei deputati si prevede che il regime della responsabilità civile per danni a persone derivanti da comportamenti sanitari colposi sia sempre di tipo contrattuale (ex art. 1218 c.c.), a carico non del professionista bensì della struttura sanitaria (pubblica o privata), includendo ogni tipo di prestazione sanitaria eseguita all' interno della struttura, comprese quelle libero professionali. La responsabilità civile dell' esercente la professione sanitaria è ricondotta, invece, nell' ambito del regime di responsabilità extracontrattuale, come disciplinato dall' art. 2043 del c.c. (si cfr. art. 7 del DDL).





Infatti, nel disegno di legge esaminato, **viene annunciata la volontà di ridurre i termini di prescrizione per l' esercizio dell' azione risarcitoria da 10 anni a 5 anni e di far gravare sul paziente, e non più sul medico, l' onere della prova, ovvero di dimostrare la colpa e il fatto lesivo.**

In altre parole, ed è quello che le Istituzioni non dicono ai cittadini, ma che intendiamo spiegare loro anche mediante la diffusione di questo documento, la persona che ha subito un danno, per poter dar prova dell' errore, dovrebbe avere a disposizione tutta la documentazione medica a sostegno della propria posizione. Si dimentica, invece, contravvenendo al consolidato principio giurisprudenziale<sup>9</sup>, che **il cittadino è il soggetto più svantaggiato nell' accesso alle informazioni che lo riguardano.** Basti pensare che la cartella clinica è accessibile dopo 30/60/90 giorni, sempre che sia restituita nella sua completezza e risulti comprensibile, **atteso che la redazione e compilazione della cartella o di altra documentazione è atto di esclusiva competenza dei sanitari.** Ma non solo! Il cittadino dovrebbe padroneggiare un linguaggio tecnico, conoscere procedure sanitarie e Linee guida, per fornire al Giudice un resoconto "tecnico" di quello che è accaduto, competenze che fanno parte del sapere del professionista, l' unico che è nella concreta e fattiva possibilità di argomentare e dar prova di aver ben operato. Secondo il nuovo impianto normativo, invero, pare vi sia uno sbilanciamento tra due contrapposti interessi: quello del professionista sanitario cui dover "calmierare lo stress giudiziario" e quello del paziente danneggiato da errore/colpa medica di ottenere ristoro dal danno subito. Occorre ribadire, al più, che, secondo le norme già esistenti, permane a carico del danneggiato l' onere di fornire prova del danno.

**b) La proposta di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato.**

---

<sup>9</sup> Ci si riferisce al principio della "vicinanza della prova" .



Entrambi i testi risultano lacunosi e le soluzioni prospettate non garantiscono al cittadino un' adeguata tutela. L' intenzione sembra essere incentrata, come detto, su soluzioni volte a "calmierare gli stress" cui medici e sanitari sono sottoposti nell' esercizio della propria attività professionale, non tenendo conto che, invece, **il paziente è il soggetto più debole** (come avviene, per esempio, per il consumatore nell' ambito dei rapporti commerciali) che deve essere quindi tutelato anche attraverso un agevole accesso alla giustizia. Non si dimentichi che la persona che agisce giudizialmente per malpractice, ha subito un danno che ha comportato sofferenze e dolore e, in molti casi, una rilevante percentuale d' invalidità, con notevoli ripercussioni nella propria vita di tutti i giorni, lavorativa, sociale, familiare, di relazione, senza considerare poi gli eventi più tragici che possono portare al decesso della persona.

Al contrario, è **inaccettabile propendere per l' affermazione di un regime extra-contrattuale del sanitario (con il conseguente effetto dello slittamento dell' onere della prova sulla persona malata)** e vogliamo sottolineare con forza i rischi in cui incorrerebbero i cittadini e il SSN, qualora si propendesse per tale soluzione. In primis, è bene ribadire che la responsabilità sanitaria ha per oggetto una prestazione necessariamente contrattuale perché si fonda su un' obbligazione che nasce tra due soggetti (sanitario e/o la struttura-paziente) e che riguarda la cura di una condizione patologica. Il suo inadempimento, essendo ancorato ai principi costituzionali di cui all' art. 32 della Costituzione<sup>10</sup> (presupposto giuridicamente consolidato e supportato da sentenze della Corte Costituzionale e della Corte di Cassazione), determina il nascere di un obbligo di risarcimento (come previsto dal Capo III – Dell' inadempimento delle

<sup>10</sup> La Costituzione impone al sanitario obblighi di protezione della sfera giuridica del paziente. In particolare, l' art. 32 della Carta Costituzionale, riconoscendo il diritto fondamentale alla salute, determina per il sanitario il dovere di agire a tutela esclusiva del paziente.



obbligazioni, all' art 1218 c.c. "responsabilità del debitore" ). Prescindere da questo è impossibile. Il "vero obbligato" alla prestazione nei confronti del paziente, da un punto di vista fattuale e sostanziale, non può che essere il medico chiamato a esplicitare la sua attività professionale. In considerazione di tale rapporto tra medico e paziente, è evidente che quest' ultimo confida nella sua professionalità e competenza e affida al medico (ancor prima che alla struttura cui si rivolge) la cura della sua salute<sup>11</sup>.

Ciò premesso, la nostra posizione è pertanto la seguente:

- **regime di responsabilità di tipo contrattuale, ex art. 1218 c.c., sulla struttura sanitaria**, come previsto dal Disegno di legge in discussione presso la Commissione Affari Sociali;
- **regime di responsabilità di tipo contrattuale, ex art. 1218 c.c., per gli esercenti la professione sanitaria; quindi onere della prova a carico del sanitario.**

Cambiare tale assetto oltre ad essere incostituzionale perché legato a un bene protetto costituzionalmente, significherebbe legittimare la **de-responsabilizzazione** degli operatori che pongono in essere la prestazione sanitaria, ovvero sollevare gli stessi da

---

<sup>11</sup> Giurisprudenza consolidata della Corte di Cassazione ha ricondotto il rapporto tra sanitario e paziente nell' ambito di contrattualità motivando, a ragione tale relazione sul c.d. contatto sociale, sulla natura della prestazione sanitaria (requisito essenziale dell' obbligazione) riconducibile a quella nascente da un obbligo contrattuale e sugli obblighi di affidamento cui è tenuto il sanitario. È innegabile che l' attività professionale diagnostica e terapeutica del medico sia il nucleo qualificante della prestazione sanitaria anche quando essa sia posta in essere in una struttura ospedaliera. Se un operatore pone in essere un atto sanitario, in quanto ad esempio tenuto in forza del contratto che lo lega con la struttura, la sua prestazione non può certo essere differente nel contenuto da quella che nascerebbe da un contratto d' opera professionale tra paziente e medico.





ogni conseguenza derivante dal proprio operato e dalla propria personale condotta per farla ricadere solo sulle strutture che, rispondendo per l' operato dei propri dipendenti, si vedrebbero aumentare i premi assicurativi con evidenti ripercussioni in termini di costi sul SSN.

Ma il pericolo reale è che legittimando la deresponsabilizzazione dei sanitari si andrebbero a compromettere seriamente **il diritto alla salute della persona, alla sicurezza delle cure, alla certezza del risarcimento in caso di responsabilità.**

Pertanto, riteniamo **inaccettabile propendere per un regime extra-contrattuale, con conseguente slittamento dell' onere della prova, in quanto:**

- **concreta impossibilità per il paziente di argomentare:** la documentazione sanitaria è nella piena disponibilità della struttura e del sanitario; anzi il sanitario è il soggetto che *in primis* può formare la prova. il rischio reale è che pervenga in maniera del tutto sommaria, in modo intempestivo, o addirittura, manomessa o risultare poco comprensibile; il contenuto delle cartelle è spesso succinto e generico quindi non sempre idoneo a fornire elementi univoci volti all' accertamento e ancor meno ad assurgere al rango di prova. Ancora, altro limite alla possibilità di prova, deriva dal fatto che il paziente non può agevolmente accedere alle testimonianze del personale sanitario che, vincolato contrattualmente, difficilmente potrebbe fornire dichiarazioni contrarie agli interessi aziendali, pena sanzioni disciplinari o altro;
- lo slittamento dell' onere probatorio non è solo un mero meccanismo giuridico, rappresenta invece un **ostacolo sostanziale per il paziente-danneggiato**, che in giudizio, ben poco potrebbe concretamente provare, con l' effetto di risultare soccombente o di essere distolto o scoraggiato dall' intraprendere l' azione stessa;



**Giustizia per i Diritti**

- effetto di “**deresponsabilizzazione**” con possibile impatto negativo sulla sicurezza delle cure e sulle casse del SSN;
- l’ approvazione di una **norma iniqua** in quanto assegna al soggetto più fragile un’ attività a lui insostenibile, come l’ onere della prova; iniqua anche **nei costi**: in quanto il cittadino dovrebbe sobbarcarsi il costo della documentazione che viene fatta pagare dalle strutture, oltre alle spese per le consulenze medico-legale di parte, necessarie in fase stragiudiziale che giudiziale e i costi, è risaputo, sono considerevoli e non alla portata di tutti;
- si potrebbero anche sollevare **profili di incostituzionalità**, laddove la previsione di regimi giuridici diversi tra medici/sanitari dipendenti o convenzionati e medici libero professionisti (come previsto nel documento della Commissione Consultiva ministeriale) comporterebbe, a parità di danno e condotte lesive, trattamenti diversi e sperequativi per i cittadini in termini di prescrizione e attribuzione dell’ onere probatorio;
- **iniquità** tra professionisti del SSN e extra-SSN;
- **scoraggiare** il cittadino nell’ esercizio del legittimo diritto al risarcimento per un danno subito;
- **prescrizione**: è bene precisare che il termine per l’ esercizio di un’ azione giudiziaria **deve decorrere dalla scoperta del danno, ovvero dal momento in cui la persona è consapevole di averlo subito e soprattutto dal momento in cui il danno si è manifestato, dati i casi di danni cosiddetti lungolatenti (c.d.**



conoscenza “qualificata” ).

## **2.2 Azione di rivalsa**

- a) Cosa prevedono il Disegno di legge “Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario” , della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati e il documento elaborato dalla “Commissione Consultiva per le problematiche in materia di medicina difensiva e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” .

Nel testo del DDL, elaborato dalla Commissione Affari Sociali, si fa riferimento all’ azione di rivalsa (si cfr. art. art. 7 commi 4 e 5). In particolare si dispone che la struttura sanitaria possa esercitare azione di rivalsa integrale nei confronti dei propri prestatori d’ opera, dipendenti e non, soltanto quando il professionista abbia agito con dolo; *“nel caso invece di danno derivante da colpa diretta del sanitario, accertato ex art. 2043 c.c. con sentenza passata in giudicato”* , l’ azione di rivalsa sarà esercitata, dalla struttura nei confronti del sanitario, *“nella misura massima di un quinto della retribuzione, per un periodo non superiore a cinque anni”* .

- b) La proposta di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato.



**Giustizia per i Diritti**



In merito all' azione di rivalsa esperibile dalla struttura sanitaria nei confronti del professionista, concordiamo con la previsione dell' azione integrale di rivalsa della struttura sanitaria nei confronti del sanitario, in caso di dolo.

**Proponiamo** le seguenti modifiche:

- azione di rivalsa della struttura nei confronti del sanitario, nella misura di 1/5 della retribuzione e fino al recupero dell' intera somma.

### ***2.3 Accertamento tecnico preventivo e conciliazione preventiva obbligatori***

- a) **Cosa prevedono il Disegno di legge "Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario" , della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati e il documento elaborato dalla "Commissione Consultiva per le problematiche in materia di medicina difensiva e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" .**

Il riferimento all' introduzione dell' Accertamento Tecnico Preventivo e della conciliazione preventiva obbligatori nell' ambito dei procedimenti per risarcimento del danno derivante da malpractice, viene rintracciato nel testo della Commissione ministeriale (si cfr. testo della Commissione consultiva).

- b) **La proposta di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato.**

Condividiamo in via di principio la proposta della Commissione Consultiva in quanto apprezzabile la previsione di forme alternative quali procedure conciliative, come ulteriore forma di tutela per il malato, tuttavia, non dimentichiamo che esistono già tali strumenti nel sistema, ad esempio il procedimento di **conciliazione preventiva** e la



***Giustizia per i Diritti***

**mediazione obbligatoria** nei casi di responsabilità sanitaria per cui occorre precedere ad un raccordo tra esse.

Mancando però, nel testo del ddl, un riferimento a tali strumenti, riteniamo opportuno che si preveda:

- l' obbligo alle Aziende sanitarie e alle Compagnie di assicurazione di aderire alle procedure di mediazione obbligatoria e di conciliazione, con previsione di sanzioni a carico dei Responsabili che non "consentono" tale partecipazione;
- la mancata partecipazione anche di una sola parte non deve mai costituire una preclusione alla proposizione di azione giudiziale.

Per quanto riguarda il riferimento all' ATP contenuto nel documento della Commissione ministeriale, qualora si propendesse per aderire a tale proposta, a nostro avviso, è bene sottolinearlo, **un qualunque esito derivante dall' Accertamento Tecnico Preventivo obbligatorio non deve mai costituire motivo di preclusione per l' instaurazione di un ordinario giudizio o dei tre gradi di giudizio previsti per legge** (come invece è avvenuto nell' ambito previdenziale dove è stata prevista ATP obbligatoria e inappellabilità della sentenza ad esito del giudizio di merito).

Inoltre, si tenga presente che, la CTU così ottenuta all' esito di un Accertamento Tecnico Preventivo non è un "titolo esecutivo" , senza contare i costi elevati per il cittadino che vi ricorre.

## **2.4 Obbligo di assicurazione**

a) Cosa prevedono il Disegno di legge "Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario" e il documento elaborato dalla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati. "Commissione Consultiva per le



## **problematiche in materia di medicina difensiva e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” .**

Nel documento ministeriale si fa riferimento alla previsione di una copertura assicurativa obbligatoria per le strutture ospedaliere pubbliche, per le strutture sanitarie private e per gli operatori sanitari.

Anche il DDL disciplina l'obbligo di assicurazione per le strutture sanitarie e per i professionisti, una polizza per responsabilità civile verso terzi (si cfr. art. 8). Al comma 4) del DDL si fa riferimento, invece, alle forme di auto-assicurazione, che le Regioni possono istituire per 5 anni, salva la garanzia assicurativa di tutela contro i grandi rischi.

### **b) La proposta di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato.**

- **Obbligatorietà dell'assicurazione, come previsto nei documenti, per le strutture sanitarie e per tutti i sanitari coinvolti nelle procedure con polizze a costi e premi contenuti.** Occorre ben avere a mente il sistema “quasi monopolistico” esistente in Italia (ma anche in Europa) di Compagnie di assicurazione che gestiscono tali tipi di polizza le quali hanno “alzato” i **costi dei premi** al punto tale da “imporre” alle stesse Aziende costi altissimi nei relativi contratti di appalto mentre “rescindono” o non stipulano contratti con i medici se non a condizioni davvero inaccettabili. **Riteniamo sia anche questo “lo stress” del sanitario nel poter ottenere un contratto assicurativo che lo garantisca!**
- **Introdurre un sistema di controllo sulle Compagnie di assicurazione fornitrici dei servizi assicurativi in tema sanitario;** ciò comporta una **garanzia per i sanitari, per le strutture** (che rispondono per l'operato dei propri dipendenti e



***Giustizia per i Diritti***

collaboratori libero professionali in caso di errore medico) e **per il malato**, che intenda trovare ristoro per i danni subiti.

- La previsione dell' obbligo di assicurazione potrebbe costituire un punto di partenza, anche per il riconoscimento di **un' azione diretta del cittadino nei confronti della Compagnia di assicurazione**. Ciò consentirebbe di ridurre drasticamente i tempi del contenzioso (evitando la "chiamata in garanzia" della Compagnia assicurativa che comporta una inutile dilatazione dei tempi processuali).
- Il testo del DDL risulta lacunoso in riferimento alle forme di **auto-assicurazione** atteso che la stessa Commissione non ha dati sufficientemente significativi in ordine al funzionamento del sistema di auto-assicurazione e circa la sua efficacia per il ristoro dei danni ai cittadini danneggiati. Molte regioni italiane hanno optato per forme di auto-assicurazione (gestione diretta dei risarcimenti) o forme miste di gestione, pertanto è necessario che un testo di riforma, come quello oggetto di studio e analisi, **preveda una disciplina puntuale al riguardo e garantisca, in caso di autoassicurazione regionale o aziendale, la tempestività ed effettività dei fondi, in modo da assicurare disponibilità di risorse economiche nel caso di riconoscimento di un danno da errore sanitario**. Manca ogni tipo di obbligo per le aziende sanitarie di formulare al danneggiato proposte di definizione del danno costringendo di fatto poi la persona malata a promuovere le opportune azioni giudiziarie nei confronti delle strutture e dei medici. Questa distonia dovrebbe essere spiegata agli operatori sanitari che appaiono abbastanza dis-informati circa il funzionamento delle loro stesse tutele in ambito lavorativo addossando poi la "colpa" del "distress" giudiziario sul paziente e alimentando in tal modo le forme di "medicina difensiva" .



- Previsione di un “fondo di copertura” nel caso di forme di auto-assicurazione o forme miste di gestione dei sinistri, regionali o aziendali, non solvibili.
- Istituzione di COMITATI DI GESTIONE per le forme di auto-assicurazione aziendali o regionali, disciplinato con Regolamento del Ministro della salute, con funzioni ad hoc (sorveglianza, controllo e trasparenza) aperti ai rappresentanti delle Associazioni civiche di tutela del diritto alla salute con comprovata esperienza sul tema e con capillarità su tutto il territorio nazionale.
- Previsione di tabelle “nazionali” , sulla base di parametri uniformi, equi e trasparenti per la quantificazione del danno, su tutto il territorio nazionale. Le tabelle adottate dal Tribunale di Milano, in quanto più favorevoli al cittadino, come sancito dalla Cassazione e già punto di riferimento di numerosi Tribunali nazionali.

## ***2.5 Fondo di solidarietà delle vittime da alea terapeutica***

- a) **Cosa prevedono il Disegno di legge “Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario” , della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati e il documento elaborato dalla “Commissione Consultiva per le problematiche in materia di medicina difensiva e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” .**



***Giustizia per i Diritti***



Nel Disegno di legge, un articolo viene dedicato all' istituzione di un Fondo di solidarietà, con regolamento emanato con Decreto del Ministro della salute, destinato all' erogazione di indennizzi per danni conseguenti a prestazioni sanitarie in caso di *"assenza di evidente errore personale del sanitario"* .

L' accesso all' indennizzo garantito dal fondo preclude l' esercizio di ogni altra domanda di risarcimento da parte del soggetto che ha subito il danno.

#### **b) La proposta di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato.**

L' istituzione del Fondo di solidarietà delle vittime da alea terapeutica, previsto nel DDL, se da una parte parrebbe voler garantire alla "vittima" l' accesso a una forma di ristoro, per così dire, alternativa, dall' altra **la qualifica come "indennizzo" , a fronte invece di "risarcimento"** . **Questa misura non solo non ci convince ma appare un dietro front rispetto a quanto accaduto in Italia a seguito dei danni da sangue infetto cui ha fatto seguito la Legge 210 del 1992 (che prevede l' indennizzo) e la copiosa giurisprudenza anche della S.C. che ha oramai statuito la "risarcibilità" dei danni da sangue infetto.**

Per evitare, quindi, che anche questa forma di indennizzo costringa i danneggiati ad agire in giudizio per ottenere il risarcimento per intero del danno, **proponiamo che l' indennizzo sia comunque e sempre commisurato al danno.**

Inoltre, al comma 2 dell' art. 9 del DDL, si fa riferimento a danno derivante da prestazione sanitaria prodottasi in assenza di evidente errore personale del sanitario, mentre riteniamo **che l' accesso al Fondo debba essere garantito anche in caso di responsabilità del sanitario e della struttura.**

Altro aspetto che merita approfondimento e puntualizzazione riguarda l' elenco dei casi indennizzabili, in particolare, il riferimento ai casi di contagi per trasfusione, che non devono mai prescindere da tutele giudiziarie.



**Giustizia per i Diritti**

Le nostre proposte in merito:

- per quanto concerne l' "indennizzo" , è necessario che si individuino parametri, criteri nonché importi congrui commisurati all' entità del danno;
- la proposizione di un' azione o di altra domanda non deve essere preclusa, anche in caso di accesso al Fondo di solidarietà (si pensi, ad esempio, all' eventualità di chi voglia agire per il "maggiore avere" , ovvero per ottenere un importo idoneo al danno, valutato con apposita perizia, e non coperto per l' intero dal Fondo);
- accesso al fondo in tutti i casi di responsabilità della struttura e non solo per assenza di evidente errore personale del sanitario;
- i casi di contagi da trasfusione non possono essere indennizzabili ma risarcibili. Per gli indennizzi relativi a contagi da trasfusione esiste la Legge 210 del 1992.

## ***2.6 Responsabilità penale***

a) **Cosa prevedono il Disegno di legge "Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario" , della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati e il documento elaborato dalla "Commissione Consultiva per le problematiche in materia di medicina difensiva e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" .**

Nel documento ministeriale si propone l' introduzione di una nuova fattispecie di reato, per lesioni ed omicidio colposo per i professionisti sanitari che risponderebbero penalmente solo per colpa grave e dolo, prevedendo una specifica definizione di colpa grave.



Anche il DDL (all' art. 6), in maniera più specifica, prevede di introdurre all' art. 590 c.p., l' art. 590-ter rubricato *"Morte o lesioni come conseguenze di condotta colposa in ambito medico e sanitario"* .

**b) La proposta di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato.**

Così come posta non ci convince la necessità di prevedere una forma autonoma di reato per colpa medico-sanitaria essendo la materia già abbondantemente rivista dalla legge c.d. Balduzzi.

In ogni caso le norme descritte non prevedono alcuna forma di responsabilità per chi amministra la sanità e quindi impedisce di fatto ai sanitari di dotarsi di attrezzature e strutture adeguate determinando ipotesi di colpa grave per loro (es. macchinario desueto/mal funzionante). Semmai occorre **prevedere ipotesi di concorso degli Amministratori con l' operatore sanitario**. Auspichiamo, semmai, in caso di approvazione che, nel testo definitivo, sia eliminata l' espressione "non costituiscano offese all' integrità..." ; inoltre è ambigua e andrebbe eliminata l' espressione "rischio irragionevole e inescusabile" . Il professionista deve rispondere del suo operato a prescindere dal rischio irragionevole. Chi decide che cosa è irragionevole e inescusabile?

**Riteniamo, invece, che debba passare forte e chiaro un messaggio: non si può deresponsabilizzare il medico o il sanitario. L' attività sanitaria non può essere considerata l' unica nella quale il professionista corre rischi e gestisce situazioni di pericolo. Merita approfondimento il rispetto del principio di uguaglianza tra professionisti della salute e non.**

***2.7 Nomina dei consulenti tecnici d' ufficio, dei consulenti tecnici di parte e dei periti***



***Giustizia per i Diritti***



- a) **Cosa prevedono il Disegno di legge “Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario” , della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati e il documento elaborato dalla “Commissione Consultiva per le problematiche in materia di medicina difensiva e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” .**

Sul punto, il documento ministeriale suggerisce una revisione delle norme del codice di procedura civile e penale e di introdurre un Albo di “superperiti” , al quale i giudici dovranno attingere per le consulenze tecniche.

Anche nel DDL si dà ampio spazio al problema delle consulenze tecniche e si introduce un articolo ad hoc, molto articolato (si cfr. art. 10). Si fa riferimento alla necessità di scegliere i consulenti e i periti nell’ ambito di appositi albi incardinati presso il Tribunale e sulla base di specifiche competenze e specializzazioni che il caso richiede.

Nei lavori della Commissione seppure rilevante appare il ruolo dei CCTUU e dei Periti in tema di responsabilità professionale medica, non si dà rilievo alla importante circostanza della lentezza con la quale essi depositano le loro relazioni (sia in sede civile che penale) e neppure si tiene conto delle incompatibilità nelle quali incorrono nell’ assumere i delicati incarichi (per cui sovente si assiste a incarichi conferiti a consulenti che al contempo sono responsabili degli Uffici di Gestione del Rischio Clinico in procedimenti ove sono coinvolti operatori sanitari parti in cause civili e penali).

Alquanto lacunoso prevedere un Albo di superperiti senza altra esatta indicazione sulle qualifiche e qualità che essi dovrebbero rivestire.

- b) **La proposta di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato.**



***Giustizia per i Diritti***



La questione della scelta dei Consulenti Tecnici e dei Periti è di per sé molto delicata ed è bene che venga affrontata con la giusta serietà nel testo di legge. La previsione di Albi presso il Tribunale non è sufficiente. Nel disegno di legge non è contemplata neppure una forma di impugnazione delle parti avverso la scelta di questi consulenti ma viene addirittura previsto l' **obbligo** (come tale è da intendersi) per la persona malata che ha subito un danno (attore, parte civile, persona offesa) **di scegliere il proprio consulente di parte dall' apposito Albo presente in Tribunale. Ciò appare contrastante non solo con il diritto di difesa della parte, con palese violazione dell' art. 24 della Costituzione, ma con tutte le altre norme di rito in materia di CTU richiedendo una modifica radicale delle stesse.**

L' **obbligo per un soggetto fragile (quale il danneggiato/malato) di dover scegliere tra professionisti iscritti in quell' albo gli impedirebbe di privilegiare un consulente di sua fiducia che magari ha onorari più bassi rispetto a quello presente nell' albo.**

L' obbligo di scelta potrebbe valere dunque solo per l' Autorità Giudiziaria e non per le altre parti private del processo.

Le norme come concepite nel disegno di legge non danno debito conto di tale fenomeno e sono poco chiare.

Cittadinanzattiva-TDM ha dedicato in questi anni studi appositi sul ruolo dei CT in tema di responsabilità medica e sulle disfunzioni create nel sistema giustizia a causa dei ritardi con cui operano tali professionisti.

La nostra proposta:

- è bene che vengano meglio esplicitati, nel documento, **i criteri di selezione dei Periti e dei Consulenti** che vi rientreranno;
- **garanzia di imparzialità:** ciò che deve essere garantito nel testo di legge è



**Giustizia per i Diritti**

l' indipendenza di tali professionisti, che devono essere soggetti "terzi" rispetto alle parti, di modo che operatori sanitari e cittadini abbiano certezza che il proprio caso sia affidato a professionisti che offrano garanzia di imparzialità;

- prevedere anche un aggravamento delle **sanzioni da adottare nei confronti dei Periti e Consulenti che depositano in ritardo le relazioni peritali determinando in tal modo un appesantimento del processo** e, quindi, oltre che "riduzioni" dei loro onorari anche la loro condanna a risarcire i danni provocati allo Stato e alle parti direttamente con specifico riferimento alle parti civili che sovente assistono alle declaratorie di prescrizione del reato dovute a depositi di perizie che allungano i tempi dei processi e sono causa di condanne dello Stato ai sensi della Legge Pinto;
- **evidenziare le incompatibilità e i conflitti di interesse:** necessità di fissare parametri di legge per evitare conflitti di interesse dei Periti/Consulenti che siano anche dipendenti di Enti/Strutture Sanitarie secondo le leggi in materia di trasparenza dei funzionari pubblici. Tanti sono infatti i Consulenti/Periti che sono anche pubblici dipendenti e che prestano servizio anche per le Procure e i Tribunali (Civili, amministrativi e penali).
- **CTU giudiziale di natura collegiale:** il medico legale dovrebbe essere assistito dal medico specialista della materia.

## ***2.8 Consenso informato***

- a) Cosa prevedono il Disegno di legge "Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario" , della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati e il documento elaborato dalla "Commissione Consultiva



**per le problematiche in materia di medicina difensiva e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” .**

Entrambi i documenti risultano lacunosi sul tema del consenso informato. Molto spazio, invece, in un testo di legge che va a incidere sul regime della responsabilità professionale in ambito sanitario, avrebbe dovuto essere dedicato alla questione.

**b) La proposta di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato.**

**Il consenso davvero informato è un impegno storico del TDM.**

Poiché i testi risultano carenti, proponiamo al Legislatore di prevedere nel testo di legge un' adeguata trattazione della questione. **È importante che si punti a una qualificazione del consenso informato, non più come mera prassi burocratica**, da sbrigare con l' apposizione di una firma, ma **come corretto strumento di informazione sostanziale** relativa alla prestazione sanitaria cui dovrà sottoporsi il paziente in merito alle evenienze, rischi ecc.

Si deve prevedere un' adeguata sanzione per gli operatori sanitari che violando gli obblighi di informazione al paziente causano condanna alla struttura sanitaria per tale condotta.

***2.9 Prevenzione e gestione del rischio clinico***

**a) Cosa prevedono il Disegno di legge “Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario” , della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati e il documento elaborato dalla “Commissione Consultiva**



***Giustizia per i Diritti***



**per le problematiche in materia di medicina difensiva e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” .**

Molto spazio viene dedicato al tema della prevenzione e gestione del rischio clinico. In particolare, il DDL prevede un intero articolo sulla questione, declinandolo in più commi (si cfr. art. 2 del DDL e successivi emendamenti approvati<sup>12</sup>).

**b) La proposta di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato.**

Prezioso il contributo offerto nei documenti sulla previsione e gestione del rischio clinico, mediante l' attivazione di percorsi di audit finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità emergenti.

La rilevazione del rischio diagnostico, terapeutico ecc e la facilitazione dell' emersione delle attività rientranti nel fenomeno della medicina difensiva “attiva” e “passiva” non possono che costituire elementi apprezzabili. Tuttavia proponiamo che nel testo si preveda anche quanto segue:

- rendere **vincolanti le raccomandazioni del Ministero della salute** sul governo clinico, qualità e sicurezza delle cure; il mancato rispetto di tali raccomandazioni costituisca **criterio e indicatore di valutazione** per i direttori generali e loro danti causa.
- Incentivare meccanismi di garanzia per la collettività, attraverso un rafforzamento del ruolo, poteri e provvedimenti degli Ordini di appartenenza di tutte le categorie del personale sanitario.

<sup>12</sup><http://documenti.camera.it/leg17/resoconti/commissioni/bollettini/pdf/2015/10/13/leg.17.bol0520.data20151013.com12.pdf>





- Garantire alle Associazioni dei pazienti e malati la partecipazione nei processi di previsione e gestione del rischio clinico nonché nei nuclei /organismi di valutazione degli operatori sanitari.
- Prevedere forme di incentivi per le strutture sanitarie che utilizzano in maniera sistematica lo strumento dell' Audit civico.
- La persona malata che ha subito un danno da responsabilità professionale, una volta attivata la procedura interna di definizione conciliativa e nei casi di auto-assicurazione dell' Azienda, deve poter prendere parte (anche assistito da sue Associazioni di Tutela o difensore di fiducia) alla procedura di valutazione del proprio caso e la procedura deve essere regolamentata appositamente per garantire la trasparenza dei dati aziendali nell' ambito delle definizioni in via conciliativa dei casi di malpractice. Ciò eviterebbe possibili fenomeni di liquidazione dei danni poco trasparenti.

### ***2.10 Difensore Civico regionale come Garante del diritto alla salute e centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente***

- a) **Cosa prevedono il Disegno di legge “Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario” , della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati e il documento elaborato dalla “Commissione Consultiva per le problematiche in materia di medicina difensiva e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” .**



***Giustizia per i Diritti***



Nella prima stesura del DDL un intero articolo veniva dedicato all' istituzione dell' Ufficio regionale del Garante del diritto alla salute. A seguito dell' approvazione di alcuni emendamenti, l' art. 3 è stato integralmente rivisto e così rubricato *“Difensore civico regionale come Garante del diritto alla salute e Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente”* .

Condividiamo la scelta del Legislatore, in quanto l' istituzione dell' Ufficio Regionale del Garante avrebbe comportato il rischio di una mera duplicazione di ruoli, funzioni, responsabilità e competenze in controtendenza con l' esigenza di snellimento, semplificazione della P.A., con conseguente migliore utilizzo delle risorse pubbliche. Affinché tale organo svolga in maniera efficace ed efficiente la propria funzione, auspichiamo che si proceda ad un rafforzamento della struttura.

### ***2.11 Trasparenza dei dati***

**a) Cosa prevedono il Disegno di legge “Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario” , della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati e il documento elaborato dalla “Commissione Consultiva per le problematiche in materia di medicina difensiva e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” .**

Nel DDL, l' articolo 5 disciplina la trasparenza dei dati pur senza menzionare norme che occorre invece richiamare. Si rimanda alla sua lettura e al contempo si fa rilevare che nessuna sanzione viene prevista nei casi di violazione di tale preciso obbligo di trasparenza che pure incide nel contenzioso struttura/paziente/medico.

**b) La proposta di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato.**



***Giustizia per i Diritti***

- **Previsione di un regime sanzionatorio** a carico delle strutture (pubbliche, private, accreditate) e del personale che contravvengano agli obblighi di trasparenza previsti dall' art.5 del DDL.
- Rendere obbligatorie e vincolanti per la struttura sanitaria (sia essa pubblica, privata, accreditata) e per il personale sanitario la **pubblicità e la trasparenza dei dati relativi a volumi ed esiti delle prestazioni erogate, volumi e indici di sinistrosità, volumi e performance dei professionisti, segnalazioni dei cittadini inerenti le strutture e i professionisti.**
- Sanzioni per i Responsabili dell' Informazione che non provvedono all' aggiornamento dei dati in merito alle prestazioni erogabili (rispetto liste di attesa) e ai loro costi.
- Sanzioni per i legali rappresentanti che non forniscono al paziente danneggiato la documentazione necessaria alla valutazione del caso con condanna ai danni nei suoi confronti.
- Sanzioni per i responsabili del sito internet aziendale che non provvedano a rendere pubblici i dati relativi al complesso dell' attività di contenzioso e ai risarcimenti erogati nell' ultimo quinquennio. La redazione dei dati in questione deve essere obbligatoria per la Compagnia di assicurazione nei confronti del proprio assicurato (azienda o medico o operatore) laddove il paziente/utente deve avere il dato direttamente dall' Ente/Azienda non avendo allo stato alcuna azione e/o rapporto diretto con la Compagnia di Assicurazione garante del Rischio.
- **Rendere pubblico ogni contratto di appalto in tema di assicurazione dei rischi .**



*Giustizia per i Diritti*