



## **Audizione FNOMCeO presso la XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati**

**sulle proposte di legge n. 259 Fucci, n. 262 Fucci,  
n. 1324 Calabrò e n. 1312 Grillo, recanti “Disposizioni  
in materia di responsabilità professionale del personale  
sanitario”**

**Roma, 6 novembre 2013**

**Illustre Presidente e Onorevoli Deputati della Commissione,**

grazie per questo invito in audizione su una questione che profondamente sta minando profili tecnico professionali, etici e civili del nostro sistema delle cure.

Le riflessioni che oggi portiamo alla vostra attenzione intendono perseguire l’obiettivo di garantire il diritto alla tutela della salute degli individui e della collettività attraverso la sistematica previsione di misure e procedure idonee ad assicurare il miglioramento continuo degli standard di sicurezza delle organizzazioni sanitarie e delle attività mediche e sanitarie e una ridefinizione degli attuali profili penali e civili della responsabilità dei professionisti e delle strutture sanitarie.

Lo sviluppo incessante delle conoscenze e delle competenze che coinvolge tutte le professioni sanitarie, il massiccio ingresso nella pratica clinico-assistenziale di sofisticate tecnologie di diagnosi e cura, la molteplicità delle relazioni intra ed interprofessionali, coinvolte nelle prestazioni, il limite delle risorse definite, il ruolo sempre più attivo dei cittadini nel richiedere accessibilità, efficacia e sicurezza, hanno incrementato in modo esponenziale, da una parte la complessità delle organizzazioni sanitarie e dall’altra le attese sugli esiti delle cure.

La complessità tecnico-organizzativa tende a definire sistemi di erogazione di servizi favorevoli i cosiddetti errori latenti, che insistono sull'area organizzativo-gestionale, le attese sugli esiti tendono a trasferire in un'area di responsabilità attiva o omissiva dei professionisti e dei sistemi gli eventuali eventi indesiderati.

Una vasta e consolidata letteratura attribuisce a tali fattori latenti circa l'80% degli eventi avversi manifesti; il fattore umano è spesso l'ultimo anello di una catena di difetti del sistema ed agisce come effetto dell'evento indesiderato.

L'esito indesiderato di un intervento medico e sanitario è da considerarsi una potenziale parte costitutiva dell'intervento stesso, che va prevenuta, corretta nei suoi determinanti strutturali ed umani, gestita in tutte le sue eventuali manifestazioni, al fine di rendere più sicure ed affidabili le organizzazioni sanitarie e le attività professionali.

L'attenzione va dunque fortemente indirizzata, oltre che sugli operatori, sulle organizzazioni dei servizi, in particolare sulla loro capacità di orientare le azioni di miglioramento non attraverso la "caccia e punizione dei colpevoli", ma partendo dagli errori per migliorare la sicurezza delle organizzazioni sanitarie e delle attività umane.

Le caratteristiche prevalenti di "errori di sistema", attribuibili alla grande maggioranza degli eventi avversi in sanità, pongono una questione centrale a tutti coloro che portano la responsabilità gestionale e cioè quella di riprogettare strutture ed organizzazioni più sicure sulla base e sulla scorta degli errori evitati (*near miss*) e di quelli non evitati ma evitabili, con o senza danni ai pazienti.

Queste attività sono tipicamente "bottom-up", fondate, cioè, su una forte responsabilizzazione e partecipazione dei professionisti, testimoni ed attori dei fenomeni che si aspettano risposte pronte, adeguate ed efficaci sul rimodellamento delle organizzazioni e sulle stesse correzioni formative delle basse *performance* professionali.

Una efficace azione di prevenzione e gestione del rischio non può prescindere da una conoscenza dei determinanti del fenomeno; in letteratura sono note le caratteristiche epidemiologiche, la tassonomia, gli strumenti di indagine, le procedure di valutazione e misura, infine alcuni interventi efficaci.

Queste conoscenze definiscono un nuovo sottosistema cognitivo che deve entrare a pieno titolo nel *core curriculum* formativo dei futuri medici e di tutti i futuri professionisti della salute e nei programmi di formazione continua dei professionisti in attività (ECM).

Il timore di un contenzioso medico legale incoraggia tra i professionisti pratiche difensive caratterizzate dall'abuso di procedure inutili (e magari dannose!) e dall'elusione di quelle efficaci ma gravate da rischi ritenuti insopportabili.

L'obiettivo di un risarcimento incoraggia invece un complesso universo di veri o presunti aventi diritto (pazienti e/o familiari di questi, studi legali e peritali) ad intraprendere azioni risarcitorie a fronte di qualunque evento o esito delle cure non previsto.

Le Istituzioni sanitarie hanno, fino a pochi anni fa, completamente delegato alle compagnie assicurative o ai brokers, laddove presenti, la gestione dei contenziosi rinunciando di fatto ad ogni ruolo in materia, con le drammatiche conseguenze di dover

ancor oggi, in molte situazioni, esercitare “in difesa” il ruolo di contraente di polizze sempre meno garantiste, e più impegnative dei bilanci.

Queste condizioni gravano la spesa sanitaria, pubblica e privata, di costi diretti ed indiretti in discreta parte evitabili, allargano le aree di inappropriata ed inefficacia degli interventi sanitari, infine erodono quell’indispensabile rapporto fiduciario tra cittadini, professionisti e istituzioni sanitarie.

Negli ultimi anni, nonostante rappresentazioni mediatiche ingenerose, è fortemente cresciuta l’attenzione delle organizzazioni sanitarie e degli stessi professionisti verso la cultura e la pratica della sicurezza delle cure sostanzialmente fondata su:

1. Identificazione dei punti deboli del sistema organizzativo o delle inadeguatezze nei meccanismi di prevenzione, attraverso una mappatura del rischio in modo che il sistema di gestione possa intervenire con correttivi prima che un incidente si verifichi. Un ruolo fondamentale è esercitato dalle attività HTA (*Health Technology Assessment*) non solo in relazione all’appropriatezza di utilizzo, ma anche alle procedure di sicurezza preliminari al loro utilizzo.
2. Analisi mediante tecniche di *audit* o *peer review* dei reclami, degli infortuni, delle segnalazioni spontanee degli operatori e del contenzioso per un’identificazione *ex post* delle aree di maggiore criticità in quanto fonti potenziali di reiterazioni di eventi avversi o di quasi errori (*near miss*). Le attività legate alla segnalazione volontaria degli errori, degli stessi eventi avversi e all’*audit* clinico sulla sicurezza devono essere del tutto volontarie e confidenziali. Tali strumenti, in quanto funzionali all’interesse generale dei cittadini e della collettività, devono essere utilizzati solo dai professionisti, con l’impossibilità quindi di un loro utilizzo sia per l’adozione di provvedimenti ‘punitivi’, sia per un loro uso in corso di giudizio, ferme restando le responsabilità di ognuno in tutti gli ambiti e quanto altrimenti oggetto di denuncia.
3. La raccolta e l’analisi tempestiva della segnalazione di un incidente occorso in ambito sanitario, che, se effettuata e ottenuta nell’immediatezza del suo accadimento, consente la più adeguata gestione della crisi, non solo dei rapporti interni (operatore – paziente – familiari, operatore – operatore, operatore/i – direzione aziendale), ma anche di quelli esterni (*mass media* – altri enti). Tale tempestività permette inoltre di gestire nel migliore dei modi la raccolta di informazioni tecniche e di dati circostanziali che potranno rivelarsi “strategici” nell’eventualità di un contenzioso. Appartiene a questa sfera di azioni preventive la sistematica segnalazione e raccolta di ogni forma di violenza, verbale o fisica, minacciata o attuata nei confronti dei professionisti e degli operatori, anche al fine di adeguare le misure volte a garantire la loro sicurezza.
4. Gestione tempestiva ed equa dei sinistri, possibilmente in ambito extragiudiziale, quando sia individuata una responsabilità a carico della struttura, e/o dei/l professionisti/a

che vanno sempre coinvolti e con attiva partecipazione dei servizi legali e assicurativi e di Medicina legale aziendali e delle strutture.

5. La sistematica attività di diffusione, adattamento ed implementazione delle raccomandazioni relative alle migliori pratiche fondate sulle evidenze scientifiche, fermo restando che si cura il malato e non la malattia.

6. Interventi formativi proattivi sui professionisti e sulle *equipes* multiprofessionali, idonee a promuovere la cultura della sicurezza delle attività mediche e sanitarie declinandoli nei specifici contesti operativi e nelle specifiche competenze professionali attraverso un obbligo di acquisire, nel dossier formativo, almeno 20 crediti formativi ECM in un triennio su materie relative alla sicurezza delle cure.

7. La richiamata necessità di configurare queste attività all'interno di una visione sistematica e sistemica del fenomeno impone alle organizzazioni sanitarie l'esigenza di costituire unità strutturate di prevenzione e gestione del rischio clinico o meglio di promozione, valutazione e gestione della sicurezza delle cure.

## **I profili di responsabilità del medico e dell'esercente una professione sanitaria**

La responsabilità, *quale essenza stessa della professionalità e della potestà di curare*, è il pilastro fondante della autonomia del medico nelle scelte diagnostiche e terapeutiche che, fatti salvi altri diritti e doveri costituzionali - *in primis* l'autodeterminazione del paziente (consenso informato) -, è stata più volte richiamata dalla Suprema Corte come tratto incompressibile dell'attività medica rispetto al legislatore e ribadita in giudizi di merito e legittimità.

L'autonomia nelle scelte diagnostico-terapeutiche e tecnico professionali e l'attribuzione delle connesse responsabilità, concorrono, dunque, a definire quella posizione di garanzia che lo Stato riconosce ai medici e, alla luce delle profonde novelle legislative intercorse negli ultimi anni, ai professionisti sanitari nell'ambito delle specifiche competenze definite dai percorsi formativi, profili professionali e delle funzioni attribuite e svolte.

Vale la pena ricordare come nei Codici Deontologici, il tema della sicurezza abbia già da anni il suo forte rilievo:

**Codice medico** (dicembre 2006) Art. 14: *“Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e contribuisce all'adeguamento dell'organizzazione sanitaria, alla prevenzione e gestione del rischio clinico anche attraverso la rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure. Il medico a tal fine deve utilizzare tutti gli strumenti disponibili per comprendere le cause di un evento avverso e mettere in atto i necessari comportamenti per evitarne la ripetizione; .....”*

**Codice Infermieri** (dicembre 2009) Art. 29 *“L’infermiere concorre a promuovere le migliori condizioni di sicurezza dell’assistito e dei familiari e lo sviluppo della cultura dell’imparare dall’errore. Concorre alle iniziative per la gestione del rischio clinico”*

Negli ultimi anni, si è fatto strada nella riflessione giuridica, e più chiaramente in alcune pronunce delle Supreme Corti, l’orientamento di qualificare in modo particolare le attività mediche esercitate in presenza di oggettive esigenze diagnostico-terapeutiche come intrinsecamente finalizzate alla tutela della salute dell’individuo e nell’interesse della collettività; una sorta di auto legittimazione che trova i suoi limiti solo nel rispetto di altri doveri e diritti costituzionalmente protetti.

Occorre partire da questi profili, profondamente radicati nel nostro ordinamento e nella deontologia professionale per proporre al legislatore una riforma organica della responsabilità del medico e degli esercenti una professione sanitaria, tanto in ambito penale quanto in quello civile anche considerando l’esigenza di armonizzare tale materia con l’ordinamento comunitario, in ragione della vigente libera circolazione dei professionisti e dei pazienti.

## **I profili di responsabilità penale e civile del medico e dell’esercente una professione sanitaria**

Solamente due Paesi in Europa, e tra questi l’Italia, hanno conservato la responsabilità anche in sede penale per il medico o l’operatore sanitario che con la loro condotta colposa hanno causalmente concorso a determinare l’evento colposo, perché in tutti gli altri Paesi comunitari l’illecito professionale e l’evento indesiderato sono confinati in ambito civile proprio in ragione della peculiarità della materia.

Stride, dunque, che nel nostro ordinamento penale il professionista medico o sanitario, chiamato ad operare nella quotidianità con attività altamente rischiose, per definizione, possa essere chiamato a rispondere penalmente di omicidio o di lesioni personali, quando colposamente la sua prestazione possa essere stata causalmente determinante nell’insorgenza dell’evento indesiderato.

Il recente D.L. 158/2012 convertito nella legge 189/12 (*Legge Balduzzi*), dopo un lunghissimo vuoto legislativo, ha operato un primo intervento introducendo una sorta di “esimente speciale” nella responsabilità penale medica e sanitaria, circoscrivendola alle ipotesi di colpa grave e dolo che si sta rilevando inidonea allo scopo, almeno a giudicare dal primo vaglio ricevuto dai giudici di merito e di legittimità, e dei profili di incostituzionalità sollevati dal Tribunale di Milano.

La normativa richiamata ha poi dimostrato il suo limite con riferimento anche alla responsabilità civile, suscitando un vivace dibattito circa la portata interpretativa della nuova previsione che richiama l’art. 2043 del codice civile e che, tuttavia, lascia fuori le strutture sanitarie sulle quali grava la maggior parte delle prestazioni che inoltre sono quelle più a rischio.

La tesi del contatto sociale che permea il diritto vivente, ha inoltre pesanti ricadute dirette sul riparto degli oneri probatori che la preferenza accordata dalla richiamata L. 189/2012 allo schema della responsabilità aquiliana ha posto in crisi, determinando gravi divergenze di sistema, destinate a comporsi o chiarirsi solo con il tempo, anche a danno dei cittadini e dell'esigenza di tutela del loro interesse eventualmente leso da prestazioni mediche e sanitarie.

In realtà, su questa materia non servono interventi settoriali, correzioni di parti, ma è necessario riequilibrare per via legislativa l'intero sistema della responsabilità del medico e dell'esercente una professione sanitaria, anche integrando i codici vigenti con specifiche disposizioni, fermo restando la tutela del diritto dei cittadini all'esercizio dell'azione penale e civile a fronte della presunzione di un danno subito.

In ambito penale, con la previsione di una fattispecie specifica che circoscriva, definendola, l'area dei comportamenti colposi aventi rilievo penale in caso di morte o di lesioni personali.

In ambito civile, con l'introduzione di una disciplina che, integrando con una fattispecie specifica la previsione più generale contenuta nell'art. 2236 del codice civile, delimiti la colpa in ambito medico e sanitario al solo novero di quella grave come in essa definita e riequilibri la posizione delle parti, specie con riferimento all'onere probatorio. Questa diversa qualificazione non va rivolta solo all'operatore, ma anche alla struttura sanitaria che suo tramite ha erogato la prestazione; non sussiste ragione per diversificare i modelli della responsabilità dell'una rispetto a quella dell'altro, considerato il vigente sistema sociale dell'erogazione delle prestazioni sanitarie essenziali.

In tale contesto, alle strutture, al medico e al professionista sanitario competerà l'onere di dimostrare di aver adottato tutte le misure idonee ad evitare il danno, in modo da non esporre il paziente a un rischio irragionevole ed inescusabile per la sua salute, restando a carico del medesimo la prova dell'inadempimento dalla quale è derivato il danno lamentato.

Entro questo limite la responsabilità che grava sulla struttura e sui suoi operatori dovrà quindi essere una responsabilità per rischio oggettivamente evitabile che non può significare una responsabilità oggettiva, come quella nella quale è scivolato il sistema. La limitazione della responsabilità alla sola colpa grave, tale in ragione non dell'entità del danno, ma dello scostamento dal comportamento atteso, serve in sostanza a graduare unitariamente lo scarto tra il modello ideale astratto e il comportamento concreto tenuto dal soggetto, in modo da rendere accettabile anche per costui l'idea di rispondere solo per violazioni irragionevoli e inescusabili di tale modello ideale.

Alla luce dei dati relativi al tempo medio che intercorre tra il fatto presunto lesivo e la sua conoscenza, intesa come consapevole presa di coscienza delle conseguenze dannose sul fisico e sulla psiche, merita accelerare il risarcimento prevedendo la decadenza dell'azione da esercitarsi nel tempo massimo di due anni.

L'esperienza ha peraltro dimostrato che le azioni di risarcimento sono quasi tutte esercitate entro i primi cinque anni dal fatto presunto lesivo.

Rimane fermo che, se il danno è derivato da fatti considerati dalla legge come reato, continuerà ad applicarsi il disposto dell'ultimo comma dell' art. 2947 del codice civile.

I

## **Responsabilità civile per danni occorsi in strutture sanitarie. Azione di rivalsa**

Sulla base delle precedenti considerazioni va, dunque, previsto che la responsabilità civile verso terzi per danni a persone occorsi nell'erogazione delle prestazioni in una struttura sanitaria pubblica o privata, è a carico della struttura stessa.

La responsabilità civile riguarda tutte le prestazioni incluse nei LEA erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private convenzionate con i SSR, svolte sia in regime di ricovero, che ambulatoriali, domiciliari comprese, le attività libero professionali intramoenia.

Analoga previsione riguarda le strutture sanitarie e socio-sanitarie che operano in regime autonomo.

È fatto quindi obbligo alle strutture sanitarie pubbliche e private di dotarsi di copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi (RCT) e per responsabilità civile verso prestatori d'opera (RCO), per qualsiasi danno causalmente occorso nella struttura.

Le Regioni e le Province autonome possono istituire un apposito Fondo di Garanzia per la responsabilità civile verso terzi (RCT) e verso i prestatori di opera (RCO) delle loro aziende sanitarie.

La costituzione del fondo sostituisce o integra l'obbligo delle Regioni e delle Province Autonome di dotarsi di polizze assicurative, previsto dalla contrattazione collettiva e in prima applicazione va prevista una soglia minima pari all' 1,5% della spesa relativa al personale dipendente e in regime di convenzione nazionale. La siffatta costituzione del Fondo non comporta quindi nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

L'istituzione del Fondo, da parte delle Regioni e delle Province Autonome, è causa di risoluzione automatica, alla prima scadenza, dei contratti di assicurazione in essere.

Il massimale minimo per singolo sinistro è fissato dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e di Bolzano e pare opportuno, in prima applicazione, individuare una soglia minima pari a 2 milioni di euro.

Queste tipologie di risarcimento diretto sono esposte al giudizio di legittimità della Corte dei Conti che, rilevando la sussistenza di una colpa grave, può imporre alle aziende la rivalsa sui professionisti.

Va, dunque, meglio configurata questa materia sotto il profilo legislativo correggendo quella sostanziale anomalia che espone le risorse proprie delle aziende destinate ai risarcimenti, ancorché sostitutive in riduzione di quelle destinate a premi assicurativi, alla valutazione di danno erariale o esposte a misure di esecuzione forzata per cui va previsto che il fondo non sia assoggettabile a esecuzione forzata né a valutazioni di danno erariale nell'ambito dei massimali definiti.

L'azione risarcitoria può solo essere rivolta alla struttura garantendo che il sanitario, la cui condotta attiva od omissiva rileva nel giudizio, pur non essendo direttamente chiamato in causa, possa intervenire in ogni fase e grado del giudizio previa idonea comunicazione della parte ricorrente su disposizione del giudice.

Rispetto all'azione di rivalsa della struttura verso i professionisti, è previsto che questa può essere esercitata solamente nei limiti di cui alla formulazione dell'art. 2236 bis del codice civile, quando cioè il danno risarcito sia conseguenza dell'inosservanza delle buone pratiche e delle regole dell'arte ovvero se il fatto lesivo è conseguenza di suo dolo o colpa grave.

L'ammontare della rivalsa va individuata in ragione percentuale della retribuzione percepita per un numero definito di anni (3) al netto delle ritenute fiscali e previdenziali che andrebbe a costituire il danno patrimoniale che il professionista è obbligato a coprire con l'assicurazione ed in ogni caso a cui corrispondere per una quota pari ad 1/5 della retribuzione o reddito professionale annuo percepito al netto delle ritenute fiscali e previdenziali.

Al fine di garantire efficacia all'azione di rivalsa, ciascun medico o esercente una professione sanitaria operante, a qualunque titolo, nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche e private deve provvedere alla stipula, con oneri a proprio carico, di una idonea polizza assicurativa commisurata al proprio rischio.

## **Le assicurazioni e l'obbligo assicurativo**

*Dal recentissimo Rapporto ANIA sui sinistri nell'area medica e sanitaria emerge che:*

- a) Cala il numero delle denunce contro i medici e le strutture sanitarie. Dai 33.700 sinistri registrati nel 2010 si è passati ai 31.400 del 2011;
- b) È diminuito sia il numero delle denunce contro i singoli professionisti (11.782 nel 2011 contro 12.329 dell'anno precedente), sia quelle contro le Aziende sanitarie (19.627 contro 21.353 del 2010). La stima del numero di sinistri denunciati alle imprese di assicurazione italiane nel 2011 ha sfiorato i 31.500 casi, di cui quasi i due terzi relativi a polizze stipulate dalle strutture sanitarie;
- c) Se si esaminano le generazioni più mature (dal 1994 al 2001), mediamente i due terzi dei sinistri denunciati alle compagnie, per il totale della R.C. medica, vengono chiusi senza seguito. Le percentuali relative ai sinistri liquidati (numeri e importi) sono relativamente basse per le generazioni più recenti di sinistri in quanto è generalmente incerta sia l'effettiva responsabilità dell'assicurato sia l'entità del danno. Le percentuali crescono al crescere dell'anzianità della generazione dei



sinistri attestandosi a valori superiori al 90% per quelle con oltre dieci anni di sviluppo;

- d) A causa della complessità della valutazione delle menomazioni fisiche e della frequente insufficienza di informazioni disponibili subito dopo il verificarsi dell'incidente, la valutazione del sinistro da parte delle compagnie è in molti casi sottostimata;
- e) La stima dei premi incassati dalle compagnie italiane per l'esercizio 2011 è pari a circa 525 milioni di euro di cui il 57% relativo a polizze stipulate dalle strutture sanitarie e il restante 43% relativo a polizze stipulate dai professionisti sanitari. La statistica non comprende i premi raccolti dalle imprese, una ragionevole previsione è di poco inferiore a quella italiana portando il monte premi dell'intero settore a circa un miliardo di euro. Il tasso annuo di crescita dei premi complessivi nel periodo 2001-2011 si attesta al 7,3% (rispettivamente 5,5% per le strutture sanitarie e 10,3% per i professionisti);
- f) Il costo dei risarcimenti in forte crescita, congiuntamente a un numero elevato di denunce che le imprese registrano di anno in anno, determinano risultati estremamente negativi per i conti tecnici del settore e, quindi, valori particolarmente elevati del rapporto sinistri a premi. Al 31 dicembre del 2011 il rapporto medio sinistri/premi per le varie generazioni si attesta al 175%. Relativamente alla generazione più recente si nota che il rapporto si attesta al 147%. Per quanto riguarda l'evoluzione del rapporto S/P, man mano che la percentuale di sinistri liquidati aumenta e che le informazioni sui sinistri diventano più consolidate, si notano tre distinti fenomeni:

– Per le generazioni di sinistri protocollati dal 1994 al 2004, il rapporto sinistri a premi valutato al 31 dicembre 2011 assume valori particolarmente elevati (da 174% della generazione 2004 a oltre 310% per le generazioni 1997 e 1998);

– Dalla generazione 2005 a quella 2008 il rapporto tra sinistri e premi tende a essere più contenuto, pur restando su livelli di evidente diseconomicità;

– Negli ultimi tre anni disponibili (dal 2009 al 2011) il rapporto sinistri a premi, pur non raggiungendo le punte estreme degli anni dal 1994 al 2004, ha mostrato valori comunque in peggioramento rispetto agli anni dal 2005 al 2008”.

L'evoluzione dei costi medi varia man mano che la percentuale di sinistri liquidati aumenta e quindi man mano che le informazioni diventano più consolidate.

Accade infatti che, a causa della complessità della valutazione delle menomazioni fisiche e della frequente insufficienza di informazioni disponibili subito dopo il verificarsi

dell'incidente, la valutazione del sinistro da parte delle compagnie è in molti casi sottostimata.

A ciò si aggiunga l'incertezza nella quantificazione del danno legata alla frequente evoluzione degli orientamenti giurisprudenziali in materia di entità del danno da risarcire.

Ad esempio, per i sinistri protocollati nel 1994, dopo 8 anni di sviluppo (ossia nel 2002), le imprese di assicurazione avevano stimato mediamente di pagare circa 16.400 euro, mentre a distanza di 10 anni la valutazione era raddoppiata e aveva raggiunto quello che sembra essere oggi il costo medio "ultimo" dei sinistri di quella generazione (quasi 30.000 euro).

Tale andamento si osserva (talvolta con tempi più rapidi) per tutte le generazioni di sinistri; ad esempio per l'anno di protocollazione 2004 il costo medio dei sinistri è raddoppiato in soli 4 anni, passando da 22.700 euro nell'anno di denuncia a oltre 43.000 euro nel 2009.

### ***Rapporto Regione Lombardia – AON sulla mappatura del rischio nel SSR***

La recente presentazione dei dati riferiti al periodo 1999-2012 (14 anni) relativi alle 15 Asl, alle 29 AO e alle 6 Fondazioni sottolineano che:

- 1) A fronte di circa 723 milioni di euro al netto delle franchigie versati come premi assicurativi, sono stati liquidati risarcimenti per 498 milioni di euro restando ancora aperti il 32% dei sinistri avvenuti in ospedale e il 21% di quelle avvenuti in ASL.
- 2) L'importo medio liquidato per sinistri in ospedale è pari a circa 44.000 euro, per quelli avvenuti in ASL l'importo medio è stato pari a 24.500 euro.
- 3) Il 48% delle richieste di risarcimento del danno viene avanzato nel primo anno di accadimento, il 24% nell'anno successivo, il 93% complessivo nei primi 5 anni.
- 4) Le richieste di risarcimento danni alle strutture, negli ultimi anni, risulta complessivamente stabile intorno alle 2.200 / anno (l'indice di sinistrosità pari al 14,9%) con prevalenza di accadimenti nei PS (14,9%), seguito dalle ortopedie (14%), chirurgia generale (9,7%), ostetricia-ginecologia (8,7%) più staccata la medicina interna (4%).
- 5) I procedimenti penali avanzati si attestano, stabili negli ultimi anni, a circa 115-120 /anno.
- 6) Le stime riferite al 2013 indicherebbero un promettente calo della sinistrosità del 18,3%.

I dati riferiti dalla Regione Lombardia sembrerebbero confermati da stime ufficiose relative alle segnalazioni di sinistri segnalate da circa 18 Regioni e PA:

- 1) L'indice di sinistrosità (inteso come denunce di sinistri per 10.000 ricoveri ospedalieri) è pari a circa 13 per il livello nazionale (14 per le Regioni dell'area Nord, 16 per le Regioni del Centro, 9 per le Regioni dell'area Sud).
- 2) L'indice di sinistrosità riferito alle sole denunce per lesioni personali e decessi (esclusi danni a cose e danni patrimoniali) è pari a 4,8 per il livello nazionale.
- 3) Il costo medio (dato nazionale) per i sinistri liquidati nell'anno 2012 è pari a €39.590.
- 4) Interessante il dato medio nazionale relativo ai giorni (medi) necessari per la chiusura di una pratica di sinistro, che è pari a 402 gg (il valore dell'indicatore sale fino a 667 gg per alcune Regioni del Sud e si riduce fino a 114 gg per alcune Regioni dell'area Nord).
- 5) Il dato relativo ai giorni che mediamente intercorrono, a livello nazionale, tra il verificarsi dell'evento presunto dannoso e la denuncia di sinistro è pari a 755 gg (fino a 1.100 gg per alcune regioni dell'area sud).

In questo difficile contesto di matrice giuridica e di mercato che le assicurazioni denunciano come ostativo al loro impegno, tenuto conto che si è previsto un obbligo a contrarre assicurazioni, che si può prevedere un obbligo ad assicurare, ma non è consentito obbligare all'entità dei premi, si sta avvitando una spirale di costi e di incertezze assicurative che oggi sta letteralmente strangolando settori di attività libero professionale gravati da elevati rischi di risarcimenti e cioè ostetrici-ginecologi; ortopedici, chirurghi generali e di specialità.

A distanza di poco più di otto mesi dalla conversione in legge del DL Balduzzi ( Legge n. 189 /2012) sono stati rinviati i termini della obbligatorietà di polizza assicurativa per le professioni sanitarie al 13 agosto 2014, un provvedimento che lascia impregiudicata la sostanza vera del problema ovvero come cambiare le condizioni per consentire un accesso equo e sostenibile alle coperture assicurative.

Alcune soluzioni stanno all'interno della evocata riforma del nostro sistema giuridico in materia di responsabilità penale e civile compresa la revisione delle competenze dei CTU, altre in una sistematica ed efficace attività di prevenzione e gestione del rischio e dei sinistri, altre invece sono del tutto peculiari al settore che sconta però una forte asimmetria tra una offerta forte ed organizzata (le compagnie assicurative) ed una domanda più debole e disorganizzata (strutture sanitarie e professionisti).

Non sorprende dunque che, al di là del cambio di legislatura e governo, non siano stati rispettati i termini temporali (30 giugno 2013) per emanare il DPR di cui al comma 2 dell'art. 3 della Legge n. 189/2012, in particolare:

- a) La costituzione del fondo per garantire idonea copertura di categorie professionali ad alto rischio.

b) I requisiti minimi ed uniformi delle polizze con particolare riguardo alle modalità di recesso, al massimale di copertura, alle clausole di copertura pregressa e postuma, alle eventuali franchigie e scoperto.

c) La definizione delle tabelle di riferimento per il risarcimento del danno biologico di cui agli art. 138 e 149 del DL 7 settembre 2005 n. 209, tenuto conto che nel nostro Paese la media dei risarcimenti a parità di danno biologico è la più alta in Europa.

## **Nomina dei Consulenti Tecnici d'Ufficio (CTU)**

Nelle cause di responsabilità professionale medica e sanitaria va annullata la nomina dei consulenti tecnici d'ufficio che, salvo autorizzazione del Presidente del Tribunale, non siano scelti negli albi individuati secondo il comma 5 dell'art. 3, Legge 8 novembre 2012, n. 189.

L'art. 61 del codice di procedura civile va integrato prevedendo che nelle cause di responsabilità sanitaria implicanti attività specialistiche la competenza tecnica del consulente medico-legale è necessariamente integrata da quella di uno o più consulenti tecnici specialisti nella disciplina interessata.

Parimenti l'art. 73 delle norme di attuazione del codice di procedura penale, di cui al D.Lgs. 28 luglio 1989, n. 271, andrebbe integrato prevedendo che il pubblico ministero, nei procedimenti di responsabilità sanitaria implicanti attività specialistiche, quando nomina un consulente medico-legale, è tenuto, a pena di nullità, alla contemporanea nomina di uno o più consulenti tecnici specialisti nella disciplina su cui verte l'indagine.

## **Azioni disciplinari incidenti sul rapporto di lavoro**

In un intento di completezza del sistema, deve anche essere coinvolta la valutazione delle azioni disciplinari che oggi vengono promosse sulla sola presunzione di una responsabilità in caso di evento indesiderato.

A tale scopo nell'ambito delle specifiche aree negoziali e dei relativi accordi contrattuali nazionali, dovranno essere definite le misure incidenti sul rapporto di lavoro limitatamente alle circostanze di accertamento di colpa grave, fatto salvo quanto già espressamente previsto dalle leggi vigenti e dalle stesse sentenze passate in giudicato.

Analogamente va affidata alla disciplina contrattuale la regolamentazione delle azioni incidenti sul rapporto di lavoro in caso di responsabilità in via di definizione giudiziale o extragiudiziale, fermo restando le garanzie di una valutazione terza ed in tempi definiti dei profili tecnici dell'eventuale azione colposa, di misure sospensive commisurate e limitate ai tempi della valutazione, di eventuali diversi provvedimenti cautelari o compensativi coerenti con la tipologia delle competenze in possesso dei destinatari di tali provvedimenti.

Grazie ancora per l'attenzione che avete inteso riservarci.