

Le novità sulla responsabilità sanitaria

Dalla proposta di legge appena approvata emergono novità e precisazioni rispetto al disegno della legge Balduzzi. Dal difensore civico locale, alla delimitazione del reato, fino alle azioni di rivalsa, ecco le principali novità



La XII Commissione permanente Affari Sociali della Camera dei Deputati ha approvato, nella seduta del 20 gennaio scorso, il testo unificato della proposta di legge (Grillo e altri) avente ad oggetto *Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario*.

Il testo, che passa ora alla lettura e all'approvazione del Senato della Repubblica, si presenta (rispetto alle versioni precedenti) in una forma assai più completa e sostenibile sotto i molteplici

aspetti che costituiscono l'intera struttura della novella e che di seguito, in dettaglio, si ritiene utile analizzare.

I primi quattro articoli rappresentano l'ossatura della disciplina dei diritti e della sicurezza del paziente. Dopo avere riaffermato che la sicurezza delle cure in sanità è diritto imprescindibile della collettività e che la stessa costituisce parte essenziale del diritto costituzionale alla salute, il disegno di legge introduce la figura del *Difensore civico regionale o provinciale* al quale sono attribuite funzioni di garanzia del diritto alla salute, di indagine e di azione a tutela del paziente e del suo diritto lesa.

Concorre alla regolamentazione e all'analisi del rischio sanitario l'istituzione dell'**Osservatorio nazionale sulla sicurezza nella sanità** (art. 3), con funzioni di monitoraggio della casistica di errori sanitari, e l'obbligo per le strutture (art. 4) di rendere disponibili con trasparenza i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio.

L'art. 5 del testo in discussione, invece, si propone di definire le metodologie di elaborazione delle così dette "buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida".

Tale strumento di indicazione tecnica delle procedure sanitarie maggiormente consigliate dalla comunità scientifica e dagli istituti di ricerca nazionali ed esteri, costituisce infatti la colonna portante della nuova disciplina della responsabilità delle strutture e degli esercenti la professione sanitaria, sia nel contesto penale che in quello civile. *(continua a pag. 2)*

(continua da pag. 1) I successivi articoli, infatti, regolamentano i principi di colpa dell'esercente la professione sanitaria tanto nel contesto della responsabilità penale (art. 5) che in quello civile (art.6).

COME SI DELINEA LA RESPONSABILITÀ NEL SETTORE SANITARIO

Quanto alla responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario, è prevista l'introduzione di una nuova figura di delimitazione del reato (art. 590 ter CP) secondo la quale colui che cagioni la morte o una lesione personale al paziente risponde dei rispettivi reati solo in caso di colpa grave, dando per esclusa tale evenienza quando, salve le rilevanti specificità del caso concreto, siano state rispettate le buone pratiche clinico assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida come pubblicate ai sensi della stessa legge.

La struttura e l'esercente la professione sanitaria rispondono, invece, per responsabilità civile la prima ai sensi dell'art. 1218 C.C. (e quindi per colpa contrattuale), i secondi per responsabilità aquiliana o extracontrattuale ai sensi dell'art. 2043 C.C., così completando un iter di delimitazione della disciplina della colpa civilistica del medico già iniziato con la nota *Legge Balduzzi* nel 2012.

La novella si propone di apportare importantissime novità in tema di azione giudiziaria da colpa sanitaria, introducendo innanzitutto un iter obbligatorio che preveda, prima del giudizio, l'avvio (in luogo della poco efficace procedura di mediazione) del così detto Accertamento Tecnico Preventivo finalizzato alla conciliazione, previsto e disciplinato dall'art. 696 bis del Codice di Procedura Civile. *(continua a pag. 3)*

(continua da pag. 2) La proposizione di tale procedura preventiva al giudizio, comunque sottoposta alla gestione di un giudice, potrà avere un efficace impatto deflattivo sul contenzioso ordinario, specie se si considera che l'art. 8 del testo approvato obbliga le parti e i loro assicuratori a partecipare alla consulenza tecnica, a pena di sanzioni a carico dei soggetti che senza motivo abbiano disertato l'invito a comparire.

DISCIPLINATA ANCHE L'AZIONE DI RIVALSA

Altre importanti novità legate al promovimento dell'azione contro i responsabili del danno sanitario riguardano l'eseribilità dell'azione di rivalsa delle strutture verso i medici (nei limiti dell'atto doloso o della colpa grave) solo dopo che la struttura stessa abbia pagato il danno in sentenza ovvero per accordo stragiudiziale (art. 9).

Inoltre (art. 11) il danneggiato ha altresì facoltà di agire direttamente contro l'assicuratore dell'azienda sanitaria e del medico, che potranno quindi essere citati in giudizio (come avviene ad esempio nell'assicurazione obbligatoria per la Rca) con richie-

sta di condanna diretta dell'impresa garante, la quale non potrà opporre alla vittima i limiti contrattuali previsti nella polizza (nemmeno le franchigie o scoperti), salvo successivo regresso verso l'assicurato per quanto pagato in eccesso.

Anche il contesto assicurativo si prepara a ricevere grande impulso dal testo in elaborazione, se approvato anche al Senato nell'attuale versione.

L'art. 10 si propone, infatti, di disciplinare in dettaglio l'obbligo assicurativo per la copertura dei danni cagionati ai pazienti, non solo in capo all'esercente la professione sanitaria, ma anche questa volta in capo alle strutture, le quali sono tenute a divulgare in internet i dati delle proprie garanzie ed il loro contenuto.

AMBITI E RISORSE DEL FONDO DI GARANZIA

È prevista altresì nell'attuale testo (art. 13) l'istituzione (presso la Consap) di un "Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria" che intervenga nel caso in cui il danno sia di importo eccedente rispetto ai massimali previsti dai contratti di assicurazione, ovvero qualora l'impresa di assicurazione al momento del sinistro si trovi in stato di insolvenza.

Come sempre nella elaborazione della disciplina del Fondo (già con la Legge Balduzzi la questione si pose in questi termini) il punto critico è quello della determinazione della fonte finanziaria della provvista economica dalla quale il Fondo potrà attingere quando tenuto a pagare.

Anche l'attuale elaborazione non pare dare molte certezze. Intanto l'art. 13 prevede che il Fondo proceda alla liquidazione "nei limiti delle effettive disponibilità finanziarie del fondo", lasciando così un margine di incertezza sull'effettività della funzione risarcitoria attribuitagli.

Inoltre, anche il meccanismo di contribuzione alle casse del Fondo, da parte delle imprese di assicurazione autorizzate a esercitare nel ramo, appare incerto ed è rimesso ad un provvedimento amministrativo che potrà essere modificato di anno in anno, determinando così un rischio di flussi negativi anche sui costi dei premi assicurativi per gli assicurati.

Ad ogni modo, la notizia principale consiste nella conclamata e confermata volontà del Parlamento della Repubblica di rendere operativa, anche in breve tempo, una legge che stravolga l'attuale sistema della responsabilità sanitaria civile e penale, in un'ottica apparentemente volta alla ricerca di un equilibrio, sempre difficile, tra interessi dell'utenza (i malati) e delle strutture economiche coinvolte quali le assicurazioni, ma anche, in ultima analisi, le casse del Servizio Sanitario Nazionale e dello Stato.

Filippo Martini, Studio MRV