

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

N. 1994

DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa del senatore SCALERA

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 7 FEBBRAIO 2003

—————

Disciplina dell’assicurazione obbligatoria delle strutture ospedaliere

—————

ONOREVOLI SENATORI. - Con questo disegno di legge si intende dare risposta ad una situazione molto difficile e delicata che interessa la responsabilità professionale del personale sanitario e della dirigenza sanitaria. È noto infatti che il problema del contenzioso per lesioni personali od omicidi colposi ascritti al personale sanitario e medico mostra negli ultimi anni un notevole incremento. Si stima che attualmente in Italia siano ben diecimila le cause aperte per cattiva pratica sanitaria, un terzo delle quali penali. La portata dei risarcimenti è ogni giorno più elevata: oltre al danno biologico, oggi i tribunali riconoscono sempre anche quello morale, di relazione, e recentemente addirittura quello esistenziale. Da un lato infatti è cresciuta nei pazienti la consapevolezza dei propri diritti da tutelare, dall'altro vi sono sempre più diffusi atteggiamenti di carattere difensivo da parte dei sanitari al fine di tutelare se stessi e la propria immagine professionale da processi sommari condotti anche in sedi improprie. A questo si accompagna un fenomeno preoccupante, relativo al comportamento inaccettabile delle compagnie assicurative, che stanno aumentando i premi delle polizze fino al 300-400 per cento. Così gli operatori rischiano di risarcire di tasca propria gli errori.

D'altra parte, nel redigere una legge che affronti queste problematiche, dobbiamo tener conto delle esperienze di altri paesi, per evitare crisi come quella del sistema sanitario australiano, oggi nel caos a causa del fallimento della più grande società assicurativa medica del paese, la *United medical protection* (UMP), che copre il 60 per cento dei medici australiani, compresi dentisti, ostetrici, infermieri e altri operatori sanitari. In alcuni Stati, come il New South Wales e il Queensland, la UMP assicurava fino al 90

per cento degli operatori sanitari. La causa di tutto questo è individuata nella crescita esponenziale della litigiosità giudiziaria in campo sanitario. Fortunatamente, in Europa e negli Stati Uniti i sistemi assicurativi che coprono l'attività medica sono più efficienti di quello australiano. Il sistema inglese prevede la *Medical defense union*, che associa oltre la metà dei medici britannici attraverso la *Zurich insurance*. Ogni medico che operi all'interno di una struttura, ospedale o ambulatorio, del *National health system*, è coperto dallo stesso sistema nazionale, che usa i fondi statali. In Francia dopo il caso della sentenza che riconobbe nel 2000 il diritto di «non nascere» ad un bambino per il fatto di essere nato handicappato (sentenza della Corte di Cassazione del 17 novembre 2000), il governo ha stabilito che non possa esserci alcuna indennizzo per essere nato, quantunque l'*handicap* non sia diagnosticato nell'ecografia prenatale. Tuttavia la vicenda ha avuto come conseguenza l'enorme aumento nelle polizze di assicurazione per i medici. Nel caso di errori durante operazioni chirurgiche, è l'ospedale a pagare, ma poi, vi è sempre una rivalsa sul medico. In Germania l'assicurazione sulle negligenze legate alla professione medica è obbligatoria. Nel caso in cui il medico sia dipendente di un ospedale, è la direzione ospedaliera ad occuparsi automaticamente della copertura; nel caso invece in cui il medico eserciti privatamente, sarà sua cura assicurarsi. Tutti i gruppi assicurativi offrono questo servizio, in modo che il medico possa scegliere a quale assicurazione rivolgersi; i costi variano dai 350 euro all'anno per un internista fino ai 2500 per un caporeparto di chirurgia plastica o di ginecologia. Negli Stati Uniti le leggi variano da stato a stato, ma la maggior

parte di esse impone a tutti i medici e agli ospedali di sottoscrivere assicurazioni. Quasi ogni centro di cura ha un ufficio per gestire le cause. In media, un chirurgo che opera in Alabama paga 33.000 dollari all'anno, mentre uno che lavora a New York ne paga tra 100.000 e 200.000 all'anno, per avere una copertura da un milione di dollari. Secondo il *National practitioner data bank*, dal 1990 ad oggi ci sono state 100.750 cause contro medici finite col pagamento dei danni, per una media di 188.000 dollari a caso. Le compagnie assicurative che forniscono questo servizio sono tutte private, e alcune nascono dall'associazione di medici come la *Doctor company* della California, che ormai è una delle più grandi a livello nazionale con la *Medical liability mutual* di New York.

È opportuno pertanto che il nostro sistema sanitario si doti di una più efficiente rete di sicurezza, sul modello degli altri paesi avanzati, e segnatamente della Germania. Il presente disegno, composto di 5 articoli, prevede innanzitutto che le strutture sanitarie ospedaliere pubbliche e private siano tenute a stipulare l'assicurazione per la responsabilità civile nei confronti degli assistiti. Questa assicurazione dovrà essere adeguata: quindi le somme dovranno far riferimento ad un decreto emanato annualmente dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro della giustizia e con il Ministro delle attività produttive. Si prevede inoltre che le tariffe dei premi e le condizioni generali di polizza siano approvate con decreto del Ministro delle attività produttive ed applicate di diritto nei contratti di assicurazione. Si stabilisce che la responsabilità civile per danni a persone causate dal personale sanitario medico e non medico, ivi compresa la dirigenza, oc-

corsi in una struttura ospedaliera pubblica o privata, sia sempre a carico della struttura stessa (articolo 2). Peraltro la struttura ospedaliera può avviare azione disciplinare e di eventuale rivalsa contro i dirigenti e dipendenti responsabili del danno se la relativa sentenza sia passata in giudicato. In base a tali norme, il danneggiato a seguito di prestazioni sanitarie esercita (articolo 3) azione diretta per il risarcimento del danno nei confronti dell'assicuratore. Quando non vi sia accordo tra le parti, la controversia può essere deferita ad un collegio arbitrale composto da tre membri, dei quali due designati da ciascuna delle parti con forme e modalità di cui all'articolo 810 del codice di procedura civile. Nell'articolo 4 si prevede un albo nazionale degli arbitri e dei consulenti tecnici d'ufficio per le vertenze riguardanti la responsabilità dei dirigenti e la responsabilità professionale del personale sanitario, di cui possono far parte gli iscritti all'albo della specializzazione in medicina legale, esperti in organizzazione sanitaria, nonché soggetti laureati in medicina e chirurgia e abilitati alla professione di medico-chirurgo. I candidati non iscritti all'albo della specializzazione in medicina legale sono valutati da una Commissione composta da dieci membri oltre al presidente, che è designato dal Presidente del Consiglio superiore di sanità. In tutte le cause di responsabilità professionale dei sanitari e dei dirigenti, la nomina del terzo arbitro ai sensi degli articoli 809 e 810 del codice di procedura civile e dei consulenti tecnici d'ufficio ai sensi dell'articolo 61 del codice di procedura civile dovrà quindi essere effettuata tra le persone iscritte all'albo.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Assicurazione obbligatoria)

1. Le strutture sanitarie ospedaliere pubbliche e private stipulano, ai sensi della presente legge, l'assicurazione per la responsabilità civile nei confronti degli assistiti, con imprese autorizzate all'esercizio dell'assicurazione della responsabilità civile.

2. L'assicurazione di cui al comma 1 è stipulata per somme non inferiori a quelle stabilite con apposito decreto emanato annualmente dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro della giustizia e con il Ministro delle attività produttive. Il decreto è emanato per la prima volta entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

3. Le tariffe dei premi e le condizioni generali di polizza sono approvate e modificate con decreto del Ministro delle attività produttive ed applicate di diritto ai contratti di assicurazione, con decorrenza dalla prima scadenza di premio successiva alla data di pubblicazione del relativo decreto nella *Gazzetta Ufficiale* e comunque dal trecentosessantacinquesimo giorno successivo alla suddetta pubblicazione.

Art. 2.

(Responsabilità)

1. La responsabilità civile per danni a persone causate dal personale sanitario medico e non medico, ivi compresa la dirigenza, occorsi in una struttura ospedaliera pubblica o privata, è sempre a carico della struttura stessa. La responsabilità si estende a tutte

le prestazioni erogate, incluse le attività ambulatoriali e diagnostiche.

2. La struttura ospedaliera può avviare azione disciplinare ed eventuale azione di rivalsa contro i dirigenti e i dipendenti responsabili del danno, qualora la relativa sentenza sia passata in giudicato.

Art. 3.

(Risarcimento del danno)

1. Il danneggiato a seguito di prestazioni sanitarie erogate da strutture sanitarie ospedaliere pubbliche e private esercita azione diretta per il risarcimento del danno nei confronti dell'assicuratore.

2. In mancanza di accordo tra le parti, la controversia può essere deferita, su proposta del danneggiato e previa accettazione della controparte, ad un collegio arbitrale composto da tre membri, dei quali due designati da ciascuna delle parti con forme e modalità di cui all'articolo 810 del codice di procedura civile.

3. Il procedimento, il lodo e le impugnazioni devono essere svolti in conformità agli articoli da 816 a 831 del codice di procedura civile. Il procedimento si conclude nel termine di novanta giorni da quello in cui è avvenuta l'ultima accettazione da parte degli arbitri, salvo che le parti, di comune accordo, concordino un termine diverso

Art. 4.

(Albo nazionale e Commissione per le vertenze di responsabilità medica e dei dirigenti)

1. È istituito l'albo nazionale degli arbitri e dei consulenti tecnici d'ufficio per le vertenze riguardanti la responsabilità dei dirigenti e la responsabilità professionale del personale sanitario, di cui possono far parte gli iscritti all'albo della specializzazione in

medicina legale, esperti in organizzazione sanitaria, nonché soggetti laureati in medicina e chirurgia e abilitati alla professione di medico-chirurgo.

2. I candidati non iscritti all'albo della specializzazione in medicina legale sono valutati da una Commissione composta da dieci membri oltre al presidente, con modalità di nomina e durata in carica stabilite con il decreto di cui al comma 4. Il presidente del Consiglio superiore di sanità designa il presidente della Commissione.

3. Ciascun iscritto all'albo può chiedere l'annotazione, accanto al suo nominativo, di una o più specialità, dimostrando specifiche esperienze medico-legali in quel settore disciplinare. Il titolo di specializzazione nei singoli settori non costituisce requisito sufficiente per ottenere l'annotazione.

4. Le modalità di costituzione dell'albo e della Commissione di cui al presente articolo sono stabilite con decreto del Ministro della salute, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge. L'albo è aggiornato ogni due anni.

Art. 5.

(Nomina degli arbitri e dei consulenti tecnici d'ufficio)

1. In tutte le cause di responsabilità professionale dei sanitari e dei dirigenti, la nomina del terzo arbitro ai sensi degli articoli 809 e 810 del codice di procedura civile e dei consulenti tecnici d'ufficio ai sensi dell'articolo 61 del medesimo codice è effettuata tra persone iscritte all'albo di cui all'articolo 4 della presente legge.

2. Qualora la vertenza riguardi una materia specialistica, ciascuna parte ha diritto di chiedere con apposita istanza che la nomina avvenga tra gli iscritti all'albo che abbiano l'annotazione nella disciplina oggetto del contenzioso.

3. In caso di controversie sulla sussistenza dei requisiti di cui al comma 2, ovvero su quale sia la disciplina specialistica oggetto del giudizio, decide il giudice con propria ordinanza.

