

**Audizione presso la Commissione Igiene e Sanità  
nell'ambito dell'esame dei disegni di legge n. 2224 e connessi  
(responsabilità professionale personale sanitario)**

FIMMG, Associazione professionale e organizzazione sindacale più rappresentativa dei Medici di Medicina Generale, e ScudoMedico, Associazione nata nel 2014 nell'ambito di FIMMG, impegnata nella promozione di iniziative di ricerca e studio, anche in ambito comunitario, sui principi legislativi in materia di responsabilità professionale e sui criteri di risarcimento, seguono da mesi e con estremo interesse l'iter del disegno di legge sulla responsabilità professionale del personale sanitario anche attraverso una serie di approfondimenti tecnici sul testo e di confronto con esperti della materia.

Va innanzitutto sottolineato un sostanziale apprezzamento per un provvedimento, già approvato dalla Camera dei Deputati e ora all'esame di questa Commissione, che senza dubbio costituisce per la categoria medica un progresso nell'ambito della responsabilità professionale, da molto tempo tragiurato e atteso, nonché elemento di maggiore equità risarcitoria.

Risulta di particolare pregio il lavoro svolto finora nel corso dell'iter parlamentare, che ha saputo migliorare diversi aspetti relativi in particolare all'attività di gestione del rischio clinico, alla natura extracontrattuale della responsabilità anche per il medico di medicina generale, ridelineando con maggiore chiarezza l'azione di rivalsa e la garanzia assicurativa.

L'interesse in questo importante cambiamento si pone nel dare finalmente una svolta e un chiarimento in una materia spesso ambigua e troppe volte campo di controversie, coinvolgendo tutti i medici interessati e delineando la normativa di riferimento sulla concreta possibilità di darvi esecuzione.

Il provvedimento approvato alla Camera, ora adottato come testo base dalla Commissione Igiene e Sanità, riconosce la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute cercando un equilibrio tra le garanzie degli operatori sanitari, per uno svolgimento più sereno della professione medica, e la tutela indispensabile dei diritti dei cittadini. Rilevante in particolare l'aver affermato, a

seguito di numerosi confronti, che alle attività di prevenzione e gestione del rischio deve concorrere tutto il personale sanitario, compresi i liberi professionisti in regime di convenzione con il SSN.

Primo traguardo è sicuramente rappresentato dal “doppio binario” della responsabilità contrattuale in capo alle strutture sanitarie ed extracontrattuale per i professionisti. La corretta qualificazione a livello normativo del reale rapporto tra struttura sanitaria e paziente da una parte e tra professionista-medico e paziente, dall'altra, fa sì che la natura giuridica della responsabilità civile dell'operatore sanitario sia qualificata in virtù del peculiare servizio che questi offrono alla comunità, anche in considerazione del rapporto che i professionisti hanno con le strutture sanitarie.

Persistono, tuttavia, alcune importanti criticità che dovranno essere affrontate e sulle quali si auspica un produttivo confronto, al fine di realizzare un lavoro completo e rispondente all'importante obiettivo di cambiamento che il legislatore si pone di raggiungere.

Di seguito vengono analizzate e commentate le criticità ritenute più rilevanti in riferimento al ddl 2224 *“Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario”*, adottato come testo base dalla Commissione, e vengono avanzate alcune proposte di modifica.

- ***Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida (Art. 5 ddl 2224)***

Punto di rilievo, che ha costituito e che ancora costituisce un terreno fertile di ambiguità e di difficoltà interpretative, è sicuramente il tema delle linee guida.

Viene ribadita l'importanza dell'adesione alle linee guida e alle buone pratiche clinico-assistenziali. Il richiamo alle linee guida, tuttavia, appare inidoneo in quanto esse consistono in mere raccomandazioni prive di valore vincolante per l'agire medico: quest'ultimo, infatti, sarebbe tenuto a disattenderle nel caso in cui ci si rendesse conto che la soluzione clinica migliore, più adeguata alle peculiarità del paziente e del caso concreto, divergesse dal contenuto delle stesse. La norma, così prevista, potrebbe, infatti, incentivare un appiattimento acritico del medico, il quale, nella speranza di andare esente da responsabilità, finirebbe per agire non più secondo i criteri della buona pratica professionale (fondata sulle conoscenze aggiornate, sui principi etici

riconosciuti nel codice deontologico, e nell'interazione con il paziente) ma nel solo rispetto delle linee guida clinico-sanitarie, incentivando in tal modo condotte riconducibili alla cd. *medicina difensiva negativa*; medicina difensiva che, al contrario, il provvedimento si pone di contrastare.

Le linee guida non si sono mostrate adeguate e coerenti con l'attività dei medici professionisti e degli operatori sanitari e, come affermato dalla più recente giurisprudenza, non possono rappresentare uno standard legale preconstituito, ma piuttosto strumenti di indirizzo e di orientamento, privi di prescrittività. Il riferimento, inoltre, alle sole linee guida predisposte dalle Società Scientifiche risulta essere inidoneo per la verticalità degli ambiti di competenza, poiché esse non sono in grado di porsi in una posizione terza e oggettiva, per gli interessi di cui sono portatrici e, di conseguenza, non sono in grado di rappresentare la reale complessità dell'agire medico e le peculiari espressioni delle patologie che possono verificarsi nel singolo individuo.

Tenendo conto dei limiti sopra espressi, si ritiene perlomeno indispensabile, in considerazione delle numerose linee guida prodotte (circa 14 mila) e delle numerose Società Scientifiche che le producono, un momento di sintesi operato da un ente terzo (per esempio l'Istituto superiore di sanità) in collaborazione con la professione (per esempio Federazioni nazionali degli Ordini e dei Collegi).

Risulta, quindi, indispensabile che la legge preveda un'eliminazione del richiamo alle linee guida o perlomeno una revisione della disposizione, chiarendo la natura non vincolante delle stesse, tanto per il medico quanto per il magistrato nella valutazione del caso concreto.

Sono, al contrario, le buone pratiche clinico-assistenziali, cioè la valutazione complessiva basata sulle linee guida riferite alle varie specifiche patologie, le quali vengono riviste e rese applicabili al caso concreto attraverso l'opera professionale del medico, a risultare maggiormente rappresentative della complessità del caso concreto nella medicina moderna e dell'approccio olistico della medicina di famiglia in particolare. Sono quest'ultime che devono essere valorizzate, rappresentando un elemento costitutivo per la buona riuscita dell'atto medico.

- ***Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria (Art. 6 ddl 2224)***

In relazione al tema della *Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria*, si pone come imprescindibile un approfondimento sull'*intentio legis*. La *ratio* del legislatore volta ad ampliare la depenalizzazione della condotta medica a tutte le ipotesi di colpa grave (imperizia,

negligenza e imprudenza) necessita di un chiarimento in quanto potrebbe risultare rischiosa e contraria ad una logica sistematica dell'ordinamento penale, tale da condurre, quasi certamente, ad una non-applicazione da parte della magistratura. La recente giurisprudenza ha, già, infatti, mostrato, di non accogliere la tesi di una depenalizzazione totale della colpa lieve, ritenendo che il rispetto delle linee guida, quali regole di perizia, possa comportare la sola depenalizzazione dell'imperizia.

- ***Obbligo di assicurazione (Art. 10 ddl 2224)***

La previsione di una copertura assicurativa che tuteli non solo tutte le strutture sanitarie pubbliche e private ma anche tutti gli esercenti la professione sanitaria inclusi i liberi professionisti, risulta di particolare rilievo, tuttavia sarebbe auspicabile rendere tale copertura "un'obbligazione a stipulare" per le compagnie di assicurazione, affinché si delinei un quadro normativo armonico e completo per tutti i soggetti coinvolti.

Appare prioritario prevedere un obbligo a contrarre per le compagnie assicurative, poiché allo stato, a fronte dell'obbligo per il medico di assicurarsi, non è previsto un correlativo obbligo a contrarre per le compagnie. Tale modello risulta essere asimmetrico e tale circostanza potrebbe ingenerare un aumento dei contenziosi e un conseguente aumento dei premi di polizza. Solo delineando un sistema simmetrico che preveda un obbligo assicurativo di entrambi i soggetti coinvolti si potrà raggiungere una maggiore sostenibilità della responsabilità medica.

La previsione di un decreto del Mise, adottato di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentiti l'IVASS, l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA), la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate, nonché le associazioni di tutela dei pazienti, che determini i requisiti minimi delle polizze assicurative, costituirebbe un importante traguardo se delineato correttamente nelle modalità, nei tempi e nel processo decisionale.

- ***Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria (Art. 14 ddl 2224)***

Tale disciplina apre all'annosa questione del finanziamento del Fondo di garanzia, non essendo quest'ultimo a carico dello Stato, ma prevedendo che il finanziamento sia a carico delle imprese assicuratrici.

La previsione potrebbe incrementare il disinteresse delle Compagnie per questa parte di mercato, poiché, da un lato, queste sono escluse nelle ipotesi in cui le ASL intraprendano la strada della auto ritenzione del rischio, dall'altro sarebbero obbligate a far fronte al finanziamento del Fondo di Garanzia, in misura percentuale sui premi assicurativi, scaricando con tutta probabilità il costo sugli assicurati e questi ultimi sugli assistiti.

Manca poi, in tale disposizione - augurando che sia ben delineato nel Regolamento da adottare con decreto del MISE (comma 1, art. 14) - un riferimento al limite, o massimale, che ciascuna ASL è tenuta ad impiegare o prevedere in bilancio per i costi di autogestione del rischio, nonché una norma volta a delineare la partecipazione al Fondo di garanzia delle strutture sanitarie che abbiano istituito forme di auto-gestione, secondo criteri oggettivi che permettano un contributo congruo e adeguato.

Inoltre, l'assenza di una previsione chiara sulla delimitazione di un massimale minimo di polizza assicurativa potrebbe ingenerare condotte elusive da parte delle strutture e dei professionisti, volte ad acquistare massimali molto bassi, compromettendo la tenuta del sistema, senza considerare peraltro che il comma 7 dell'articolo 14 del ddl prevede la possibilità per il Fondo di Garanzia, le cui modalità di intervento saranno delineate in apposito regolamento, di agire in regresso nei confronti del responsabile del sinistro.

Appare, quindi, debole o eccessivamente perentoria la disposizione della normativa, per cui si auspica una integrazione della stessa tenendo conto del pericolo che tale modello, non tenendo conto dell'istituto dell'auto-ritenzione, risulti parziale e possa divenire particolarmente gravoso per le compagnie assicuratrici, facendo riversare il costo finale sull'esercente la professione sanitaria, con particolare riferimento al medico che svolga la propria attività in una struttura sanitaria in regime di autogestione del rischio.

Alla luce di quanto sopra evidenziato, si auspica un coinvolgimento delle associazioni di categoria e delle Federazioni nazionali di Ordini e Collegi in occasione dell'istituzione del Fondo.

- ***Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio, dei consulenti tecnici di parte e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria (Art. 15 ddl 2224)***

Per quel che concerne la disciplina della nomina dei consulenti tecnici d'ufficio, dei consulenti tecnici di parte e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria, si sottolinea la necessità di specificare che l'autorità giudiziaria è tenuta ad affidare l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia ad un medico legale, ad uno specialista o professionista con comprovata esperienza nella disciplina oggetto del giudizio nei casi implicanti la valutazione di problemi tecnici complessi, prevedendo e prescrivendo una riformulazione dei criteri relativi alla revisione degli albi, facendo leva più che sul numero degli incarichi conferiti, sull'esperienza professionale maturata nel campo specifico di interesse, soggetto a controlli e aggiornamenti periodici che comprovino l'adeguata professionalità e capacità dei tecnici.

Giacomo Milillo

Segretario Generale Nazionale Fimmg

Roberto Venesia

Presidente ScudoMedico