

Audizione degli ortopedici italiani rappresentati da SIOT-NUOVA ASCOTI- OTODI-AUOT

XII Commissione Igiene e Sanità
Senato della Repubblica - 16 marzo 2016



Ortopedia e Traumatologia

La **SIOT** (Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia), la **OTODI** (Ortopedici Traumatologi Ospedalieri d'Italia), l'**AUOT** (Accademia Universitaria di Ortopedia e Traumatologia), insieme alla **Nuova ASCOTI** (Associazione sindacale Chirurghi Ortopedici Traumatologi Italiani) **rappresentano circa 7.000 ortopedici**, tra medici ospedalieri e universitari, che operano tanto nel settore pubblico quanto nel settore privato.



Ortopedia e Traumatologia

L'Ortopedia e Traumatologia occupa i primi posti tra le specialità chirurgiche coinvolte nei contenziosi giudiziari.

Pertanto, le società hanno da sempre investito risorse atte ad approfondire e studiare le cause di questo fenomeno, al fine di evidenziare le criticità di un sistema tanto complesso ed elaborare proposte utili a prevenire gli eventi avversi in ambito sanitario, perché conoscere gli aspetti peculiari della responsabilità professionale risulta essere indispensabile.



Art. 1 (*Sicurezza delle cure in sanità*)

- Si propone che le attività di prevenzione del rischio di cui al comma 3 siano messe in atto sia dalle **aziende sanitarie pubbliche** che dalle **strutture sanitarie private**.



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

- È bene precisare che le linee guida che possono avere valore in un giudizio sono quelle redatte dalle società scientifiche di **forte prestigio** e **maggiormente rappresentative** nelle diverse specialità, validate da autorevoli organismi tecnico-professionali, quali in Italia l'Istituto Superiore di Sanità.

Perciò è auspicabile che siano condivisi con le Società Scientifiche i criteri di accreditamento delle medesime.

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

- È necessaria la previsione di una disciplina transitoria o, quantomeno, di coordinamento con la normativa esistente, come, nella specie, l'art. 3, comma 1, della L. n. 189/2012: *“L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo”*.



Art. 7 (Responsabilità della struttura e dell'esercente la professione sanitaria per inadempimento della prestazione sanitaria)

- Il disegno di legge ha il pregio di distinguere tra responsabilità della struttura e responsabilità del medico, inquadrando la responsabilità del medico in ambito extracontrattuale, mentre ha confermato l'orientamento giurisprudenziale che, con riguardo alla struttura sanitaria, privilegia l'inquadramento in ambito contrattuale.

Art. 8 (*Tentativo obbligatorio di conciliazione*)

- È auspicabile che anche in tale procedimento, per la nomina dei Consulenti tecnici, siano osservati i criteri di cui all'articolo 15 del disegno di legge.

Art. 9 (*Azione di rivalsa*)

- Da considerare con favore che l'azione di rivalsa sia stata limitata "*in caso di colpa grave*", nella misura che non può superare "*una somma pari al triplo della retribuzione lorda annua*".

La sottrazione alla giurisdizione della Corte dei Conti, tuttavia, di una parte dei dipendenti pubblici (appunto, gli esercenti le professioni sanitarie), potrebbe dare luogo a questioni di legittimità costituzionale.

E' da verificare se un massiccio ricorso alla giustizia ordinaria, non solo non è efficace rispetto all'effettiva domanda di tutela, ma finisce per produrre un aggravio di costi.

Non è possibile escludere a priori, un'implementazione delle azioni di rivalsa nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie, soprattutto in quelle realtà che a livello aziendale operano una gestione diretta o mista del rischio.

Va specificato se la misura del triplo della retribuzione lorda annua si applica anche agli esercenti le professioni sanitarie che all'interno delle strutture operano in maniera occasionale o con contratti inferiori all'anno.

Art. 9 (*Azione di rivalsa*)

- Si propone, inoltre, di sostituire il meccanismo dell'azione di rivalsa previsto nel DDL in discussione - in particolar modo per quanto concerne la limitazione della somma cui potrebbe essere chiamato a rispondere l'esercente la professione sanitaria - con quello contenuto nello **SCHEMA DI TESTO UNIFICATO PER I DISEGNI DI LEGGE NN. 6, 50, 352, 1067 e 1183 - Presentato nel corso della 16° Legislatura - relatore Sen. M. Saccomanno**

“ (...) 3. La struttura ospedaliera può avviare azione disciplinare contro i dipendenti responsabili del danno qualora il fatto sia stato commesso con dolo. Solo in caso di dolo può essere avviata azione di rivalsa nei confronti dei sanitari responsabili.

4. In caso di colpa grave per imperizia e negligenza con sentenza passata in giudicato, il direttore generale, sentito il collegio di direzione, può disporre nei confronti del dipendente il parziale recupero del risarcimento del danno riconosciuto; l'ammontare, fissato in modo equitativo, è recuperato attraverso trattenute sullo stipendio, nella misura massima del quinto, per un periodo comunque non superiore a cinque anni”.

Art. 10 (*Obbligo di assicurazione*)

- Alla previsione di un'assicurazione obbligatoria sia per tutte le strutture sanitarie, sia per tutti gli esercenti le professioni sanitarie - che nelle intenzioni del legislatore dovrebbe garantire alle parti che si trovano in un rapporto potenzialmente conflittuale, un livello più accettabile di tutela, offrendo al danneggiato certezza e rapidità nel risarcimento - deve essere previsto:
 - uno speculare **obbligo** a contrarre per le imprese autorizzate all'esercizio dell'assicurazione della responsabilità civile con i soggetti che ne facciano richiesta.
 - Ove non sia possibile introdurre un obbligo a contrarre a carico delle imprese di assicurazione, quantomeno che **le medesime compagnie non possano disdettare la polizza dopo il verificarsi di ogni sinistro.**
 - L'identificazione rigorosa di parametri di giudizio da utilizzare per verificare l'effettiva equivalenza delle misure organizzative alternative alle polizze r.c. sanitaria, al fine di verificare che le cd. **analoghe misure** sono in grado di offrire un livello di certezza, garanzia e pronta risarcibilità del sinistro analogo a quello dell'impresa abilitata ad operare nel ramo danni, in un'ottica di adeguata tutela sia del paziente che degli operatori sanitari.

Art. 11 (*Estensione della garanzia assicurativa*)

- E' da specificare che le previsioni relative all'operatività delle polizze assicurative in termini di retroattività e ultrattività non siano *agganciate* all'approvazione del Decreto Ministeriale di cui all'articolo 10, comma 6.

Sarebbe indispensabile specificare che le polizze assicurative devono coprire la cd. "postuma" per tutto il periodo di prescrizione relativamente ad un evento che si sia verificato temporalmente nella vigenza della polizza, **compreso il periodo di retroattività.**

Art. 15 (Nomina dei ctu, dei ctp, e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria)

- Proponiamo di:
 - prevedere normativamente **un obbligo di affidare gli incarichi di C.T.U. in tema di colpa professionale sanitaria ad un collegio di consulenti** costituito da uno specialista in medicina legale e da uno specialista nella disciplina oggetto della controversia, quest'ultimo con competenza specifica nel processo clinico da valutare.
 - la **partecipazione delle Società Scientifiche nell'indicazione degli elenchi di specialisti**, e la partecipazione, in maniera stabile, alla Commissione istituita presso i tribunali per l'approvazione delle domande di iscrizione all'albo;
 - la **pubblicazione** sui portali dei Tribunali dei CV degli iscritti all'albo;
 - l'acquisizione nel fascicolo processuale del CV dei consulenti nominati.

Da considerare

- L'inserimento della definizione di **atto medico** nella legislazione italiana, per superare quell'indeterminatezza del contesto in cui opera concretamente il medico e ridare dignità al suo operato di fronte alla crescente diffidenza dei cittadini, come segue: *“I trattamenti medico-chirurgici adeguati alle finalità terapeutiche ed eseguiti secondo le regole dell'arte da un esercente una professione medico-chirurgica o da altra persona legalmente autorizzata allo scopo di prevenire, diagnosticare, curare o alleviare una malattia del corpo o della mente, non si considerano offese all'integrità fisica”*.

Da considerare

- L'istituzione di un **FONDO NAZIONALE PER LE VITTIME DELLA CD. "ALEA TERAPEUTICA"**, cioè a garanzia di specifiche e gravi ipotesi di "*patologie a rischio*" da individuarsi con decreto del Ministro della salute, con la funzione precipua di **indennizzare** i pazienti che hanno subito dei danni non riconducibili a responsabilità professionale del personale sanitario e/o della struttura.

Da considerare

- La predisposizione di **tabelle** per la valutazione del danno da attività sanitaria, allo scopo di uniformare i risarcimenti sull'intero territorio nazionale, da zero a cento punti percentuali di danno biologico permanente e temporaneo, compreso il danno da morte.



Prof. Rodolfo Capanna
PRESIDENTE SIOT

On. Dott. Michele Saccomanno
PRESIDENTE Nuova ASCOTI

Dott. Alberto Belluati
PRESIDENTE OTODI

Prof. Biagio Moretti
PRESIDENTE AUOT

GRAZIE



ACCADEMIA
UNIVERSITARIA DI
ORTOPIEDIA E
TRAUMATOLOGIA