



AUDIZIONE PRESSO LA COMMISSIONE IGIENE E SANITÀ DEL SENATO DDL N. 2224 E CONNESSI

PREMESSA

Il Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani (S.N.A.M.I.) e ASSOMEDICO, associazione di ricerca e sviluppo degli strumenti a supporto dell'attività medica, nata nel 1994, collaborano pariteticamente al fine di individuare i migliori strumenti in ambito assistenziale, previdenziale, finanziario e assicurativo, a supporto dell'attività professionale e umana dei medici.

SNAMI, è tra le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, sia della dipendenza, sia dei medici convenzionati con il SSN. Per quanto riguarda i medici di medicina generale è la seconda organizzazione sindacale maggiormente rappresentativa a livello nazionale. Lo SNAMI è dunque un'associazione sindacale autonoma, polisettoriale, **nata più di 30 anni or sono per promuovere, valorizzare e sostenere il ruolo professionale dei Medici. L'Associazione non persegue finalità di lucro ed ha come scopo fondamentale la tutela di tutti gli interessi connessi alla attività professionale del Medico**, in particolare:

- La salvaguardia della dignità, della libertà e dell'indipendenza professionale, secondo le norme costituzionali, deontologiche, e la propria coscienza morale, al fine di assicurare una valida, corretta e qualificata assistenza;
- Interpretare e realizzare la politica di tutti i settori che lo compongono; per tali scopi e per la tutela dei suoi iscritti, lo S.N.A.M.I., intraprende ogni iniziativa finalizzata al rinnovo delle convenzioni e dei contratti nazionali di categoria qualunque sia la loro qualifica ed il loro rapporto con strutture pubbliche e private;
- Mantenere sempre la più completa indipendenza nei confronti degli organi di Governo, delle Aziende pubbliche e private, delle altre organizzazioni sindacali.

– Favorire e promuovere il collegamento con altre Organizzazioni sindacali mediche libere e rappresentative, Nazionali, dell'U.E. ed Internazionali allo scopo di raggiungere l'unità dei medici.

Più in particolare, per quanto riguarda l'Area dei medici convenzionati con il SSN, lo SNAMI è il secondo sindacato maggiormente rappresentativo a livello nazionale.

ASSOMEDICO, associazione intersettoriale medica senza scopo di lucro (medici dipendenti, convenzionati e liberi professionisti), nasce dalla volontà e dalla sinergia di diversi professionisti, non solo medici, nel 1994 sulla base di valori fondanti come: la mutualità, la solidarietà, la trasparenza l'innovazione e l'interesse comune.

In più di vent'anni di attività, Assomedico ha contato oltre quarantamila iscritti cui dedicare le proprie risorse e la propria attività di ricerca dei migliori strumenti di supporto dell'attività professionale. Questo continuo contatto con gli associati e con le loro problematiche quotidiane di livello professionale e umano, ha fatto sì che l'Associazione sviluppasse naturalmente una vocazione al dibattito e al confronto che, negli anni è sfociata in attività scientifica di ricerca di quanto di meglio fosse a disposizione sul mercato a favore delle categorie mediche. Gli anni di attività dedicati allo studio delle problematiche e alla ricerca delle soluzioni hanno fatto di Assomedico l'unico punto di riferimento integrato nel mondo medico in ambito assicurativo, previdenziale e finanziario.

Una natura che, da sempre si nutre di due ordini di attività complementari: il controllo e la valutazione di quanto offre il mercato ai medici e la divulgazione dei risultati conquistati attraverso l'impegno culturale votato all'approfondimento dei temi di interesse categoriale e intercategoriale medico.

Tutta questa attività, dopo oltre un ventennio, presenta Assomedico come un'identità a sé stante, con una struttura organizzativa specifica ed idee nuove ed originali che, nell'ultimo periodo, hanno permesso all'Associazione di affacciarsi su altri crinali professionali, tant'è che, oggi, Assomedico è divenuta "Assomedico – Assoprof", avendo aperto anche al mondo dei Commercialisti, degli avvocati e degli intermediari di assicurazione e bancari.

Per quanto attiene al mondo sanitario, come detto, Essa è un'associazione frutto di un percorso partito negli anni '90 che, attraverso un'attività multiforme, si propone di essere un luogo dove sono importanti i valori, da cui nascono numerose linee d'azione in diversi, ulteriori ambiti, come: la responsabilità sociale, l'innovazione e la promozione culturale.

Per Assomedico la professione medica è una vocazione, e in questo panorama essa si è sempre proposta, attraverso l'analisi e lo studio del mondo medico, di dar vita ad una comunità di medici per la propria tutela e per quella delle future generazioni. Nata, dunque, con l'obiettivo di offrire al medico tutti gli strumenti necessari a garantirgli la massima serenità nell'esercizio della professione e non solo.

Essere Assomedico vuol dire che l'Associazione è i suoi soci, in un partenariato solidale tra associazione e singoli soci, o meglio partner. Partner con i quali ha, nella sua storia associativa, operato nel mondo della sanità; persone che lavorano da sempre, attivamente, per renderla concreta nel quotidiano.

Dal punto di vista organizzativo è dotata di un Consiglio Direttivo costituito da un gruppo di medici di alto livello e importanti professionisti del mondo assicurativo e finanziario. L'architettura dell'associazione si sviluppa perciò proprio a partire dalla forza, che è nel numero stesso dei suoi soci, da una gestione agile e da soluzioni collettive originali. Tra i suoi obiettivi quello di fare della collettività dei propri iscritti un elemento di forza contrattuale ma non sindacale.

Numerose sono state le collaborazioni e le pubblicazioni di Assomedico: sul fronte della RC professionale, a esempio, Assomedico da anni dibatte e si confronta con Europa Medica con cui ha aperto un fruttuoso scambio di esperienze oltre i confini nazionali, finalizzato allo studio in ambito europeo delle problematiche inerenti l'Area Medica. Dal 2010, Assomedico dialoga sulla Responsabilità civile del medico, tra gli altri, con: **AMMA Assurance per il Belgio; La Mutual Medica de Catalunya i Balears, per la Spagna; la Societé Médicale d'Assurance et de Défense Professionnelles e l'Association Générale des Médecins de France, per la Francia; VVAA Groep, per i Paesi Bassi; The Medical Defence Union (MDU) per il Regno Unito.**

In ambito nazionale ha intrapreso una lunga collaborazione con il Tribunale dei Diritti del Malato sul tema della Conciliazione in ambito medico che è tra l'altro sfociata in numerosi corsi di formazione su tale tematica, oltre che nella pubblicazione di un volume monotematico.

Tutta l'attività di ricerca e sviluppo sulle tematiche di interesse la professione medica hanno sempre avuto un unico comun denominatore: coniugare l'interesse del professionista con quello dell'assistito. Una grande responsabilità, alla quale Assomedico risponde con un doppio approccio: la *prevenzione* e la *difesa*, ossia i due pilastri che guidano l'attività vera e propria dell'associazione. Mentre la prevenzione si basa innanzitutto sulla formazione, la difesa si realizza nell'impegno ad individuare soluzioni efficaci per la tutela dell'attività del medico coniugata con la tutela della salute del cittadino. In quest'ottica l'impegno culturale dell'associazione si traduce in un programma di attività che comprende: l'analisi della realtà esistente nei settori di interesse sia a livello nazionale che internazionale, con la collaborazione di esperti nelle materie; lo studio, l'elaborazione e la realizzazione di programmi di natura assicurativa, finanziaria e previdenziale; la promozione di seminari, convegni e di ogni altra iniziativa necessaria alla comunicazione; la promozione di iniziative di ricerca e studio su principi legislativi in materia di responsabilità da medical malpractice e sui criteri di risarcimento; la realizzazione di corsi di formazione non clinica nei confronti dei propri iscritti e di terzi. Assomedico desidera infatti offrire, mediante un'intensa attività di comunicazione e formazione, gli strumenti ed il know-how necessari per evitare il possibile conflitto. Nella politica di sviluppo dell'associazione ha inoltre da sempre rivestito un ruolo di prim'ordine

l'approfondimento delle tematiche legate al fabbisogno allocativo, ai determinanti della salute e alla lotta alla medicina difensiva.

ANALISI DEL DDL

Sulla base dell'esperienza pluridecennale delle due Organizzazioni si rilascia il presente documento di sintesi relativo all'analisi del ddl 2224 e connessi (responsabilità professionale personale sanitario).

Al fine di poter valutare appieno la portata innovativa e positiva della grande parte del testo di disegno di legge n. 2224, si deve considerare la cornice di riferimento attuale in cui va a incidere, regolamentando, nella attuale situazione del mercato assicurativo, alcuni confini di rischio che oggi sono assolutamente indefiniti. In tale ottica, il testo in esame tiene certamente conto del fatto di dover coniugare interessi finora contrapposti (professionisti, cittadini, strutture sanitarie e compagnie di assicurazione) elevando a sistema un meccanismo di raffreddamento del conflitto attraverso una ripartizione coerente e bilanciata delle responsabilità.

Per la categoria dei medici, dipendenti o convenzionati del SSN, questo disegno di legge suona come una assoluta rivoluzione rispetto al sistema attuale dove a fronte dell'altissimo rischio di vedersi imputata una responsabilità, fa riscontro quasi il 90% di casi posti senza seguito dalle compagnie di assicurazione. In parole povere, ciò significa comunque alti costi di gestione che continuano a spingere verso l'alto i premi di assicurazione. Infatti, la denuncia di sinistro, di per se, ha il potere di generare in ogni caso una serie di costi che vanno a gravare sui bilanci delle compagnie che sono costrette per legge a porre a riserva prudenziale notevoli cifre in uscita. A ciò si aggiungono i costi certi imputabili alla gestione dei sinistri e del contenzioso che generano. Questo circolo "vizioso" ha avuto, e continua ad avere, la forza di alimentare pratiche poco ortodosse di medicina difensiva a danno del SSN, per esami e accertamenti superflui, e di conseguenza in danno del cittadino.

In tutto ciò, il testo di ddl rappresenta certamente uno strumento di tutto rilievo anche a beneficio delle compagnie di assicurazione, che vedrebbero, come innanzi detto, depotenziati i motivi di conflitto e conseguentemente la serie di oneri derivanti dall'apertura di sinistri che, seppure destinati a essere posti senza seguito, causano pesanti oneri gestionali e spese legali inutili. In ciò, a parere dei proponenti, sarebbe opportuno che il testo di legge prevedesse che laddove in sede di giudizio le sentenze inquadrassero la fattispecie di lite temeraria, la parte che ne è stata causa fosse condannata al versamento di una cifra destinata a incrementare il Fondo di Garanzia.

Il provvedimento, in tutto 18 articoli, presenta alcuni punti salienti che vengono di seguito illustrati.

Anzitutto, il Disegno di Legge in esame deve essere letto alla luce del principio della “sicurezza delle cure primarie” il quale può essere adeguatamente perseguito attraverso un’attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario connesso all’erogazione delle prestazioni sanitarie. Sul punto occorre richiamare i commi 538, 539 e 540 della legge di stabilità 2016 (legge 208 del 28 dicembre 2015): viene previsto che tutte le strutture sanitarie pubbliche e private attivino un’adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio (risk management).

Si prevede, per le regioni e le province autonome, la possibilità di affidare al Difensore civico la funzione di garante per il diritto alla salute cui può rivolgersi, gratuitamente, ciascun soggetto destinatario di prestazioni sanitarie.

L’art. 3 del Disegno di Legge tratta dell’istituzione dell’Osservatorio nazionale sulla sicurezza nella sanità, che, se opportunamente indirizzato, può contribuire anche alle funzioni di risk management al fine di circoscrivere le aree di rischio. Si rende auspicabile, affinché funzioni tale meccanismo, che venga rispettato il principio di solidarietà secondo il quale più ampia è la base di assicurati, maggiore è la tenuta della polizza. Tale concetto va, necessariamente, coniugato con il principio di mutualità “ponderata” in virtù del quale la partecipazione degli attori deve essere proporzionale al profilo di rischio connesso alla specializzazione esercitata. Per detti motivi è auspicabile che si effettui un monitoraggio completo e, al contempo, articolato, che tenga conto delle singole specializzazioni mediche. Al fine di garantire un’adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio, appare indispensabile il coinvolgimento condiviso, tra gli attori dell’Osservatorio, delle compagnie di assicurazione.

All’art. 5 viene poi prevista l’istituzione di un elenco di società scientifiche cui spetta l’elaborazione delle linee guida alle quali dovranno attenersi gli esercenti le professioni sanitarie nell’esecuzione delle prestazioni sanitarie.

La disposizione dell’art. 6 circoscrive la configurabilità dei reati di omicidio colposo (art. 589 c.p.) e lesioni personali colpose (art. 590 c.p.) alla sola ipotesi in cui il professionista, nell’esercizio della propria attività, abbia agito con colpa grave e introduce l’art. 590-ter del Codice Penale chiamato a disciplinare la c.d. “Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario”. Occorre infatti considerare che la colpa grave risulta esclusa se l’esercente la professione adotta un comportamento conforme a quanto stabilito dalle linee guida sopra citate (avendo, però, riguardo alle specificità del caso concreto) e non abbia tralasciato le buone pratiche cliniche assistenziali. Si tratta, pertanto, di un provvedimento che dovrebbe condurre alla riduzione delle richieste di risarcimento.

L’aspetto saliente del testo è tuttavia dato dalla distinzione tra la responsabilità contrattuale in capo alla struttura sanitaria (per quanto concerne il rapporto tra questa ed il paziente) ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c. (tale disciplina si applica anche alla libera professione intramuraria e alla telemedicina) e la responsabilità di natura extracontrattuale per gli esercenti la professione (nell’ambito del rapporto tra questi e i pazienti) ex art. 2043 c.c.. Rispetto all’attuale regime, il dato rivoluzionario di questo testo è il cambiamento del concetto di responsabilità soprattutto

per il personale sanitario dove la responsabilità diventa extracontrattuale da contrattuale. Questo vuol dire che si modifica il termine di prescrizione da 10 a 5 anni, con l'inversione dell'onore della prova. Ovvero non sarà più il personale sanitario a dover dimostrare la propria diligenza professionale ma un eventuale danno dovrà essere provato da chi ne farà richiesta. Allo scopo di definire l'ambito dei due tipi di responsabilità, contrattuale ed extracontrattuale, basterà notare che, mentre la prima consegue all'inadempimento di un'obbligazione preesistente, la seconda si ha quando un soggetto cagiona ad altri un danno ingiusto senza essere legato da alcun rapporto. La disciplina cui è assoggettata ciascuna forma di responsabilità presenta connotati differenti, benché sussistano norme comuni quali l'articolo 2056 c.c. che, in ordine alla determinazione del risarcimento, rinvia ai criteri dettati in tema di responsabilità contrattuale. Una prima diversità attiene all'onere della prova. Mentre nella responsabilità extracontrattuale esso è a carico del danneggiato (attore) per la dimostrazione del fatto illecito in tutti i suoi elementi, incluso l'atteggiamento soggettivo dell'autore (colpa o dolo), in quella contrattuale l'onere della prova è invertito: in ogni caso di inadempimento il legislatore presume la colpa del debitore esonerando l'attore dal relativo onere probatorio. Si tratta certamente di una presunzione relativa e da ciò deriva che il debitore può liberarsi da ogni responsabilità provando l'assenza di colpa e cioè che l'impossibilità di adempiere è derivata da causa a lui non imputabile. Ulteriore diversità è nella valutazione del danno. Nella responsabilità extracontrattuale, infatti, vanno risarciti tutti i danni siano essi prevedibili o non prevedibili; in quella contrattuale, quando non si ravvisi il dolo, sono da risarcire solo i danni prevedibili al momento in cui è sorta l'obbligazione. Occorre infine soffermarsi sul diverso modo di atteggiarsi della prescrizione. L'articolo 2947 CC introduce una prescrizione breve di cinque anni per il risarcimento del danno da illecito extracontrattuale. Viceversa in campo contrattuale, stante l'esplicito riferimento dell'articolo 2947 c.c. al fatto illecito, si applica la regola generale dell'articolo 2946 c.c. che prevede il termine di decorrenza decennale.

Condizione di procedibilità della domanda giudiziale di risarcimento è costituita dalla proposizione del ricorso ex art. 696bis per l'espletamento di una consulenza tecnica preventiva ai fini della composizione della lite. La partecipazione a tale procedimento è obbligatoria per tutte le parti, comprese le imprese di assicurazione di cui all'art. 10 e gli effetti della mancata partecipazione sono disciplinati dall'art. 8. In termini di Conciliazione valutiamo che il Decreto faccia chiarezza sui meccanismi conciliatori quando dispone l'obbligatorietà del ricorso all'art. 696 bis C.p.c, giacché supera la disposizione del Dlgs 28 del 2010 che a settembre 2013 è stato ridisegnato ed introdotto però solo in via sperimentale per 4 anni.

L'art. 10 sancisce l'obbligo di assicurazione, per la responsabilità civile, a carico:

- comma 1: delle strutture pubbliche e private che erogino prestazioni sanitarie (tale obbligo sussiste anche rispetto alla libera professione intramuraria e alla telemedicina);

- comma 2: degli esercenti attività sanitaria in forma libero-professionale (rif. obbligo ex art. 3, comma 5, lettera e) della legge n. 148 del 2011, art. 5 DPR n. 137 del 2012, art. 3, comma 2 della legge n. 189 del 2012);

- comma 3: degli esercenti attività sanitaria, a qualsiasi titolo in strutture pubbliche o private, al fine di garantire efficacia all'azione di rivalsa di cui all'art. 9.

Si osserva in proposito che la disposizione del primo periodo si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale, libera professione intramuraria nonché attraverso la telemedicina. Si valuta opportuno il coinvolgimento dei medici convenzionati con il SSN addetti all'erogazione delle prestazioni di cui all'art.8 comma1 del dlgs 502/92 e s.m.i., giacché medici organicamente inseriti nelle strutture delle aziende sanitarie e che con queste intrattengono rapporti di para-subordinazione equivalenti al rapporto di dipendenza per quanto riguarda la pianificazione e la programmazione delle attività sanitarie, oltreché equivalenti in termini di diretta responsabilità rispetto alle funzioni di pubblica utilità che svolgono.

Appare necessario osservare, da ultimo, che al fine di garantire l'effettività dell'obbligo del professionista sanitario di dotarsi di apposita copertura assicurativa, le compagnie di assicurazione operanti sul territorio nazionale debbono contrarre tali coperture. Pensiamo a quanto già fatto con la legge 990/1969, con la quale, tra l'altro, si stabiliva un massimale congruo ed un minimo di garanzie "imprescindibili".

L'articolo 11 definisce i limiti temporali delle garanzie assicurative:

- la garanzia si estende ai fatti accaduti durante la vigenza della polizza, denunciati dall'assicurato nei 5 anni successivi alla scadenza del contratto assicurativo;

- la garanzia può essere estesa, dalle imprese assicurative, anche ai fatti accaduti nei 5 anni antecedenti la conclusione del contratto di assicurazione, purché denunciati dall'assicurato durante la vigenza della polizza;

- in caso di cessazione definitiva dell'attività professionale, le imprese assicurative devono prevedere un periodo di ultrattività della copertura rispetto ad eventi verificatisi durante la vigenza della polizza, denunciati entro i 10 anni successivi.

La norma pare poco chiara in quanto unisce caratteristiche di due forme assicurative differenti di cui l'una, la loss occurrence, superata dai fatti e dalla storia, giacché trattasi di coperture con le seguenti caratteristiche: la loss occurrence individua la data di accadimento nel momento in cui si è verificato il fatto che determina la richiesta di risarcimento, mentre la claims made individua tale momento nella data di denuncia, ovvero quando la parte viene a conoscenza della richiesta di risarcimento stessa. Orbene, è di tutta evidenza che l'abbandono della forma loss occurrence è stato causato dall'indeterminatezza della quantificazione, sia numerica sia economica, dei sinistri cosiddetti "tardivi", nonché dalla difficoltà oggettiva di operare una corretta postazione delle riserve da prevedere per mantenere l'equilibrio tecnico. Inoltre la individuazione del sinistro nella data di richiesta del risarcimento è "certa ed immediata" al

contrario dell'esatta individuazione del momento in cui è stato effettivamente commesso il fatto. Al di là della forma assicurativa comunque basterebbe a parere dei proponenti utilizzare strumenti peraltro già esistenti, ricalibrandoli alle nuove esigenze. In particolare, nel caso di sinistro ascrivibile alla compagnia A (che aveva in capo l'assicurato al momento dell'azione che ha successivamente causato la richiesta di risarcimento) denunciato in corso di vigenza di polizza presso altra compagnia B (la prima con postuma e la seconda con pregressa, secondo quanto disposto all'art. 11), lo stesso sinistro dovrebbe automaticamente essere gestito in coassicurazione indiretta, in modo da evitare da una parte conflitti di competenza, dall'altra che il medico si trovi scoperto e il danneggiato garantito solo da eventuali beni della controparte.

Salvo quanto stabilito dall'art. 8 in tema di accertamento tecnico preventivo e limitatamente alla tipologia di polizze di cui all'art. 10 commi 1 e 2, l'art. 12 da un lato riconosce al danneggiato la possibilità di agire direttamente nei confronti dell'impresa assicurativa entro i limiti delle somme per le quali sia stato stipulato il contratto di assicurazione, dall'altro disciplina l'azione di rivalsa dell'impresa d'assicurazione verso l'assicurato.

Particolarmente interessante infine è l'istituzione di un Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria che è alimentato da un contributo a carico delle imprese di assicurazione determinato in base al premio incassato per ciascun contratto assicurativo. Tale Fondo risarcisce i danni cagionati da responsabilità sanitaria solo in 2 ipotesi:

- se il danno sia di importo eccedente rispetto ai massimali previsti dal contratto di assicurazione;
- se l'impresa assicurativa interessata, al momento del sinistro, si trovi in stato di insolvenza o di liquidazione coatta amministrativa.

ANGELO TESTA
PRESIDENTE SNAMI



ALESSANDRO SANTINI
SEGRETARIO GENERALE ASSOMEDICO

