



Tribunale per i diritti del malato¹

Nota per l'audizione informale sui disegni di legge in tema di responsabilità professionale del personale sanitario

Roma, 2 ottobre 2008
via degli Staderari 4

Ufficio di presidenza
integrato dai rappresentanti dei Gruppi
Aula della Commissione Sanità

Cittadinanzattiva intende porre all'attenzione della Commissione Igiene e Sanità del Senato le seguenti considerazioni e proposte.

CONSIDERAZIONI PRELIMINARI

Tutti i dati oggi a nostra disposizione in materia di errori nella pratica medica e assistenziale, per quanto di diversa fonte – Istituzioni internazionali, Ministero della salute, Regioni, assicurazioni, organizzazioni di tutela dei diritti, ecc.. – dimostrano l'urgenza di intervenire, anche al livello legislativo, sulla materia.

Tuttavia, i Disegni di legge in questione – n. 50 Tomassini e Malan e n. 352 Carrara, Bianconi e Colli – partono dal presupposto che va data prioritariamente una risposta al problema dell' "incremento del contenzioso", dell' "accanimento giudiziario dei pazienti"², nonché alla "questione dell'assicurazione della responsabilità civile degli enti che erogano prestazioni sanitarie" e alla "fuga del comparto assicurativo"³ per costi eccessivi. Questo approccio rischia di dare una **risposta inadeguata** ad una questione ben più ampia, come quella degli errori nella pratica medica e assistenziale, che meriterebbe un approccio più ad ampio spettro.

In tal senso sarebbe auspicabile un'integrazione dei testi rispetto a :

1. **prevenzione del rischio** (risk management) – affrontato in modo marginale nei due DDL, in particolar modo nel n.50 - strumento indispensabile per ridurre rischi e, di conseguenza, costi, diretti e indiretti, a carico di operatori e aziende sanitarie. Si potrebbe finalmente prevedere in un'unica norma nazionale quanto applicato, in modo disomogeneo, nelle diverse realtà regionali per il governo del rischio clinico,

¹ Via Flaminia, 53 – 00196 Roma – tel. 06/367181 – fax. 06/36718333 – mail@cittadinanzattiva.it - www.cittadinanzattiva.it

² DDL n. 50, Introduzione.

³ DDL n. 352, Introduzione.





considerando la **qualità e la sicurezza delle cure come parte integrante dei Livelli Essenziali di Assistenza**, da garantire uniformemente su tutto il territorio nazionale. Gli strumenti a disposizione oggi sono molteplici: unità di gestione del rischio, servizi di ingegneria clinica, mappatura dei rischi, studio delle cartelle cliniche, monitoraggio e analisi degli eventi avversi, incident reporting, - ossia la segnalazione volontaria di eventi avversi da parte degli operatori, valutazione dei sinistri, campagne periodiche di sensibilizzazione del personale (corretta identificazione del paziente, lavaggio delle mani, la prevenzione delle cadute, ecc).

2. **formazione e informazione** del personale sui rischi– è ormai acclarato che in materia di sicurezza i comportamenti del personale sono determinanti; in tal senso sarebbe auspicabile revisionare il sistema ECM e valorizzare le competenze specifiche delle Organizzazioni di tutela dei diritti;
3. **valorizzazione** delle competenze degli operatori sanitari– un sistema di valutazione delle competenze teorico/pratiche e delle capacità di comunicazione/informazione nei confronti del paziente concorrerebbe alla rimozione delle criticità esistenti e alla valorizzazione della professionalità e dell'eccellenza;
4. **sanzioni** delle cattive pratiche – è necessario mantenere invariato l'attuale profilo di responsabilità professionale degli operatori sanitari così come previsto dall'attuale normativa (art. 2043, 2236, 1176 c.c.), che al contrario viene depotenziato dall'art. 1 comma 4 del DDL n. 50 e dall'art. 2 comma 6 del DDL n. 352, nelle parti in cui si prevede la parziale rivalsa da parte delle strutture nei confronti del personale responsabile per i danni cagionati a terzi;
5. **valutazione dei dirigenti** – anche la gestione/organizzazione dell'attività medica e assistenziale attuata dai dirigenti della Aziende Sanitarie incide profondamente sul grado di sicurezza e qualità delle cure erogate; per tale motivo i Ddl in questione non possono non affrontare in tal senso i temi della valutazione dei dirigenti e della partecipazione delle organizzazioni di tutela del diritto alla salute all'interno dei nuclei di valutazione degli stessi;
6. **partecipazione dei cittadini** – la partecipazione delle Organizzazioni di tutela dei diritti alla definizione, implementazione e valutazione delle politiche sanitarie, prevista dall'art. 118 u.c. della Costituzione, attuata già da alcune realtà territoriali anche rispetto alla gestione e prevenzione del rischio clinico, non trova alcuna sistematizzazione nei DDL in discussione;

e una **riformulazione delle parti relative a:**

1. **accreditamento delle strutture sanitarie** – troppo spesso l'accreditamento delle strutture sanitarie ha rappresentato una mera formalità amministrativa alla quale adempiere; in tal senso è necessario, al fine di garantire la reale qualità e sicurezza delle cure, riscoprire il valore sostanziale dell'atto, nonché l'importanza della relativa verifica





periodica rispetto al persistere nel tempo dei requisiti che ne hanno permesso il rilascio;

2. **assicurazioni**- concordiamo rispetto all'obbligo delle Aziende Sanitarie di dotarsi di copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi, ciò nonostante affermiamo la necessità di prevedere l'azione di rivalsa da parte delle strutture sanitarie nei confronti del dipendente dichiarato responsabile del danno cagionato a terzi con dolo e/o colpa grave, nonché la presenza obbligatoria dei rappresentanti delle Organizzazioni di tutela dei diritti all'interno dei comitati di gestione dei sinistri delle Aziende Sanitarie;
3. **composizione extragiudiziale delle controversie** - riteniamo necessario istituzionalizzare e uniformare sul territorio nazionale la conciliazione in sanità come forma di risoluzione extragiudiziale dei contenziosi, nella quale vengano garantite imparzialità, professionalità, semplicità, celerità, riservatezza, economicità e adeguata rappresentatività delle categorie interessate; è inoltre necessario garantire la partecipazione delle Organizzazioni di tutela dei diritti nella definizione dell'organizzazione e implementazione della conciliazione in sanità.

PROPOSTE

1. Qualità e sicurezza delle cure

A) *Unità di gestione del rischio clinico*

Prevedere l'attivazione obbligatoria presso le Aziende Sanitarie pubbliche e le strutture private accreditate della funzione aziendale permanente dedicata alla Gestione del Rischio Clinico ed alla sicurezza dei pazienti e delle cure, incluso il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione di buone pratiche per la sicurezza.

Inoltre le Aziende Sanitarie pubbliche e le strutture private accreditate sono tenute ad attivare obbligatoriamente il servizio di ingegneria clinica che garantisca l'uso sicuro ed efficiente dei dispositivi medici costituiti da apparecchi e impianti, i quali devono essere sottoposti a procedure di accettazione, ivi compreso il collaudo, nonché di manutenzione preventiva e correttiva e a verifiche periodiche di sicurezza, funzionalità e qualità.

Il servizio di ingegneria clinica contribuisce alla programmazione delle nuove acquisizioni e alla formazione del personale sull'uso delle tecnologie.

Gli operatori sanitari dovranno obbligatoriamente segnalare ai pazienti e alla funzione aziendale preposta alla gestione del rischio clinico il verificarsi di ciascun evento avverso.

Le società di assicurazioni che provvedono a coprire il risarcimento del danno cagionato ai pazienti dalle strutture pubbliche e private convenzionate, nonché dai singoli operatori sanitari, sono tenute a comunicare costantemente alla funzione aziendale preposta alla gestione del rischio clinico i dati relativi ai sinistri aperti, liquidati e non liquidati.

I dati raccolti saranno trattati dall'azienda in forma anonima al fine di identificare, valutare l'evento avverso, nonché per definire le azioni più opportune per rimuoverne le cause.





Ciascuna funzione aziendale dedicata al rischio clinico è tenuta ad inviare i dati raccolti all'ufficio regionale a ciò preposto, al fine di definire, previa consultazione obbligatoria delle Organizzazioni di tutela del diritto alla salute, le politiche regionali in tema di risk management.

Ciascun ufficio regionale preposto alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico trasmette periodicamente i propri dati al Ministero della Salute, attraverso lo specifico flusso (SIMES) del sistema informativo sanitario.

Il Ministero della Salute attraverso l'analisi dei dati raccolti e la consultazione obbligatoria delle Organizzazioni di tutela del diritto alla salute, definisce le politiche nazionali in tema di risk management. Al fine di garantire in tutto il territorio nazionale gli stessi livelli di qualità e sicurezza delle cure, le Regioni implementano sui propri territori le indicazioni e le politiche nazionali definite dal Ministero della Salute, evitando in tal modo l'attuale frammentazione delle politiche regionali in tema di rischio clinico.

b) Concessione accreditamento

Prevedere la subordinazione della concessione dell'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private ai requisiti previsti dalla normativa vigente e inoltre all'istituzione di:

- ❑ una funzione aziendale dedicata alla Gestione del Rischio Clinico ed alla sicurezza dei pazienti e delle cure, e del servizio di ingegneria clinica per l'uso sicuro ed efficiente dei dispositivi medici costituiti da apparecchi e impianti monitoraggio;
- ❑ sistemi, obbligatori e permanenti, di valutazione civica della qualità e della sicurezza delle cure (vedi Audit Civico);
- ❑ figure come il tutor farmaceutico, assistenziale e clinico all'interno dell'assistenza ospedaliera, in grado di assistere i pazienti assicurando una migliore qualità e sicurezza delle cure, nonché l'integrazione Ospedale – Territorio. In particolare tali figure rivestono un ruolo fondamentale nell'assistenza ai pazienti affetti da patologie croniche, poiché oltre a migliorare la qualità e la sicurezza delle cure, a svolgere un'attività di formazione-informazione nei confronti del malato, assicurano anche il principio della continuità assistenziale, spesso disatteso all'atto della dimissione ospedaliera, fonte di danni alla salute, per i quali vengono attivate azioni risarcitorie.

C) Verifica standard di accreditamento

Intensificare i controlli delle Regioni e del Ministero della Salute (attraverso i NAS) sull'effettivo rispetto degli standard di accreditamento di tutte le strutture sanitarie. In particolare i controlli delle istituzioni regionali (e dei NAS) devono essere periodici e quantitativamente adeguati (es. 5 volte in 1 anno).

In tal senso è necessario precisare come molte strutture sanitarie pubbliche e private rispettino i requisiti dell'accreditamento soltanto al momento della concessione dello stesso, al contrario con il passare del tempo il rispetto degli stessi requisiti viene meno e i relativi controlli delle





Regioni avvengono sporadicamente. Tale situazione rende scadenti la qualità e la sicurezza delle cure erogate ai cittadini.

D) *Controllo DRG*

Intensificare i controlli delle Regioni sul sistema (DRG) di rimborso delle prestazioni sanitarie. In particolare i controlli devono avere ad oggetto l'analisi dell'appropriatezza, anche su base epidemiologica, della prestazione erogata, nonché l'effettiva rispondenza tra le prestazioni erogate dalle strutture sanitarie e i rimborsi erogati dalla Regione.

Tale obiettivo può essere raggiunto attraverso l'intensificazione dei controlli delle Regioni sulle cartelle cliniche dei pazienti, confrontando le informazioni in esse contenute con quelle della cartella infermieristica.

E) *Consenso informato*

Prevedere il coinvolgimento obbligatorio delle Organizzazioni di tutela del diritto alla Salute maggiormente rappresentative nella stesura dei moduli di consenso informato per ciascuna area specialistica.

Tale coinvolgimento si rende necessario al fine di migliorare la completezza e la chiarezza delle informazioni fornite ai cittadini (cioè la comunicazione medico-paziente) attraverso il modulo scritto di consenso, quindi di garantire ai pazienti la possibilità di effettuare una scelta maggiormente consapevole.

(Ad esempio in nessun modulo di consenso informato viene esplicitata la possibilità per il cittadino di adire le vie legali, nonostante la sottoscrizione dello stesso modulo, in caso di danno biologico cagionato da negligenza, imperizia e imprudenza del personale sanitario).

F) *Cartella clinica*

Sancire l'adozione di procedure volte a garantire la completezza, la chiarezza e la leggibilità delle informazioni cliniche (cartella clinica) relative al paziente, in modo tale da ridurre al minimo la possibilità di errore delle diverse figure professionali che intervengono nel percorso di cura del paziente.

E' inoltre necessario, per garantire il diritto al risarcimento e alla riparazione del danno biologico cagionato dall'errore nella pratica medica, adottare procedure obbligatorie che impediscano l'eventuale alterazione del contenuto (modifiche e aggiunte del contenuto, alterazione della cronologia degli eventi, mancata trascrizione degli eventi, etc...) della cartella clinica.

L'adozione da parte di tutte le strutture sanitarie della cartella clinica elettronica, in grado di soddisfare tutte le esigenze sopra descritte, potrebbe rappresentare una possibile soluzione alle attuali criticità. Inoltre tale soluzione potrebbe garantire in modo più efficace il diritto di accesso da parte dei pazienti alle informazioni contenute nella cartella clinica, nonché il rilascio immediato della stessa all'atto della dimissione, facilitando così il percorso di cura dei pazienti.





G) Dispositivi medici

Revisionare l'art. 796 lettera V della Legge 296/2006 (Legge Finanziaria 2007), prevedendo come criterio di valutazione per le forniture dei dispositivi medici del SSN non soltanto il "prezzo" degli stessi (prezzi unitari più bassi del biennio 2005/2006), ma anche i criteri di qualità certificata, efficacia ed efficienza, previsti dalle direttive CEE n. 90/385 (recepita con D.L. nel 1992), n. 93/42 (recepita con D.L. nel 1997) e n. 98/79 (recepita con D.L. nel 2000).

Inoltre è auspicabile prevedere nuovamente un ruolo attivo dei medici nella scelta degli stessi dispositivi, anche in funzione della valutazione dell'appropriatezza della destinazione d'uso, prestazioni, qualità intrinseca del prodotto, affidabilità del fornitore, affidabilità dei servizi offerti.

H) Adeguatezza del numero degli operatori sanitari rispetto al numero di pazienti

Garantire la costante verifica, all'interno delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, da parte delle Regioni, dell'adeguatezza del numero di operatori sanitari impegnati, rispetto al numero dei pazienti presenti.

In particolare è necessario precisare come in molte strutture sanitarie, ed in particolare all'interno delle strutture private accreditate (lungodegenze, RSA, riabilitazione), il numero dei medici e dell'altro personale sanitario risulti essere insufficiente rispetto al numero di pazienti; di conseguenza le cure che vengono erogate non sono sempre adeguate in quantità e qualità, cagionando in molti casi danni ulteriori alla salute dei cittadini, nonché percorsi di cura inadeguati all'obiettivo terapeutico da raggiungere.

Il mancato raggiungimento dell'obiettivo terapeutico e gli ulteriori danni alla salute cagionati ai pazienti, che si concretizzano spesso nello sviluppo di ulteriori patologie croniche e invalidanti, rappresentano la fonte di ulteriori costi che il SSN deve sostenere, nonché di aumento dei contenziosi nei confronti di medici e strutture, volti ad ottenere il risarcimento del danno.

I) Medici specializzandi

Prevedere l'adozione, da parte delle Regioni e del Ministero della Salute, di programmi permanenti e periodici di verifica rispetto all'utilizzo "improprio" dei giovani medici specializzandi all'interno dei policlinici universitari.

Infatti, nonostante la normativa vigente in materia (comma 3, art. 38 del D.lgs 17 agosto 1999, n. 368) imponga la non sostituibilità dell'attività del personale medico di ruolo con quella del medico in formazione specialistica, in realtà molte strutture sanitarie utilizzano in modo illegale i medici specializzandi.

In particolare a quest'ultimi viene affidato lo svolgimento di attività mediche senza la presenza "obbligatoria" del tutor "medico esperto" che supervisioni il tutto.

Inoltre gli orari di lavoro degli specializzandi risultano essere eccessivamente lunghi.





Ne consegue una situazione di grave rischio per la salute della collettività, nonché uno sfruttamento indebito dei giovani medici specializzandi.

L) Valutazione degli operatori sanitari

Prevedere l'istituzione di un programma permanente di valutazione degli operatori sanitari (pubblici e privati), con cadenza quinquennale.

La valutazione si pone i seguenti obiettivi:

- ❑ valutare la permanenza dei requisiti d'idoneità a svolgere la professione medica e le altre professioni che intervengono nel percorso assistenziale;
- ❑ valutare il possibile avanzamento di carriera dell'operatore sanitario e il contestuale aumento di stipendio;
- ❑ definire programmi di formazione volti a colmare le eventuali lacune emerse attraverso la valutazione;

I criteri da adottare per la valutazione sono:

- ❑ idoneità psico/fisica;
- ❑ il grado di competenza teorica-pratica nell'area specialistica dell'operatore sanitario, con particolare riguardo alle terapie innovative;
- ❑ il grado di sinistrosità dell'operatore sanitario. In particolare per sinistrosità si intende il numero di sinistri dell'operatore sanitario definiti con accertamento di colpa a suo carico.

La competenza ad effettuare la valutazione è riservata all'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri.

M) Valutazione dei Dirigenti delle Aziende Sanitarie

Prevedere la partecipazione obbligatoria dei membri delle Organizzazioni di tutela del diritto alla Salute all'interno dei nuclei di valutazione dei Dirigenti delle Aziende Sanitarie.

La qualità e la sicurezza delle cure erogate all'interno delle Aziende Sanitarie pubbliche sono strettamente correlate anche alle capacità manageriali dei Dirigenti; in tal senso è necessario che la qualità del lavoro di quest'ultimi venga valutato dai diretti destinatari-utenti del SSN.

N) Partecipazione dei cittadini alle politiche sul risk management

Garantire la partecipazione obbligatoria delle Organizzazioni di tutela del diritto alla Salute maggiormente rappresentative alla definizione, implementazione e valutazione (Audit Civico) delle politiche sanitarie in tema di risk management. La partecipazione delle organizzazioni civiche dovrà essere attuata a livello nazionale, regionale e aziendale.

O) Percorsi di cura: il coinvolgimento dei pazienti





Il Promuovere il coinvolgimento obbligatorio delle associazioni di pazienti (in particolare malati cronici) nella definizione dei percorsi di cura, al fine di eliminare le attuali criticità e quindi migliorando la qualità e la sicurezza delle cure

P) Sicurezza dei farmaci

Istituire presso l'AIFA un organismo/comitato composto dalle Organizzazioni di tutela del diritto alla salute, al fine di favorire la partecipazione al processo decisionale e di garantire una maggiore trasparenza e sicurezza delle procedure autorizzative del farmaco.

Q) Educazione sanitaria

Destinare il 50% dei fondi per l'educazione sanitaria a sostegno di programmi di informazione e formazione promossi dalle organizzazioni civiche di tutela del diritto alla Salute.

2. Responsabilità professionale del personale medico

Alla luce del dibattito avviato, in questi ultimi mesi, dal Sottosegretario di Stato Ferruccio Fazio, sulla possibile depenalizzazione degli errori nella pratica medica, Cittadinanzattiva propone di:

- ❑ **non alterare i profili di responsabilità civile e penale del personale medico attualmente vigenti nel nostro ordinamento giuridico e specificati dalla giurisprudenza.**

Modificare i profili di responsabilità civile e penale del solo personale medico, attuerebbe una discriminazione nei confronti di tutti gli altri professionisti e degli altri delitti contro la persona, per i quali le responsabilità civili e penali rimarrebbero inalterate, andando quindi a ledere il principio d'uguaglianza previsto dalla Costituzione italiana (Art. 3).

Inoltre è necessario precisare come la depenalizzazione dell'errore medico non costituisca la risposta più adeguata alle attuali criticità del sistema "Giustizia": tempi eccessivamente lunghi per la risoluzione delle controversie che in alcuni casi coincidono con la prescrizione del reato, costi elevati sostenuti dai cittadini, etc....

In tal senso le vie da percorrere sarebbero altre rispetto alla depenalizzazione degli errori medici: istituire forme di risoluzione delle controversie alternative a quella legale, rivedere l'istituto della prescrizione dei reati, dare centralità processuale al ruolo delle vittime dei reati, etc...

3. Copertura assicurativa delle strutture sanitarie





L'alto grado di sinistrosità del personale sanitario e il relativo aumento dei costi sostenuti dalle compagnie assicurative per la liquidazione dei danni cagionati ai pazienti, sta dando luogo ad un ritiro delle compagnie assicurative da tale ramo assicurativo e ad alcune difficoltà per i giovani medici nel sottoscrivere un polizza assicurativa verso terzi (RCT).

Tali difficoltà possono inoltre dar luogo ad oggettive difficoltà per i cittadini di vedere liquidato il risarcimento del danno biologico contratto durante il ricovero all'interno delle strutture sanitarie.

Si rende quindi necessario adottare ulteriori provvedimenti volti a salvaguardare maggiormente tutti gli attori che intervengono nel percorso assistenziale di cura.

In tal senso Cittadinanzattiva propone di:

- prevedere quanto già disposto dall'art. 19 del DDL 1920 (XV Legislatura) "Interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio sanitario nazionale. Deleghe al Governo in materia di assistenza primaria e di emergenza sanitaria territoriale, riorganizzazione degli enti vigilati, farmacie, riordino della normativa di settore", che di seguito riportiamo:

"1. La responsabilità civile per danni a persone causati dal personale sanitario medico e non medico, ivi compresa la dirigenza, occorsi in aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, aziende sanitarie locali, policlinici universitari a gestione diretta, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico e in strutture sanitarie private accreditate e' posta anche a carico della struttura stessa, conformemente alla disciplina della responsabilità civile. 2. La responsabilità di cui al comma 1 riguarda tutte le prestazioni, comprese quelle relative alle attività libero-professionali intramurarie. 3. In alternativa alla copertura assicurativa, con riferimento ai rischi derivanti dalla responsabilità di cui al comma 1, per le strutture sanitarie pubbliche possono essere istituite forme di garanzia equivalenti, purché non comportino maggiori costi. "

- prevedere, nel caso in cui la responsabilità civile per danni a persone, causati dal personale sanitario medico e non medico ricada sulla struttura sanitaria, la possibilità da parte di quest'ultima di esercitare l'azione di rivalsa nei confronti del personale sanitario che abbia cagionato il danno biologico al paziente per colpa grave e/o dolo;
- prevedere, previo accordo tra il Ministero della Salute e l'Associazione nazionale delle imprese assicuratrici (ANIA), l'elenco delle azioni da implementare all'interno delle strutture sanitarie al fine di ridurre l'incidenza dell'errore clinico, considerando prioritario il sistema già vigente delle "Raccomandazioni" del Ministero della Salute. A ciascuna azione volta a ridurre l'incidenza dell'errore, corrisponde una percentuale di sconto, concordata tra Ministero della Salute ed ANIA, da applicare sul costo sostenuto dalle strutture sanitarie per la relativa copertura assicurativa.





Tale meccanismo assicurerebbe sia la diminuzione dei costi che le strutture sanitarie sostengono per la stipula del contratto di assicurazione, sia l'implementazione effettiva di azioni volte a prevenire il rischio clinico.

- istituire un fondo nazionale atto ad indennizzare i cittadini che all'interno della struttura sanitaria contraggano un danno non riconducibile ad alcuna responsabilità professionale e/o della struttura stessa.

Sono molti i cittadini che riportano danni biologici anche permanenti non riconducibili ad alcuna responsabilità del personale sanitario e/o della struttura. La non riconducibilità della responsabilità a volte è certa, in altre situazioni seppur probabile è meno certa e in questo caso il risarcimento del danno non viene comunque accordato. In altri casi ancora la riconducibilità non risulta certa per mancanza di informazioni in cartella clinica o mancanza di altra documentazione. In tali casi sarebbe comunque opportuno ed equo riconoscere al cittadino l'erogazione di un indennizzo volto a riparare il danno subito.

4. La risoluzione delle controversie

La giustizia italiana è oggetto di molteplici criticità: tempi lunghi per la definizione dei procedimenti civili e penali, la non certezza delle pene (termini di prescrizione del reato che sopraggiungono prima della conclusione del giudizio), costi elevati sostenuti dai cittadini per l'azione legale, assenza di procedure extragiudiziali complementari a quelle legali in grado di decongestionare il sistema giustizia e fornire una tempestiva risposta alla richiesta di giustizia dei cittadini, etc...

Tali aspetti interessano anche i ricorsi aventi ad oggetto danni biologici contratti dai pazienti per responsabilità professionale del personale medico e/o per responsabilità delle strutture sanitarie.

L'esasperazione pertanto del ricorso alla giustizia ordinaria non solo non è efficace rispetto alla effettiva domanda di tutela, ma finisce per avere gravi effetti indiretti quali ad esempio il ricorso di fatto alla c. d. *medicina difensiva*, oltre che un aggravio di costi come in precedenza ampiamente riportato .

L'esperienza maturata da Cittadinanzattiva sul versante del ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, anche in altri settori, nonché l'esperienza maturata all'interno delle commissioni miste conciliative consente di affermare che anche in sanità può essere utile offrire diversi strumenti di tutela per la lesione dei diritti purché venga fugato ogni dubbio riguardo al potenziale utilizzo strumentale e non appropriato degli strumenti di ADR e conciliativi.

In particolare la possibilità di risolvere un contenzioso in conciliazione non deve tradursi in :

- Occasione per ritardare l'accesso alla giustizia ordinaria
- Modalità per non fare emergere responsabilità e criticità di sistema
- Accettazione della posizione della parte più forte
- Ottenimento di una giustizia minore





Per evitare tali distorte interpretazioni degli strumenti di giustizia alternativa Cittadinanzattiva ritiene che solo una seria ed efficace messa a regime del sistema di controllo del rischio, nelle modalità sopra descritte, possa garantire una corretta e giusta applicazione di forme di ADR anche per conflitti derivanti da errore medico.

In via preliminare, ancora, sarebbe opportuno definire la fenomenologia per le quali rendere agibile la giustizia alternativa. Infatti lo scenario è assai ampio sia sul versante della tipologia del conflitto che sul lato degli strumenti adottabili.

La proposta di Cittadinanzattiva pertanto, in tale fase, si concentra sui principi essenziali della procedura di conciliazione come uno dei possibili e alternativi strumenti di risoluzione extragiudiziale delle controversie .

Si propone quindi di:

- ❑ sospendere i termini di prescrizione del reato nelle more del giudizio penale. In particolare la sospensione dei termini di prescrizione intercorre dal momento di avvio del primo grado di giudizio del procedimento penale sino alla conclusione del terzo grado di giudizio;
- ❑ garantire la partecipazione dei rappresentanti delle organizzazioni di tutela del diritto alla Salute all'interno dei comitati di gestione dei sinistri delle Aziende Sanitarie, al fine di garantire la terzietà del soggetto che gestisce il sinistro, nonché trasparenza ed equità delle procedure di valutazione e liquidazione dei sinistri;
- ❑ istituire la conciliazione in sanità come forma extragiudiziale di risoluzione del contenzioso, avente ad oggetto danni "di lieve entità" cagionati ai pazienti derivanti attraverso le prestazioni fornite dagli operatori del Servizio sanitario nazionale, riprendendo parte delle modalità già previste dall'art. 20 commi 1, 2 e 4 del DDL 1920 (XV Legislatura) "Interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio sanitario nazionale. Deleghe al Governo in materia di assistenza primaria e di emergenza sanitaria territoriale, riorganizzazione degli enti vigilati, farmacie, riordino della normativa di settore", che di seguito riportiamo:

"1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, presso le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, i policlinici universitari a gestione diretta e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, nei limiti delle risorse finanziarie, umane e strumentali complessivamente disponibili, misure organizzative atte a garantire la definizione stragiudiziale delle vertenze aventi a oggetto danni derivanti da prestazioni fornite da operatori del Servizio sanitario nazionale, fermo restando il contenimento delle spese connesse al contenzioso. Le regioni e le province autonome verificano annualmente, con riferimento agli ultimi tre esercizi, il concreto conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa.





2. Le misure di cui al comma 1 sono adottate tenendo conto dei seguenti principi e criteri direttivi:

- a) previsione della non obbligatorietà della conciliazione, quale strumento di composizione stragiudiziale delle controversie;
- b) garanzia della imparzialità, professionalità, celerità delle procedure e adeguata rappresentatività delle categorie interessate.

4. In caso di accordo tra le parti, la conciliazione è definita con un atto negoziale ai sensi degli articoli 1965 e seguenti del codice civile.!”;

- ❑ garantire in aggiunta alle caratteristiche sopra individuate anche la semplicità, la riservatezza e l'economicità delle procedure di conciliazione in sanità;
- ❑ prevedere l'interruzione dei termini di prescrizione dell'azione legale nelle more della procedura di conciliazione;
- ❑ prevedere, per i cittadini che ricorrono alla procedura della conciliazione, o ad altra forma di ADR, la possibilità di ricorrere senza alcuna compromissione dei propri diritti, in ogni momento alla Magistratura Ordinaria per la risoluzione della controversia;
- ❑ prevedere da parte delle Regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, il coinvolgimento obbligatorio delle Organizzazioni di tutela del diritto alla salute maggiormente rappresentative, nella fase di definizione delle misure organizzative atte ad attuare la conciliazione in sanità.

5. Partecipazione dei cittadini alle politiche sanitarie

Il miglioramento effettivo della qualità e della sicurezza dei servizi erogati dal Servizio sanitario nazionale è attuabile esclusivamente attraverso la partecipazione dei cittadini alla definizione, implementazione e valutazione delle politiche sanitarie.

I contenuti del modello di partecipazione civica alle politiche sanitarie che Cittadinanzattiva propone riprende quanto già previsto dall'art. 5 del DDL 1920 (XV Legislatura) “Interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio sanitario nazionale. Deleghe al Governo in materia di assistenza primaria e di emergenza sanitaria territoriale, riorganizzazione degli enti vigilati, farmacie, riordino della normativa di settore” che di seguito riportiamo:

“1. Nel Titolo IV del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e' premesso il seguente articolo:

«Art. 13-bis. - (Partecipazione dei cittadini)

– 1. La partecipazione dei cittadini, in forma singola o associata, concorre alla realizzazione del diritto alla salute e all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza ai sensi dell'articolo 17, secondo comma, lettera m), della Costituzione.

2. Il Servizio sanitario nazionale promuove lo svolgimento da parte dei cittadini, singoli o associati, di attività di interesse della collettività per la protezione del diritto alla salute; a





tale scopo favorisce l'accesso dei cittadini, anche per via telematica, alla informazione, secondo criteri di accuratezza, completezza e tempestività, per ciò che riguarda in particolare lo stato di salute, l'utilizzazione dei servizi sanitari, il ricorso appropriato all'innovazione scientifica e tecnologica.

3. Il Servizio sanitario nazionale promuove la partecipazione dei cittadini alla definizione, implementazione e valutazione delle politiche sanitarie. Gli strumenti di valutazione civica sono parte ordinaria e strutturale del sistema di valutazione del Servizio sanitario nazionale e concorrono alla valutazione dell'operato dei direttori generali delle aziende sanitarie locali.

4. Con l'accordo di cui all'articolo 1-bis, comma 6, è predisposto il Patto per la partecipazione alla tutela del diritto alla salute, che stabilisce gli impegni di ciascuna articolazione del Servizio sanitario nazionale per garantire le forme di partecipazione e valutazione civica previste dal presente articolo.

L'accordo medesimo prevede adeguate modalità di informazione sui risultati della valutazione dell'operato dei direttori generali delle aziende sanitarie locali.

5. Alle attività previste nel presente articolo si provvede nell'ambito delle ordinarie risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica"

