

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3289

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

FERRIGNO, JANNONE

Disposizioni in materia di assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile per coloro che esercitano professioni sanitarie

Presentata il 5 dicembre 2007

ONOREVOLI COLLEGHI! — Con la presente proposta di legge si vuole evidenziare un problema che tocca da vicino tutti gli esseri umani, cercando altresì di regolamentare organicamente la responsabilità civile di un diritto, quello alla salute, garantito dalla nostra Carta costituzionale.

La responsabilità civile professionale, in generale, ha subito una trasformazione radicale nella seconda metà del ventesimo secolo.

Mentre, infatti, sino alla prima metà del secolo, il professionista non era mai responsabile (salvo casi estremi ed eclatanti), a partire dalla seconda metà del ventesimo secolo si è manifestata una traiettoria evolutiva che ha condotto i professionisti ad essere responsabili per tutti gli errori da essi commessi.

Si è passati, cioè, dall'idea della riparazione all'idea della responsabilizzazione,

spostando l'attenzione del problema dall'autore del danno alla vittima.

Da un regime di quasi immunità, quale risultato di una tradizionale interpretazione della disciplina del codice civile, si è progressivamente pervenuti a un atteggiamento di spiccato favore giurisprudenziale per la posizione del soggetto danneggiato.

Per tutelare il proprio patrimonio, ed evitare di pagare di persona le conseguenze di un'eventuale responsabilità, si può ricorrere al contratto di assicurazione.

Come recita il codice civile all'articolo 1882, «L'assicurazione è il contratto col quale l'assicuratore, verso il pagamento di un premio, si obbliga a rivalere l'assicurato, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro (...)».

Non esistendo un obbligo ad assicurarsi, i professionisti sono liberi di contrarre o meno una polizza.

Il mercato delle assicurazioni, in un'ottica di libero mercato, offre diverse tipologie di coperture assicurative.

Al pari dell'evoluzione giurisprudenziale, infatti, le condizioni contrattuali si sono evolute per adeguarsi ai tempi e al mercato. Anche per dare certezza al periodo di copertura, relativamente alla data di inizio e al suo termine, le compagnie, in sede associativa, ovvero di Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA), hanno adeguato i contratti e le relative condizioni di polizza passando, nell'ultimo decennio, da coperture cosiddette « *loss occurrence* » a coperture « *claims made* ».

Nelle coperture « *loss occurrence* » rientrano in garanzia tutti i sinistri verificatisi nel periodo di copertura assicurativa.

Ciò comporta che l'assicurato è scoperto per tutti i sinistri di data anteriore alla stipula del contratto e dei quali non è a conoscenza perché non ha avuto richieste di risarcimento, mentre la garanzia opera anche per i sinistri manifestatisi successivamente alla fine del contratto per fatti accaduti nel periodo di copertura.

Le polizze « *claims made* » sono attivate dalla richiesta di risarcimento e le relative garanzie operano dal momento della ricezione della richiesta. Ciò comporta che rientrano in garanzia anche i sinistri per fatti accaduti in data anteriore alla stipula della polizza ma per i quali il professionista non aveva ricevuto azioni di risarcimento danni, mentre non rientrano quei sinistri accaduti durante il periodo di copertura ma con richieste di risarcimento danni successive al termine del periodo di copertura.

Le polizze « *claims made* » sono state oggetto di alcune pronunce giurisprudenziali che ne hanno confermato la legittimità.

In alcuni casi, le due diverse tipologie di polizze possono concretamente creare problemi in ordine alla sussistenza o meno della stessa copertura assicurativa.

Ciò può accadere quando le due polizze operano contemporaneamente: quella della precedente compagnia assicuratrice con copertura « *loss occurrence* » (cioè si-

nistro accaduto durante la copertura riferita, ad esempio, all'anno 2000) e quella della compagnia subentrante con garanzia « *claims made* » (ad esempio, polizza riferita all'anno 2001, sinistro accaduto nell'anno 2000 e richieste di risarcimento danni avanzate nel 2002).

Ma, soprattutto, ciò può accadere quando le stesse polizze operano in tempi successivi, come nel caso del professionista o della struttura sanitaria che, pur essendo stati sempre assicurati, al momento del sinistro non risultano coperti da nessuna delle suddette polizze assicurative, essendo cessata quella di tipo « *claims made* » e quella in vigore è di tipo « *loss occurrence* » (ad esempio, danno verificatosi nell'anno 2000, richieste risarcitorie avanzate nell'anno 2002, cambio della compagnia assicuratrice e del regime assicurativo avvenuto nell'anno 2001).

È chiaro, pertanto, come in questo delicato settore sia necessario l'intervento del legislatore.

La responsabilità civile professionale sanitaria, in particolare, stante l'evidente rilevanza sociale ricoperta, è stata già oggetto di importanti pronunce giurisprudenziali, come quella secondo cui, ai sensi dell'articolo 1228 del codice civile, le amministrazioni ospedaliere, pubbliche e private, sono tenute, solidalmente con il responsabile, a risarcire i danni subiti dai pazienti e causati dagli operatori sanitari che, in base al rapporto organico, agiscono per l'ente.

La giurisprudenza ha cioè provveduto a non applicare l'articolo 2236 del codice civile, contrattualizzando così la responsabilità della struttura sanitaria.

Ecco, pertanto, che, trovando applicazione la disciplina prevista dall'articolo 2232 del codice civile, la responsabilità della struttura sarà diretta, dovendo fare riferimento a quest'ultima l'operato del sanitario, secondo il principio dell'immedesimazione organica previsto dall'articolo 28 della Costituzione.

Anche la sentenza n. 9556 del 2002 emessa dalla Cassazione, sezioni unite, nella parte in cui individua una responsabilità autonoma e diretta della casa di

cura dimostra come, allo stato, si stia seguendo la strada citata.

Successivamente alla precedente sentenza n. 589 del 1999 della stessa Cassazione che, con l'affermazione del principio della responsabilità da « contatto sociale », ha impresso una svolta decisiva nella giurisprudenza, le strutture sanitarie e i liberi professionisti hanno fortemente sentito la necessità di assicurare la propria attività.

Si tratta, tuttavia, di una mera risposta su base volontaria che di fatto non risolve il problema, soprattutto alla luce di un contenzioso in continua crescita.

È rilevante osservare come solo le strutture maggiormente a rischio abbiano contratto delle polizze assicurative, con l'effetto, però, di far andare in negativo il rapporto tra premi e sinistri, costringendo così le compagnie assicuratrici ad aumentare i premi o a disdire i contratti.

Un terzo del contenzioso sanitario riguarda il settore della ginecologia, seguito da quello dell'ortopedia.

L'accentuazione dei casi di responsabilità professionale dei medici e delle strutture sanitarie, ritenuti responsabili anche per colpa lieve o per mancanza di risultati — essendo il professionista, tradizionalmente, obbligato a prestare un'opera di mezzi e non di risultati — rischia di portare ad una « deresponsabilizzazione » dei sanitari: questi, infatti, potrebbero decidere di eseguire esclusivamente interventi che comportino un rischio minore per il paziente — e per loro — ma anche di minore efficacia terapeutica, a fronte di altri interventi che, adottati con tecniche innovative, garantirebbero certamente una maggiore efficacia terapeutica al paziente, ma avrebbero anche maggiori margini di rischio.

Si tratta di un problema che viene certamente amplificato dagli effetti derivanti dalle indagini svolte dalle autorità giudiziarie: nei casi di sospetta « malasanità », infatti, la magistratura invia debitamente una serie di informazioni di garanzia a tutti i sanitari che sono entrati in contatto con il paziente.

Il medico, estraneo ed esente da qualsiasi responsabilità, sarà così sottoposto, oltre che ad un notevole stress emotivo e

ad elevati costi economici per la propria difesa processuale, ad un vero e proprio attacco mediatico (giornali e telegiornali), che non troverà degno ristoro dal trafiletto giornalistico che riporta l'assoluzione del medico stesso.

Anche in questo è doveroso rilevare notevoli differenze tra nord e sud Italia.

Al sud pendono molti più processi penali che al nord. Il presunto soggetto danneggiato parte sempre con una querela, un esposto all'autorità giudiziaria e chiede giustizia. Si assiste così ad una specie di accanimento contro il responsabile.

Al nord, invece, i soggetti danneggiati si affidano prevalentemente alla magistratura civile, intraprendendo azioni di risarcimento danni senza iniziare un procedimento penale.

Ciò comporta che al sud sono maggiormente i medici a tutelarsi tramite le coperture assicurative mentre al nord sono maggiormente assicurate le strutture sanitarie.

Ad oggi il legislatore ha previsto l'obbligo generico, non assistito da sanzione, delle strutture sanitarie ad assicurarsi, ma, di contro, non impone alcun obbligo di contrarre alle compagnie assicuratrici o agli altri soggetti che esercitano le libere professioni.

Spesso si assiste a un rimbalzo di responsabilità tra strutture pubbliche e private e tra gli stessi componenti delle *équipes* ospedaliere, fatti salvi alcuni casi nei quali tutti gli interessati sono assicurati e le compagnie assicuratrici possono applicare il riparto previsto dall'articolo 1910 del codice civile.

Per ovviare a questi inconvenienti le compagnie assicuratrici hanno fatto o cercato di fare degli accordi di riparto.

Così, grazie ad una gestione concordata dei sinistri, si sono potuti definire tanti danni, riconoscendo il giusto risarcimento ai soggetti danneggiati.

Spesso dietro i sinistri ci sono situazioni economiche e sociali di notevole gravità: basti pensare a quei poveri ragazzi che per un errore medico subiscono gravi lesioni fisiche e che, in qualche caso, sono costretti a vivere su una sedia a rotelle.

È chiaro come in tutti questi casi occorranza certezza del diritto e prontezza nel risarcimento danni, che contribuirà almeno a garantire le cure necessarie e una vita più decorosa per i soggetti danneggiati.

È certamente interessante constatare l'orientamento legislativo di molti Paesi stranieri in materia di assicurazione per la responsabilità civile sanitaria.

In molte nazioni, infatti, esiste un obbligo preciso ad assicurarsi contro i rischi delle attività sanitarie.

Ciò avviene nei Paesi del nord Europa, dove le assicurazioni rivestono una funzione sociale notevole.

Parliamo delle nazioni più vicine a noi, oltre che geograficamente, anche per cultura, storia e tradizioni.

La Francia dal 2002 (legge n. 203 del 2002), ha introdotto l'assicurazione obbligatoria per chiunque eserciti un'attività sanitaria e, contestualmente, l'obbligo a contrarre per le compagnie assicuratrici.

In Inghilterra, dal 1999, esiste l'assicurazione obbligatoria per gli enti ospedalieri che rispondono per le negligenze dei loro dipendenti, senza alcuna rivalsa verso questi ultimi, i quali, quindi, sono esentati dall'obbligo di assicurarsi o di iscriversi alle apposite casse.

L'esigenza di correre ai ripari e di istituire un'assicurazione obbligatoria è stata avvertita da più parti.

Recentemente, con il decreto legislativo 4 maggio 2006, n. 182, è stato sostituito l'articolo 19 della legge 16 febbraio 1913, n. 89, prevedendo l'obbligo della copertura assicurativa per tutti i notai, con oneri posti a carico del bilancio del consiglio nazionale del notariato (comma 1).

I singoli notai possono assicurarsi anche in proprio: « Gli estremi della polizza collettiva o di quelle individuali (...) sono resi disponibili ai terzi senza alcuna formalità presso il consiglio notarile distrettuale al quale il notaio è iscritto » (comma 3).

Il consiglio nazionale del notariato istituisce, regola e gestisce, con separata contribuzione obbligatoria a carico di tutti gli iscritti al ruolo, un fondo di garanzia per il ristoro dei danni derivanti

dai reati commessi dal notaio nell'esercizio della sua attività professionale.

Anche il contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area della dirigenza medico-veterinaria del Servizio sanitario nazionale, sottoscritto il 3 novembre 2005, prevede l'obbligo della copertura assicurativa per la responsabilità civile di tutti i dirigenti dell'area.

In materia di lavori pubblici, dapprima la legge quadro n. 109 del 1994 e, attualmente, il codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al decreto legislativo n. 163 del 2006, nonché il regolamento di attuazione della citata legge n. 109 del 1994, di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 554 del 1999, prevedono l'obbligo della copertura assicurativa per la responsabilità civile del progettista.

Nelle precedenti legislature sono stati già presentati dei progetti di legge sull'argomento: essi prevedevano l'obbligo per le strutture sanitarie di assicurarsi, limitando però l'azione di rivalsa nei confronti dei medici al solo caso di dolo, rischiando così, di fatto, di innescare una « deresponsabilizzazione » dei sanitari in senso opposto a quanto prima rilevato.

Tali progetti di legge, inoltre, non prevedevano l'obbligo delle compagnie assicuratrici di contrarre polizze.

L'unica soluzione al problema è rappresentata dall'assicurazione obbligatoria della struttura sanitaria per la responsabilità civile rispetto ai danni causati dal personale sanitario dipendente o dall'inefficienza organizzativa della struttura stessa.

La responsabilità per i danni ai pazienti deve essere posta sempre a carico della struttura ospedaliera, con la previsione della rivalsa dell'assicuratore nei confronti dei responsabili solamente nel caso di dolo.

Inoltre, una parte del premio deve essere pagata dai sanitari dipendenti, che eviterebbero di pagare costose polizze private.

L'assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile della struttura sanitaria avrebbe così l'indubbio vantaggio, sotto il profilo sociale, di consentire un più agevole risarcimento del soggetto danneggiato,

che si troverà davanti a due soggetti ampiamente solvibili (azienda sanitaria e compagnia assicurativa).

Non meno rilevanti sono i riflessi positivi che la nuova previsione normativa avrebbe nei confronti del medico: questi, infatti, al contrario di quanto fatto notare precedentemente, potrebbe intervenire senza eccessive ansie legate agli eventuali obblighi risarcitori, evitando la cosiddetta « deresponsabilizzazione », già rilevata, e che rappresenta il più grave dei pericoli, potendo essa portare ad una regressione anziché ad un miglioramento del progresso scientifico e costituendo, così, un ostacolo alla sperimentazione di nuove tecnologie.

Questa soluzione garantisce le strutture sanitarie, i medici e i pazienti e consente allo Stato di realizzare il precetto costituzionale che sancisce la piena tutela della

salute « come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività » (articolo 32 della Costituzione).

È doveroso ricordare che proprio lo strumento assicurativo ha consentito che l'evoluzione della responsabilità civile sia potuta avvenire senza eccessivi traumi sociali, permettendo, attraverso la « collettivizzazione » economica dei rischi, la realizzazione di più avanzati equilibri tra l'esigenza di non lasciare senza riparazione la vittima del danno e quella di non rinunciare allo svolgimento e al progresso di attività reputate di essenziale utilità per l'intera società.

È pertanto da auspicare un *iter* parlamentare celere della presente proposta di legge, perché impellente è la richiesta dei cittadini e del mondo sanitario per una rapida soluzione del problema.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

1. Chiunque esercita un'attività sanitaria è soggetto all'obbligo dell'assicurazione privata per la responsabilità civile derivante dall'esercizio di tale attività.

ART. 2.

1. L'assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile di cui all'articolo 1 è stipulata con una compagnia assicuratrice autorizzata all'esercizio di tale attività.

2. Le compagnie assicuratrici autorizzate alla stipula di contratti di assicurazione per la responsabilità civile hanno l'obbligo di contrarre, pena la revoca dell'autorizzazione ad esercitare l'attività.

ART. 3.

1. La polizza di assicurazione per la responsabilità è stipulata per somme non inferiori a quelle stabilite con apposito decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro della giustizia e con il Ministro dello sviluppo economico.

2. Il decreto di cui al comma 1 è adottato entro due mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge e l'importo delle somme ivi stabilito è aggiornato, ove se ne ravvisi la necessità, con la medesima procedura di cui al citato comma 1.

ART. 4.

1. Le condizioni generali della polizza di assicurazione per la responsabilità civile sono approvate e modificate con decreto del Ministro dello sviluppo economico.

2. Per i contratti assicurativi vigenti alla data di entrata in vigore della presente legge le nuove norme contrattuali si applicano alla prima scadenza contrattuale successiva alla data di entrata in vigore del decreto di cui al comma 1.

ART. 5.

1. La polizza di assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile copre tutti i sinistri manifestatisi durante il periodo di validità della stessa polizza.

2. La polizza di cui al comma 1 non copre i sinistri accaduti durante il periodo di validità della stessa polizza per i quali le richieste di risarcimento danni sono state avanzate dopo la scadenza di tale periodo.

ART. 6.

1. Il soggetto danneggiato a seguito di prestazioni o di servizi ricevuti da liberi professionisti sottoposti, ai sensi della presente legge, all'obbligo di contrarre una polizza assicurativa per la responsabilità civile, ha facoltà di agire direttamente nei confronti dell'assicuratore ai fini del risarcimento, entro i limiti delle somme previste dalla medesima polizza.

2. La richiesta di risarcimento danni deve essere inviata tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento alla compagnia assicuratrice e alla struttura sanitaria responsabile.

3. La richiesta di risarcimento danni deve, altresì, recare l'indicazione della somma richiesta ed essere corredata da idonea documentazione, pena le sue inammissibilità e improcedibilità.

4. Il soggetto danneggiato è tenuto a collaborare ai fini della valutazione del danno, sottoponendosi agli accertamenti, ai controlli e alle verifiche richiesti da parte degli organi competenti.

5. La compagnia assicuratrice, entro tre mesi dalla data di ricevimento della richiesta di risarcimento danni, deve comunicare al soggetto danneggiato la somma

offerta ovvero motivare il mancato accoglimento della richiesta.

6. Entro un mese dalla data della proposta transattiva comunicata ai sensi del comma 5 e accettata dal soggetto danneggiato, la compagnia assicuratrice è tenuta a versare le somme pattuite.

7. Il soggetto beneficiario ai sensi del comma 6 può trattenere le somme in acconto e agire per l'eventuale maggiore richiesta di risarcimento danni.

8. In caso di danni non immediatamente quantificabili, la compagnia assicuratrice è tenuta a formulare al soggetto danneggiato un'offerta parziale di risarcimento e, se tale offerta è accettata, a provvedere a versare le somme pattuite nel più breve tempo possibile.

9. Gli estremi delle polizze di assicurazione obbligatorie per la responsabilità civile sono disponibili ai terzi, senza alcuna formalità, presso la sede dell'ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri competente del luogo ove operano le strutture sanitarie o i singoli sanitari.

ART. 7.

1. Le compagnie assicuratrici e le strutture sanitarie tenute al risarcimento danni ai sensi della presente legge non hanno diritto all'azione di regresso per colpa lieve o colpa grave del personale dipendente delle strutture sanitarie pubbliche e private assicurate. Le medesime compagnie e strutture possono agire in rivalsa solo in caso di dolo.

ART. 8.

1. Il Consiglio nazionale della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri provvede alla regolamentazione e alla gestione, con separata contribuzione obbligatoria a carico di tutti gli iscritti, di un fondo di garanzia per il ristoro dei danni derivanti da reati dolosi commessi da sanitari nell'esercizio della loro attività professionale.

ART. 9.

1. In caso di responsabilità accertata per colpa grave, la struttura sanitaria da cui dipende il sanitario e l'ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri a cui è iscritto il medesimo sanitario possono applicare le sanzioni disciplinari previste dal codice deontologico.

ART. 10.

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA

€ 0,35



15PDL0040890