

# Camera dei Deputati

## Audizione

dell'Avv. Sergio Manfredonia,

sulla proposta di modifica legislativa d'iniziativa dei Deputati Onorevoli  
Colletti, Cataldi, Dori e Perantoni,  
in materia di responsabilità medica

(l. 8 mar. 2017 n. 24, codice di procedura civile, codice di procedura penale)

Quando si redige un qualunque tipo di regolamento, sia esso un contratto o una norma di legge, si deve avere lo stesso atteggiamento del giocatore di scacchi: si sposta un pezzo da una casella a un'altra, pensando di ottenere un vantaggio, ma si deve sempre considerare a quali rischi viene esposto il pezzo nella casella di destinazione e cosa accade alla casella di partenza lasciata libera.

In altri termini chi scrive una norma, sopra tutto quando interviene a modificare un testo già in vigore, deve sempre valutare come la novità si va a inserire nel tessuto normativo e sociale esistente e quali conseguenze crea.

Nel caso della proposta di legge degli Onorevoli Deputati Colletti, Cataldi, Dori e Perantoni gli effetti collaterali sono di non poco momento.

Lo scopo della proposta di riforma è quello di rendere più ampio lo spettro del risarcimento conseguibile e più efficace, snello e rapido l'iter che la vittima di episodi di mala sanità deve percorrere per ottenerlo. A tale scopo si giunge, su piano sostanziale, ampliando le ragioni di responsabilità della struttura sanitaria e rendendo più gravosa la posizione del medico di turno. Sul piano processuale ampliando i poteri dei professionisti chiamati a valutare gli aspetti tecnici della vicenda e imponendo contemporaneamente termini più imperativi per il compimento della procedura di accertamento. Si ampliano infine rischi e oneri per le compagnie assicurative.

### L'impatto sulle strutture sanitarie La modifica dell'art. 7 l. 8 mar. 2017, 24

La modifica proposta prevede l'insorgere della responsabilità della struttura sanitaria anche per i danni derivanti *“dall'inadeguata organizzazione, dalla carenza e della inefficienza delle dotazioni o delle attrezzature delle medesime strutture sanitarie”* (art. 1, comma 1 lett. a, secondo periodo).

Così formulata, la norma consentirebbe al paziente di domandare il risarcimento anche per danni indiretti, causati cioè non dalla singola, inesperta o negligente condotta medica, ma da attribuirsi in via principale all'inadeguatezza della struttura rispetto alla domanda, che si traduce nella mancanza di posti letto e nella carenza di personale. In termini sintetici si tratta delle conseguenze del sovraffollamento dei reparti, soprattutto di quelli di pronto soccorso, che costringe i pazienti a sistemazioni poco confortevoli e allunga i tempi delle cure.

Sul punto c'è da dire innanzitutto che, sul piano processuale, gli aggettivi "inadeguato" e "inefficiente" lasciano molto margine alla valutazione del singolo interprete e sono perciò, di per sé, forieri di Giurisprudenza contrastante, a parità di circostanze. Cosa si deve infatti intendere per adeguato o efficiente? La risposta può essere molto diversa, a seconda dei diversi punti di vista dai quali valutare una struttura sanitaria.

Chi scrive ha avuto la ventura di trascorrere negli ultimi due mesi una quindicina di giorni nei due principali nosocomi napoletani, quasi tutti nel reparto di pronto soccorso. Per un terzo di questo periodo è stato ricoverato non in un letto in una stanza, ma in una barella, accomodata provvisoriamente in un corridoio o in un atrio, perché non c'erano né posti né spazio.

Da questo ristretto punto di vista sicuramente ci sono state un'organizzazione inadeguata e una carenza di dotazioni rispetto al numero delle persone ricoverate. Secondo il testo proposto, anche il disagio arrecato al paziente per una sistemazione certamente non confortevole e l'inevitabile prolungamento del tempo di degenza, dovuto all'alta densità di ricoverati, potrebbe essere considerato fonte di danno.

Ma, da un'altra e ben più concreta prospettiva, considerato che in ospedale non ci si va per trascorrere una vacanza di relax, bensì per essere curati, si può e si deve dire che la cura e l'assistenza medica sono state perfettamente adeguate ed efficienti ed hanno portato al risultato della guarigione, senza strascichi. Grazie alla professionalità e all'abnegazione del personale medico e paramedico, le carenze di spazio, di privacy e di confort non hanno inciso sulla qualità delle cure e, soprattutto, sul risultato finale. Perciò, da questo diverso punto di vista, non si sono creati danni, pur nella situazione di straordinario sovraffollamento.

E così, a seconda della prospettiva da cui si inquadra questa vicenda, la struttura sanitaria può essere considerata adeguata, ben dotata ed efficiente, oppure no. Quindi, fosse stato in vigore il testo riformato, a seconda della prospettiva adottata dal Giudicante, i due nosocomi avrebbero potuto essere ritenuti inadempienti e responsabili, oppure no.

Si dimentica poi che le decisioni che più possono influire sull'organizzazione di una specifica azienda sanitaria e sulle sue dotazioni di attrezzature e personale, per dare un'adeguata risposta alla domanda di cure di uno specifico bacino di utenza, molto spesso non competono alla stessa struttura, ma a livelli decisionali più alti. Non è la struttura sanitaria che decide quanti e quali reparti (soprattutto di pronto soccorso) dislocare su un territorio, quale debba essere la sua pianta organica, e quanti i posti di degenza prevedere per ciascun reparto, soprattutto per quelli di pronto soccorso.

Più a monte, il sovraffollamento dei reparti ospedalieri, e in particolare di quelli di pronto soccorso che ne costituiscono la prima linea, è frutto anche dello scarso filtro frapposto dalla medicina di base, la cui regolamentazione compete al Legislatore.

Imporre una responsabilità a carico della singola struttura sanitaria, in conseguenza dell'inadeguata organizzazione e dell'inefficienza delle dotazioni o delle attrezzature rispetto alla domanda, significherebbe quindi in molti casi addossare a quella struttura un onere anche per circostanze che sono fuori dalla sua sfera di influenza.

### L'impatto sulla responsabilità dell'operatore sanitario Le modifiche degli artt. 7 e 9 l. 8 mar. 2017, n. 24 e dell'art. 696- bis c.p.c. L'abrogazione dell'art. 590-sexies c.p.

La riforma appare improntata a un atteggiamento punitivo nei confronti del singolo operatore sanitario, la cui posizione viene notevolmente aggravata, sia sul piano sostanziale, civile e penale, che su quello processuale.

Sul piano sostanziale è di notevole portata lo spostamento della responsabilità dell'operatore sanitario "di turno", cioè di quello non scelto dal paziente, dal campo extracontrattuale, previsto dalla normativa vigente, a quello contrattuale (primo periodo lett. a) del comma 1 dell'art. 1).

Questo determinerebbe per il sanitario il raddoppio dei tempi di prescrizione (da cinque a dieci anni), l'estensione del campo del danno risarcibile fino a comprendere anche i danni non ancora verificatisi ma prevedibili e, soprattutto, l'attribuzione dell'onere della prova carico del medico. Nella responsabilità contrattuale il danneggiato può limitarsi a dedurre l'inadempimento o l'inesattezza dell'adempimento; di contro, è colui che sarebbe stato tenuto alla prestazione che deve dimostrare di averla resa, o di non averla potuta rendere per causa lui non imputabile.

Altrettanto incisiva è l'abrogazione tout court dell'articolo 590-sexies del codice penale (comma 2 dell'art. 1) e in particolare del secondo comma di detto articolo, che porta con sé anche l'eliminazione dell'esimente, attualmente prevista, per i danni causati da imperizia, laddove la prestazione sanitaria sia stata resa in modo conforme alle raccomandazioni previste dalle linee guida. Eliminarla estende la responsabilità penale per lesioni colpose o per omicidio colposo anche a quei casi in cui il sanitario abbia comunque seguito quelle raccomandazioni.

Su piano processuale, il medico che non sia stato parte (perché evidentemente non chiamato da alcuno) nell'azione instaurata dal paziente nei confronti della struttura sanitaria, nel successivo giudizio di rivalsa promosso nei suoi confronti potrebbe dover sottostare alle prove raccolte nel primo giudizio, senza poter opporre prove e deduzioni contrarie (lett. c n. 2 del comma 1 dell'art. 1).

La modifica proposta comporta degli evidenti profili di incostituzionalità, perché non avere la possibilità di partecipare alla procedura di acquisizione di una prova in proprio danno è una lesione del diritto costituzionalmente garantito alla difesa. La proposta non tiene inoltre conto del fatto che nel processo civile, a seguito della riforma dell'art. 115 c.p.c., oggi si devono ritenere per accertate non solo le circostanze attorno alle quali si è formata una valida prova, ma anche quelle non specificamente contestate. Con l'effetto che, nel giudizio di rivalsa a suo carico, il medico non solo non potrebbe opporre prove contrarie, ma si potrebbe anche scontrare con circostanze date per provate perché sul punto, nel precedente giudizio, la struttura sanitaria si era difesa male o non si era difesa affatto.

A questo punto appare di minima importanza che il termine di decadenza per avviare il giudizio di rivalsa sia stato portato da uno a due anni (lettera c n. 1 del comma 1 dell'art. 1). Anche questa, comunque, è una norma che si inserisce nel filone "punitivo" in danno del medico, senza portare alcun concreto vantaggio al paziente danneggiato.

### L'impatto sulla effettiva velocizzazione del procedimento risarcitorio Le modifiche agli artt. 193, 195 e 696-bis c.p.c.

Alcune delle modifiche suggerite per il codice di procedura civile scontano il pregiudizio di attribuire la lungaggine dei processi a un eccessivo lassismo dei termini; si punta così a ridurre i tempi, imponendo alle parti termini più stringenti e perentori. Purtroppo, come indica l'esperienza di questi ultimi trent'anni di continue modifiche al codice di rito, non è che istituendo dei termini a ghigliottina i processi durino molto di meno di quanto accadeva negli anni '80.

In quest'ottica vanno lette le modifiche, (art. 2, comma 1, lettere c n. 2 e d), del secondo comma dell'art. 193 e del terzo comma dell'art. 195 c.p.c., che stabiliscono per il CTU, rispettivamente, un termine massimo per l'avvio delle operazioni e una decurtazione del compenso, ove non rispetti il termine per il deposito dell'elaborato senza un giustificato motivo.

Sempre quanto agli interventi sul codice di procedura civile, mette anche conto sottolineare che la modifica dell'art. 696 bis c.p.c. (art. 2, comma 1, lettera e), che disciplina la consulenza tecnica preventiva "conciliativa", introdotta nel codice nel 2006, da un lato ampliava il campo di azione del consulente, ma dall'altro elidrebbe proprio la funzione conciliativa che costituiva la ragione di questa innovazione. Appare anche qui di dubbia costituzionalità affidare al tecnico, per di più fuori da un processo, non solo la descrizione del fatto e la liquidazione del danno, ma anche l'accertamento della responsabilità del fatto illecito, compito che dovrebbe restare precipuo del Giudice. Non si comprende poi la ragione dell'eliminazione del tentativo di conciliazione, previsto dal testo attuale dell'articolo 696 bis c.p.c.. Dalla relazione si apprende che l'eventuale comparizione delle parti e del tecnico innanzi al Giudice, pure prevista dalla proposta di riforma, sarebbe finalizzata proprio a favorire la conciliazione. Quello delineato appare però un

sistema inutilmente macchinoso rispetto a quello oggi vigente, per di più subordinato sia all'iniziativa di una parte, che all'approvazione del Giudice.

Oltretutto la norma oggetto di modifica non è dettata solo per lo specifico campo della responsabilità medica, ma si applica a tutti casi di accertamento del danno inadempimento o da fatto illecito. Le modifiche, ove introdotte, verrebbero ad influire su tutti i procedimenti risarcitori.

## L'impatto sui rapporti con le compagnie assicurative.

Le modifiche all'art. 12 l. 8 mar. 2017, n. 24

La riforma della norma che disciplina l'azione diretta verso la compagnia assicurativa (lettera e del comma 1 dell'art. 1) rende inopponibili al danneggiato tutte le eccezioni contrattuali che l'assicurazione avrebbe potuto opporre all'assicurato, compresa quella relativa allo "scoperto" a carico di quest'ultimo, con lo scopo dichiarato di consentire al paziente di conseguire prima e più facilmente dall'assicurazione l'intero risarcimento. Ma con l'ulteriore effetto di costringere l'assicurazione, in caso di accertamento della responsabilità, a pagare al paziente l'intero massimale di polizza, salvo poi rivalersi in separata sede verso l'assicurato per la restituzione dello scoperto e delle altre somme che contrattualmente sarebbero rimaste a carico di questo.

La riforma porterebbe sicuramente a un risultato positivo per il danneggiato, che potrebbe ottenere l'intero risarcimento da una sola controparte e non verrebbe a subire il rischio dell'insolvenza del responsabile. Ma questo renderebbe più gravosa la prestazione a carico dell'assicurazione, e tanto avrebbe la conseguenza certa di un maggiore onere per l'assicurato, e quella probabile di aumentare la difficoltà di reperire una compagnia disposta ad assicurare il rischio. Con la riforma, infatti, l'assicurazione andrebbe incontro a maggiori oneri finanziari, perché dovrebbe anticipare somme che contrattualmente non sarebbero a suo carico, e a un maggior rischio, perché sarebbero a carico suo, e non del paziente, le conseguenze dell'insolvenza dell'assicurato. Maggiori oneri e un rischio aumentato possono solo tradursi in un premio più alto e, al limite, anche nell'uscita dell'assicurazione dal ramo.

## Conclusioni

Rispondono al lodevole intento della proposta di riforma e non mostrano di esporre il fianco a rischi di conseguenze negative le nuove discipline proposte all'art. 1, comma 1, per il tentativo obbligatorio di conciliazione (lettera b), per l'obbligo di assicurazione (lettera d), per la procedura di risarcimento (lettera f), in riforma, rispettivamente, degli artt. 8, 10 e 15 della l. 27 / 2017.

Giudizio analogamente positivo si può dare delle proposte di modifica alle varie norme che degli artt. 191, 192 e 193 del codice di procedura civile, degli artt, 14, 15, 16 e 18 delle disposizioni di attuazione e transitorie del codice di procedura civile e degli artt. 67, 68 e 69 delle disposizioni di attuazione coordinamento e transitorie del codice di procedura penale relative, norme tutte relative alla consulenza tecnica d'Ufficio, tese a rendere più autorevoli e indipendenti i periti (art. 2, comma 1, lettere a, b e c, questa limitatamente al n. 1, art. 3 e art. 4).

Non si può esprimere invece un giudizio favorevole per le altre norme sopra esaminate.

Sono sotto gli occhi di tutti le recenti immagini dei reparti di pronto soccorso affollati all'inverosimile, con decine se non a volte centinaia di pazienti accomodati in barrelle poste negli atri e nei corridoi. Così come è risaputo che è sempre più difficile reperire personale medico per i reparti di pronto soccorso e di medicina d'urgenza, al punto che più di un concorso è andato deserto e che molti ospedali sono stati costretti a ricorrere in outsourcing a personale esterno, fornito da cooperative private. Questo non perché i medici non siano attratti dagli stipendi proposti, ma perché sono spaventati dalle massacranti condizioni di lavoro e dalle enormi responsabilità personali cui vanno incontro. Rendere ancora più gravosa la loro posizione, sia sul piano civile che sul piano penale e costringerli a sobbarcarsi maggiori oneri assicurativi, non favorirebbe più di tanto il paziente, comunque garantito dalla responsabilità e dalla solvibilità della struttura sanitaria, specie se pubblica, ma potrebbe incentivare la già evidente ritrosia dei medici a assumere ruoli in reparti "a rischio", con la possibilità di un definitivo affossamento di un sistema in precario equilibrio.

Roma, 11 luglio 2022.