

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

Sulla programmazione dei lavori della Commissione 154

SEDE REFERENTE:

Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario. Testo unificato C. 259 Fucci, C. 262 Fucci, C. 1324 Calabrò, C. 1312 Grillo, C. 1581 Vargiu, C. 1902 Monchiero, C. 1769 Miotto e C. 2155 Formisano (*Seguito dell'esame e rinvio*) 155

ALLEGATO 1 (*Emendamenti e subemendamenti approvati*) 161

INTERROGAZIONI:

5-05617 Loreface: Indennizzi in favore dei soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie e da trasfusioni 158

ALLEGATO 2 (*Testo della risposta*) 163

5-06471 Colonnese: Interventi per garantire la corretta applicazione della normativa sulle interruzioni volontarie di gravidanza 158

ALLEGATO 3 (*Testo della risposta*) 165

5-06482 Capone: Accesso alle procedure concorsuali per medici operanti nelle strutture di pronto soccorso 159

ALLEGATO 4 (*Testo della risposta*) 167

SEDE CONSULTIVA:

Disposizioni in materia di acquisto e dismissione delle autovetture di servizio o di rappresentanza delle pubbliche amministrazioni. C. 3220 Sorial (Parere alla I Commissione) (*Esame e rinvio*) 159

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

Martedì 10 novembre 2015. — Presidenza del presidente Mario MARAZZITI.

La seduta comincia alle 13.45.

Sulla programmazione dei lavori della Commissione.

Mario MARAZZITI, *presidente*, comunica che, a seguito della riunione di giovedì 5 novembre 2015 dell'Ufficio di Presidenza, integrato dai rappresentanti dei

gruppi, è stato predisposto il seguente programma dei lavori della Commissione:

PROGRAMMA DEI LAVORI DELLA COMMISSIONE PER I MESI DI NOVEMBRE 2015-GENNAIO 2016

Novembre 2015.

Seguito degli argomenti già in corso di esame:

Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario (C. 259 Fucci, C. 262 Fucci, C. 1324

Calabrò, C. 1312 Grillo, C. 1581 Vargiu, C. 1902 Monchiero, C. 1769 Miotto e C. 2155 Formisano);

Norme per la limitazione degli sprechi, l'uso consapevole delle risorse e la sostenibilità ambientale (C. 3057 Gadda, C. 3167 Mongiello, C. 3196 Faenzi, C. 3237 Sberna, C. 3274 Nicchi, C. 3248 Mantero e C. 3191 Causin);

Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare (C. 698 Grassi, C. 1352 Argentin, C. 2205 Miotto, C. 2456 Vargiu, C. 2578 Binetti e C. 2682 Rondini);

Disposizioni a tutela dei minori per la prevenzione e il contrasto del fenomeno del cyberbullismo (C. 3139, approvata dal Senato, C. 1986 Campana, C. 2408 Iori, C. 2435 Brambilla e C. 2670 Iori) (Commissioni riunite II e XI).

Risoluzioni:

7-00792 D'Incecco: Iniziative in materia di vaccinazioni;

7-00705 Silvia Giordano: Trasparenza degli accordi stipulati dall'AIFA con le case farmaceutiche.

Argomenti nuovi:

Disposizioni in materia di legalizzazione della coltivazione, della lavorazione e della vendita della *cannabis* e dei suoi derivati (C. 3235 Giachetti) (Commissioni riunite II e XII);

Istituzione e disciplina del Registro nazionale e dei registri regionali dei tumori (C. 3115 Baroni).

Dicembre 2015.

Seguito degli argomenti già in corso di esame.

Argomenti nuovi:

Indagine conoscitiva in materia di rivisitazione, razionalizzazione e ammodernamento della rete dei punti nascita;

Istituzione della « Giornata della lotta contro la povertà » (C. 197 Pisicchio).

Gennaio 2016.

Seguito degli argomenti già in corso di esame.

Argomenti nuovi:

Disposizioni concernenti la realizzazione di reparti di terapia intensiva aperta (C. 141 Antezza);

Disposizioni concernenti l'impiego delle persone anziane da parte delle amministrazioni locali per lo svolgimento di lavori di utilità sociale (C. 104 Binetti);

Indagine conoscitiva sui servizi sociali per le non autosufficienze.

Saranno inoltre iscritti all'ordine del giorno: i progetti di legge assegnati in sede consultiva, gli atti del Governo sui quali la Commissione sia chiamata ad esprimere un parere; i disegni di legge di conversione di decreti legge; i provvedimenti trasmessi dal Senato.

Avrà altresì luogo lo svolgimento di atti di sindacato ispettivo.

La Commissione prende atto.

La seduta termina alle 13.50.

SEDE REFERENTE

Martedì 10 novembre 2015. — Presidenza del presidente Mario MARAZZITI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo.

La seduta comincia alle 13.50.

Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario.

Testo unificato C. 259 Fucci, C. 262 Fucci, C. 1324 Calabrò, C. 1312 Grillo, C. 1581 Vargiu, C. 1902 Monchiero, C. 1769 Miotto e C. 2155 Formisano.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta del 5 novembre 2015.

Mario MARAZZITI, *presidente*, ricorda che nella seduta di giovedì 5 novembre scorso la Commissione ha avviato l'esame dei subemendamenti presentati all'articolo aggiuntivo 7.010 (*Nuova formulazione*) del relatore.

Pertanto, nella seduta odierna, l'esame riprenderà dal subemendamento Colletti 0.7.010 (*Nuova formulazione*).16.

Andrea COLLETTI (M5S) raccomanda l'approvazione del subemendamento a sua prima firma 0.7.010 (*Nuova formulazione*).16, soppressivo di una larga parte del comma 3 della riformulazione dell'articolo aggiuntivo 0.7.010, osservando che tale disposizione potrebbe apportare gravi danni all'economia processuale del contenzioso in materia sanitaria. Chiede quindi chiarimenti al relatore in relazione alla dubbia applicabilità delle norme che si intendono introdurre.

La Commissione respinge il subemendamento Colletti 0.7.010. (*Nuova formulazione*).16.

Andrea COLLETTI (M5S), nel rilevare che la mancata replica del relatore ai rilevi espressi in relazione al precedente subemendamento rende esplicita una mancanza di argomenti a sostegno della validità delle norme che si intendono introdurre, raccomanda l'approvazione del subemendamento a sua prima firma 0.7.010 (*Nuova formulazione*).17, soppressivo del primo periodo del comma 4 della riformulazione dell'articolo aggiuntivo 0.7.010 del relatore. Segnala, infatti, che la prevista obbligatorietà della partecipazione delle parti al procedimento di conciliazione appare di dubbia costituzionalità e nello stesso tempo insufficientemente definita, con il rischio di una moltiplicazione delle spese processuali.

Ribadendo la sua convinzione circa l'irrazionalità della norma dal punto di vista giuridico, invita il relatore a riconsiderare le proprie opinioni, anche in

ragione dell'opportunità di intervenire con estrema prudenza nell'ambito del procedimento civile.

La Commissione respinge il subemendamento Colletti 0.7.010. (*Nuova formulazione*).17.

Andrea COLLETTI (M5S) raccomanda l'approvazione del subemendamento a sua prima firma 0.7.010 (*Nuova formulazione*).18, osservando che la previsione di una pena pecuniaria per la non partecipazione al procedimento di conciliazione appare eccessiva, pur rilevando incidentalmente che in qualità di avvocato si è trovato spesso a rappresentare le vittime di errori sanitari, per cui un'impostazione del genere potrebbe teoricamente essere nel suo interesse dal punto di vista dell'aumento delle spese giudiziarie. Sottolinea che la norma presenta rischi di illegittimità e che appare troppo discrezionale la valutazione rimessa al giudice.

La Commissione respinge il subemendamento Colletti 0.7.010. (*Nuova formulazione*).18.

Mario MARAZZITI, *presidente*, sottolinea di seguire sempre con attenzione le considerazioni svolte dai colleghi del Movimento 5 Stelle e segnala al collega Colletti che, in generale, i parlamentari possono farsi carico degli interessi generali della collettività anche quando riferiscono il punto di vista di una esperienza concreta che può coincidere con specifici interessi.

Andrea COLLETTI (M5S), ribadendo che il suo gruppo ha sempre come punto di riferimento la tutela dei soggetti più deboli nei confronti degli interessi costituiti, precisa di avere richiamato in maniera paradossale l'ipotetico verificarsi di un interesse relativo alla sua persona per evidenziare i limiti della norma proposta attraverso l'articolo aggiuntivo presentato dal relatore.

Francesco Paolo SISTO (FI-PdL) invita a riconsiderare il parere negativo espresso in relazione al proprio subemendamento

0.7.10. (*Nuova formulazione*).22., segnalando che la modifica proposta renderebbe il testo più coerente dal punto vista logico e sistematico, tenendo in considerazione anche quanto previsto dal successivo articolo aggiuntivo 0.7.11 presentato dal relatore, e potrebbe aiutare a semplificare il procedimento e a rendere maggiormente fondata la sanzione prevista dal comma 4.

La Commissione respinge il subemendamento Sisto 0.7.10. (*Nuova formulazione*).22.

Benedetto Francesco FUCCI (FI-PdL) invita a riconsiderare il parere negativo espresso in relazione al subemendamento a sua prima firma 0.7.10. (*Nuova formulazione*).19, quanto meno rispetto al comma 6, relativo alla citazione dell'assicuratore del professionista sanitario.

Federico GELLI (PD), *relatore*, ricorda che il tema delle assicurazioni sarà affrontato nel corso dell'esame del successivo articolo 8.

La Commissione respinge il subemendamento Fucci 0.7.01 (*Nuova formulazione*).19.

Andrea COLLETTI (M5S) preannuncia il voto contrario del Movimento 5 Stelle sull'articolo aggiuntivo 7.010 (*Nuova formulazione*) del relatore, che a suo avviso può creare seri danni al sistema di risoluzione delle contenzioso relativo al danno sanitario, con conseguenze negative per tutti i soggetti coinvolti: pazienti, operatori sanitari e strutture sanitarie, pubbliche e private.

La Commissione approva l'articolo aggiuntivo 7.010 (*Nuova formulazione*) del relatore, come risultante dai subemendamenti approvati (*vedi allegato 1*).

Mario MARAZZITI, *presidente*, avverte che la Commissione procederà all'esame dei subemendamenti riferiti all'articolo aggiuntivo 7.011 (*Nuova formulazione*) del relatore, sui quali dà la parola al relatore

e al rappresentante del Governo, per l'espressione dei rispettivi pareri.

Federico GELLI (PD), *relatore*, esprime parere favorevole sui subemendamenti Sisto 0.7.011 (*Nuova formulazione*).12, 0.7.011 (*Nuova formulazione*).14 e 0.7.011 (*Nuova formulazione*).15. Invita altresì al ritiro i presentatori dei restanti subemendamenti, precisando che altrimenti il parere contrario è da intendersi.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO esprime parere conforme a quello del relatore.

Andrea COLLETTI (M5S) chiede chiarimenti in ordine al parere contrario espresso in relazione al subemendamento a sua prima firma 0.7.011 (*Nuova formulazione*).10, sottolineando l'opportunità di precisare che la previsione di limitare l'azione di rivalsa nei confronti degli operatori sanitari da parte delle strutture solo in caso di dolo o colpa grave deve valere esclusivamente per quelle pubbliche.

La Commissione respinge il subemendamento Colletti 0.7.011 (*Nuova formulazione*).10.

Benedetto Francesco FUCCI (FI-PdL) ritira il subemendamento a sua prima firma 0.7.011 (*Nuova formulazione*).11.

La Commissione approva il subemendamento Sisto 0.7.011 (*Nuova formulazione*).12 (*vedi allegato 1*).

Francesco Paolo SISTO (FI-PdL) chiede chiarimenti al relatore in ordine alla eventuale responsabilità dei professionisti sanitari nei giudizi di responsabilità amministrativa presso la Corte dei conti.

Federico GELLI (PD), *relatore*, chiarisce che con la formulazione da lui proposta le strutture sono responsabili in via esclusiva nei giudizi di responsabilità amministrativa presso la Corte dei conti.

Francesco Paolo SISTO (FI-PdL), alla luce dei chiarimenti forniti, ritira il proprio subemendamento 0.7.011 (*Nuova formulazione*).13.

La Commissione, con distinte votazioni, approva i subemendamenti Sisto 0.7.011 (*Nuova formulazione*).14 e 0.7.011 (*Nuova formulazione*).15 (*vedi allegato 1*).

Francesco Paolo SISTO (FI-PdL), ritira il proprio subemendamento 0.7.011 (*Nuova formulazione*).16.

Andrea COLLETTI (M5S) preannuncia il voto contrario del Movimento 5 Stelle sull'articolo aggiuntivo 7.011 (*Nuova formulazione*) del relatore, contestandone sia l'impostazione, sia la formulazione, soffermandosi, tra l'altro, sul contenuto del comma 3.

Federico GELLI (PD), *relatore*, rileva preliminarmente che, a causa di un refuso, al comma 3, in luogo dell'espressione « nell'atto di citazione », deve intendersi « dell'atto di citazione ».

Ringrazia, quindi, tutti i colleghi per il loro contributo, sottolineando che con l'approvazione dell'articolo 7 e degli articoli aggiuntivi ad esso riferiti, la Commissione ha portato a termine un percorso complesso elaborando un testo soddisfacente in materia di responsabilità, conciliazione e rivalsa. Rileva che nessuno può ritenersi portatore di una verità assoluta rispetto alla materia in discussione, dichiarandosi dispiaciuto per la decisa posizione contraria espressa dai colleghi del Movimento 5 Stelle. Ritiene che in ogni caso si stia facendo un passo in avanti decisivo per la tutela della collettività, garantendo sia i pazienti che il personale sanitario.

Francesco Paolo SISTO (FI-PdL) preannuncia il voto favorevole del suo gruppo sull'articolo aggiuntivo 7.011 (*Nuova formulazione*) del relatore, pur ribadendo la propria contrarietà in ordine alla distinzione delle responsabilità in ambito sanitario.

La Commissione approva l'articolo aggiuntivo 7.011 (*Nuova formulazione*) del relatore, come risultante dai subemendamenti approvati (*vedi allegato 1*).

Mario MARAZZITI, *presidente*, rinvia il seguito dell'esame del provvedimento ad altra seduta.

La seduta termina alle 14.35.

INTERROGAZIONI

Martedì 10 novembre 2015. — Presidenza del presidente Mario MARAZZITI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo.

La seduta comincia alle 14.35.

5-05617 Lorefice: Indennizzi in favore dei soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie e da trasfusioni.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*).

Marialucia LOREFICE (M5S), replicando, si dichiara parzialmente soddisfatta, esprimendo apprezzamento per la raggiunta soluzione dei problemi sollevati per quanto riguarda la Sicilia ed auspicando un impegno del Governo per il conseguimento di un risultato definitivo valido per tutto il territorio nazionale in sede di approvazione della legge di stabilità.

5-06471 Colonnese: Interventi per garantire la corretta applicazione della normativa sulle interruzioni volontarie di gravidanza.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 3*).

Vega COLONNESE (M5S), replicando, si dichiara insoddisfatta, osservando che i dati forniti appaiono divergenti da quelli in suo possesso e rilevando che occorre

prestare maggiore attenzione alla recrudescenza del fenomeno degli aborti clandestini, con i rischi sanitari ad esso connessi, che interessa in primo luogo donne immigrate a basso reddito, e alle vessazioni psicologiche alle quali sono sottoposte molte donne quando richiedono un intervento per l'interruzione volontaria di gravidanza presso le strutture sanitarie.

5-06482 Capone: Accesso alle procedure concorsuali per medici operanti nelle strutture di pronto soccorso.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 4*).

Salvatore CAPONE (PD), replicando, si dichiara non soddisfatto della risposta nonostante l'apertura presente nella parte finale della risposta fornita dal Governo. A suo avviso, è indispensabile che il Governo adotti le iniziative opportune al fine di garantire l'accesso alle procedure concorsuali a quei medici operanti nelle strutture di pronto soccorso, con una adeguata continuità di servizio, che hanno dato prova di professionalità.

Mario MARAZZITI, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

La seduta termina alle 14.55.

SEDE CONSULTIVA

Martedì 10 novembre 2015. — Presidenza del presidente Mario MARAZZITI.

La seduta comincia alle 14.55.

Disposizioni in materia di acquisto e dismissione delle autovetture di servizio o di rappresentanza delle pubbliche amministrazioni

C. 3220 Sorial.

(Parere alla I Commissione).

(Esame e rinvio).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in titolo.

Giovanni MONCHIERO (SCpI), *relatore*, ricorda che la proposta di legge C. 3220 interviene in ordine alla riduzione dei costi delle autovetture di servizio e di rappresentanza delle amministrazioni pubbliche (cosiddette « auto blu »), con la finalità di ridurre gli oneri che ne derivano a carico della finanza pubblica in misura ulteriore rispetto alle misure di contenimento già previste dalla normativa vigente.

Fa presente che tali misure sono attualmente riconducibili principalmente all'articolo 15 del decreto-legge n. 66 del 2014, che costituisce l'ultimo di un succedersi di interventi normativi di contenimento della spesa per autovetture di servizio iniziati a partire dalla legge finanziaria 2005 (articolo 1, commi 12-14).

L'articolo 1 della proposta di legge stabilisce, al comma 1, a decorrere dal 1° gennaio 2016, un generale divieto per tutte le amministrazioni pubbliche inserite nel conto economico consolidato della pubblica amministrazione di acquistare autovetture di servizio e di rappresentanza, nonché di stipulare contratti di *leasing* aventi ad oggetto le autovetture medesime. Il medesimo comma precisa che le amministrazioni cui è destinata la nuova disciplina comprendono « le autorità indipendenti, le regioni e gli enti locali ».

Il comma 2 esclude dalle nuove regole stabilite al comma 1 le autovetture adibite a determinate tipologie di servizi svolti dalle amministrazioni pubbliche tra cui – e questo è l'aspetto che in qualche modo riguarda le competenze della Commissione affari sociali – i servizi operativi di tutela della salute e dell'incolumità pubblica. In ordine a tali eccezioni, la norma precisa che restano ferme le vigenti disposizioni concernenti le autovetture adibite ai suddetti servizi. Al riguardo, precisa che sarebbe forse opportuno individuare una formulazione più efficace, tesa ad escludere dal divieto generale le autovetture adibite ai servizi ispettivi e alla tutela della salute pubblica.

Il comma 3 reca il divieto espresso per amministrazioni pubbliche di assegnare autovetture a soggetti diversi da quelli elencati al comma precedente, precisandosi poi ai commi 4 e 5 le norme sanzionatorie.

Fa presente, poi, che l'articolo 2 dispone la vendita delle autovetture delle pubbliche amministrazioni, salvo quelle consentite per i servizi individuati dal comma 2 dell'articolo 2, mediante vendita realizzata nella forma di asta pubblica realizzata su piattaforma elettronica.

Il comma 2 dispone che a decorrere dal 2015 le dotazioni di bilancio delle amministrazioni pubbliche per l'acquisto e la gestione di autovetture (salve le eccezioni stabilite dall'articolo 1), nonché i proventi derivanti dalle dismissioni delle medesime siano trasferiti al Fondo di garanzia per le

piccole e medie imprese di cui all'articolo 2, comma 100, della legge n. 662 del 1996.

L'articolo 3, infine, demanda ad un decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, di concerto con quello dell'economia, l'adozione, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della legge, di un regolamento di attuazione della nuova disciplina.

In conclusione, si riserva di presentare una proposta di parere, tenuto conto anche dell'impatto molto limitato del testo in esame sulle competenze della XII Commissione.

Mario MARAZZITI, *presidente*, nessuno chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame del provvedimento ad altra seduta.

La seduta termina alle 15.

ALLEGATO 1

Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario. Testo unificato C. 259 Fucci, C. 262 Fucci, C. 1324 Calabrò, C. 1312 Grillo, C. 1581 Vargiu, C. 1902 Monchiero, C. 1769 Miotto e C. 2155 Formisano.

EMENDAMENTI E SUBEMENDAMENTI APPROVATI

ARTICOLO AGGIUNTIVO 7.010 (NUOVA FORMULAZIONE) DEL RELATORE RISULTANTE DAI SUBEMENDAMENTI APPROVATI.

Dopo l'articolo 7, aggiungere il seguente:

ART. 7-*bis*. — (Tentativo obbligatorio di conciliazione). — 1. Chi intende esercitare in giudizio un'azione tesa ad ottenere il risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria è tenuto preliminarmente a proporre ricorso ai sensi dell'articolo 696-*bis* del codice di procedura civile dinanzi al giudice competente.

2. La presentazione del ricorso di cui al comma 1 costituisce condizione di procedibilità della domanda. In tali casi non trova applicazione l'articolo 5, comma 1-*bis*, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, né l'articolo 3 del decreto-legge 12 settembre 2014 n. 132, convertito, con modificazioni, dalla legge 10 novembre 2014, n. 162. L'improcedibilità deve essere eccepita dal convenuto, a pena di decadenza, o rilevata d'ufficio dal giudice, non oltre la prima udienza. Il giudice, ove rilevi che il procedimento di cui all'articolo 696-*bis* del codice di procedura civile non è stato espletato ovvero che è iniziato ma non si è concluso, assegna alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione dinanzi a sé dell'istanza di consulenza tecnica in via preventiva ovvero di completamento del procedimento.

3. Ove la conciliazione non riesca, o il procedimento non si concluda entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, la domanda diviene procedi-

bile e gli effetti della domanda sono salvi se, entro novanta giorni dal deposito della relazione o dalla scadenza del termine perentorio, è depositato, presso il giudice che ha trattato il procedimento di cui al comma 1, il ricorso di cui all'articolo 702-*bis* del codice di procedura civile. In tal caso il giudice fissa l'udienza di comparizione delle parti e si applicano gli articoli 702-*bis* e seguenti del codice di procedura civile.

4. La partecipazione al procedimento di accertamento tecnico preventivo di cui al presente articolo è obbligatoria per tutte le parti, comprese le compagnie assicuratrici di cui all'articolo 8 della presente legge. La mancata partecipazione obbliga il giudice a condannare, con il provvedimento che definisce il giudizio, le parti che non hanno partecipato al pagamento delle spese di consulenza e di lite, a prescindere dall'esito del giudizio, oltre che ad una pena pecuniaria, determinata equitativamente, in favore della parte che è comparsa alla conciliazione.

7. 010. (Nuova formulazione) Il Relatore.

SUBEMENDAMENTI APPROVATI ALL'ARTICOLO AGGIUNTIVO 7.011 (NUOVA FORMULAZIONE) DEL RELATORE.

All'articolo aggiuntivo 7.011 (Nuova formulazione) del Relatore, comma 3, dopo le parole: che ne abbia aggiungere la seguente: definitivamente.

0. 7. 011. (Nuova formulazione). **12.** Sisto.

All'articolo aggiuntivo 7.011 (Nuova formulazione) del Relatore, comma 5, dopo le parole: avere ad oggetto aggiungere la seguente: anche.

0. 7. 011. (Nuova formulazione). **14.** Sisto.

All'articolo aggiuntivo 7.011 (Nuova formulazione) del Relatore, comma 6, dopo la parola: retribuzione aggiungere la seguente: mensile.

0. 7. 011. (Nuova formulazione). **15.** Sisto.

ARTICOLO AGGIUNTIVO 7.011 (NUOVA FORMULAZIONE) DEL RELATORE RISULTANTE DAI SUBEMENDAMENTI APPROVATI.

Dopo l'articolo 7, aggiungere il seguente:

ART. 7-bis. – (Azione di rivalsa). – 1. L'azione di rivalsa della struttura sanitaria nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave.

2. Se il danneggiato, nel giudizio promosso contro la struttura sanitaria, non ha convenuto anche l'esercente la professione sanitaria, la struttura sanitaria può esercitare l'azione di rivalsa nei confronti di quest'ultimo soltanto successivamente al risarcimento, avvenuto sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale. In ogni caso, l'azione di rivalsa deve essere esercitata, a pena di decadenza, entro un anno dall'avvenuto risarcimento.

3. La struttura sanitaria ha l'obbligo di dare comunicazione all'esercente la professione sanitaria dell'instaurazione del giudizio risarcitorio mediante notifica dell'atto di citazione. Tale comunicazione deve contenere l'avviso che la sentenza di

condanna che ne abbia definitivamente accertato la responsabilità per dolo o colpa grave farà stato nei confronti del professionista nel giudizio di rivalsa.

4. L'omissione o la incompletezza della comunicazione preclude l'ammissibilità del giudizio di rivalsa. In tal caso, la struttura sarà direttamente responsabile nel giudizio di responsabilità amministrativa instaurato dalla Corte dei conti.

5. Se l'esercente la professione sanitaria è stato riconosciuto responsabile del fatto illecito, con sentenza passata in giudicato, senza che il giudice abbia accertato il grado della colpa, il giudizio di rivalsa dovrà comunque avere ad oggetto anche l'autonomo accertamento del grado della colpa.

6. La struttura sanitaria esercita azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria nella misura massima di un quinto della retribuzione mensile. Per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione pronunciata nel giudizio di rivalsa, l'esercente la professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, non può avere assegnazione di incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti, né può partecipare a pubblici concorsi per incarichi superiori.

7. Nel giudizio di rivalsa il giudice può desumere argomenti di prova dal materiale probatorio acquisito nel giudizio instaurato dal paziente nei confronti della struttura sanitaria.

8. L'esercizio dell'azione erariale da parte della procura presso la Corte dei conti rende improcedibile la domanda di rivalsa in sede civile della struttura sanitaria pubblica.

7. 011. (Nuova formulazione) Il Relatore.

ALLEGATO 2

5-05617 Lorefice: Indennizzi in favore dei soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie e da trasfusioni.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Si risponde all'interrogazione parlamentare in esame, a seguito di delega della Presidenza del Consiglio dei ministri.

In merito alle risorse finanziarie da destinare alle finalità disciplinate dalla legge 25 febbraio 1992, n. 210 «Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati», il comma 1, dell'articolo 186, della legge 23 dicembre 2014, n. 190 «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato», ha previsto che «agli oneri finanziari derivati dalla corresponsione degli indennizzi di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, erogati dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 26 maggio 2000, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 238 dell'11 ottobre 2000, a decorrere dal 1° gennaio 2012 fino al 31 dicembre 2014 e degli oneri derivanti dal pagamento degli arretrati della rivalutazione dell'indennità integrativa speciale di cui al citato indennizzo fino al 31 dicembre 2011, si provvede mediante l'attribuzione alle medesime regioni e province autonome, di un contributo di 100 milioni di euro per l'anno 2015, di 200 milioni di euro per l'anno 2016, di 289 milioni di euro per l'anno 2017 e di 146 milioni di euro per l'anno 2018. Tale contributo è ripartito tra le regioni e le province autonome interessate con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, da adottare, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni

e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, in proporzione al fabbisogno derivante dal numero degli indennizzi corrisposti dalle regioni e dalle province autonome, come comunicati dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome entro il 31 gennaio 2015, previo riscontro del Ministero della salute».

Con tale norma si è provveduto a coprire gli oneri sostenuti dalle regioni per l'applicazione della legge 25 febbraio 1992, n. 210, per il periodo 1° gennaio 2012-31 dicembre 2014, e a mettere a disposizione delle stesse i finanziamenti necessari a garantire il pagamento degli arretrati per la rivalutazione della indennità integrativa speciale.

Il decreto 27 maggio 2015 del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* n. 167 del 21 luglio 2015, in attuazione della previsione di cui al comma 1, dell'articolo 186, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, ha ripartito il contributo in percentuale al fabbisogno di ciascuna regione e provincia autonoma, che è stato determinato in base al numero degli indennizzati comunicato dalla Conferenza delle regioni e province autonome.

La ripartizione è operata in proporzione al fabbisogno relativo alle due componenti dell'indennizzo, e quindi in misura pari al 70 per cento per le anticipazioni relative al periodo 2012/2014, e al 30 per cento per gli arretrati della rivalutazione della indennità integrativa speciale.

Inoltre, al fine di garantire l'esecuzione della sentenza della Corte europea dei

diritti dell'Uomo del 3 settembre 2013, nel decreto si precisa che le regioni «utilizzano annualmente il contributo di cui al comma 1, prioritariamente, almeno per una quota non inferiore al 50 per cento, per il pagamento degli arretrati della rivalutazione della indennità integrativa speciale di cui agli indennizzi previsti dalla legge 25 febbraio 1992, n. 210».

In ordine alla richiesta in tema di decreti attuativi per l'indennizzo della regione Sicilia, si rappresenta che detta regione non ha mai assunto le funzioni di

competenza riguardo alla legge n. 210/1992, in quanto è necessaria una modifica dello Statuto regionale (regione a statuto speciale) e, pertanto, il Ministero della salute provvede direttamente ai pagamenti dei residenti nella stessa regione.

Allo stato attuale, tutti i danneggiati titolari dell'indennizzo e residenti nella regione Sicilia ricevono il beneficio dell'indennizzo integralmente rivalutato, e sono stati liquidati loro gli arretrati a titolo di rivalutazione dell'indennità integrativa speciale.

ALLEGATO 3

5-06471 Colonnese: Interventi per garantire la corretta applicazione della normativa sulle interruzioni volontarie di gravidanza.**TESTO DELLA RISPOSTA**

La situazione descritta nell'interrogazione in esame, circa l'attuazione della legge n. 194/1978 sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG), non corrisponde in effetti a quella esistente, come evidenziata dai dati raccolti nel monitoraggio «*ad hoc*» istituito dal Ministro Lorenzin nel 2013, i cui risultati sono contenuti nelle relazioni trasmesse annualmente al Parlamento.

Con riferimento ai dati più recenti, riportati nella relazione sull'attuazione della legge n. 194/1978, trasmessa al Parlamento lo scorso 28 ottobre, contenente i dati preliminari del 2014 e quelli definitivi del 2013, ricordo che tale relazione conferma la situazione già descritta l'anno precedente, arricchita dai dati sul carico di lavoro per ogni ginecologo non obiettore, raccolti per la prima volta a livello subregionale, cioè per ciascuna singola Asl/distretto: da questi dati non emergono criticità nell'applicazione della legge n. 194/1978.

In particolare, i tempi di attesa delle donne continuano a diminuire, e il 90,8 per cento delle IVG viene effettuata nella regione di residenza, di cui l'87,1 per cento nella provincia di residenza.

Le IVG vengono effettuate nel 60 per cento delle strutture disponibili, con una copertura soddisfacente, tranne che in Molise e nella provincia autonoma di Bolzano.

Il numero dei punti IVG, paragonato a quello dei punti nascita, mostra che mentre il numero di IVG è pari a circa il 20 per cento del numero di nascite, il numero di punti IVG è pari al 74 per cento del numero di punti nascita, superiore, cioè, a

quello che sarebbe potuto essere rispettando le proporzioni fra IVG e nascite.

Confrontando poi punti nascita e punti IVG non in valore assoluto, ma rispetto alla popolazione femminile in età fertile, a livello nazionale, ogni 5 strutture in cui si fa una IVG, ce ne sono 7 in cui si partorisce.

Considerando le IVG settimanali a carico di ciascun ginecologo non obiettore, considerando 44 settimane lavorative in un anno, a livello nazionale ogni non obiettore ne effettua 1,6 a settimana, un valore medio fra il minimo di 0,5 della Sardegna e il massimo di 4,7 del Molise.

Questo stesso parametro, valutato a livello sub-regionale, mostra che anche nelle regioni in cui si rileva una variabilità maggiore, cioè in cui si rilevano ambiti locali con valori di carico di lavoro che si discostano molto dalla media regionale, si tratta comunque di un numero di IVG settimanali sempre inferiore a dieci: in particolare, i valori più elevati (9,6 e 9,4), sono, rispettivamente, in una Asl della Sicilia e in una del Lazio.

Tutti gli altri valori sono inferiori.

Il numero di non obiettori risulta quindi congruo, anche a livello subregionale, rispetto alle IVG effettuate, e il carico di lavoro richiesto non dovrebbe impedire ai non obiettori di svolgere anche altre attività oltre le IVG, e non dovrebbe creare problemi nel soddisfare la domanda di IVG.

Al fine di consolidare la qualità dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza IVG utili a monitorare l'applicazione della legge n. 194/1978, il Ministero della salute ha finanziato un progetto del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo

delle malattie, della durata di 12 mesi, coordinato dal Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità.

In particolare, verranno esaminate, insieme ai referenti regionali, le criticità presenti a livello locale per quanto riguarda la raccolta dati e l'applicazione della legge n. 194/1978, e verranno realizzati incontri formativi per i referenti

regionali sulle tecniche di controllo dei dati, sulla stima del bisogno a livello locale e sulle principali criticità emerse.

Tale attività si svolgerà entro la prossima primavera, mentre la prima riunione organizzativa si è svolta in data 21 maggio 2015, a Roma, presso il Ministero della salute, e ha visto il coinvolgimento di tutte le regioni italiane e delle province autonome di Trento e Bolzano.

ALLEGATO 4

5-06482 Capone: Accesso alle procedure concorsuali per medici operanti nelle strutture di pronto soccorso.**TESTO DELLA RISPOSTA**

L'articolo 4, comma 6 e seguenti, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101 « Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni », convertito in legge, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, della legge 30 ottobre 2013, n. 125, prevede apposite procedure concorsuali riservate, da destinare al personale titolare di contratto a tempo determinato nelle Amministrazioni centrali.

Per gli enti del Servizio sanitario nazionale il legislatore, nella consapevolezza della peculiarità del settore, nell'ambito del quale la permanenza del blocco del « turnover » ha portato al reiterarsi del ricorso a forme di lavoro flessibile di tutto il personale, ha demandato ad un apposito decreto del Presidente del Consiglio dei ministri la disciplina delle procedure speciali di reclutamento destinate al personale con contratto a tempo determinato in sanità, e delle connesse proroghe dei contratti in essere.

Al citato decreto si demandano, altresì, apposite disposizioni per il personale dedicato alla ricerca in sanità, « nonché per il personale medico in servizio presso il pronto soccorso delle aziende sanitarie locali, con almeno 5 anni di prestazione continuativa, ancorché non in possesso della specializzazione in medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza ».

Nell'ambito dei lavori di predisposizione del decreto è stata approfondita, in particolare, la possibilità di far accedere alle procedure concorsuali riservate tutto il personale medico in servizio presso il

pronto soccorso delle aziende sanitarie locali, indipendentemente dal possesso della specializzazione.

Tale possibilità si è tuttavia ritenuta preclusa, anche alla luce del confronto con le Amministrazioni concertanti, dalla stessa lettera della legge, che fa riferimento al personale medico in servizio presso il pronto soccorso delle aziende sanitarie locali, « con almeno 5 anni di prestazione continuativa, ancorché non in possesso della specializzazione in medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza ».

Posto che la regola generale sancita dal decreto legislativo n. 502/1992, e dai successivi regolamenti attuativi per l'accesso al Servizio sanitario nazionale è quella del possesso della specializzazione nella disciplina oggetto del concorso, la normativa non consente di derogare, in generale, al possesso di tale requisito, ma esclusivamente al possesso della specializzazione in medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza.

In tal senso l'articolo 6 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 6 marzo 2015, in conformità a quanto previsto dal legislatore, prevede che: « Il personale medico con almeno cinque anni di prestazione continuativa antecedenti alla scadenza del bando, fatti salvi i periodi di interruzione previsti dal decreto legislativo 6 settembre 2001, n. 368, presso i servizi di emergenza e urgenza degli enti di cui all'articolo 1, è ammesso a partecipare ai concorsi di cui al presente decreto, ancorché non in possesso del diploma di specializzazione in medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza ».

Ne deriva che le linee guida adottate dalla Conferenza delle regioni in data 9 settembre 2015 sono in linea con il dettato del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 6 marzo 2015.

Fatte salve le informazioni sopra rese, anticipo che nella consapevolezza della portata non completamente esaustiva della

normativa sopra riferita, sono stati avviati approfondimenti, anche di natura politica, al fine di valutare la possibilità di un nuovo intervento normativo, volto a stabilizzare, in particolare, i professionisti già operanti a vario titolo nell'ambito dei servizi di emergenza-urgenza indipendentemente dal possesso del diploma di specializzazione.