

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

SEDE REFERENTE:

Norme in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari. Testo unificato C. 1142 Mantero, C. 1298 Locatelli, C. 1432 Murer, C. 2229 Roccella, C. 2264 Nicchi, C. 2996 Binetti, C. 3391 Carloni, C. 3561 Miotto, C. 3584 Nizzi, C. 3586 Fucci, C. 3596 Calabrò, C. 3599 Brignone, C. 3630 Iori, C. 3723 Marzano, C. 3730 Marazziti e C. 3970 Silvia Giordano (*Seguito dell'esame e rinvio*) 86

SEDE REFERENTE:

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. C. 259 e abb.-B approvata, in un testo unificato, dalla Camera e modificata dal Senato (*Esame e rinvio*) 95

SEDE REFERENTE

Giovedì 19 gennaio 2017. — Presidenza della vicepresidente Daniela SBROLLINI.

La seduta comincia alle 10.

Norme in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari.

Testo unificato C. 1142 Mantero, C. 1298 Locatelli, C. 1432 Murer, C. 2229 Roccella, C. 2264 Nicchi, C. 2996 Binetti, C. 3391 Carloni, C. 3561 Miotto, C. 3584 Nizzi, C. 3586 Fucci, C. 3596 Calabrò, C. 3599 Brignone, C. 3630 Iori, C. 3723 Marzano, C. 3730 Marazziti e C. 3970 Silvia Giordano.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento rinviato, da ultimo, nella seduta del 18 gennaio 2017.

Matteo MANTERO (M5S) reputa doveroso premettere che le accuse sulla ristret-

tezza dei tempi a disposizione per la discussione del provvedimento appaiono destituite di fondamento, atteso che il dibattito sui temi del cosiddetto fine vita è ormai in corso già dalla scorsa legislatura e che semmai occorre procedere quanto prima a colmare un vuoto legislativo che alcuni casi eclatanti come quello di Piergiorgio Welby ed Eluana Englaro hanno portato anche all'attenzione dell'opinione pubblica. Ricorda inoltre che la Commissione ha proceduto ad ulteriori approfondimenti, in particolare allo svolgimento, nell'ambito dell'esame delle proposte di legge in materia di disposizioni anticipate di trattamento, di un ampio ciclo di audizioni di esperti e di associazioni di categoria, che hanno contribuito positivamente a fugare taluni dubbi su argomenti importanti. Ad esempio, ricorda che è chiaramente emerso come nutrizione e idratazione artificiali debbano considerarsi a tutti gli effetti dei trattamenti medici, in ordine ai quali il paziente, sulla base del principio di inviolabilità del corpo, dovrebbe avere libertà di scelta.

Osserva inoltre che le disposizioni anticipate di trattamento (DAT), se sono vincolanti quando il paziente ha ancora la capacità di intendere e di volere, dovrebbero esserlo anche dopo che tali facoltà sono venute meno. Ricorda quindi, in riferimento a talune critiche rivolte al testo unificato in esame, che lo stesso è stato votato praticamente all'unanimità in sede di Comitato ristretto e, pur considerandolo migliorabile, ritiene che la presentazione di oltre tremila proposte emendative, frutto di una chiara volontà ostruzionistica, di fatto ostacoli fortemente tale possibilità di modifica, evidenziando al contrario la volontà di portare avanti battaglie dettate esclusivamente da un'appartenenza politica divenuta oramai anacronistica. Auspica a tal riguardo che sia possibile recuperare un clima costruttivo che consenta di portare all'approvazione di un testo ampiamente condiviso.

Precisa infine che, avendo l'obiettivo di assicurare il massimo rispetto della dignità della persona, nessuno dovrebbe arrogarsi il diritto di decidere per altri qual è il livello di sofferenza che questi debbono sopportare. Piuttosto, è necessario creare un contesto normativo grazie al quale chiunque – in materia di terapie mediche – possa essere messo nelle migliori condizioni per decidere cosa sia meglio per sé.

Alessandro PAGANO (LNA) ritiene che il provvedimento in esame non sia condivisibile sotto alcun punto di vista e che lo stesso costituisca di fatto un vero e proprio attacco all'uomo in quanto tale.

Precisa che tale atteggiamento è frutto di una visione antropologica che nella società moderna è fortemente mutata nel tempo, passando da una concezione prevalentemente basata sulla situazione economica ad una concezione prevalentemente libertaria, una sorta cioè di « cultura del desiderio » nella quale il valore sacro della vita risulta sminuito. Ricorda che tale processo ha preso piede a livello globale a partire dai movimenti del '68, allorquando si è avviata una mutazione della società che, passando per uno svilimento del valore della vita e del modello

di famiglia in senso classico, è giunta ai giorni nostri a considerare con favore l'eutanasia. Ricorda quindi al collega Mantero che il dibattito sul « fine vita » è in corso in maniera costruttiva ormai da tre legislature, ma che l'accelerazione improvvisa data al provvedimento in esame fa emergere una palese discrasia tra il Parlamento ed il Paese reale, nel quale si registrano posizioni decisamente differenti su tali materie. Ricorda che è in discussione infatti l'idea di vita, e che questa non può essere trattata come un qualsiasi argomento politico, al quale applicare le logiche di maggioranza. Reputa inoltre inaccettabile la tesi che viene portata avanti nel dibattito in corso, sulla base della quale non sarebbe possibile decidere sulla vita degli altri e che i cittadini devono essere lasciati liberi di decidere su determinati aspetti, ricordando al riguardo le pessime esperienze che si sono registrate in alcuni paesi del nord Europa, dove si è registrata una sorta di escalation dei valori eutanasi che ha portato addirittura alla realizzazione di veri e propri kit attraverso i quali i malati possono darsi la morte. Ricorda invece che di solito chi attribuisce un così scarso valore alla vita – tanto da ricorrere a questi strumenti di morte – è colui che si trova in una condizione di estrema solitudine, ricordando al riguardo l'esperienza degli anziani, i quali conservano più a lungo il loro equilibrio mentale allorquando vivono in contesti sociali di gruppo, come le famiglie o le comunità.

Osserva pertanto che una tale concezione della vita non è assolutamente un segno di civiltà, non è frutto di una estrema pietà, ma è soltanto il risultato di una volontà libertaria, tesa a poter fare tutto ciò che si vuole: ritiene però che si dovrebbe affermare in maniera netta che vi sono degli aspetti indisponibili relativi alla vita degli individui. Precisa quindi che tali atteggiamenti a suo avviso sono conseguenza di un progetto globale – quasi una sorta di complotto – finalizzato a destrutturare antropologicamente l'umanità, che si intende realizzare distruggendo economicamente il ceto medio (come sta

avvenendo attualmente in Italia) e promuovendo droghe, aborto, eutanasia, sterilizzazioni di massa, libertà di gioco e prostituzione.

Tornando al merito del provvedimento, osserva che alimentazione e idratazione artificiali non possono considerarsi terapia, e ritiene grave e criminale consentire con facilità la loro sospensione e così facendo impartire notevoli sofferenze e portare i pazienti ad una morte atroce. Ritiene in conclusione che l'inaccettabile testo unificato in esame sia frutto di un Parlamento sbilanciato, ed auspica che la Commissione voglia approfondire alcuni aspetti del predetto testo, sui quali il suo gruppo è disponibile a discutere, a patto che la maggioranza manifesti disponibilità al dialogo. In particolare, segnala la necessità di chiarire la differenza tra dichiarazioni e disposizioni anticipate di trattamento, specificando meglio il ruolo del medico e ritiene necessario inoltre approfondire i temi della qualità della vita correlata alle cure palliative, della possibilità di sospendere idratazione e nutrizione artificiali e specificare meglio le disposizioni concernenti la relazione tra paziente e medico.

Benedetto Francesco FUCCI (Misto-CR) osserva in premessa che da molti anni oramai è in atto un intenso e sentito dibattito all'interno della società italiana, del mondo medico-scientifico, associazionistico e del Parlamento sul grande tema, che riguarda in primo luogo la libertà di coscienza di ogni cittadino, del diritto alla vita e del modo in cui lo Stato possa o debba intervenire sul piano normativo in materia di fine vita, soprattutto quando a essere direttamente interessate siano persone che non sono purtroppo in grado di badare a se stesse e non hanno più la possibilità di esprimere le proprie volontà. Il caso più evidente riguarda coloro che, come avvenuto nella dolorosa vicenda di Eluana Englaro, si trovano in stato vegetativo permanente. Sullo sfondo di questo ampio dibattito vi è una serie di domande assolutamente centrali e delicate che, in definitiva, da sempre assillano la coscienza

umana e impegnano la religione, la filosofia, la sociologia e la medicina.

Si tratta di interrogativi di enorme portata etica, morale e – per chi professa un credo – religiosa; ma si tratta anche di interrogativi che investono direttamente il ruolo dello Stato e il suo rapporto con la vita dei suoi cittadini, e rispetto ai quali le sensibilità presenti nella società italiana sono ovviamente le più varie. Inevitabilmente, il punto di vista di chi ha un proprio caro in stato di coma irreversibile non può essere lo stesso di un osservatore esterno. Allo stesso tempo, però, ritiene che ciascuno debba pensare con la propria testa ed essere consapevole che la difficoltà di stabilire un confine tra eutanasia e non accanimento terapeutico non può essere un alibi perché il legislatore non assolva al proprio compito di dettare regole chiare e certe in modo da riempire quel pericoloso vuoto normativo nel cui ambito, per esempio, si sviluppò la tragica vicenda Englaro.

Ricorda che, nel rispetto dell'articolo 32 della Costituzione, quello al non accanimento terapeutico è un diritto intangibile; allo stesso tempo, non si può dimenticare che compito della medicina è quello di fare il possibile per salvare vite umane. A tale fine, la dichiarazione anticipata di trattamento (DAT) deve avere contenuti e limiti ben stabiliti.

Ritiene inoltre che in materia vi siano dei principi irrinunciabili; infatti quelle della rinuncia all'accanimento terapeutico o la volontà di prendere provvedimenti per calmare i dolori (medicina palliativa) sono scelte fondamentali strettamente connesse al principio del cosiddetto consenso informato; il secondo principio è che il non accanimento terapeutico è cosa ben diversa dall'eutanasia, che non può essere in alcun modo accettata e deve anzi essere punita sul piano penale; il terzo principio è che idratazione e alimentazione, pur se somministrate per via artificiale a persone non più in grado di provvedere a se stesse, non possono e non potranno mai essere considerate come forme di accanimento terapeutico; il quarto principio è relativo all'importanza della collaborazione, in un

clima di serenità e di fiducia, tra il medico e il fiduciario. Ciò è assolutamente fondamentale nell'ambito della cosiddetta alleanza terapeutica; il quinto principio è che la professionalità dei medici debba essere salvaguardata ed essi, che devono agire in scienza e in coscienza, non possono essere visti come meri « esecutori » di una volontà loro imposta.

In relazione a questi cinque principi, ritiene che il testo unificato in esame non dia risposte adeguate o addirittura — è il caso del tema delicatissimo dell'alimentazione e dell'idratazione artificiali — dia risposte negative su cui si augura che, con gli emendamenti a firma dei Conservatori e Riformisti ma anche con quelli presentati da altri colleghi di diversa appartenenza politica che si muovono in direzione analoga pur con sfumature e differenze, sia possibile intervenire.

Passando ad illustrare gli emendamenti presentati dalla componente alla quale appartiene, richiama l'articolo premissivo 01.01 che, se approvato, ribalterebbe l'approccio dell'intero testo unificato all'esame della Commissione. Con questa proposta emendativa si propone di premettere un nuovo articolo che riconosca e tuteli la vita umana quale diritto inviolabile e indisponibile, garantito anche nella fase terminale dell'esistenza e nell'ipotesi in cui la persona non sia più in grado di intendere e di volere, fino alla morte accertata ai sensi della legge. Evidentemente, da questo primo emendamento discende la piena contrarietà del suo gruppo all'attuale articolo 1, rispetto al quale interverrebbe l'emendamento soppressivo 1.6. Nella consapevolezza che questo obiettivo risulta complesso, evidenzia il secondo emendamento a suo avviso fondamentale, recante il numero 1.60 — sostitutivo dell'intero articolo 1.

Nell'illustrare gli altri emendamenti presentati dal suo gruppo, si sofferma sul tema — purtroppo trattato in modo divisivo nel testo unificato — dell'alimentazione e dell'idratazione artificiale. Raccomanda all'attenzione del relatore e di tutti i commissari l'emendamento 1.47, che come anche l'emendamento 1.45, si pone

l'obiettivo di affermare che idratazione e alimentazione artificiali sono forme di sostegno vitale e non rientrano tra i trattamenti sanitari.

Ritiene che si tratti un tema centrale, trattato anche da un emendamento riferito ad un altro articolo — 3.8 — che interviene nella parte in cui si vorrebbe includere l'alimentazione e l'idratazione artificiale nel novero dei trattamenti sanitari comprendendoli nelle DAT. Più in generale, ancora con riferimento al comma 5 dell'articolo 1, segnala l'emendamento soppressivo 1.36, così come l'emendamento 1.37, che intende intervenire dove si afferma che l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica o nel fascicolo sanitario elettronico. Tale aspetto si ricollega a suo avviso al tema del ruolo del medico, che è un soggetto attivo e pensante che si muove secondo la sua deontologia professionale e con l'obiettivo di salvare e curare, dove possibile, in base alle condizioni del suo paziente e dagli sviluppi della scienza medica. Ecco perché — insieme all'emendamento 1.47, sul tema delicato dell'obiezione di coscienza — segnala, in particolare, gli emendamenti 1.28, sulla deontologia del medico, e 1.34 con cui si stabilisce che le volontà espresse dal soggetto nella sua dichiarazione anticipata di trattamento sono prese in considerazione dal medico curante che, sentito il fiduciario, annota nella cartella clinica le motivazioni per le quali ritiene se seguirle o no. Considera importante, infine, a tale riguardo l'emendamento 1.46, che modifica l'attuale comma 2 dell'articolo 1, dove si afferma in modo incompleto che « nella relazione di cura sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari »; la sua proposta è che tale periodo vada integrato prevedendo invece che « nella relazione di cura sono quindi coinvolti il medico, il paziente, che ha massima centralità e, se questi lo desidera, anche i suoi familiari. Al medico è data facoltà di presentare obiezione di coscienza, qualora le richieste avanzate confliggano con i dettami della sua coscienza ».

Ritiene utile richiamare anche gli emendamenti 1.42, 1.41, in base ai quali in caso di controversia tra il fiduciario e il medico curante, la questione è sottoposta alla valutazione di un collegio di medici, designato dalla direzione sanitaria della struttura di ricovero o dell'azienda sanitaria di competenza, composto da un medico legale, due medici specialisti nella patologia o infermità da cui il paziente è affetto e un anestesista rianimatore.

Evidenzia, in particolare, l'emendamento 1.32, che si riferisce all'articolo 1, comma 4, per stabilire in modo chiaro e limpido attraverso quali strumenti debba formarsi il consenso informato. Segnala anche l'emendamento 3.42, interamente sostitutivo dell'articolo 3, gli emendamenti 3.373, 3.9 e 3.10, l'emendamento 3.29, che richiama la necessità di una chiara e inequivocabile manifestazione di volontà», l'emendamento 3.32, che specifica in modo chiaro regole e modalità relative al momento in cui le DAT assumono valenza, e l'emendamento 4.10, sulla forma e la durata delle DAT.

Altro emendamento su cui desidera richiamare l'attenzione è quello recante il numero il 1.31, volto a chiarire definitivamente il «no» all'eutanasia, stabilendo espressamente che, ai sensi degli articoli 575, 579 e 580 del codice penale, è vietata ogni forma di eutanasia e ogni forma di assistenza o di aiuto al suicidio, considerando l'attività medica e quella di assistenza alle persone esclusivamente finalizzate alla tutela della vita e della salute nonché all'alleviamento della sofferenza.

In conclusione, fa riferimento a due ulteriori emendamenti che solo apparentemente sembrano riguardare questioni meramente formali ma in realtà sono esemplificativi dei molti equivoci a suo parere sottostanti al testo unificato in esame e di una eccessiva leggerezza presente in alcuni passaggi del testo stesso: si tratta dell'emendamento 1.21, che ha l'obiettivo di cancellare dal testo il riferimento, che appare appunto strumentale e poco adeguato, all'articolo 13 della Costituzione, che riguarda temi quali l'inviolabilità della libertà personale e il divieto di

restrizioni alla libertà personale salvo che in presenza di un atto motivato dell'autorità giudiziaria, e la carcerazione preventiva. Attraverso questo richiamo, si rischia di far passare il messaggio che l'ospedale possa essere una prigione e che il medico possa essere lo strumento con cui si vuole impedire all'individuo di esprimere e vedere eseguite in modo libero le proprie volontà. Si tratta a suo avviso di una strumentalizzazione alla quale, auspicabilmente, la Commissione dovrebbe avere il coraggio di rimediare.

Antonio PALMIERI (FI-PdL), nel preannunciare che l'intento del gruppo di cui fa parte è quello di contribuire a modificare un testo che non condivide, anticipa che nel suo intervento svolgerà tre ordini di considerazioni. Per quanto riguarda quelle di ordine politico, ritiene innanzitutto incomprensibile — tanto più nella fase finale della legislatura — la fretta con cui si intende concludere l'esame di un provvedimento divisivo, su cui si esprimono posizioni divergenti anche nello stesso gruppo del Partito democratico, che rappresenta il fulcro dell'attuale maggioranza. In secondo luogo, auspica che il Governo si mantenga estraneo alla discussione, come fece il Governo Berlusconi in occasione dell'esame del provvedimento sulla fecondazione assistita nel corso della XIV legislatura, quando, in occasione della prima lettura alla Camera e al Senato, si rimise alla volontà delle Commissioni competenti e dell'Assemblea. Infine, ritiene che non sia necessario intervenire con una legge in una materia in cui, con sano realismo, sarebbe preferibile valutare la situazione caso per caso.

Quanto alle considerazioni di ordine culturale, sottolinea come all'argomento oggetto del provvedimento siano sottese una serie di questioni molte delicate, su cui confida che si possa svolgere una discussione proficua, a cominciare dai confini della libertà personale e dal valore della vita, che rappresenta un dono, dal momento che nessuno si è dato la vita da sé. Ritiene inoltre che il testo attuale del provvedimento apra un pericoloso varco in

direzione di una società dei sani e dei forti, in cui i più deboli si configurano come scarti. Solleva infine il tema della differenza tra inguaribile e incurabile, sottolineando come, anche di fronte a malattie serie che non possono essere estirpate, esista comunque lo spazio della cura. È anzi del parere che dedicarsi alla cura dei più deboli rappresenti una caratteristica imprescindibile dell'essere umano.

Passando infine alle considerazioni di merito, evidenzia gli aspetti critici del provvedimento, a partire dall'inaccettabile riduzione del ruolo del medico a mero esecutore testamentario, per evitare la quale il gruppo di Forza Italia ha presentato emendamenti volti a modificare la disposizione anticipata di trattamento in una dichiarazione anticipata di trattamento, in cui siano fornite al medico indicazioni di carattere generale e non ordini perentori. Sulla questione dell'idratazione e della nutrizione artificiali, rileva che l'unica alternativa possibile a tale trattamento consiste nel condannare i pazienti ad una lenta e dolorosa morte per fame e per sete. In terzo luogo, esprime una forte contrarietà alla formulazione dell'articolo 2 che, in caso di minori ed incapaci, attribuisce potere di vita e di morte ad una terza persona, che peraltro potrebbe anche avere intenti malevoli.

Nell'evidenziare gli aspetti condivisibili del testo, relativi all'alleanza terapeutica medico-paziente, al consenso informato e alla necessità di una piena comprensione da parte del paziente della proposta terapeutica avanzata dal medico, preannuncia che il suo gruppo, che non è animato da intenti ostruzionistici, intende ritirare gli emendamenti che dovessero risultare identici a quelli proposti da altri colleghi, per concentrarsi sui temi ritenuti più rilevanti. Da ultimo, ribadisce come non si possa operare una forzatura a colpi di maggioranza su un tema così delicato.

Roberto SIMONETTI (LNA), nel segnalare che il suo gruppo non ha intenzione di assumere un atteggiamento di opposizione preconcepita al testo del provvedimento, evidenzia la delicatezza del tema,

che – presentando importanti implicazioni personali, morali e sociali – richiede un'attenzione maggiore rispetto alle altre e diverse questioni che il Parlamento affronta quotidianamente. Pertanto, si rammarica per il fatto che si sia deciso di intervenire sostanzialmente alla fine della legislatura, considerata l'ipotesi di elezioni nel mese di giugno, impedendo un ampio dibattito e un esame accurato anche da parte del Senato. In linea generale rileva che, mentre è condivisibile l'ipotesi di disposizioni anticipate, in cui vengano fornite indicazioni di massima per le cure future, altro conto è stabilire a priori, con un anticipo di anni, una pianificazione condivisa dell'azione sanitaria.

Nel ritenere un positivo passo avanti la possibilità per l'individuo di esprimersi sulle modalità della sua cura, considera inaccettabile che sia consentito il rifiuto dell'idratazione e della nutrizione artificiali, a suo parere equiparabile al suicidio. Ribadisce che si tratta di un livello di intervento minimo che deve essere comunque garantito, considerato che anche una persona sana che non mangi e non beva è destinato a morire. Per quanto riguarda l'articolo 2, pur considerando favorevolmente il diritto di minori ed incapaci a veder valorizzate le loro capacità di comprensione, non ritiene accettabile che ad una singola persona sia consentito di decidere per un altro individuo, fosse pure il figlio, con particolare riguardo alla rinuncia all'idratazione e alla nutrizione artificiali.

A nome del gruppo della Lega nord esprime quindi contrarietà ad un testo ideologico, di parte, che rappresenta la bandiera di chi vuole porre la volontà dell'individuo al di sopra di tutto. Pertanto, non condividendo un simile approccio, chiede che il testo venga « ammorbidito » e preannuncia la volontà del suo gruppo di porre in votazione, delle oltre 1.200 presentate, esclusivamente le proposte emendative che intervengono in modo significativo nel merito, ringraziando anticipatamente il collega Pagano che si sta facendo carico di portare avanti una battaglia condivisa.

Rocco BUTTIGLIONE (Misto-UDC) stigmatizza in primo luogo l'improvvisa accelerazione che si è deciso di dare all'iter del provvedimento, con una conseguente riduzione drastica delle proposte emendative presentate dai diversi gruppi. Ritiene infatti che esistano modi più eleganti per far cadere il Governo in carica che mettere all'ordine del giorno un provvedimento non facilmente condivisibile dall'intera maggioranza, tanto più in un momento in cui sarebbe più saggio occuparsi di altro, a partire dal debito pubblico. Pur considerando non impossibile raggiungere, in una situazione di maggiore calma, un ragionevole punto di equilibrio sulla materia in questione, ipotizza che la forzatura operata sui tempi sia volta a pervenire ad un testo non condiviso.

Passando al merito del provvedimento, nel considerare con favore i temi dell'alleanza terapeutica e del consenso informato, evidenzia la questione critica, vale a dire la convinzione che con le norme all'esame si voglia introdurre surrettiziamente l'eutanasia nella legislazione italiana. A tale proposito, rileva che il raggiungimento di un accordo sarebbe facile se si pervenisse ad un chiarimento su quest'unico aspetto. In caso contrario, evidenzia il rischio di approdare ad una legge pasticciata e confusa che renderà di difficile interpretazione gli ambiti e le opportunità dell'alleanza terapeutica.

Sgombrato il campo dall'equivoco sull'eutanasia, ritiene che l'intento del provvedimento dovrebbe essere quello di rafforzare il rapporto medico-paziente e di fornire al paziente tutte le indicazioni e le informazioni che lo possono aiutare a vivere nel modo più sereno possibile l'esperienza della malattia, riguadagnando la fiducia in se stesso e nelle sue capacità di affrontare la situazione da soggetto invece che da oggetto. Nel rilevare che tutti dobbiamo morire ma che — citando Sigmund Freud — in realtà non ci crediamo, evidenzia la drammaticità del momento in cui la morte viene prospettata dal medico in esito ad una malattia grave. In tale occasione, è del parere che le DAT possano rappresentare il modo con cui

l'individuo tenta di esprimere se stesso in una situazione di grande difficoltà e che il consenso informato debba aiutare il paziente non a morire ma a vivere meglio l'ultima fase della propria esistenza. Rileva come, a differenza del suicidio, l'eutanasia non configuri un atto di auto-disposizione di sé ma piuttosto si risolva nel trasferimento ad un altro individuo del potere di dare la morte, con l'avallo dello Stato e con il paradosso che l'individuo investito da tale comando sia un medico, vale a dire una persona che per coscienza e vocazione è portata a tutt'altro.

Segnala che la professione medica si trova in una fase storica di profondo cambiamento in cui cambia il anche il modo, e in qualche modo il senso, di morire; oggi la morte avviene in ospedale, almeno nella gran parte dei casi, e non più in casa e ciò concorre a determinare un cambiamento del rapporto tra medico e paziente, una volta basato sull'interazione continua: era un processo fondamentale che prevedeva il racconto del paziente, l'anamnesi, l'attività di semeiotica medica. Sottolinea, invece, che attualmente il medico, più che il paziente, « legge » il suo corpo giacché i moderni sistemi diagnostici questo fanno; con ciò si affievolisce la centralità del rapporto medico-paziente, come dimostrato dal fatto che normalmente dal medico di famiglia ci si reca sostanzialmente per ottenere prescrizioni di esami clinici che poi verranno interpretate dagli specialisti con i quali, forse, il paziente non avrà nemmeno occasione di parlare. Ritiene che tale sostanziale mutamento comporti la cessazione della medicina come disciplina e pratica umanistica. Gli sembra di poter affermare che è sempre più il paziente medesimo a definire il proprio concetto di salute, senza parametri oggettivi, anche passando per il cosiddetto consenso informato. Ma sostanzialmente il paziente — che vive una condizione di profonda difficoltà perché essere un paziente non significa soltanto essere malato, ma, in un certo senso, non appartenere più a se stessi in quanto si hanno parti di sé, gli organi malati, non più sotto il proprio controllo — viene

abbandonato a se stesso perché di fronte a tale angoscia si pretende che, di fronte a taluni atti medici, apponga la propria firma in coscienza: non diversamente da quanto normalmente avviene quando un promotore finanziario ci sottopone il modulo per il consenso informato all'investimento, che raramente il risparmiatore comprende completamente ma che giuridicamente presume il contrario, ciò rappresenta una vera e propria finzione.

Avverte che una tale decisione impone estrema cautela considerato, da una parte, che le difficili condizioni di salute possono condizionare di per sé la libera valutazione del paziente – la fantasia che la morte possa rappresentare una soluzione del problema è una tentazione possibile – e, dall'altra, che il soggetto perfettamente libero e indipendente non esiste, condizionato come è anche dalle situazioni sociali (senza dover ricordare quanto già sostenuto da Marx, Nietzsche o Maritain), e che di fronte a una problematica così oscura si potrebbe subire influenze.

È convinto che la medicina sia e debba rimanere un'arte umanistica e che il medico non debba considerarsi come un ingegnere del corpo la cui attività consista nell'eseguire atti – medici – meccanici: la sua missione deve essere quella di salvaguardare l'interesse del paziente come persona umana.

Ritiene, infine, che tra tutti i modi in cui si può introdurre l'eutanasia nel nostro ordinamento quello che passa attraverso l'interruzione dei trattamenti alimentari sia il meno misericordioso: invita quindi, se proprio si intende farlo, a operare scelte che implicino metodi più umani e a non approfittarsi della proposta di legge in esame che è diretta a perseguire altre finalità.

Giovanni Mario Salvino BURTONE (PD), intende intervenire nel dibattito essendosi sentito chiamato in causa come medico. A tale titolo, si sente di dover rassicurare chi avesse dubbi circa il fatto che ancora oggi – e non vede come potrebbe essere altrimenti – i medici conducono anamnesi e coltivano approfonditi

rapporti con i pazienti. Si dice convinto che l'istituto del consenso informato serva proprio a rafforzare il rapporto medico-paziente e una delle conseguenze sia proprio di renderlo più umano. Come medico si sente in grado di rivendicare questo modo di interpretare il rapporto e la pratica del consenso informato. Sottolinea, d'altra parte, che l'atto previsto nella proposta di legge non ha carattere obbligatorio: è piuttosto un atto libero lasciato alla libertà del paziente che è rivolto alla malattia e al malato.

Per quanto riguarda l'idratazione e l'alimentazione artificiale del malato, intende rimarcare che essi rappresentano atti medici molto impegnativi, decisi ed eseguiti in scienza e coscienza. Sottolinea che negli interventi precedenti sembra essersi trascurato un passaggio ben preciso della proposta di legge: la possibilità che i soggetti autorizzati possano disattendere quanto stabilito dal paziente se nel tempo trascorso dalla decisione di quest'ultimo siano state realizzate nuove strategie terapeutiche.

Ritiene che i ruoli di vigilanza dei medici e dei fiduciari previsti nel testo rappresentino una garanzia per il paziente. Concludendo, ritiene che prima di usare certe parole, che sono pesanti come pietre, dovrebbe prestarsi una certa cautela.

Donata LENZI (PD), *relatrice*, osserva preliminarmente che il testo può essere sempre migliorato e precisa, in riferimento all'onorevole Binetti – intervenuta tra l'altro in particolare sulle disposizioni riguardanti i minori –, che il testo tratta una materia già regolamentata dalla legge, che può comunque essere specificata meglio, in particolare in relazione ai casi di rifiuto della proposta terapeutica. Quanto alle differenze rispetto all'impianto della proposta di legge in materia esaminata nella scorsa legislatura e più volte menzionata dall'onorevole Roccella, precisa che queste risiedono proprio nella diversa prospettiva che ha ispirato l'attuale testo, basata su visione umanistica che appare maggiormente dalla parte dei pazienti. Osserva

inoltre che si è deciso di intervenire anche per migliorare drasticamente la scarsa qualità delle informazioni che attualmente i malati sono in grado di ottenere sulle proprie condizioni e che considera necessarie per raggiungere un pieno consenso informato, auspicando al riguardo una maggior trasparenza da parte delle aziende sanitarie.

Precisa poi che l'oggetto delle cure e delle terapie non sono i corpi o le patologie, ma le persone, che hanno proprie opinioni, una propria fede religiosa, e possono anche essere contrarie alla medicina tradizionale (si tratta del dieci per cento della popolazione) e tutte queste convinzioni non possono essere trascurate, né in base alla nostra Costituzione né in base alle modalità con cui viviamo la nostra società pluralista, evidenziando al riguardo una visione antropologica decisamente differente rispetto a quella manifestata dall'onorevole Pagano. Ritiene inoltre che sia possibile modificare le disposizioni relative al ruolo del medico. Rileva che l'intervento dell'onorevole Gigli, ha avuto un approccio teologico al diritto alla vita, sulla scorta del quale, a suo avviso, qualunque intervento appare come una sorta di eutanasia. All'onorevole Calabrò, che ha posto la questione sul momento nel quale le DAT assumono efficacia, replica ricordando che il vero problema, che il provvedimento ha tentato di affrontare in maniera condivisibile, riguarda i soggetti che decidono al posto del paziente quando questi non è più in grado di farlo, ritenendo opportuno un maggior approfondimento al riguardo.

Quanto all'intervento dell'onorevole Fucci che ha presentato emendamenti che entrano nel merito del provvedimento, ritiene doveroso esprimere talune perplessità sull'efficacia delle commissioni etiche da lui suggerite, manifestando comunque disponibilità ad affrontare tale tema.

In risposta all'onorevole Fucci, che ha evidenziato profili di criticità nel richiamo all'articolo 13 della Costituzione, precisa che il testo in esame in materia di con-

senso formato trova pieno appoggio proprio negli articoli 13 e 32 della Costituzione.

Quanto alle critiche rivolte dall'onorevole Palmieri, ritiene di poterlo rassicurare circa il ruolo avuto del Governo nell'iter del provvedimento, precisando che lo stesso affronta materie che sono di competenza prettamente parlamentare. Rassicura il collega Simonetti circa l'attuale formulazione dell'articolo 4, che ritiene comunque migliorabile, ma che in ogni caso garantisce il pieno rispetto della volontà del paziente, e reputa contraddittorie talune affermazioni rese dallo stesso deputato sull'opportunità o meno che lo Stato intervenga su tali questioni.

Osserva infine che l'intervento del collega Buttiglione, che è stato di più ampia portata rispetto al contenuto del testo in esame e che pertanto meriterebbe lo svolgimento di un dibattito a sé stante, non ha colto forse il fatto che il provvedimento in esame ha pienamente presente il problema della socialità e che non si intende in alcun modo abbandonare a se stessi i malati.

Daniela SBROLLINI, *presidente*, a conclusione dello svolgimento della discussione sul complesso degli emendamenti, intende rendere alcuni chiarimenti. Innanzitutto, precisa che non c'è stato alcun contingentamento dei tempi, come attestato anche dal fatto che per la seduta odierna era stata prevista la prosecuzione pomeridiana, a partire dalle ore 14, al fine di consentire lo svolgimento di tutti gli interventi richiesti, alcuni dei quali non avranno luogo a causa della mancata presenza dei deputati che si erano iscritti a parlare.

Evidenzia quindi che, a seguito della riunione dell'Ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi, svoltasi nella giornata di ieri, è stato chiesto ai gruppi di segnalare un numero massimo di emendamenti, ricordando che tale scelta si è resa obbligatoria stante il numero particolarmente elevato di emendamenti presentati — 3200 circa — e l'iscrizione del provvedimento in esame nel calendario dei

lavori dell'Assemblea a partire da lunedì 30 gennaio. Peraltro, nella medesima sede il presidente Marazziti ha assicurato la propria disponibilità a chiedere alla Presidente della Camera, una volta valutati gli emendamenti effettivamente segnalati, di rinviare l'inizio dell'esame del provvedimento in Assemblea, al fine di assicurare lo svolgimento di un esame serio e approfondito in Commissione, che si concentri sugli emendamenti più significativi e qualificanti tra quelli presentati da ciascun gruppo.

Nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame del provvedimento ad altra seduta.

La seduta termina alle 12.10.

SEDE REFERENTE

Giovedì 19 gennaio 2017. — Presidenza della vicepresidente Daniela SBROLLINI.

La seduta comincia alle 13.05.

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

C. 259 e abb.-B approvata, in un testo unificato, dalla Camera e modificata dal Senato.

(Esame e rinvio).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in titolo.

Federico GELLI (PD), relatore, ricorda che il provvedimento di cui la Commissione avvia oggi l'esame in terza lettura è stato approvato dalla Camera dei deputati il 28 gennaio 2016 e quindi approvato, con modificazioni, dal Senato nella seduta dell'11 gennaio scorso, con un'ampia maggioranza e solo 8 voti contrari.

Precisa che in questa sede si soffermerà soprattutto sulle modifiche introdotte nel corso dell'*iter* presso l'altro ramo del Parlamento. Rileva, in termini generali, che il

Senato, pur apportando diverse modifiche e integrazioni, ha lasciato inalterata la struttura del provvedimento rispetto al testo approvato dalla Camera e che, per le parti modificate, ha introdotto disposizioni che appaiono migliorative soprattutto perché si riferiscono ad aspetti particolarmente dibattuti durante la prima lettura. In tal senso, esprime apprezzamento innanzitutto per il nuovo titolo del provvedimento, che fa correttamente riferimento, oltre che alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, alla sicurezza delle cure e delle persone assistite, trattandosi di una materia ampiamente trattata nell'articolato.

Entrando nel merito del contenuto del provvedimento, che si compone complessivamente di 18 articoli, rileva che gli articoli 1 e 2 – concernenti rispettivamente la sicurezza delle cure in sanità e il ruolo del Difensore civico regionale e provinciale nella sua funzione di garante del diritto alla salute nonché l'istituzione dei centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente – non ha subito modifiche sostanziali.

La medesima considerazione vale per l'articolo 3, concernente l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza in sanità. L'articolo 4, che disciplina la trasparenza dei dati, è stato in parte riformulato, prevedendo che entro sette giorni – termine modificato nel corso dell'esame al Senato, precedentemente era di trenta giorni – dalla presentazione della richiesta la direzione sanitaria della struttura fornisca la documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi e a quanto previsto dal Codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo n. 196 del 2003. È stato inoltre previsto che le eventuali integrazioni siano fornite entro il termine massimo di trenta giorni dalla presentazione della predetta richiesta e che entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge le strutture sanitarie pubbliche e private adeguino i propri regolamenti

interni, in attuazione della legge n. 241 del 1990, alle citate disposizioni sulla trasparenza.

Viene mantenuta la previsione per cui le strutture sanitarie rendono disponibili mediante la pubblicazione sul proprio sito *internet* i dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio.

Nel corso dell'esame al Senato è stato aggiunto il comma 4 che, integrando con un nuovo comma l'articolo 37 del Regolamento di polizia mortuaria, di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 285 del 1990 prevede che, sia nel caso di decesso ospedaliero che in altro luogo, i familiari o gli altri aventi titolo del deceduto possano concordare con il direttore sanitario o socio-sanitario l'esecuzione del riscontro diagnostico, disponendo eventualmente la presenza di un medico di loro fiducia.

Osserva poi che l'articolo 5 risulta in parte modificato, in particolare nelle parti in cui: prevede che l'elaborazione delle linee guida alle quali devono attenersi gli esercenti le professioni sanitarie spetti, oltre che alle società scientifiche, ad enti e istituzioni pubblici e privati e alle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie; stabilisce i requisiti che deve possedere il decreto del Ministro della salute volto a regolamentare l'iscrizione in apposito elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie; revisiona la disciplina dei compiti e delle funzioni del citato Sistema nazionale delle linee guida (SNLG) e specifica che la pubblicazione delle linee guida da parte dell'Istituto superiore di sanità nel proprio sito *internet* è effettuata previa verifica sia della conformità della metodologia adottata a *standard* definiti e resi pubblici dallo stesso Istituto sia della rilevanza delle evidenze scientifiche dichiarate a supporto delle raccomandazioni.

Rileva quindi che l'articolo 6, in materia di responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria, è stato riformulato dalla Commissione Igiene e sanità del Senato a seguito dell'accoglimento di una condizione posta nel parere

espresso dalla Commissione Giustizia, prevedendo che, nei casi di morte e di lesioni personali in ambito sanitario verificatisi a causa di imperizia, la punibilità è esclusa qualora siano state rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida, approvate secondo le predette modalità, e sempre che risultino adeguate alle specificità del caso concreto, ovvero, in mancanza di esse, le buone pratiche clinico-assistenziali. Rimane fermo, quindi, il fondamentale limite già presente nel testo approvato dalla Camera, per cui non vi è alcuna attenuazione della punibilità se il fatto è commesso per negligenza o imprudenza.

L'articolo 7 mantiene inalterato il caposaldo del provvedimento ovvero la distinzione, per quanto riguarda la responsabilità civile, tra responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e del libero professionista e responsabilità extracontrattuale per l'esercente la professione sanitaria fatto salvo il caso in cui il professionista abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale con il paziente. Il comma 4 dell'articolo 7 – introdotto dal Senato – prevede i criteri per la determinazione del danno in ambito sanitario, facendo riferimento alle tabelle di cui agli articoli 138 (Danno biologico per lesioni di non lieve entità) e 139 (Danno biologico per lesioni di lieve entità) del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo n. 209 del 2005.

Sostanzialmente inalterato risulta il successivo articolo 8, recante l'importante disposizione che rende obbligatorio il tentativo di conciliazione, al fine di decongestionare il contenzioso giudiziario in questa materia – che, come è noto, ha assunto un volume esorbitante – e consentire quindi al paziente danneggiato di ottenere il risarcimento del danno in tempi più rapidi e certi. Al riguardo, esprime qualche perplessità per il fatto che sia stata fatta salva la possibilità di esperire il procedimento di mediazione in alternativa al tentativo di conciliazione.

L'articolo 9 reca un'ulteriore disposizione, a completamento del nuovo regime della responsabilità sanitaria, disciplinando l'azione di rivalsa o di responsabi-

lità amministrativa – questa seconda possibilità è stata aggiunta dal Senato – della struttura sanitaria nei confronti dell'esercente la professione sanitaria, in caso di dolo o colpa grave di quest'ultimo, successivamente all'avvenuto risarcimento ed entro un anno dall'avvenuto pagamento. In particolare, i commi da 2 a 4 e 6 dell'articolo 9 recano una disciplina specifica dell'azione di rivalsa summenzionata, mentre il comma 5, modificato nel corso dell'esame al Senato, reca norme specifiche per l'azione di responsabilità amministrativa. La novità rispetto al testo approvato dalla Camera, che escludeva la giurisdizione della Corte dei conti attribuendo la competenza al giudice ordinario, è che in caso di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica o dell'esercente la professione sanitaria l'azione di responsabilità amministrativa, per dolo o colpa grave, è esercitata dal pubblico ministero presso la Corte dei conti.

Viene previsto che, ai fini della quantificazione del danno, il giudice tenga conto delle situazioni di fatto di particolare difficoltà, anche di natura organizzativa, della struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica in cui l'esercente la professione sanitaria abbia operato. Riguardo all'importo della condanna in base ad azione di responsabilità amministrativa, il citato comma 5 introduce (con esclusione dei casi di dolo) un limite, per singolo evento, pari al valore maggiore della retribuzione lorda conseguita nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo. Viene infine previsto che per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato, l'esercente la professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie o socio-sanitarie pubbliche, non possa essere preposto ad incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti e che il giudicato costitui-

sca oggetto di specifica valutazione da parte dei commissari nei pubblici concorsi per incarichi superiori.

Per quanto concerne invece l'ipotesi di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o socio-sanitaria privata, l'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria deve essere esercitata innanzi al giudice ordinario.

Nel corso dell'esame al Senato è stata inserita la condizione in base alla quale nel giudizio di rivalsa e in quello di responsabilità amministrativa il giudice può desumere argomenti di prova dalle prove assunte nel giudizio instaurato dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o socio-sanitaria o dell'impresa di assicurazione solo se l'esercente la professione sanitaria ne sia stato parte.

Evidenzia quindi che il successivo articolo 10 conferma l'obbligo di assicurazione (o di adozione di un'analogha misura) per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso i prestatori d'opera, a carico delle strutture sanitarie, pubbliche e private. Si specifica inoltre che: l'obbligo concerne anche le strutture socio-sanitarie e le prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero – come aggiunto dal Senato – in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina; la copertura deve comprendere anche i danni cagionati dal personale a qualsiasi titolo operante presso la struttura, inclusi – come aggiunto dal Senato – coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento nonché di sperimentazione e di ricerca clinica. Evidenzia altresì la disposizione inserita dal Senato che introduce l'obbligo, per le strutture sanitarie, di stipulare altresì una polizza assicurativa per la copertura della responsabilità civile verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie (con riferimento all'ipotesi in cui il danneggiato esperisca azione direttamente nei confronti del professionista).

Viene mantenuto l'obbligo, a carico dei professionisti sanitari che svolgano l'atti-

vità al di fuori delle strutture sanitarie, di assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio della medesima attività.

L'articolo 11 definisce i limiti temporali delle garanzie assicurative. In particolare, la garanzia assicurativa – in base alla riformulazione approvata dal Senato – deve prevedere un'operatività temporale anche per gli eventi accaduti nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo, purché denunciati all'impresa di assicurazione durante la vigenza temporale della polizza.

Inoltre, in caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa, deve essere previsto un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di efficacia della polizza, periodo nel quale è incluso quello suddetto di retroattività della copertura.

Richiama quindi l'importanza dell'articolo 12, che conferma la possibilità dell'azione diretta del soggetto danneggiato nei confronti dell'impresa di assicurazione che presta la copertura assicurativa alle strutture sanitarie. In particolare, si prevede che l'impresa di assicurazione abbia diritto di rivalsa verso l'assicurato nel rispetto dei requisiti minimi, non derogabili contrattualmente, previsti dal decreto diretto a stabilire i requisiti minimi delle polizze assicurative, di cui al suddetto articolo 10, comma 6.

L'azione diretta del danneggiato nei confronti dell'impresa di assicurazione è soggetta al termine di prescrizione pari a quello dell'azione verso la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata o l'esercente la professione sanitaria.

Osserva poi che l'articolo 13, che prevede l'obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità, non ha subito modifiche di rilievo.

In forza delle modifiche approvate al Senato, il suddetto obbligo è esteso anche alla comunicazione all'esercente la professione sanitaria dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato: l'omissione,

la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'articolo 9.

Una disposizione che è stata riformulata nel corso dell'iter al Senato è quella di cui all'articolo 14, che al comma 1 istituisce, nello stato di previsione del Ministero della salute il Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria. Il Fondo di garanzia è alimentato dal versamento di un contributo annuale dovuto dalle imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria. A tal fine il predetto contributo è versato all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnato al fondo di garanzia. Il Ministero della salute con apposita convenzione affida alla CONSAP spa (Concessionaria servizi assicurativi pubblici) la gestione delle risorse del Fondo di garanzia.

Ai sensi del comma 2, con regolamento adottato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della legge, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico e con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza Stato-Regioni, sono definiti la misura del contributo dovuto dalle imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria, le modalità di versamento dello stesso, i principi cui dovrà uniformarsi la convenzione tra il Ministero della salute e la Consap s.p.a., le modalità di intervento, di funzionamento e di regresso del Fondo di garanzia nei confronti del responsabile del sinistro. Si prevede che il Fondo di garanzia risarcisca i danni cagionati da responsabilità sanitaria nei seguenti casi: *a)* il danno sia di importo eccedente rispetto ai massimali previsti dai contratti stipulati dalla struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata ovvero dall'esercente la professione sanitaria; *b)* la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata ovvero l'esercente la professione sanitaria risultino assicurati presso un'impresa che al momento

del sinistro si trovi in stato di insolvenza o di liquidazione coatta o vi venga posta successivamente; c) la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata ovvero l'esercente la professione sanitaria siano sprovvisti di copertura assicurativa per recesso unilaterale dell'impresa assicuratrice ovvero per la sopravvenuta inesistenza o cancellazione dall'albo dell'impresa assicuratrice stessa.

L'articolo 15 concerne le modalità con cui avviene la nomina dei consulenti tecnici d'ufficio, dei consulenti tecnici di parte e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria civili e penali. Si prevede, in particolare, l'aggiornamento degli albi dei consulenti dei periti per quanto riguarda sia il processo civile sia quello penale. Con una modifica aggiunta al Senato, si prevede che i consulenti tecnici d'ufficio da nominare nel tentativo di conciliazione obbligatoria di cui all'articolo 8, comma 1, siano in possesso di adeguate competenze nell'ambito della conciliazione acquisite anche mediante specifici percorsi formativi.

L'articolo 16, non modificato nel corso dell'esame al Senato, modificando i commi 539 e 540 della legge di stabilità 2016 (legge n. 208 del 2015) che hanno dettato norme in materia di attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario, prevede che i verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari e che l'attività di gestione del rischio sanitario sia coordinata da personale medico dotato delle specializzazioni in igiene, epidemiologia e sanità pubblica o equipollenti, in medicina legale, ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore.

Fa presente, infine, che gli articoli 17 e 18, non modificati dal Senato, contengono, rispettivamente, una clausola di salvaguardia in base alla quale le disposizioni del provvedimento in oggetto sono applicabili nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le

relative norme di attuazione, anche con riferimento alla legge costituzionale n. 3 del 2001, e la clausola di invarianza finanziaria.

In conclusione, auspica che si pervenga rapidamente all'approvazione del provvedimento in esame, considerate l'urgenza di dare una risposta ai problemi connessi ai costi della medicina difensiva per il nostro sistema e l'esigenza di assicurare, da un lato, ai pazienti di ottenere il risarcimento del danno in tempi più rapidi e certi e, dall'altro, al personale sanitario di svolgere il proprio operato con una maggiore serenità. Ritiene, pertanto, che i tempi siano maturi per l'approvazione di una legge che fornisca una soluzione ai predetti problemi, tenuto conto anche dell'esame approfondito svolto sul provvedimento in oggetto in entrambe le letture presso i due rami del Parlamento.

Andrea COLLETTI (M5S) rileva favorevolmente il fatto che nel corso dell'esame del provvedimento al Senato siano state introdotte alcune modifiche da lui stesso proposte, senza successo, in fase di prima lettura alla Camera. Al tempo stesso, tuttavia, stigmatizza la particolare influenza che la lobby delle assicurazioni avrebbe esercitato al Senato.

Formula, quindi, una serie di rilievi critici, riferiti ad alcuni punti specifici del provvedimento.

Parte, quindi, dall'articolo 2, sul Difensore civico, segnalando il mancato coinvolgimento delle associazioni rappresentative dei pazienti, e dall'articolo 4, che contiene norme sulla trasparenza senza tuttavia assicurare che sia data loro applicazione da parte delle singole strutture sanitarie. Ritiene che sia poco comprensibile la disciplina di cui al comma 2 dell'articolo 4, in quanto è assurdo che la documentazione clinica del paziente fornita dalla direzione sanitaria di una struttura entro sette giorni dalla richiesta possa poi essere smentita dalle integrazioni fornite entro il termine di trenta giorni dalla predetta richiesta. Quanto al comma 4 dell'articolo 4, introdotto dal Senato, ritiene che esso introduca una disposizione

condivisibile in via di principio ma formulata in modo discutibile in quanto manca la previsione di un vero e proprio dovere in capo al direttore sanitario.

Ritiene che la formulazione dell'articolo 6, concernente la responsabilità penale degli esercenti la professione sanitaria, sia più chiara rispetto a quella contenuta nel testo approvato dalla Camera, anche perché viene abrogata la norma vertente sulla stessa materia contenuta nel cosiddetto decreto Balduzzi.

Per quanto riguarda le modifiche apportate all'articolo 7, sulla responsabilità civile degli esercenti la professione sanitaria, mette in rilievo come la norma di cui al comma 7, recante i criteri per la determinazione del danno in ambito sanitario, facendo riferimento alle tabelle di cui agli articoli 138 (Danno biologico per lesioni di non lieve entità) e 139 (Danno biologico per lesioni di lieve entità) del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo n. 209 del 2005 rappresenti un favore verso le imprese di assicurazione.

Non concorda con le considerazioni svolte dal relatore in merito all'articolo 8, ritenendo positivo il fatto di non aver escluso completamente la possibilità di ricorrere alla mediazione. In generale, ribadisce le critiche già rivolte nel corso della prima lettura alla Camera verso un procedimento che viene definito obbligatorio senza che tuttavia vi siano nella realtà gli strumenti per renderlo effettivamente tale.

Esprime una valutazione critica nei confronti dell'articolo 9, che prevede due tipi di competenza giudiziaria per quanto riguarda l'azione di rivalsa. Rileva, inoltre, che il comma 1 dell'articolo 9 parla di «decadenza» qualora non si eserciti l'azione di rivalsa entro un certo termine laddove avrebbe dovuto parlare più correttamente di «prescrizione».

Con riferimento all'articolo 11, esprime una valutazione favorevole circa l'ultrattività della copertura assicurativa, segnalando tuttavia che resta il problema del termine a partire dal quale decorrono i dieci anni per poter presentare la richiesta di risarcimento, in quanto normalmente accade che tale richiesta sia avanzata non nel momento in cui l'evento si verifica bensì in quello in cui il soggetto ne prende coscienza.

Considera, quindi, un miglioramento, l'avvenuto mutamento del titolo dell'articolo 15, divenuto così corrispondente al testo, come lui stesso aveva suggerito attraverso la presentazione di un emendamento, non accolto, nel corso dell'esame alla Camera. Critica, invece, il comma 1 del medesimo articolo 15, nella parte in cui prevede che i consulenti tecnici d'ufficio da nominare nell'ambito del tentativo obbligatorio di conciliazione siano in possesso di «adeguate e comprovate competenze nell'ambito della conciliazione acquisite anche mediante specifici percorsi formativi», ritenendo che si tratti di una norma di favore verso coloro che organizzano corsi formativi.

Stigmatizza, infine, l'assenza di una normativa transitoria e chiede se sia possibile acquisire dati dal Ministero della giustizia concernenti le procedure di conciliazione effettivamente concluse ai sensi dell'articolo 696-*bis* del codice di procedura civile.

Daniela SBROLLINI, *presidente*, ricorda che nella riunione dell'Ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi, che ha avuto luogo nella giornata di ieri, è stato stabilito di fissare il termine per la presentazione di emendamenti al provvedimento in oggetto alle ore 14 di giovedì 26 gennaio. Nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia, quindi, il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 14.05.