XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

SEDE CONSULTIVA:

DL 210/2015: Proroga di termini previsti da disposizioni legislative. C. 3513 Governo (Parere alle Commissioni riunite I e V) *(Esame e rinvio)* 106

SEDE REFERENTE:

Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario. Nuovo 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 conclusione)* 109

ALLEGATO (Nuovi emendamenti del relatore) 111

SEDE CONSULTIVA

Mercoledì 20 gennaio 2016. — Presidenza del presidente Mario MARAZZITI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo.

La seduta comincia alle 14.20.

DL 210/2015: Proroga di termini previsti da disposizioni legislative.
C. 3513 Governo.
(Parere alle Commissioni riunite I e V).

(Esame e rinvio).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in oggetto.

Filippo FOSSATI (PD), *relatore*, ricorda che la Commissione è chiamata ad esprimere alle Commissioni riunite I (Affari costituzionali) e V (Bilancio) il prescritto parere sul disegno di legge C. 3513, di conversione del decreto-legge n. 210 del 2015, che si compone di 12 articoli – escluso l'articolo 13, che disciplina l'entrata in vigore del decreto-legge – e reca proroga o differimento di termini previsti da disposizioni legislative in diverse materie. In particolare, per quanto concerne l'area delle competenze della Commissione affari sociali, l'articolo 6 del decreto-legge proroga alcuni termini in materie di competenza del Ministro della salute.

Al riguardo, segnala che il comma 1 dell'articolo 6, nelle more dell'adozione del decreto interministeriale che disciplinerà i contenuti dei corsi di pronto soccorso per il personale navigante marittimo, proroga la validità dei certificati di addestramento della gente di mare in materia di soccorso sanitario rilasciati da oltre cinque anni dalle autorità competenti, ai sensi del decreto del Ministro della sanità 7 agosto 1982. Il provvedimento in esame proroga infatti di dieci mesi tale termine, portandolo a 18 mesi (fino al 26 dicembre 2016).

Il comma 2 dell'articolo 6, poi, proroga di un anno, ovvero dal 1° gennaio 2016 al 1° gennaio 2017, il termine entro cui effettuare la ridefinizione del sistema di remunerazione della filiera distributiva del farmaco.

L'intervento legislativo è attuato intervenendo sull'articolo 15, comma 2, del decreto-legge n. 95 del 2012, che aveva previsto, a decorrere dal mese di gennaio 2013, il passaggio a un nuovo metodo di remunerazione della filiera distributiva del farmaco, da definirsi con decreto dei ministri della salute e dell'economia, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, sulla base di un accordo tra le associazioni di categoria maggiormente rappresentative e l'Agenzia italiana per il farmaco (Aifa), nel rispetto di vincoli precisi.

Il termine, originariamente fissato al 1° gennaio 2013, è stato progressivamente posticipato al 30 giugno 2013, poi al 31 dicembre 2013, successivamente al 1° gennaio 2015 e, da ultimo, al 1° gennaio 2016.

Segnala, inoltre, il comma 3 dell'articolo 6, che proroga: al 30 settembre 2016 il termine di validità delle tariffe massime di riferimento per le prestazioni di assistenza ambulatoriale indicate dal decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012 e di assistenza protesica relativa ai dispositivi su misura di cui all'elenco 1, allegato al regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 27 agosto 1999, n. 332; al 31 dicembre 2016 il termine di validità delle tariffe massime di riferimento per le prestazioni di assistenza ospedaliera indicate dal decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012. L'intervento legislativo è attuato intervenendo sull'articolo 15 del decreto-legge n. 95 del 2012 (cosiddetta *Spending review*).

Evidenzia che la proroga in esame si riferisce anche alle tariffe delle prestazioni dell'assistenza protesica relativa ai dispositivi su misura di cui all'articolo 2, comma 380, della legge finanziaria 2008 (legge n. 244 del 2007) che, come dichiarato più volte dal Ministro della salute, saranno incluse nel decreto di aggiornamento dei LEA, che dovrebbe essere emanato nei prossimi mesi e che imporrà l'esigenza di definire tariffe nazionali massime per tutte le prestazioni nuove o modificate incluse nei nuovi LEA.

Al riguardo, ricorda che la legge di stabilità 2016 (legge n. 208 del 2015) all'articolo 1, comma 553, ha previsto che si provveda all'aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, recante « Definizione dei livelli essenziali di assistenza » entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della stessa legge di stabilità.

Inoltre, il comma 4 dell'articolo 6 estende al 2015 la possibilità di utilizzo, per riequilibri in sede di riparto del Fondo sanitario nazionale, delle quote premiali attribuite alle regioni. La misura percentuale della quota premiale è individuata nello 0,25 per cento delle risorse ordinarie per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

Al riguardo, ricorda che l'articolo 2, comma 67-*bis*, della legge finanziaria 2010 (legge n. 191 del 2009) demanda ad un decreto del Ministero dell'economia e delle finanze l'individuazione di forme premiali per le regioni « virtuose » che istituiscono una Centrale regionale per gli acquisti e istruiscono gare per l'approvvigionamento di beni e servizi per un importo annuo non inferiore ad una soglia determinata dal medesimo decreto. Il decreto, che avrebbe dovuto essere adottato entro il 30 novembre 2011, non risulta finora emanato.

La determinazione della quota premiale è stata invece fissata, a decorrere dal 2013, dall'articolo 15, comma 23, del decreto-legge n. 95 del 2012 (cosiddetta *Spending review),* come annualmente pari allo 0,25 per cento delle risorse del Fondo sanitario nazionale.

Successivamente, la legge di stabilità 2014 (legge n. 147 del 2013) ha previsto che, in via transitoria, nelle more dell'adozione del decreto di cui sopra, le quote premiali potessero essere utilizzate anche per riequilibri in sede di riparto del Fondo sanitario nazionale.

Fa presente che la Conferenza delle regioni e delle province autonome, nella seduta del 25 novembre 2015, ha approvato la proposta di riparto delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale per l'anno 2015. In particolare, le regioni e le province autonome hanno condizionato l'approvazione della proposta

di riparto all'estensione nel 2015 di quanto stabilito dall'articolo 2, comma 67-*bis*, della legge finanziaria 2010.

Il 23 dicembre 2015, a seguito dell'approvazione preliminare del provvedimento in esame da parte del Consiglio dei ministri, la Conferenza Stato-regioni ha sancito l'Intesa sulla proposta del Ministero della salute sul riparto tra le regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale 2015: 107,466 miliardi, tra quote indistinte, quote di riequilibrio e vincolate, da ripartire tra le regioni. Prendendo atto che la disposizione in esame è frutto di un accordo già raggiunto in sede di Conferenza Stato-regioni, segnala che in tal modo sembra venire meno l'efficacia del meccanismo premiale previsto dalla legislazione vigente.

Segnala, altresì, l'articolo 10, comma 7, che estende alle esigenze del bilancio di previsione del 2016, con riferimento all'Ente Croce Rossa Italiana, l'utilizzo di avanzi accertati e di garanzie per prestiti. Al riguardo, fa presente che, in base a quanto disposto dall'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo n. 178 del 2012, il Commissario della CRI ovvero il Presidente nazionale sono autorizzati ad utilizzare la quota vincolata dell'avanzo accertato dell'amministrazione per il ripiano immediato di debiti, anche a carico dei bilanci dei comitati, e – con modifica introdotta dal provvedimento in esame – per l'anno 2016 con riferimento all'Ente strumentale alla Croce Rossa Italiana, nonché ad utilizzare beni immobili, a garanzia di mutui, prestiti o anticipazioni per fronteggiare carenze di liquidità per spese obbligatorie e inderogabili. Sottolinea in proposito che la disposizione in commento non costituisce una proroga della normativa che prevede il riordino della Croce Rossa ma riguarda esclusivamente aspetti contabili.

In conclusione, segnala di avere ricevuto una lettera del Presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici relativa alla situazione di grave disagio in cui si trovano molti iscritti per la trasmissione telematica delle prestazioni erogate ai fini dell'elaborazione della dichiarazione dei redditi, prevista dal decreto legislativo n. 175 del 2014. Nell'auspicare un breve rinvio del termine del 31 gennaio previsto dal decreto applicativo, per superare alcune difficoltà tecniche contingenti, si interroga sulla possibilità di inserire un rilievo in tal senso all'interno del parere della Commissione.

Raffaele CALABRÒ (AP), anche in ragione delle reali difficoltà rilevate sulla base della sua esperienza personale in relazione alla questione segnalata da ultimo dal relatore, ritiene che la Commissione debba assumere un'iniziativa forte per ottenere il rinvio del termine attualmente previsto al quale è collegato un meccanismo pesantemente sanzionatorio.

Settimo NIZZI (FI-PdL) si associa alle richieste avanzate dai colleghi Fossati e Calabrò.

Donata LENZI (PD) condivide l'esigenza di adoperarsi in tempi stretti per una proroga, ricordando quella recentemente disposta per la trasmissione dei dati relativi alle spese farmaceutiche.

Segnala che il tema è in ogni caso meritevole di un'azione politica da parte dei membri della Commissione.

Mario MARAZZITI, *presidente*, nel concordare sulla rilevanza del tema sollevato dai colleghi, ritiene la Commissione possa inviare una lettera al Ministero dell'economia per sollecitare un breve rinvio del termine degli adempimenti richiesti per l'invio dei dati relativi alle prestazioni sanitarie. Rinvia, quindi, il seguito dell'esame del provvedimento in titolo ad altra seduta.

La seduta termina alle 14.45.

SEDE REFERENTE

Mercoledì 20 gennaio 2016 — Presidenza del presidente Mario MARAZZITI. – Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo.

La seduta comincia alle 14.45.

Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario.
Nuovo 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 conclusione).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta del 14 gennaio 2016.

Mario MARAZZITI, *presidente*, ricorda, come già comunicato nelle precedenti sedute, che sul testo unificato delle proposte di legge in esame, trasmesso alle Commissioni competenti in sede consultiva, sono pervenuti i pareri delle Commissioni I, II, VI, VII, XI, XIV e della Commissione per le questioni regionali mentre la V Commissione (Bilancio) non ha espresso il prescritto parere, che renderà direttamente all'Assemblea. Osserva peraltro che la Commissione si trova di fronte all'esigenza di concludere l'esame in considerazione dell'avvio dell'esame in Assemblea previsto per lunedì 25 gennaio.

Avverte altresì che il relatore ha presentato emendamenti volti a recepire i pareri espressi dalle Commissioni in sede consultiva *(vedi allegato)* nonché ad adeguare il testo del provvedimento ad alcune disposizioni approvate nella legge di stabilità per il 2016.

Federico GELLI (PD), *relatore*, ricorda che gli emendamenti presentati recepiscono in gran parte le condizioni poste nei pareri espressi dalle Commissioni in sede consultiva, tranne l'emendamento 2.100, che sopprime l'articolo 2, in quanto il contenuto è stato fatto proprio dalla legge di stabilità per il 2016. In particolare, segnala che: l'emendamento 3.100 recepisce la condizione posta nel parere della I Commissione e della Commissione per le questioni regionali; l'emendamento 6.100 recepisce le condizioni n. 1 e n. 2 contenute nel parere della II Commissione; l'emendamento 8.100 recepisce la condizione n. 3 posta nel parere della Commissione giustizia; l'emendamento 9.100 riformula interamente l'articolo 9 del provvedimento secondo le indicazioni poste nella condizione n. 5 della II Commissione; gli emendamenti 10.100 e 11.101 recepiscono le due condizioni poste nel parere della VI Commissione; l'emendamento 11.100 e l'articolo aggiuntivo 11.0100 recepiscono, rispettivamente, le condizioni n. 7 e n. 8 poste nel parere della Commissione giustizia.

Nel raccomandare l'approvazione delle proprie proposte emendative, precisa di aver scelto di non recepire solamente due condizioni formulate nel parere della II Commissione, ritenendo l'una di carattere meramente formale, l'altra non strettamente attinente al testo in oggetto in quanto concernente la disciplina specifica delle assicurazioni. Ritiene che tale tema, al quale si riferiscono anche i numerosi suggerimenti contenuti nelle premesse del richiamato parere della II Commissione, potrà in ogni caso essere affrontato nel corso dell'esame in Assemblea.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO esprime parere favorevole sulle proposte emendative presentate dal relatore.

La Commissione approva, con distinte votazioni, gli emendamenti del relatore 2.100, 3.100, 6.100, 8.100, 9.100, 10.100, 11.100, 11.101 e l'articolo aggiuntivo 11.0100 del relatore *(vedi allegato)*.

Massimo Enrico BARONI (M5S), esprimendo a nome del suo gruppo la contrarietà al testo in discussione, preannuncia la presentazione di una relazione di minoranza in Assemblea da parte del gruppo medesimo.

Giuditta PINI (PD) preannuncia il voto favorevole del gruppo Partito Democratico, ringraziando il relatore per il lavoro svolto che ha consentito, con pazienza e precisione, di produrre un testo che tiene conto dei diversi punti di vista.

Marisa NICCHI (SI-SEL) preannuncia il voto contrario del suo gruppo.

Benedetto Francesco FUCCI (Misto-CR) preannuncia un voto favorevole, auspicando che il testo possa essere ulteriormente migliorato nel corso dell'esame in Assemblea.

La Commissione delibera di conferire il mandato al relatore di riferire in senso favorevole all'Assemblea sul provvedimento in esame. Delibera altresì di chiedere l'autorizzazione a riferire oralmente.

Mario MARAZZITI, *presidente*, si riserva di designare i componenti del Comitato dei nove per l'esame in Assemblea sulla base delle indicazioni dei gruppi e avverte che, in assenza di obiezioni, la presidenza si intende autorizzata al coordinamento formale del testo.

Non essendovi obiezioni, così rimane stabilito.

La seduta termina alle 15.10.

ALLEGATO

Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario. Nuovo 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.

NUOVI EMENDAMENTI DEL RELATORE

ART. 2.

Sopprimerlo.

2. 100. Il relatore.

(Approvato)

ART. 3.

Al comma 1, sostituire la parola: affidano *con le seguenti:* possono affidare.

3. 100. Il relatore.

(Approvato)

ART. 6.

Sostituirlo con i seguenti:

ART. 6. – *(Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida).* – 1. Gli esercenti le professioni sanitarie nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle buone pratiche clinico-assistenziali e alle raccomandazioni previste dalle linee guida indicate dalle società scientifiche e dagli istituti di ricerca individuati con decreto del Ministro della salute e iscritti in apposito elenco istituito con il medesimo decreto, da emanarsi entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge. Le linee guida sono pubblicate contestualmente, per i singoli settori di specializzazione, entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, dal Ministro della Salute secondo modalità stabilite nel medesimo decreto, e sono periodicamente aggiornate.

2. L'articolo 3, comma 1, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, continua ad applicarsi sino alla pubblicazione delle linee guida di cui al comma 1, e per quei settori per i quali non esistono linee guida pubblicate ai sensi del medesimo comma 1.

ART. 6-*bis*. — *(Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria).* – 1. Dopo l'articolo 590-bis del codice penale è inserito il seguente:

« ART. 590-*ter*. – *(Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario).* – 1. L'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività, cagiona a causa di imperizia, la morte o la lesione personale della persona assistita risponde dei reati di cui agli articoli 589 e 590 solo in caso di colpa grave.

2. Agli effetti di quanto previsto dal primo comma, è esclusa la colpa grave quando, salve le rilevanti specificità del caso concreto, sono rispettate le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida così come definite e pubblicate ai sensi di legge. ».

Conseguentemente, sopprimere il comma 3 dell'articolo 7.

6. 100. Il relatore.

(Approvato)

ART. 8.

Al comma 1, sostituire le parole: un'azione tesa ad ottenere il risarcimento *con le seguenti:* un'azione relativa a una controversia di risarcimento.

8. 100. Il relatore.

(Approvato)

ART. 9.

Sostituirlo con il seguente:

ART. 9. — *(Azione di rivalsa).* — 1. L'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave.

2. Se il danneggiato, nel giudizio di risarcimento del danno, non ha convenuto anche l'esercente la professione sanitaria, l'azione di rivalsa nei confronti di quest'ultimo può essere esercitata soltanto successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale, ed è esercitata, a pena di decadenza, entro un anno:

a) dal passaggio in giudicato del titolo sulla base del quale è avvenuto il pagamento;

b) dal pagamento in caso di risarcimento avvenuto sulla base di un titolo stragiudiziale

3. La decisione pronunciata nel giudizio promosso contro la struttura sanitaria o contro la compagnia assicuratrice non fa stato nel giudizio di rivalsa se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio.

4. In nessun caso la transazione è opponibile all'esercente la professione sanitaria nel giudizio di rivalsa.

5. In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria pubblica, l'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 dell'articolo 7, deve essere esercitata innanzi al giudice ordinario, e la misura della rivalsa, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al triplo della retribuzione lorda annua. Per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione di accoglimento della domanda di rivalsa, il professionista, 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.

6. In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria privata, la misura della rivalsa, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al triplo della retribuzione lorda annua.

7. Nel giudizio di rivalsa il giudice può desumere argomenti di prova dalle prove assunte nel giudizio instaurato dal paziente nei confronti della struttura sanitaria.

9. 100. Il relatore.

(Approvato)

ART. 10.

Dopo il comma 5, aggiungere il seguente:

6. Con decreto del Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze, sentiti l'IVASS, l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA), la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali

maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate, nonché le associazioni di tutela dei pazienti, sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie.

10. 100. Il relatore.

(Approvato)

ART. 11.

Al comma 4, sostituire il primo periodo con il seguente: Nel giudizio promosso contro l'impresa di assicurazione della struttura a norma del comma 1 è litisconsorte necessario anche l'azienda sanitaria, la struttura o l'ente assicurato e, nel giudizio promosso contro l'impresa di assicurazione dell'esercente la professione sanitaria a norma del comma 1, è litisconsorte necessario anche l'esercente la professione sanitaria.

11. 100. Il relatore.

(Approvato)

Dopo il comma 5, aggiungere il seguente:

6. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano a decorrere dall'entrata in vigore del decreto con il quale sono determinati requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie.

11. 101. Il relatore.

(Approvato)

Dopo l'articolo 11, aggiungere il seguente:

ART. 11-*bis*. — *(Obbligo di comunicazione al professionista del giudizio basato sulla sua responsabilità)*. — 1. Le strutture sanitarie di cui all'articolo 7, comma 1, e le compagnie di assicurazione di cui all'articolo 10, commi 1 e 2, comunicano all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro dieci giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio.

11. 0100. Il relatore.

(Approvato)