

N. 259-262-1312-1324-1581-1769-1902-2155-A-bis

CAMERA DEI DEPUTATI

PROPOSTE DI LEGGE

n. 259, d’iniziativa del deputato FUCCI

Delega al Governo per la modifica della disciplina in materia di responsabilità professionale del personale sanitario e per la riduzione del relativo contenzioso

Presentata il 15 marzo 2013

n. 262, d’iniziativa del deputato FUCCI

Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario

Presentata il 15 marzo 2013

n. 1312, D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**GRILLO, CECCONI, DALL'OSSO, DI VITA, LOREFICE, MANTERO,
BARONI, SILVIA GIORDANO**

Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario nonché di controllo della qualità delle prestazioni e delle cause di decesso nelle strutture sanitarie pubbliche e private

Presentata il 4 luglio 2013

n. 1324, D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CALABRÒ, FUCCI, ELVIRA SAVINO

Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario

Presentata l'8 luglio 2013

n. 1581, D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

VARGIU, BINETTI, GIGLI, MONCHIERO

Norme in materia di responsabilità professionale del personale sanitario

Presentata il 13 settembre 2013

n. 1769, D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**MIOTTO, LENZI, AMATO, BELLANOVA, BENI,
PAOLA BRAGANTINI, BURTONE, CAPONE, CARNE-
VALI, CASATI, D'INCECCO, FOSSATI, GELLI, IORI,
MURER, PATRIARCA, PICCIONE, SBROLLINI**

Modifiche al codice civile e al codice penale in materia di responsabilità in ambito medico e sanitario e altre disposizioni concernenti la sicurezza delle cure e il risarcimento dei danni da parte delle strutture sanitarie pubbliche

Presentata il 6 novembre 2013

n. 1902, D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

MONCHIERO, RABINO, OLIARO, BINETTI, MATARRESE, GIGLI

Norme in materia di responsabilità professionale del personale sanitario

Presentata il 19 dicembre 2013

n. 2155, d'iniziativa del deputato **FORMISANO**

Introduzione dell'obbligo di contrarre a carico delle imprese di assicurazione e altre disposizioni concernenti l'assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile verso terzi degli esercenti professioni sanitarie

Presentata il 4 marzo 2014

(Relatore di minoranza: **COLLETTI**)

ONOREVOLI COLLEGHI! — Il testo alternativo che presentiamo all'attenzione del Parlamento nasce dalla necessità di impegnare le Camere in una riflessione rigorosa rispetto a diversi e gravi aspetti inerenti al testo unificato delle proposte di legge n. 259 e abbinata, recante: « Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario », approvato dalla Commissione Affari Sociali.

È una assunzione di responsabilità di cui riteniamo di doverci far carico, anche per rendere chiare all'opinione pubblica le scelte delle forze politiche rappresentate in Parlamento.

Bisogna però fare una prima riflessione: è aberrante che tale provvedimento che sin dall'inizio ma sempre più nel suo prosieguo ha investito ed investe principalmente il tema giuridico della responsabilità medica nonché la tutela e l'affidamento del paziente non sia stato assegnato in sede referente anche alla Commissione Giustizia della Camera.

Che il tema della responsabilità professionale nell'ambito sanitario sia un tema rilevante lo si evince sia dalle cronache che quotidianamente parlano di errori, purtroppo spesso mortali, in campo sanitario, ma anche documenti ufficiali come la relazione della Commissione di inchiesta sugli errori in campo sanitario che concluse i lavori a ridosso della fine della scorsa legislatura. Infatti la Commissione, con una relazione approvata il 22 gennaio 2013, registrò che erano quattrocento pazienti morti da aprile 2009 a dicembre 2012 per presunti casi di malasanità, su un totale di 570 casi segnalati.

Numerose sono le « ombre » della sanità italiana, sia pubblica che privata, che la Commissione d'inchiesta ha posto in

evidenza, tra le quali le incongruenze relative al rapporto tra posti letto e personale medico.

In Italia, le regioni dove si spende di più per il servizio sanitario sono anche quelle in cui lo stesso è di peggiore qualità. Emerge uno scarto regionale tra Nord e Sud che parla di un Paese diviso da una sanità ancora disomogenea e dove si registra una forte migrazione da Sud verso Nord. Al Sud si ravvisano responsabilità organizzative e politiche che andrebbero meglio indagate ed eventualmente perseguite.

Il quadro dei dati totali riportati dall'Annuario statistico del Ministero della salute riporta che i medici in strutture pubbliche ed equiparate sono circa 100.000, le aziende sanitarie locali (ASL) 148, le strutture di ricovero pubbliche 638 e le case di cura 603, mentre i posti letto pubblici risultano 202.845, gli accreditati 48.178 e quelli effettivamente utilizzati 212.144.

Numerosi sono i casi in cui presso le aziende si lavora senza copertura assicurativa; casi in cui l'assicurazione ha esaurito il massimale e l'ASL è costretta a difendersi da sola. Ciò avrebbe dovuto indicare la necessità di modalità assicurative per la responsabilità civile verso terzi, secondo un modello che prevede l'autogestione interna alle aziende per i sinistri al di sotto dei 500.000 euro e l'accensione di polizze con compagnie assicurative per quelli superiori, i cosiddetti « danni catastrofali ».

In diversi casi si è riscontrato che i grandi gruppi assicurativi abbandonano gli ospedali e le ASL italiani, ritenuti un mercato non conveniente e troppo ri-

schioso per l'eccessivo costo delle coperture assicurative, con conseguente inespugnabilità delle gare pubbliche per l'affidamento del servizio. La Commissione di inchiesta sugli errori in campo sanitario ha inviato questionari a tutte le aziende sanitarie, ospedaliere, universitarie e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS). Al questionario hanno risposto 169 aziende sanitarie, ospedaliere, universitarie e IRCCS, ed è risultato che 35 di esse (pari al 20,7 per cento) si affidano ai fondi regionali per la copertura assicurativa, mentre 122 aziende sanitarie (il 72,2 per cento) si affidano alle compagnie assicurative.

Dalla relazione della Commissione di inchiesta è stato rilevato che le compagnie assicurative di cui si avvalgono le aziende sanitarie e ospedaliere che utilizzano un'assicurazione per la copertura dei danni sono sì molteplici, ma data la tipologia, il settore è sostanzialmente in mano ad un numero ristretto di compagnie (nel 2011-2012 il 46 per cento delle aziende sanitarie ha stipulato una polizza assicurativa con la stessa compagnia) ed è quindi possibile fornirne una lista, in base al numero dei contratti stipulati nell'arco degli anni presi in esame dal questionario (2006-2011) e per il 2012. Le compagnie assicurative che operano in tale ambito, risultano, quindi, essere le seguenti: AM Trust Europe, XL Insurance, QBE Insurance, City Insurance, Lloyd's of London, Assicurazioni Generali, Cattolica Assicurazioni, Carige Assicurazioni, INA Assitalia, Fondiaria-SAI, HDI Gerling, Faro Assicurazioni.

Le motivazioni più ricorrenti che sono alla base della cessazione del rapporto con la compagnia riguardano, nel 53,5 per cento dei casi, la cessazione del rapporto per scadenza naturale o per disdetta alla scadenza, nel 15,8 per cento per disdetta causata da eccessiva sinistrosità/onerosità, nel 13,8 per cento per altri motivi: gestione diretta o passaggio al fondo regionale, nel 13,9 per cento per il fallimento della compagnia assicurativa.

A livello nazionale, delle 169 aziende sanitarie e ospedaliere che hanno inviato il

questionario, 106 (pari al 62,7 per cento del totale) hanno dichiarato che la propria polizza assicurativa non prevede la copertura assicurativa per i sinistri derivanti da colpa grave dei dipendenti, mentre 44 aziende (pari al 26 per cento) hanno dichiarato che tale copertura è presente.

Si evidenzia, invece, il fatto che le aziende sanitarie e ospedaliere per le quali è prevista anche la tutela legale dei dipendenti siano 70 aziende (pari al 41,4 per cento) che hanno dichiarato che tale tutela è prevista, mentre in 82 di esse (il 48,5 per cento del totale) questa forma di tutela non è presente.

Volendo verificare la contemporanea presenza o assenza delle forme di copertura assicurativa per sinistri e la tutela legale dei dipendenti, emerge che 24 aziende, pari al 16,1 per cento, prevedono entrambe le forme di copertura; 59 aziende (il 39,6 per cento) non presentano nessuna delle due forme di copertura; 20 di esse (13,45 per cento) prevedono copertura assicurativa per i sinistri causati da colpa grave dei dipendenti ma non la tutela legale degli stessi e infine in 46 di esse (pari al 30,9 per cento) la polizza assicurativa prevede la tutela legale ma non la copertura assicurativa dei sinistri dei dipendenti medici.

Alcune aziende sanitarie e ospedaliere si sono viste rifiutare il rinnovo contrattuale da parte delle compagnie assicurative (43 in totale, pari al 29 per cento). Queste le percentuali di aziende alle quali è stato o non è stato rifiutato il rinnovo del contratto: no 71 per cento, sì 29 per cento.

Di queste 14 (il 33 per cento di quelle che hanno risposto in modo affermativo) sono situate nel Nord-ovest, 12 (il 28 per cento) nel Nord-est, concentrate tutte in Emilia-Romagna, 9 (il 21 per cento) si trovano nel Centro e 8 (pari al 19 per cento) nel Sud e isole.

Le principali motivazioni addotte dalle compagnie assicurative per il rifiuto del rinnovo assicurativo hanno riguardato: a) eccessiva onerosità o sinistrosità ovvero andamento negativo della polizza (48 per cento); b) recesso o disdetta causa sinistro

(22 per cento); c) uscita dal mercato sanitario da parte della compagnia (9 per cento).

Altro rilievo che emergeva dall'indagine conoscitiva svolta dalla Commissione di inchiesta della XVI legislatura è che gli episodi di malasanità non sempre hanno a che fare con l'errore diretto del « camice bianco »: spesso gli episodi derivano da disservizi, carenze e strutture inadeguate.

Da qui la necessità che le questioni del rischio clinico e delle coperture assicurative dovevano essere affrontate con un provvedimento legislativo capace di dare una risposta efficace alla problematica senza che questo si riversi, come indicato dal decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 (meglio noto come « decreto Balduzzi ») sul solo onere assicurativo a carico del personale sanitario.

Con le proposte emendative e con un testo alternativo presentato in sede di esame in Aula del testo approvato dalla XII Commissione, il MoVimento 5 Stelle ha inteso affrontare la questione in maniera strutturale e strategica ponendo questioni di merito. Non a caso abbiamo posto fin dall'articolo 1 la questione della definizione dell'atto sanitario e non la generica sicurezza delle cure. Per atto sanitario abbiamo proposto che si intendessero tutte le attività di prevenzione, diagnosi, assistenza e riabilitazione del paziente, sia svolte autonomamente dalle singole professioni sanitarie, che in modo coordinato, subordinato o in *équipe*, anche mediante personale a qualunque titolo operante. Abbiamo proposto altresì che il presupposto fondante della liceità dell'atto sanitario fosse il consenso del paziente.

Si segnala la necessità che il Centro regionale di gestione del rischio clinico sia composto da personale sanitario interno alla struttura, da una figura legale e da un medico legale, nonché da una figura specializzata in strumenti di gestione aziendale sanitaria, prevedendo, ove possibile, la collaborazione con istituti universitari specializzati in sistemi gestionali. Il MoVimento 5 Stelle ha posto il problema.

L'attività di gestione del rischio sanitario è coordinata da personale medico specializzato in strumenti di gestione aziendale sanitaria.

Nell'ambito dei centri regionali di gestione del rischio, che il testo approvato dalla Commissione prevede siano istituiti senza nuovi oneri o risorse aggiuntive, abbiamo proposto che, per una effettiva disponibilità e trasmissibilità dei dati e delle segnalazioni sul contenzioso, a ciascun ufficio regionale del Garante del diritto alla salute sia garantito l'accesso in formato digitale alle banche dati dei contenziosi dei tribunali del territorio di riferimento. Una opportunità di conoscenza fondamentale.

In merito all'istituzione dell'Osservatorio, il Gruppo del MoVimento 5 Stelle ha proposto che questi acquisisca digitalmente dai Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente i dati regionali relativi agli errori sanitari nonché alle cause, all'entità, alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso. Proponendo, altresì, che l'Osservatorio, sulla base dei dati acquisiti, promuova le buone pratiche clinico assistenziali e le raccomandazioni *evidence based* per la pratica clinica secondo le regole definite dal sistema nazionale per le linee guida (SNLG) dell'Istituto Superiore di Sanità e individuando anche idonee misure per la predisposizione, con l'ausilio delle società scientifiche, e non con il loro unico indirizzo come previsto dal testo proposto dalla maggioranza, di linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario, attivando percorsi per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie.

Per quanto attiene la trasparenza dei dati il gruppo parlamentare del MoVimento 5 Stelle ha proposto che l'obbligo di trasparenza si riferisca anche alle strutture sanitarie convenzionate nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

Molto importante per il M5S è la questione del consenso informato del paziente a questo argomento abbiamo dedi-

cato un apposito articolo con il quale si dispone che il medico deve informare il paziente, in modo completo e comprensibile, sulla diagnosi, sulla prognosi, sullo scopo e sulla natura del trattamento sanitario proposto, sulla sua portata ed estensione, sui rischi delle procedure diagnostiche e terapeutiche, sui risultati conseguibili, sugli eventuali effetti collaterali, sulla possibilità di conseguire il medesimo risultato attraverso altri interventi o trattamenti sanitari e sui relativi rischi nonché sulle conseguenze del rifiuto al trattamento sanitario. Altresì importante è il fatto che le prestazioni sanitarie erogate con il consenso informato, scritto, esplicito ed attuale del paziente, salvo i casi stabiliti dalla legge, non costituiscono offese all'integrità psico-fisica.

Per quanto attiene alla questione rilevante dell'obbligo di assicurazione, la proposta del MoVimento 5 Stelle prevede che le aziende del Servizio sanitario nazionale, le strutture e gli enti privati operanti in regime autonomo o accreditato con il Servizio sanitario nazionale, che erogano prestazioni sanitarie a favore di terzi, pena l'impossibilità di svolgere la propria attività, devono essere provvisti di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, ai sensi dell'articolo 27, comma 1-bis, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso l'azienda, la struttura o l'ente. Prevedendo altresì che tale disposizione si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria nonché attraverso la telemedicina, purché svolte nell'ambito delle strutture sanitarie.

La nostra proposta alternativa si fonda su un primo fondamentale principio: si deve partire, per ogni norma riguardante la sanità, dalla tutela del paziente utente del Servizio sanitario nazionale e regionale.

Invero, la proposta della maggioranza, che è all'esame dell'Assemblea, parte dal

principio di contenimento della spesa pubblica ed infatti si parte da un assunto totalmente errato ovvero quello di combattere la cosiddetta medicina difensiva.

Da tale erroneo assunto è partita anche la Commissione ministeriale consultiva per le problematiche in materia di medicina difensiva e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie che è partita dal presupposto che i medici, a causa del timore di subire azioni penali e civili, sarebbero indotti ad adottare soluzioni di « autotutela », che avrebbero quale principale effetto la prescrizione sistematica di esami diagnostici inadeguati (nonostante i limiti di spesa che già affliggono la sanità pubblica e quella convenzionata), esami che non solo si rileverebbero « dannosi » per i cittadini, ma produrrebbero altresì ingenti costi in capo al servizio sanitario.

L'evocazione della « medicina difensiva », quale giustificazione per riformare la responsabilità medica, è nient'altro che un'importazione delle logiche impiegate strumentalmente dai « tort reformers » statunitensi (assicurazioni in primis) per detronizzare il diritto dei pazienti lesi e dei loro famigliari a conseguire piena tutela rimediale; tra l'altro non vi è alcuna prova che lo spettro delle responsabilità e dei risarcimenti sia tale da indurre i medici a comportarsi diversamente.

In particolare, l'esperienza statunitense dimostra come le riforme della responsabilità medica, ispirate al mito della « medicina difensiva » e intensamente volute da alcuni Stati su pressione della compagine assicurativa (per evitare l'innalzamento dei premi), non abbiano in alcun modo:

a) prodotto particolari benefici in capo ai medici (innanzitutto in termini di maggiore serenità);

b) diminuito la prescrizione di esami diagnostici e quindi i costi della sanità;

c) scongiurato il verificarsi di eventi avversi per i pazienti (il numero dei sinistri è lungi dall'essere decrementato): semplicemente è venuta a ribassarsi la tutela accordata alle vittime della sanità.

Oltreoceano si è pervenuti recentemente alle seguenti conclusioni: « Nel corso del dibattito sulla riforma della sanità, la medicina difensiva è diventata la causa colpevole della crescita dei costi, in particolare per la crescita dei premi derivanti da casi di malasanità. Definita in modo vago la frase “medicina difensiva” è impiegata per spiegare che i medici prendono decisioni più per evitare possibili controversie, invece che pensare alla salute e alla sicurezza dei loro pazienti. Sulla base di questa sola affermazione, alcuni politici iniziarono a discutere su come limitare il diritto degli americani ad intentare una causa per risarcimento dei danni per la malasanità...anche se i sostenitori della riforma della malasanità non avevano prove convincenti che il contenzioso illecito contro i medici li incoraggiasse a prendere decisioni mediche che non avrebbero fatto altrimenti. S. A. SHAPIRO, T. O., MCGARITY, N. W. VIDARGAS, J. GOODWIN, *The Truth About Torts: Defensive Medicine and the Unsupported Case for Medical Malpractice “Reform”* (February 1, 2012), Center for Progressive Reform White Paper No. 1203, 1, rinvenibile all’indirizzo <http://ssrn.com/abstract=2139682>. I fatti dimostrano che la “medicina difensiva” è in gran parte un mito, sostenuto da chi ha interesse a limitare l’accesso dei cittadini alla giustizia per i casi meritevoli, lasciando i pazienti gravemente feriti senza nessuna possibilità per ottenere la giustizia che meritano. Questi cambiamenti potrebbero limitare l’effetto deterrente di controversie civili e diminuire la sospensione delle licenze professionali da parte del sistema giudiziario, determinando più errori medici. Questa restrizione delle cause potrebbe salvare i medici ed una quantità trascurabile di premi “malasanità”, ma la stragrande maggioranza degli eventuali risparmi riempirà le tasche delle compagnie di assicurazione che hanno chiesto queste restrizioni.

Da un altro lato, questo avrà conseguenze molto reali e pericolose. Consentendo agli avversari della giustizia civile di far passare questo come una significativa

riforma sanitaria ci distrae dal fare le cose che devono essere fatte per migliorare il sistema, evitando i 98.000 decessi causati da errori medici prevenibili ogni anno e riducendo il numero inaccettabile di americani non assicurati ».

Osservandosi la casistica delle controversie in materia, emerge come in realtà in tutta una serie di casi, i sanitari, più preoccupati per le reprimende sugli accertamenti disposti che per il rispetto dei doveri deontologici verso gli assistiti, abbiano semmai difettato nel disporre esami ed approfondimenti pur assolutamente necessari ed imposti dalle sintomatologie riferite dai pazienti; in varie occasioni hanno mandato a casa persone di qualsiasi età (soprattutto persone anziane) nonostante affette da sintomi senz’altro meritevoli di più accurate indagini diagnostiche e specialistiche, se non direttamente di interventi ictu oculi improrogabili. In questi casi – purtroppo frequenti – evidentemente il problema non è quello della « medicina difensiva »: la vera questione è quella della crescente contrazione degli investimenti dello Stato e delle sue articolazioni sul servizio sanitario nazionale tale da porre medici e strutture in gravi difficoltà a partire da una corretta impostazione della fase diagnostica, dovendosi pure rimarcare come, l’omissione di approfondimenti sulle sintomatologie accusate dai pazienti, spesso sia il frutto di vere e proprie condotte imperite.

È del tutto evidente come il « mito » della « medicina difensiva » venga richiamato nell’esasperata ed incolta ricerca di risparmi sulla spesa sanitaria.

Dunque, prima di approdare all’approvazione di nuove disposizioni, sarebbe opportuno chiedersi se sia davvero la diminuzione delle tutele penali e di quelle risarcitorie dei cittadini danneggiati da medical malpractice a poter costituire la soluzione ottimale, la vera panacea per arginare i risvolti negativi della « medicina difensiva »; perlomeno se questa sia la via « giusta », dovendosi a quest’ultimo riguardo considerare che la tutela dei diritti di chi abbia riportato la lesione di un bene

così importante come la salute non dovrebbe mai venire sminuita.

Da un'indagine condotta dalla Commissione tecnica sul rischio clinico, istituita all'interno della programmazione generale del Ministero della salute, si evince che in Italia ogni anno si verificherebbero circa 320.000 morti a causa di errori ospedalieri, pertanto con una media giornaliera di circa 90 pazienti deceduti; almeno il 50 per cento dei decessi, secondo questo studio, sarebbe evitabile.

Inoltre, il 70 per cento degli incidenti sarebbe da attribuirsi a problemi organizzativi, mentre soltanto il restante 27-30 per cento sarebbe dovuto ad errori di carattere professionale. Il sovradosaggio di farmaci e lo scambio di pazienti risulterebbero essere le cause più diffuse. Aggiungasi che, secondo i dati riferiti nel marzo 2005 dall'allora Ministro della Salute Sirchia circa 500 mila pazienti su 9 milioni e mezzo di ricoverati l'anno sarebbero vittime di un'infezione contratta in ospedale, con una percentuale corrispondente al 5-17 per cento degli ospedalizzati. La mortalità per infezione ospedaliera è stata stimata intorno al 3 per cento dei ricoverati.

Alla luce anche di questi dati, pertanto, risulta del tutto errato e fuorviante attribuire i numeri elevati del contenzioso in materia in via prevalente, se non addirittura esclusiva, alla particolare tutela rimediata apprestata dai regimi della responsabilità penale e civile.

La proposta parlamentare di maggioranza va, purtroppo, proprio nella direzione di una sostanziale depenalizzazione della colpa medica, molto più di quanto previsto dalla cosiddetta Legge Balduzzi, una legge scritta male, che ha portato notevoli danni nella sua interpretazione.

Tale proposta rende prima di tutto extracontrattuale il rapporto tra medico e paziente. Ricordiamo che il rapporto extracontrattuale è quello che riguarda una persona che passeggiando in mezzo ad una strada fa cadere, senza volerlo, un'altra persona procurandole un danno.

Errata è inoltre la volontà di vincolare il medico a linee guida generiche non

previste dal Ministero della salute ma portate avanti da società scientifiche private, con il rischio di avere, in un medesimo settore, due diverse linee guida scritte da due diverse società scientifiche.

Ed è ancora più errato far dipendere un reato penale da una linea guida di una società privata, ovvero far scaturire da linee guida dettate da « privati » una condizione di punibilità. Inoltre, si ridimensiona drasticamente la responsabilità penale dei sanitari, senza che sia stata fornita o sussista una prova concreta della sua idoneità a produrre effetti positivi per la tutela dei pazienti o, comunque, per un più corretto svolgimento, da parte dei sanitari, delle loro prestazioni.

Anzi, poiché le norme che disciplinano scenari di responsabilità (siano essi penali o civili) servono ad agevolare l'emersione di condotte lesive di beni giuridici (in questo caso di beni fondamentali quali salute e vita dei pazienti), l'attenuazione della responsabilità penale dei medici andrà ad incidere negativamente nei seguenti termini: 1) minore prevenzione; 2) minori incentivi per i medici a discostarsi dalle linee guida nonostante contraddette da progressi scientifici successivi (la scienza evolve continuamente, le linee guida – soprattutto quelle nazionali – rimangono spesso indietro anche di anni); 3) sostanziale assimilazione tra medici virtuosi e medici « lievemente » colpiti.

Oltre a non essere premiale rispetto ai numerosi medici che non incorrono in condotte connotate da imperizia, la norma risulta soprattutto discriminatoria rispetto ad ogni altro professionista il quale possa contribuire a cagionare lesioni personali o decessi (si pensi, per esempio, ai professionisti coinvolti nella realizzazione di un edificio o di un ponte). Così come pure risulta discriminatoria verso gli imprenditori ed ogni altro soggetto la cui condotta possa dare luogo a decessi o lesioni. Per quali motivi chiunque altro si sia attenuto nello svolgimento di una determinata attività agli standard prescritti per essa non potrebbe godere di eguale protezione?

Se proprio si volesse introdurre una norma penale particolarmente di sollievo per i medici, sarebbe opportuno incidere più sull'entità della pena che sul versante della punibilità.

Soprattutto, per sollevare i medici dal peso del contenzioso penale sarebbe più opportuno considerare una diversa impostazione di quest'ultimo: in particolare, il ricorso alla magistratura penale potrebbe essere scongiurato istituendo delle commissioni tecniche (estrane alle strutture sanitarie coinvolte), alle quali demandare le indagini del caso che, in totale trasparenza, illustrino alle parti offese le loro conclusioni, divenendo possibile rivolgersi al giudice penale soltanto al termine di questa fase.

Errata è altresì la previsione di cui all'articolo 7 laddove la responsabilità contrattuale della struttura sembra derivare esclusivamente da una condotta dolosa o colposa di un suo dipendente. In primo luogo, ciò è ultroneo poiché è già previsto dal codice civile. In secondo luogo, la struttura sanitaria risponde anche per il fatto proprio, basti pensare ai risarcimenti per decessi da infezioni ospedaliere ove la struttura risponde quasi per responsabilità oggettiva, pur in assenza di colpa o dolo del personale sanitario.

Andando invece ad analizzare l'articolo 8 della proposta, ancora una volta nel sistema civile, si va ad inserire una onerosa condizione di procedibilità prima di poter intraprendere una vera e propria azione civile.

Ebbene, se davvero si volesse legiferare al meglio, bisognerebbe rendere facoltativo l'utilizzo dell'accertamento tecnico preventivo previsto dall'articolo 696-bis del codice di procedura civile facendo scegliere alle parti o agli operatori del diritto quale azione meglio utilizzare nel caso concreto.

Non si può condividere il comma 3, che prevede un termine « perentorio » di sei mesi per la conclusione del procedimento previsto con l'articolo 696-bis: questa impostazione, che sembra mutuata dalle discipline sulla mediazione e sulla negoziazione assistita, non ha alcun senso per

quanto concerne la procedura in disamina, infatti, finisce per pregiudicare del tutto ingiustificatamente la parte che ha promosso la procedura e che magari ha tutto l'interesse a proseguirla, avendo già pagato il contributo unificato e magari avendo pure già anticipato dei costi per il consulente tecnico d'ufficio; peraltro, nei casi più complessi il termine risulta decisamente stretto.

Il termine di novanta giorni previsto dal comma 3 per l'attivazione del giudizio risulta del tutto assurdo, vessatorio e lungi dall'essere chiaro nella sua portata in quanto: impone al danneggiato un termine eccessivamente ristretto per decidere se e come adire il giudice; incide negativamente sulle tempistiche per la ricerca di eventuali soluzioni transattive una volta conclusasi la procedura; soprattutto, è vessatorio laddove priva la domanda dei suoi « effetti ». Al riguardo, è lungi dall'essere chiaro quali siano gli esatti « effetti » cui si riferisce la norma: essa allude in via esclusiva alla condizione di procedibilità prevista nell'articolo oppure si riferisce anche ad altri effetti (ad esempio, quelli relativi al decorso della prescrizione)? Introduce forse un'inedita fattispecie decadenziale? Anche se gli « effetti » fossero limitati unicamente alla prima ipotesi (cioè s'imporrebbe « soltanto » di dare luogo ad un nuovo accertamento tecnico preventivo), la norma non avrebbe senso, giacché imporrebbe, quale condizione per la procedibilità della domanda, un'attività in tutto e per tutto inutile, oltre che immotivatamente dispendiosa per tutte le altre parti. Se invece andasse interpretata nel senso opposto e cioè tale da introdurre un termine decadenziale, la norma sarebbe altamente vessatoria e discriminatoria rispetto al trattamento riservato a tutti gli altri danneggiati sottoposti a procedure obbligatorie quali la negoziazione assistita ed alla mediazione.

Non si comprende poi la portata del riferimento, in seno al comma 3, al procedimento di cui agli articoli 702-bis e seguenti del codice di procedura civile.

In particolare, tale rinvio persegue l'obiettivo di precludere al danneggiato di instaurare un giudizio con rito ordinario? Se ciò fosse, la norma non sarebbe in nessun modo condivisibile: in primo luogo si precluderebbe in capo ai soli danneggiati da responsabilità civile medico-sanitaria la scelta del rito, con conseguente discriminazione tra questi e tutti gli altri attori in cause civili. In secondo luogo, tale imposizione sarebbe lungi dal risultare proporzionata rispetto alla complessità che distingue le controversie in materia, complessità sicuramente sussistente laddove gli accertamenti tecnici preventivi non abbiano convinto le parti a trovare soluzioni conciliative. Non ha senso alcuno prevedere (si veda il comma 2) che, laddove il giudice adito rilevi il mancato espletamento della procedura obbligatoria, assegni il termine di quindici giorni affinché le parti presentino dinanzi allo stesso magistrato istanza di consulenza tecnica; economia processuale imporrebbe la fissazione di un'udienza di giuramento del consulente tecnico d'ufficio (CTU), ferma restando la singolare ed indebita commissione che si realizzerebbe così tra procedimento di accertamento tecnico e giudizio ordinario.

Ma vi è di più. Al comma 4 si prevede, in totale spregio della Carta costituzionale, un obbligo di partecipazione a tale procedimento. Ebbene, mai nell'ambito civile si è prevista la partecipazione obbligatoria delle parti. Inoltre sarebbe da chiarire meglio quali sono le parti poiché, ad una analisi letterale del testo, potremmo dire che sono obbligati alla partecipazione tutti i medici ed infermieri che hanno seguito, anche parzialmente, detto paziente.

Mentre adesso raramente vengono evocati in giudizio gli operatori sanitari, con tale previsione ognuno di loro dovrà costituirsi per mezzo di un proprio avvocato con aumento dei costi da sostenere.

Fortunatamente, come anche nella Responsabilità Civile Auto, si è introdotta la possibilità per il paziente di evocare direttamente la compagnia di assicurazione, senza citare la struttura sanitaria od il medico. Però anche questa meritoria previsione è stata inquinata, all'articolo 4, con la previsione del litisconsorzio necessario sia della struttura sia dell'operatore sanitario.

Andrea COLLETTI,
Relatore di minoranza.

TESTO ALTERNATIVO DEL RELATORE DI MINORANZA (*)

(ai sensi dell'articolo 79, comma 12, del Regolamento)

ART. 1.

(Sicurezza delle cure in sanità).

1. La sicurezza dell'atto sanitario è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.

2. La sicurezza dell'atto sanitario si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione dell'atto stesso.

3. Per atto sanitario si intendono tutte le attività di prevenzione, diagnosi, assistenza e riabilitazione del paziente, sia svolte autonomamente dalle singole professioni sanitarie, che in modo coordinato, subordinato o in équipe, anche mediante personale a qualunque titolo operante.

4. Presupposto fondante della liceità dell'atto sanitario è il consenso del paziente.

5. L'esecuzione dell'atto sanitario comporta pertanto rischi intrinseci di danno al paziente che rappresentano statisticamente il possibile esito o coesito negativo delle prestazioni sanitarie rese e pertanto – nel caso di prestazioni sanitarie erogate nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nazionali e regionali – sono da considerarsi interne ai LEA e quindi comunque riconducibili alla responsabilità del Servizio sanitario nazionale (SSN).

(Alternativo all'articolo 1 del testo unificato)**ART. 2.**

(Difensore civico regionale come Garante del diritto alla salute e Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano affidano all'ufficio del Difensore civico la funzione di Garante per il diritto alla salute e ne disciplinano la struttura organizzativa, che prevede la rappresentanza delle associazioni dei pazienti e il supporto tecnico.

2. Il Difensore civico, nella sua funzione di Garante del diritto alla salute, può essere adito gratuitamente da ciascun soggetto destinatario di prestazioni sanitarie, direttamente o mediante un proprio delegato, per la segnalazione, anche anonima, di disfunzioni del sistema dell'assistenza sanitaria.

3. Il Difensore civico acquisisce gli atti relativi alla segnalazione pervenuta e, qualora abbia verificato la fondatezza della segnalazione, agisce a tutela del diritto leso.

(*) Nel presente testo è evidenziato, ove ricorra, con apposita indicazione in calce, il carattere alternativo dell'articolo rispetto a quello corrispondente del testo della Commissione. Gli articoli privi di indicazioni in calce devono considerarsi aggiuntivi rispetto al testo della Commissione. Il testo presuppone la soppressione dell'articolo 12 del testo della Commissione.

4. In ogni regione, presso il Garante, è istituito il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, che raccoglie i dati regionali sul contenzioso e sugli errori sanitari e li trasmette all'Osservatorio nazionale sulla sicurezza in sanità, di cui all'articolo 4 della presente legge.

5. Al fine di permettere l'effettiva disponibilità e trasmissibilità dei dati e delle segnalazioni sul contenzioso, a ciascun ufficio regionale del Garante del diritto alla salute è garantito l'accesso in formato digitale alle banche dati dei contenziosi dei tribunali del territorio di riferimento.

(Alternativo all'articolo 2 del testo unificato)

ART. 3.

(Osservatorio nazionale sulla sicurezza in sanità).

1. Entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è istituito, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza in sanità, di seguito denominato « Osservatorio ».

2. L'Osservatorio acquisisce digitalmente dai Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente di cui all'articolo 2 della presente legge i dati regionali relativi agli errori sanitari nonché alle cause, all'entità, alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso. L'Osservatorio, sulla base dei dati acquisiti, promuove le buone pratiche clinico assistenziali e le raccomandazioni *evidence based* per la pratica clinica secondo le regole definite dal sistema nazionale per le linee guida (SNLG) dell'Istituto Superiore di Sanità nonché percorsi per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie.

3. Il Ministro della salute trasmette con cadenza annuale al Parlamento la relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio.

4. L'Osservatorio, nell'esercizio delle sue funzioni, si avvale del Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES), istituito con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali in data 11 dicembre 2009, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 12 gennaio 2010, n. 8.

(Alternativo all'articolo 3 del testo unificato)

ART. 4.

(Trasparenza dei dati).

1. Le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche, private o in regime convenzionale sono soggette all'obbligo di trasparenza, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

2. Entro trenta giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli aventi diritto, la direzione sanitaria della struttura fornisce telematicamente o in formato digitale la documentazione clinica relativa al paziente.

3. Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono altresì disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito *internet*, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario di cui all'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

(Alternativo all'articolo 4 del testo unificato)

ART. 5.

(Obbligo di informazione e consenso informato).

1. Il medico deve informare il paziente, in modo completo e comprensibile, sulla diagnosi, sulla prognosi, sullo scopo e sulla natura del trattamento sanitario proposto, sulla sua portata ed estensione, sui rischi delle procedure diagnostiche e terapeutiche, sui risultati conseguibili, sugli eventuali effetti collaterali, sulla possibilità di conseguire il medesimo risultato attraverso altri interventi o trattamenti sanitari e sui relativi rischi nonché sulle conseguenze del rifiuto al trattamento sanitario.

2. Le prestazioni sanitarie devono essere erogate con il consenso informato, scritto, esplicito ed attuale del paziente, salvo i casi stabiliti dalla legge.

(Alternativo all'articolo 5 del testo unificato)

ART. 6.

(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)*. – L'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività, cagiona la morte o la lesione personale della persona assistita, non è punibile per colpa lieve. ».

2. L'articolo 3, comma 1, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, è soppresso.

(Alternativo all'articolo 6 del testo unificato)

ART. 7.

(Contratto di assistenza sanitaria e responsabilità medica).

1. La struttura sanitaria e l'esercente la professione sanitaria rispondono delle loro obbligazioni nei confronti del paziente ai sensi degli articoli 1218, 1223 e 1228 del codice civile.

(Alternativo all'articolo 7 del testo unificato)

ART. 8.

(Modifica all'accertamento tecnico preventivo)

1. L'articolo 696-*bis* del codice di procedura civile è sostituito dal seguente: « ART. 696-*bis*. – *(Consulenza tecnica preventiva ai fini della composizione della lite)*. – L'espletamento di una consulenza tecnica, in via preventiva, può essere richiesto anche al di fuori delle condizioni di cui al primo comma dell'articolo 696, ai fini dell'accertamento della responsabilità e della relativa determinazione dei danni o dei crediti derivanti dalla mancata o inesatta esecuzione di obbligazioni contrattuali o da fatto illecito. Il giudice procede a norma del terzo comma del medesimo articolo 696.

Si applicano gli articoli da 191 a 203 in quanto compatibili. Su istanza di parte il giudice può ordinare l'esibizione di prove ai sensi dell'articolo 210.

Su istanza di parte, da depositare entro venti giorni dal deposito della relazione finale di cui all'articolo 195, terzo comma, il giudice fissa l'udienza di comparizione per la discussione sulla relazione stessa.

Il giudice, qualora ne ravvisi la necessità, può disporre la comparizione del consulente per chiarimenti in un'apposita udienza, concedergli un termine per integrare la relazione ovvero applicare l'articolo 196.

In mancanza del deposito dell'istanza di cui al quarto comma, il consulente, dopo il deposito della relazione, tenta, ove possibile, la conciliazione delle parti. Se le parti si sono conciliate si forma processo verbale della conciliazione. Il giudice attribuisce con decreto efficacia di titolo esecutivo al processo verbale, ai fini dell'espropriazione e dell'esecuzione in forma specifica e per l'iscrizione di ipoteca giudiziale.

Se la conciliazione non riesce, ciascuna parte può chiedere che la relazione depositata dal consulente sia acquisita agli atti del successivo giudizio di merito. ».

2. Il verbale di conciliazione di cui all'articolo 696-*bis*, comma sei, del codice di procedura civile è esente dal pagamento dell'imposta di registro.

(Alternativo all'articolo 8 del testo unificato)

ART. 9.

(Azione di rivalsa).

1. L'azione di rivalsa della struttura sanitaria pubblica 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 autonoma 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 due anni dall'avvenuto risarcimento.

3. La struttura sanitaria pubblica esercita azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria nella misura massima di un quinto della retribuzione mensile ovvero sino alla copertura del massimale di polizza dell'assicurazione dell'esercente la professione sanitaria. Per i cinque 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.

4. 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.

5. 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.

(Alternativo all'articolo 9 del testo unificato)

ART. 10.

(Obbligo di assicurazione)

1. Le aziende del Servizio sanitario nazionale, le strutture e gli enti privati operanti in regime autonomo o accreditato con il Servizio sanitario nazionale che erogano prestazioni sanitarie a favore di terzi, pena l'impossibilità di svolgere la propria attività, devono essere provvisti di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, ai sensi dell'articolo 27, comma 1-*bis*, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso l'azienda, la struttura o l'ente. Tale disposizione si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria nonché attraverso la telemedicina, purché svolte nell'ambito delle strutture sanitarie.

2. Per l'esercente la professione sanitaria che svolga la propria attività al di fuori di una struttura di cui al comma 1, resta fermo

l'obbligo di cui all'articolo 3, comma 5, lettera e), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, dall'articolo 5 del decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137, e dall'articolo 3, comma 2, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

3 Le aziende, le strutture e gli enti di cui al comma 1 rendono nota, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative ovvero le altre analoghe misure che determinano la copertura assicurativa.

4. Con decreto da emanarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute, definisce i criteri e le modalità di vigilanza e controllo che l'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS) è tenuto ad effettuare sulle compagnie assicuratrici che intendano contrarre polizze con le strutture di cui al comma 1 e con gli esercenti la professione sanitaria.

5. 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) nonché le associazioni di tutela dei pazienti, sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie.

(Alternativo all'articolo 10 del testo unificato)

ART. 11.

(Azione diretta del danneggiato)

1. Colui che ha subito danni derivanti da responsabilità medico-sanitaria, per i quali vige l'obbligo di assicurazione, ha azione diretta per il risarcimento del danno nei confronti dell'impresa di assicurazione del responsabile civile, entro i limiti delle somme per le quali è stata stipulata l'assicurazione.

2. Per l'intero massimale di polizza l'impresa di assicurazione non può opporre al danneggiato eccezioni derivanti dal contratto, né clausole che prevedano l'eventuale contributo dell'assicurato al risarcimento del danno. L'impresa di assicurazione ha tuttavia diritto di rivalsa verso l'assicurato nella misura in cui avrebbe avuto contrattualmente diritto di rifiutare o ridurre la propria prestazione.

3. L'azione diretta che spetta al danneggiato nei confronti dell'impresa di assicurazione è soggetta al termine di prescrizione cui sarebbe soggetta l'azione verso il responsabile.

4. Il responsabile civile è tenuto ad informare il danneggiato relativamente agli estremi del proprio contratto di assicurazione vigente all'anno del sinistro.

5. L'assicuratore che riceve richiesta di risarcimento dal danneggiato, entro novanta giorni dalla richiesta, deve comunicare la somma offerta ovvero indicare i motivi per i quali non ritiene di fare alcuna

offerta. L'assicuratore può altresì richiedere gli accertamenti, i controlli e le verifiche che si rendano necessari.

6. Fermo restando quanto previsto per l'accesso ai singoli dati personali dal codice in materia di protezione dei dati personali, le imprese di assicurazione esercenti l'assicurazione obbligatoria della responsabilità civile derivante da responsabilità civile medico-sanitaria sono tenute a consentire ai contraenti ed ai danneggiati il diritto di accesso agli atti a conclusione dei procedimenti di valutazione, constatazione e liquidazione dei danni che li riguardano. Se, entro sessanta giorni dalla richiesta scritta, l'assicurato o il danneggiato non è messo in condizione di prendere visione degli atti richiesti ed estrarne copia a sue spese, può inoltrare reclamo all'IVASS anche al fine di veder garantito il proprio diritto.

(Alternativo all'articolo 11 del testo unificato)

ART. 12.

(Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria).

1. Con regolamento del Ministro dello sviluppo economico, da adottare entro 120 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, di concerto con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, sentite la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentite e le rappresentanze delle imprese assicuratrici, previo parere delle competenti commissioni parlamentari è istituito il Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria.

2. Il Fondo di garanzia di cui al comma 1, costituito presso la Concessionaria servizi assicurativi pubblici S.p.A. (CONSAP), risarcisce i danni cagionati da responsabilità sanitaria nei casi in cui: a) il danno sia di importo eccedente rispetto ai massimali previsti dai contratti stipulati dalla struttura sanitaria ovvero dall'esercente la professione sanitaria; b) la struttura sanitaria ovvero l'esercente la professione sanitaria risultano assicurati presso un'impresa che al momento del sinistro si trovi in stato di insolvenza o di liquidazione coatta o vi venga posta successivamente.

3. Il Fondo di garanzia di cui al comma 1 provvede al risarcimento del danno per una somma pari all'importo eccedente i massimali previsti dai contratti stipulati, fatto salvo il caso di cui alla lettera b, comma 2 del presente articolo nei limiti delle effettive disponibilità finanziarie del Fondo stesso.

4. Le imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria sono tenute a versare annualmente alla CONSAP – gestione autonoma del Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria, con le modalità stabilite dal decreto di cui al comma 1, un

contributo da determinarsi in una percentuale del premio incassato per ciascun contratto relativo alle predette assicurazioni.

5. La misura del contributo è determinata e aggiornata con cadenza annuale, con regolamento da adottare secondo la procedura di cui al comma 1.

6. Per la determinazione del contributo di cui al precedente comma la CONSAP – gestione autonoma del Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria, è tenuta a trasmettere ogni anno al Ministero dello sviluppo economico un rendiconto della gestione riferito all'anno precedente, secondo le disposizioni stabilite dal regolamento di cui al comma 1.

7. Con il regolamento di cui al comma 1 sono disciplinati, altresì, il funzionamento, le modalità di intervento i massimali da prevedere nei contratti da stipulare in relazione a tabelle di invalidità percentuale e di indennizzo ed il regresso del Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria nei confronti del responsabile del sinistro.

8. La Consap invia una relazione annuale alle competenti commissioni parlamentari sullo stato di attuazione di quanto previsto dal presente articolo in particolare sulle risorse disponibili del Fondo di cui al comma 1 e sul numero e gli importi dei risarcimenti del danno erogati in relazione ai casi di cui alle lettere a) e b del comma 2 del presente articolo, l'elenco delle imprese assicuratrici che hanno contribuito al Fondo e gli importi versati. »

9. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano ai sinistri denunciati per la prima volta dopo l'entrata in vigore della presente legge.

(Alternativo all'articolo 13 del testo unificato)

ART. 13.

(Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria. Cause di astensione)

1. Nei procedimenti civili e nei procedimenti penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria implicanti la valutazione di problemi di particolare complessità e che riguardano materie di differenti specializzazioni medico-cliniche, l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico legale e a uno specialista, senza maggiori oneri per le parti o per lo Stato.

2. Negli albi dei consulenti di cui all'articolo 13 delle disposizioni di attuazione del codice di procedura civile di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, e dei periti di cui all'articolo 67 delle norme di attuazione del codice di procedura penale di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, devono essere indicate le specializzazioni degli iscritti esperti in medicina.

3. Gli albi dei periti di cui all'articolo 67 delle norme di attuazione del codice di procedura penale di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, e gli albi dei consulenti di cui all'articolo 13 delle disposizioni di attuazione del codice di procedura civile di cui al regio

decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, devono essere aggiornati con cadenza almeno biennale.

(Alternativo all'articolo 14 del testo unificato)

ART. 14.

(Norme sul consulente tecnico d'ufficio)

1. Al primo comma dell'articolo 192 del codice di procedura civile, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: « e con l'avvertimento che costituisce causa di astensione o di ricusazione l'aver, negli ultimi cinque anni, intrattenuto rapporti personali o professionali continuativi con taluna delle parti o con soggetti a essi riferibili. Di tali circostanze il consulente deve darne conoscenza alle parti e al giudice a mezzo di posta elettronica certificata e con dichiarazione depositata in cancelleria almeno tre giorni prima dell'udienza di comparizione. Il consulente, nominato nelle cause di responsabilità medico-sanitaria, deve altresì dichiarare se sussiste rapporto di collaborazione e/o consulenza continuata con compagnie di assicurazione ovvero con una delle parti. ».

2. All'articolo 193 del codice di procedura civile è aggiunto alla fine il seguente periodo: « L'adempimento della funzione comporta il divieto per il consulente di assumere incarichi professionali per conto di alcuna delle parti nei 12 mesi successivi al giuramento ».

3. All'articolo 193 del codice di procedura civile, è aggiunto, in fine, il seguente comma: « Il consulente deve dare inizio alle operazioni peritali non prima di sette giorni e, comunque, non oltre trenta giorni dalla data dell'udienza in cui ha prestato il giuramento ».

4. All'articolo 195 del codice di procedura civile sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al secondo comma è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « La relazione deve essere depositata in cancelleria entro il termine fissato dal giudice; che non può essere superiore, salvo casi di speciali difficoltà nell'esecuzione delle operazioni peritali, a novanta giorni »;

b) il terzo comma è sostituito dai seguenti:

« Le parti possono formulare proprie osservazioni alla relazione con atto da depositare in cancelleria non oltre trenta giorni dal deposito della relazione. Nei successivi trenta giorni il consulente deposita un supplemento di relazione in risposta alle osservazioni formulate dalle parti. Ai fini del decorso dei predetti termini, la cancelleria comunica ai soggetti interessati l'avvenuto deposito il giorno stesso in cui viene effettuato.

Il termine per il deposito della relazione può essere prorogato dal giudice su istanza del consulente motivata da comprovate e gravi esigenze. Il giudice provvede con ordinanza prorogandolo per un tempo non superiore alla metà di quello fissato ai sensi del secondo comma e dispone obbligatoriamente, tranne nei casi di causa non imputabile al consulente, la riduzione nella misura di un terzo

dell'importo pattuito a titolo di compenso del consulente. In caso di mancato deposito della consulenza entro il termine prorogato senza giustificato motivo, il giudice può revocare l'incarico ordinandogli di restituire alle parti l'eventuale somma anticipata a titolo di compenso. Con lo stesso provvedimento che dispone la revoca, il giudice provvede alla nomina di un nuovo consulente.

Se non ritiene di provvedere alla revoca, il giudice concede un'ulteriore proroga per un tempo non superiore alla metà di quello fissato ai sensi del secondo comma e riduce obbligatoriamente il compenso di ulteriori due terzi dell'importo rideterminato ai sensi del quarto comma ».

ART. 15.

(Clausola di salvaguardia).

(Non è proposto un testo alternativo)

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA

€ 2,00



17PDL0038020