

DDL 2224 2016

Verso un *no-blame* sanitario in partenariato pubblico-privato

Prof. Avv. G. Comandé

Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa

audizione Commissione Sanità 2 marzo 2016

DDL 2224 2016 Verso un no-blame sanitario in partenariato pubblico privato

La colonna di sinistra contiene i suggerimenti di modifica del testo come illustrati in sede di audizione. La colonna di destra contiene commenti e valutazioni meglio illustrate nella allegata relazione estesa.

<p>Art. 1. <i>(Sicurezza delle cure in sanità)</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle aziende sanitarie pubbliche e private è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.	<p>E per le strutture sanitarie private (per esempio che erogano prestazioni in convenzione)?</p>
<p>Art. 2. <i>(Attribuzione della funzione di garante per il diritto alla salute al Difensore civico regionale o provinciale e istituzione dei Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente)</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono affidare all'ufficio del Difensore civico la funzione di garante per il diritto alla salute e disciplinare la struttura organizzativa, che preveda la rappresentanza delle associazioni dei pazienti e il supporto tecnico.2. Il Difensore civico, nella sua funzione di garante per il diritto alla salute, può essere adito gratuitamente da ciascun soggetto destinatario di prestazioni sanitarie, direttamente o mediante un proprio delegato, per la segnalazione di disfunzioni del sistema dell'assistenza sanitaria.	<p>Eccessiva diversificazione dei modelli regionali di difensore civico</p> <p>Problemi di coordinamento con strutture e missioni esistenti e di impatto sui flussi inter-regionali di pazienti</p>

DDL 2224 2016 Verso un no-blame sanitario in partenariato pubblico privato

<p>3. Il Difensore civico acquisisce, anche digitalmente, gli atti relativi alla segnalazione pervenuta e, qualora abbia verificato la fondatezza della segnalazione, interviene a tutela del diritto leso con i poteri e le modalità stabiliti dalla legislazione regionale.</p> <p>4. In ogni regione è istituito, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, che raccoglie i dati regionali sugli errori sanitari e sul contenzioso e li trasmette all'Osservatorio nazionale sulla sicurezza nella sanità, di cui all'articolo 3.</p>	<p>Sbilanciamento su gestione sinistri piuttosto che riduzione dei rischi</p>
<p><i>Art. 3. (Osservatorio nazionale sulla sicurezza nella sanità)</i></p> <p>1. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di 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 nella sanità, di seguito denominato «Osservatorio».</p> <p>2. L'Osservatorio acquisisce dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, di cui all'articolo 2, i dati regionali relativi agli errori sanitari nonché alle cause, all'entità, alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso e individua idonee misure anche mediante la predisposizione, con l'ausilio delle società scientifiche, di linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario nonché per la formazione e l'aggiornamento del</p>	

DDL 2224 2016 Verso un no-blame sanitario in partenariato pubblico privato

<p>personale esercente le professioni sanitarie.</p> <p>3. Il Ministro della salute trasmette annualmente alle Camere una relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio.</p> <p>4. L'Osservatorio, nell'esercizio delle sue funzioni, si avvale anche del Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES), istituito con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 11 dicembre 2009, pubblicato nella <i>Gazzetta Ufficiale</i> n. 8 del 12 gennaio 2010.</p>	
<p style="text-align: center;">Art. 4.(Trasparenza dei dati)</p> <p>1. Le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private sono soggette all'obbligo di trasparenza, nel rispetto del codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.</p> <p>2. Entro trenta giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli aventi diritto, la direzione sanitaria della struttura fornisce la documentazione clinica relativa al paziente, preferibilmente in formato elettronico.</p> <p>3. Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono altresì disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito <i>internet</i>, 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 (<i>risk management</i>) di cui all'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come modificato dall'articolo 16 della presente legge.</p>	<p>Chiarificatoria la normazione dell'obbligo di consegna in tempi certi della "documentazione clinica relativa al paziente" agli aventi diritto, facendo di una buona pratica (che se non seguita normalmente porta ad una sicura condanna risarcitoria in contenzioso) un obbligo legale da cui discendono ben chiare conseguenze sul piano del danno erariale e delle conseguenze disciplinari e deontologiche</p> <p>Spia della diversa accezione del risk management</p>

DDL 2224 2016 Verso un no-blame sanitario in partenariato pubblico privato

<p>Art. 5. <i>(Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida)</i></p> <p>1. Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative e riabilitative, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle buone pratiche clinico-assistenziali e alle raccomandazioni previste dalle linee guida elaborate <u>nell'ambito dell'Istituto Superiore di Sanità anche con l'ausilio</u> delle società scientifiche iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Ai fini della presente legge, le linee guida sono inserite nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG) e pubblicate nel sito <i>internet</i> dell'Istituto superiore di sanità.</p>	<p>Estendere possibilità di contribuire alle linee guida</p>
<p>Art. 6. <i>(Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria)</i></p> <p>1. Dopo l'articolo 590-bis del codice penale è inserito il seguente:</p> <p>«Art. 590-ter. – <i>(Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario)</i>. – 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.</p> <p>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 come definite e pubblicate ai sensi di legge».</p>	<p>Necessario coordinamento con disposizione corrispondente in legge Balduzzi (art. 3 comma 1)</p> <p>“L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo.”</p>

DDL 2224 2016 Verso un no-blame sanitario in partenariato pubblico privato

--	--

DDL 2224 2016 Verso un no-blame sanitario in partenariato pubblico privato

Art. 7.

(Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria per inadempimento della prestazione sanitaria)

1. La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.

2. La disposizione di cui al comma 1 si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina.

3. L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato nei confronti di ogni danneggiato esclusivamente ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile.

Art. 8. *(Tentativo obbligatorio di conciliazione)*

DDL 2224 2016 Verso un no-blame sanitario in partenariato pubblico privato

<p>1. Chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa a una controversia di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria è tenuto preliminarmente a proporre ricorso ai sensi dell'articolo 696-<i>bis</i> del codice di procedura civile dinanzi al giudice competente.</p> <p>2. La presentazione del ricorso di cui al comma 1 costituisce condizione di procedibilità della domanda di risarcimento. In tali casi non trova applicazione l'articolo 5, comma 1-<i>bis</i>, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, né l'articolo 3 del decreto-legge 12 settembre 2014, n. 132, convertito, con modificazioni, dalla legge 10 novembre 2014, n. 162. L'improcedibilità deve essere eccepita dal convenuto, a pena di decadenza, o rilevata d'ufficio dal giudice, non oltre la prima udienza. Il giudice, ove rilevi che il procedimento di cui all'articolo 696-<i>bis</i> del codice di procedura civile non è stato espletato ovvero che è iniziato ma non si è concluso, assegna alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione dinanzi a sé dell'istanza di consulenza tecnica in via preventiva ovvero di completamento del procedimento.</p> <p>3. Ove la conciliazione non riesca o il procedimento non si concluda entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, la domanda diviene procedibile e gli effetti della domanda sono salvi se, entro novanta giorni dal deposito della relazione o dalla scadenza del termine perentorio, è depositato, presso il giudice che ha trattato il procedimento di cui al comma 1, il ricorso di cui all'articolo 702-<i>bis</i> del codice di procedura civile. In tal caso il giudice fissa l'udienza di comparizione delle parti; si applicano gli articoli 702-<i>bis</i> e seguenti del codice di procedura civile.</p> <p>4. La partecipazione al procedimento di accertamento tecnico preventivo</p>	<p>Spiegare l'inciso "comprese le imprese di assicurazione di cui all'articolo 10"</p> <p>O è pena privata (ed allora necessita di parametri certi) o è sanzione ed allora va all'erario (ma in tal caso duplica)</p>
--	---

DDL 2224 2016 Verso un no-blame sanitario in partenariato pubblico privato

<p>di cui al presente articolo è obbligatoria per tutte le parti, comprese le imprese di assicurazione di cui all'articolo 10, e per tutta la durata del procedimento. In caso di mancata partecipazione, il giudice, con il provvedimento che definisce il giudizio, condanna le parti che non hanno partecipato al pagamento delle spese di consulenza e di lite, indipendentemente dall'esito del giudizio, oltre che ad una pena pecuniaria, determinata equitativamente, in favore della parte che è comparsa alla conciliazione.</p>	
<p style="text-align: center;">Art. 9. (<i>Azione di rivalsa</i>)</p> <p>1. L'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave.</p> <p>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 dal passaggio in giudicato del titolo sulla base del quale è avvenuto il pagamento ovvero dal pagamento in caso di risarcimento avvenuto sulla base di un titolo stragiudiziale.</p> <p>3. La decisione pronunciata nel giudizio promosso contro la struttura sanitaria o sociosanitaria o contro l'impresa di assicurazione non fa stato nel giudizio di rivalsa se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio.</p> <p>4. In nessun caso la transazione è opponibile all'esercente la professione sanitaria nel giudizio di rivalsa.</p> <p>5. In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, l'azione di</p>	<p>Imprecisioni o pleonasmi ma non troppo dannose</p> <p>Qualche dubbio sulla tenuta costituzionale della sottrazione di una parte sola dei</p>

DDL 2224 2016 Verso un no-blame sanitario in partenariato pubblico privato

<p>rivalsa nei confronti dell' esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 dell' articolo 7 deve essere esercitata dinanzi al giudice ordinario ed è esclusa la giurisdizione della Corte dei conti. 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, l' esercente la professione sanitaria, nell' ambito delle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche, non può essere preposto ad incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti né può partecipare a pubblici concorsi per incarichi superiori.</p> <p>6. In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria privata, la misura della rivalsa, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al triplo della retribuzione lorda annua.</p> <p>7. Nel giudizio di rivalsa il giudice può desumere argomenti di prova dalle prove assunte nel giudizio instaurato dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria o dell' impresa di assicurazione.</p>	<p>pubblici dipendenti alla giurisdizione di cui all' art. 100ss costituzione</p> <p>Dubbi sulla logica della norma che “peggiora” la situazione del professionista e rischia di contribuire alla congestione della giustizia civile</p>
<p>Art. 10. <i>(Obbligo di assicurazione)</i></p> <p>1. Le aziende del Servizio sanitario nazionale, le strutture e gli enti privati operanti in regime autonomo o di accreditamento con il Servizio sanitario nazionale che erogano prestazioni sanitarie a favore di terzi 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-<i>bis</i>, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90,</p>	

DDL 2224 2016 Verso un no-blame sanitario in partenariato pubblico privato

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. La disposizione del primo periodo si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria nonché attraverso la telemedicina.

2. Per l'esercente la professione sanitaria che svolge la propria attività al di fuori di un'azienda, struttura o ente di cui al comma 1 del presente articolo 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 regolamento di cui al 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. Al fine di garantire efficacia all'azione di rivalsa di cui all'articolo 9, ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in aziende del Servizio sanitario nazionale, in strutture o in enti privati provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione.
4. Le aziende, le strutture e gli enti di cui al comma 1 rendono nota, mediante pubblicazione nel 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.**
5. Con decreto da emanare 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

Indicare in positivo l'abrogazione dell'obbligo assicurativo per il professionista che opera all'interno di una struttura sia pubblica che privata se questa è l'intenzione.

DDL 2224 2016 Verso un no-blame sanitario in partenariato pubblico privato

modalità per lo svolgimento delle funzioni di vigilanza e controllo esercitate dall'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS) sulle imprese di assicurazione che intendano stipulare polizze con le aziende, le strutture e gli enti di cui al comma 1 e con gli esercenti la professione sanitaria.

6. **Con decreto del Ministro dello sviluppo economico**, di concerto con il Ministro della salute e con 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 e per gli esercenti le professioni sanitarie. Il medesimo decreto stabilisce i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio, richiamate dal comma 1, disciplina altresì le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione.**

Chiarire se si tratta di norme di successione di contratti di assicurazione o anche di subentro nella gestione dei rischi in autorizzazione (con analoghe misure)

tre Modelli di risposta funzionale nella **gestione delle richieste risarcitorie /sinistri** che potremmo sintetizzare in:

- A) Gestione (dei sinistri) assicurativa (interamente demandata all'assicuratore);
- B) Gestione (dei sinistri) diretta (interamente gestita dalla struttura);
- C) Gestione (dei sinistri) mista (per esempio gestione diretta di quanto ritenuto in SIR e/o in franchigia con risorse interne o in *outsourcing* lasciando il resto all'assicurazione).

Modelli id gestione dei rischi.:

- 1) Autoassicurazione (dei rischi) e cioè gestione con tecniche assicurative di valutazione direttamente da parte della struttura e corrispondente appostamento delle riserve tecniche secondo le regole del settore;
- 2) Auto-ritenzione (dei rischi) e cioè un uso della SIR ancora una volta gestendo i rischi e gli appostamenti secondo criteri assicurativi e non meramente per cassa.
- 3) Modello misto (dei rischi) articolando in vario modo le combinazioni di SIR,

DDL 2224 2016 Verso un no-blame sanitario in partenariato pubblico privato

	<p>franchigie e coperture assicurative.</p> <p>Ove le strutture sanitarie fossero davvero in grado di analizzare e prospettare al mercato assicurativo un quadro sufficientemente chiaro della loro esposizione a rischio il quadro normativo appena sintetizzato potrebbe virtualmente generare sia una virtuosa competizione nel mercato assicurativo e tra il mercato assicurativo e le soluzioni adottate in alternativa ad esso (le “analoghe misure”). Tutto però dipenderà non solo dagli effettivi contenuti della disciplina <i>dettanda</i> dal ricordato decreto interministeriale ma anche dalla capacità delle strutture sanitarie e del mercato assicurativo di profittare di questa notevole finestra di opportunità.</p>
<p>Art. 11. (<i>Estensione della garanzia assicurativa</i>)</p> <p>1. La garanzia assicurativa è estesa anche agli eventi accaduti durante la vigenza temporale della polizza e denunciati dall'assicurato nei cinque anni successivi alla scadenza del contratto assicurativo. Le imprese di assicurazione possono estendere l'operatività della garanzia assicurativa anche a eventi accaduti nei cinque anni antecedenti alla conclusione del contratto assicurativo, purché denunciati alla impresa durante la vigenza temporale della polizza. In caso di cessazione definitiva dell'attività</p>	

DDL 2224 2016 Verso un no-blame sanitario in partenariato pubblico privato

<p>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 operatività della copertura. L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.</p>	
<p><i>Art. 12. (Azione diretta del soggetto danneggiato)</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Fatte salve le disposizioni dell'articolo 8, il soggetto danneggiato ha diritto di agire direttamente, entro i limiti delle somme per le quali è stato stipulato il contratto di assicurazione, nei confronti dell'impresa di assicurazione che presta la copertura assicurativa all'azienda, struttura o ente di cui al comma 1 dell'articolo 10 e all'esercente la professione sanitaria di cui al comma 2 del medesimo articolo 10.2. Non sono opponibili al danneggiato, per l'intero massimale di polizza, eccezioni derivanti dal contratto diverse da quelle stabilite dal decreto che definisce i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie di cui all'articolo 10, comma 6.3. L'impresa di assicurazione ha diritto di rivalsa verso l'assicurato nella misura in cui avrebbe avuto contrattualmente diritto di rifiutare o di ridurre la propria prestazione.4. Nel giudizio promosso contro l'impresa di assicurazione dell'azienda, struttura o ente a norma del comma 1 è litisconsorte necessario l'azienda, la struttura o l'ente medesimo; nel giudizio promosso contro l'impresa di assicurazione dell'esercente la professione sanitaria a norma del comma 1 è litisconsorte necessario l'esercente la professione sanitaria. L'impresa di assicurazione ha diritto di accesso	

DDL 2224 2016 Verso un no-blame sanitario in partenariato pubblico privato

<p>alla documentazione della struttura sanitaria relativa ai fatti dedotti in ogni fase della trattazione del sinistro.</p> <p>5. L'azione diretta del danneggiato nei confronti dell'impresa di assicurazione è soggetta al termine di prescrizione pari a quello dell'azione verso l'azienda sanitaria, la struttura, l'ente assicurato o l'esercente la professione sanitaria.</p> <p>6. Le disposizioni del presente articolo si applicano a decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto di cui al comma 6 dell'articolo 10 con il quale sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e per gli esercenti le professioni sanitarie.</p>	
<p><i>Art. 13. (Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità)</i></p> <p>1. Le strutture sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 7, comma 1, e le imprese di assicurazione che prestano la copertura assicurativa nei confronti dei soggetti 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.</p>	

DDL 2224 2016 Verso un no-blame sanitario in partenariato pubblico privato

<p>Art. 14. <i>(Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria)</i></p> <p>1. Con regolamento adottato con decreto del Ministro dello sviluppo economico, da emanare entro centoventi giorni dalla data di 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 e le rappresentanze delle imprese di assicurazione, è istituito il Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria. Il decreto di cui all'articolo 10, comma 6, prevede che il massimale minimo sia rideterminato in relazione all'andamento del Fondo per le ipotesi di cui alla lettera <i>a</i>) del comma 2 del presente articolo.</p> <p>2. Il Fondo di garanzia di cui al comma 1, istituito presso la Concessionaria servizi assicurativi pubblici (CONSAP) Spa, risarcisce i danni cagionati da responsabilità sanitaria nei seguenti casi:</p> <p><i>a</i>) qualora il danno sia di importo eccedente rispetto ai massimali</p>	<p>Garanzia di chi? Del paziente stante il tenore della norma e del DDL tutto</p> <p>l'ipotesi sub b) corrisponde ai modelli tradizionali di intervento di un fondo di garanzia</p> <p>l'ipotesi sub a) nasconde un tentativo coraggioso ma ancora incompiuto di partenariato pubblico-privato</p> <p>in cui il fondo di garanzia</p> <p>1) interviene nelle ipotesi di liquidazioni ultra-massimale (fermo restando il regresso nei confronti del responsabile, si immagina comunque non diversamente disciplinabile rispetto alla rivalsa di cui all'art. 9 della proposta);</p>

DDL 2224 2016 Verso un no-blame sanitario in partenariato pubblico privato

previsti dai contratti di assicurazione stipulati dalla struttura sanitaria ovvero dall'esercente la professione sanitaria **ovvero rispetto alle coperture offerte analoghe misure di cui all'art. 10 comma 1;**

b) qualora la struttura sanitaria 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 amministrativa o vi venga posta successivamente.

3. Il Fondo di garanzia di cui al comma 1 provvede al risarcimento del danno 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 gestione autonoma del Fondo di garanzia di cui al comma 1 presso la CONSAP Spa, con le modalità stabilite dal decreto di cui al medesimo comma 1, un contributo da determinare in una percentuale del premio incassato per ciascun contratto relativo alle predette assicurazioni.

5. La misura del contributo di cui al comma 4 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 comma 4, la CONSAP Spa trasmette ogni anno al Ministero dello sviluppo economico un rendiconto della gestione autonoma del Fondo di garanzia di cui al comma 1, 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 e il regresso del Fondo di garanzia nei confronti del responsabile del sinistro.

8. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano ai sinistri

2) facendo così di fatto dei requisiti minimi di copertura anche il livello massimo di copertura appetibile sul mercato;

3) creando situazioni di potenziale disparità di trattamento giusta la clausola limitativa secondo cui "Il Fondo di garanzia ... provvede al risarcimento del danno nei limiti delle effettive disponibilità finanziarie del Fondo stesso.";

4) lasciando scoperte le ipotesi di totale assenza di copertura assicurativa da parte del singolo professionista o della struttura (in questo caso in assenza di analoghe idonee misure corrispondenti almeno ai requisiti minimi fissati per decreto);

5) creando una inammissibile disparità tra l'ipotesi di danno ultra-massimale in caso di presenza di copertura assicurativa e di gestione tramite "analoghe misure" rispettose dei requisiti minimi ma altrettanto incapienti e non assistite dal fondo di garanzia.

DDL 2224 2016 Verso un no-blame sanitario in partenariato pubblico privato

<p>denunciati per la prima volta dopo la data di entrata in vigore della presente legge.</p>	
<p>Art. 15. <i>(Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio, dei consulenti tecnici di parte e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria)</i></p> <p>1. Nei procedimenti civili e nei procedimenti penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria implicanti la valutazione di problemi tecnici complessi, l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento, avendo cura che i soggetti nominati non siano in posizione di conflitto di interessi nello specifico procedimento o in altri connessi.</p> <p>2. Negli albi dei consulenti di cui all'articolo 13 delle disposizioni per l'attuazione del codice di procedura civile e disposizioni transitorie, di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, e dei periti di cui all'articolo 67 delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, devono essere indicate e documentate le specializzazioni degli iscritti esperti in medicina. In sede di revisione degli albi è indicata, relativamente a ciascuno degli esperti di cui al periodo precedente, l'esperienza professionale maturata, con particolare riferimento al numero degli incarichi conferiti e di quelli revocati.</p> <p>3. Gli albi dei consulenti di cui all'articolo 13 delle disposizioni per l'attuazione del codice di procedura civile e disposizioni transitorie, di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, e gli albi dei periti di</p>	

DDL 2224 2016 Verso un no-blame sanitario in partenariato pubblico privato

<p>cui all'articolo 67 delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, devono essere aggiornati con cadenza almeno quinquennale, al fine di garantire, oltre a quella medico-legale, un'idonea e adeguata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche dell'area sanitaria, tra i quali scegliere per la nomina tenendo conto della disciplina interessata nel procedimento.</p>	
<p style="text-align: center;"><i>Art. 16. (Modifiche alla legge 28 dicembre 2015, n. 208, in materia di responsabilità professionale del personale sanitario)</i></p> <p>1. All'articolo 1, comma 539, lettera <i>a</i>), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, il secondo periodo è sostituito dal seguente: «I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari.»</p> <p>2. All'articolo 1, comma 540, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, le parole da: «ovvero» fino alla fine del comma sono sostituite dalle seguenti: «, in medicina legale ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore».</p>	
<p style="text-align: center;"><i>Art. 17. (Clausola di salvaguardia)</i></p> <p>1. Le disposizioni della presente legge sono applicabili nelle regioni a</p>	

DDL 2224 2016 Verso un no-blame sanitario in partenariato pubblico privato

<p>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 18 ottobre 2001, n. 3.</p>	
<p>Art. 18. <i>(Clausola di invarianza finanziaria)</i></p> <p>1. Le amministrazioni interessate provvedono all'attuazione delle disposizioni di cui alla presente legge nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.</p> <p><i>Art. 19. (abrogazioni e norme transitorie)</i> <u>Art. 3 commi 1 e 2 DL. 158 2012 (convertito con l. 118/201</u></p>	<p>Auspicabile investimento reale nella gestione del rischio clinico</p> <p>Necessaria disciplina transitoria e indicazioni di abrogazioni esplicite di varie norme incompatibili</p>