



OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO

12 GENNAIO 2017

## RASSEGNA STAMPA



L'addetto Stampa  
Massimo Bellomo Ugdulena

LAVORO

È STATA FIRMATA LA CIRCOLARE REGIONALE CHE STABILIZZA IL PERSONALE DELLE ASP: IN TUTTA LA SICILIA SONO 268 EX LSU

# Sanità, per 68 il contratto non è più un sogno

● In servizio operatori socio sanitari, ma anche amministrativi e tecnici. Venuti: «Entro il 2018 bandi per gli altri precari»

La circolare ha dato il via libera alla copertura dei posti vuoti impiegando i precari storici in base alle indicazioni fissate da un decreto del governo nazionale. Il più alto numero di assunti a Siracusa.

Salvatore Fazio

●●● Ci sono collaboratori amministrativi e operatori sociosanitari ma anche tecnici informatici, autisti e commessi: 268 ex Lsu sono stati stabilizzati in Asp e ospedali siciliani grazie alla circolare firmata dall'assessore regionale alla Salute Baldo Gucciardi.

La nota ha dato il via libera alla copertura dei posti vuoti impiegando i precari storici in base alle indicazioni fissate da un decreto del governo nazionale. Secondo i dati forniti dall'assessorato il maggior numero delle stabilizzazioni avvenute nel 2016 si registra a Siracusa: 90 contratti, tutti per coadiutori amministrativi.

Poi c'è l'Asp di Trapani con 54 posti: 44 ausiliari specializzati e 10 operatori tecnici informatici. Al Civico di Palermo stabilizzati 36 precari: 14 coadiutori amministrativi, 3 commessi, 13 ausiliari specializzati e 6 operatori tecnici autisti. Trentadue stabilizzazioni agli ospedali riuniti Villa Sofia-Cervello di Palermo: 17 operatori sociosanitari e 15 coadiutori amministrativi. All'Asp di Catania complessivamente 30 posti definitivi: 29 per coadiutori amministrativi e un commesso. All'Asp di Ragusa invece stabilizzati 26 coadiutori amministrativi.

Si tratta di stabilizzazioni che coprono i posti vuoti secondo le vecchie dotazioni organiche fissate nel

2010. In questo caso si applica un accordo sindacale siglato nel 2011 che stabiliva i requisiti e le graduatorie, che essendo ancora valide, sono state usate per coprire i posti vacanti delle vecchie dotazioni. Invece i posti vacanti secondo le nuove dotazioni organiche approvate nel 2016 devono essere coperti con una nuova procedura. Essa è prevista da una circolare di dicembre dell'assessorato alla Salute: chi è nell'elenco del dipartimento Lavoro e ha i requisiti indicati potrà essere stabilizzato nelle aziende se ci sono posti vuoti per quelle qualifiche.



## CANDELA DÀ IL VIA LIBERA ALLA PROROGA DI 635 INCARICHI PER ALTRI DUE ANNI

Il direttore generale dell'ospedale Civico di Palermo, Giovanni Migliore ha spiegato: «Ci auguriamo di poter dare presto una risposta alle attese di tanti professionisti che con i loro sacrifici hanno consentito alle nostre strutture di continuare a funzionare. Siamo pronti ad utilizzare immediatamente tutte le graduatorie attive per coprire i posti vacanti».

115 lavoratori assunti a tempo indeterminato a Villa Sofia-Cervello con la qualifica di coadiutori amministrativi hanno coperto i posti previsti nella dotazione organica pre-

cedente a quella entrata in vigore nel marzo 2016.

La stabilizzazione dei 15 coadiutori amministrativi fa parte del percorso di stabilizzazione triennale dei 122 contrattisti ex Lsu di Villa Sofia-Cervello, definito con le organizzazioni sindacali e previsto dalla dotazione organica e dal piano triennale dei fabbisogni del personale. Si tratta del secondo step per le stabilizzazioni, dopo quello dello scorso ottobre quando venne definita l'assunzione a tempo indeterminato di 17 operatori socio-sanitari.

«In tempi brevi - sottolinea il di-

rettore generale Gervasio Venuti - procederemo con l'avviso dei nuovi bandi che porteranno alla stabilizzazione entro il 2018 non solo di tutti i coadiutori amministrativi, ma anche di tutti gli altri profili professionali appartenenti al bacino dei contrattisti ex Lsu, previsti nella nuova dotazione organica». Mentre la direzione dell'Asp di Trapani ha già fatto sapere che altri 27 precari saranno stabilizzati entro il 31 dicembre 2018.

Il direttore generale dell'Asp di Palermo, Antonio Candela, ha prolungato 653 contratti a tempo determinato a 36 ore fino al 31 dicembre 2018. Nel 2015 l'Asp di Palermo aveva stabilizzato 34 precari e adesso in esecuzione delle direttive dell'assessorato di fine 2016 ha attivato le procedure per stabilizzarne altri 49 nel 2017.

La direzione dell'Asp di Enna, composta da Giovanna Fidelio, direttore generale, Maurizio Lanza, direttore amministrativo, ed Emanuele Cassarà, direttore sanitario, ha adottato una delibera attraverso la quale ha approvato il bando per la stabilizzazione dei quaranta lavoratori che non erano ancora in possesso di un contratto di lavoro a tempo indeterminato. L'Asp, per approvare questa delibera ha seguito le linee guida emanate in precedenza dall'assessorato regionale alla Salute, anche tenendo in considerazione i quaranta posti vuoti presenti nell'organico dell'Azienda sanitaria. «Era un impegno che l'amministrazione aveva preso nei confronti di questi lavoratori, i quali - spiega Cassarà - prestano servizio all'Asp da diversi anni».

(SFAFZ)



I precari della sanità tirano un sospiro di sollievo: in tutta l'isola stabilizzazioni per 268 ex Lsu

### L'INTERVISTA

«Con la stabilizzazione dei precari migliorano l'organizzazione delle strutture sanitarie e anche i servizi per i pazienti». Così l'assessore regionale alla Salute, Baldo Gucciardi spiega i benefici dei nuovi contratti a tempo indeterminato sottoscritti per i dipendenti di Asp e ospedali siciliani. «In questo modo - sottolinea Gucciardi - rispettiamo pure i tetti di spesa previsti dallo Stato per i contratti a tempo determinato».

●●● Assessore, cosa rappresentano queste stabilizzazioni?

«Rappresentano il raggiungimento di un traguardo per tantissimi lavoratori precari che nel corso degli ultimi decenni hanno contribuito a dare un valido apporto alla sanità regionale seppur mediante il continuo rinnovo di contratti a tempo determinato di durata quinquennale».

●●● Perché sono importanti?

«Consentiranno di ridurre il cosiddetto precariato del personale nella Pubblica amministrazione, fenomeno che ha interessato centinaia di lavoratori da oltre un decennio, in linea con le direttive dettate dal legislatore nazionale per normalizzare l'utilizzo del contratto a tempo indeterminato nell'amministrazione pubblica. Inoltre, darà modo alle aziende del servizio sanitario regionale di acquisire definitivamente quelle professionalità che in atto risultano utilizzate nell'espletamento di funzioni e servizi fondamentali alla struttura organizzativa delle singole aziende sanitarie, con costi già storicizzati nei bilanci di esercizio. Dal punto di vista tecnico, consentirà di ridurre notevolmente la spesa per il personale a tempo determinato, al fine di tendere al rispetto del limite percentuale fissato dalla legislazione nazionale, tenuto conto dei vincoli di spesa per il personale fissati dalle attuali norme regionali e na-

zionali, e, comunque, entro il limite del tetto previsto, sia a livello aziendale che regionale».

●●● Quali vantaggi portano a personale, strutture e pazienti?

«Per il personale come detto comporterà la stabilità del rapporto lavorativo; per la struttura aziendale consentirà di acquisire definitivamente quelle professionalità che in atto risultano utilizzate nell'espletamento di funzioni e servizi fondamentali alla organizzativa delle singole aziende sanitarie. Per il paziente comporterà oltre che effetti indiretti - relativi ad una migliore organizzazione aziendale - anche l'assicurazione di una presenza di personale idoneo e qualificato sotto l'aspetto professionale in quanto interessa anche figure di profilo sanitario».

●●● Come si è arrivati a questo obiettivo?

«Un lungo percorso che ha visto dapprima la fuoriuscita dal bacino del precariato di soggetti impegnati in attività socialmente utili, mediante la stipula di contratti quinquenna-



L'assessore Baldo Gucciardi

li di diritto privato, di volta in volta rinnovati per uguale periodo, sulla base di norme regionali contenute nella legge di bilancio annuale. A livello regionale, inoltre, nel 2011 è stato siglato da questo assessorato con le organizzazioni sindacali di categoria un protocollo di intesa per il reclutamento a tempo indeterminato

per i profili professionali di categoria A e B dei soggetti ex Lsu titolari di contratti quinquennali di diritto privato alla data del 31 dicembre 2010 presso le aziende sanitarie così come previsto dalla legge 24 del 2010».

●●● Cosa è accaduto poi?

«Sulla base di questo documento regionale, le aziende hanno proceduto alla pubblicazione dei relativi bandi di selezione, che ha comportato una prima stabilizzazione di personale precario ex Lsu. Inoltre con la circolare del 25 marzo 2016 e la nota del 30 giugno 2016, è stato previsto che i posti di dotazione organica vacanti - area comparto - di categoria "A" e "B", destinati alla stabilizzazione del personale "contrattista" possono essere coperti, fino al riassorbimento del personale eventualmente in eccedenza, con ricorso alle graduatorie, ove esistenti, formulate ai sensi della legge regionale 24 del 2010 di cui al protocollo d'intesa del 2011. Il predetto reclutamento è stato subordinato alla corrispondenza nella programmazione triennale delle specifiche assunzioni previste e

nei posti esistenti nella vecchia dotazione organica e confermati nella nuova, nel rispetto del ruolo e profilo di appartenenza, tenuto conto dell'assenza di situazioni di eccedenza per i profili professionali di categoria A e B. Da ultimo, con la circolare assessoriale del 16 dicembre 2016 sono state fornite disposizioni operative di dettaglio alle aziende per l'avvio delle procedure di stabilizzazione, così come previste dal decreto del governo del marzo 2015 e dalle linee guida applicative della conferenza delle Regioni per il personale ex Lsu titolare di contratto quinquennale di diritto privato e di pubblica utilità, utilizzati dagli enti del settore sanitario».

●●● Quali sono le figure su cui si è puntato?

«In questa prima fase, si è proceduto alla stabilizzazione dei profili professionali rientranti nelle categorie A e B (come ausiliari, oss, operatori tecnici) a copertura dei posti vacanti in dotazione organica relativamente alle qualifiche per le quali non è richiesto il titolo di studio superiore

a quello della scuola dell'obbligo anche con contratti di lavoro a tempo parziale. Le aziende relativamente ai posti vacanti e disponibili degli assetti organizzativi, potranno prevedere l'avvio delle procedure per la contrattualizzazione di personale appartenente a profili di categorie C e D, mediante concorsi».

●●● Quali sono ora i prossimi obiettivi?

«Dare l'avvio alle procedure di stabilizzazione per la copertura dei nuovi posti in dotazione organica in applicazione del decreto del governo nazionale del marzo 2015 così come previsto dalla circolare del 16 dicembre 2016».

●●● Comesta cambiando la rete sanitaria?

«La nuova rete nasce dall'esigenza di rendere uguale il diritto alla salute per tutti i cittadini che potranno essere curati nei reparti attrezzati per la patologia che li ha colpiti. In particolare, la rete è strutturata in maniera tale da garantire le migliori risposte in termini di tempo e di qualità dell'assistenza per le patologie di elevato impatto sociale quali infarto, ictus, emorragie gastrointestinali nonché per i gravi traumi».

●●● Ci sono recenti statistiche che premiano la sanità siciliana?

«Nell'ambito del Piano nazionale esiti, nato per fornire a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario, la Sicilia si colloca al pari della Toscana e del Trentino e un gradino sotto la Lombardia, il Friuli, la Valle D'Aosta e Alto Adige. Questo vuol dire che, nonostante mille difficoltà e carenze di personale nelle nostre strutture sanitarie lavorano bene e in maniera appropriata».

(SFAFZ)

## Ospedale Cervello, venerdì sarà inaugurata la Biobanca per la procreazione medicalmente assistita

---

 [insanitas.it/ospedale-cervello-venerdi-sara-inaugurata-la-biobanca-la-procreazione-medicalmente-assistita/](http://insanitas.it/ospedale-cervello-venerdi-sara-inaugurata-la-biobanca-la-procreazione-medicalmente-assistita/)

11/1/2017

PALERMO. Nasce al Campus di Ematologia “Franco e Piera Cutino” dell’Ospedale Cervello la **Biobanca** di Cellule staminali mesenchimali per la ricerca e di embrioni e gameti per la procreazione medicalmente assistita.

La struttura, intitolata ad **Anna Maria Ferrara Cutino**, sarà inaugurata **venerdì 13 gennaio** alle 11 nel corso di una cerimonia alla presenza di **Baldo Gucciardi**, (assessore regionale alla Salute), **Mariella Lo Bello** (assessore regionale alle Attività produttive), **Gervasio Venuti** (direttore generale di Villa Sofia-Cervello), **Aurelio Maggio** (direttore della Biobanca), **Antonio Perino** (responsabile del Centro Unico Interaziendale per la pma), **Giuseppe Cutino** (presidente della Fondazione Cutino) e della madre **Anna Maria Ferrara Cutino** e di **Roberto Tobia** (presidente di Federfarma Palermo).

Palermo, 11 gennaio 2017 – Nasce al Campus di Ematologia “Franco e Piera Cutino” dell’Ospedale Cervello la Biobanca di Cellule staminali mesenchimali per la ricerca e di embrioni e gameti per la procreazione medicalmente assistita.

La struttura, intitolata ad Anna Maria Ferrara Cutino, sarà inaugurata venerdì 13 gennaio alle 11.00 nel corso di una cerimonia alla presenza degli Assessori regionali alla Salute, Baldo Gucciardi, e alle Attività produttive, Mariella Lo Bello, del Direttore Generale dell’Azienda Ospedali riuniti Villa Sofia-Cervello, Gervasio Venuti, del Direttore della Biobanca prof. Aurelio Maggio, del prof. Antonio Perino, Responsabile del Centro Unico Interaziendale per la Procreazione Medicalmente Assistita, di Giuseppe Cutino, Presidente della Fondazione Cutino e della madre Anna Maria Ferrara Cutino, del Presidente di Federfarma Palermo, Roberto Tobia.

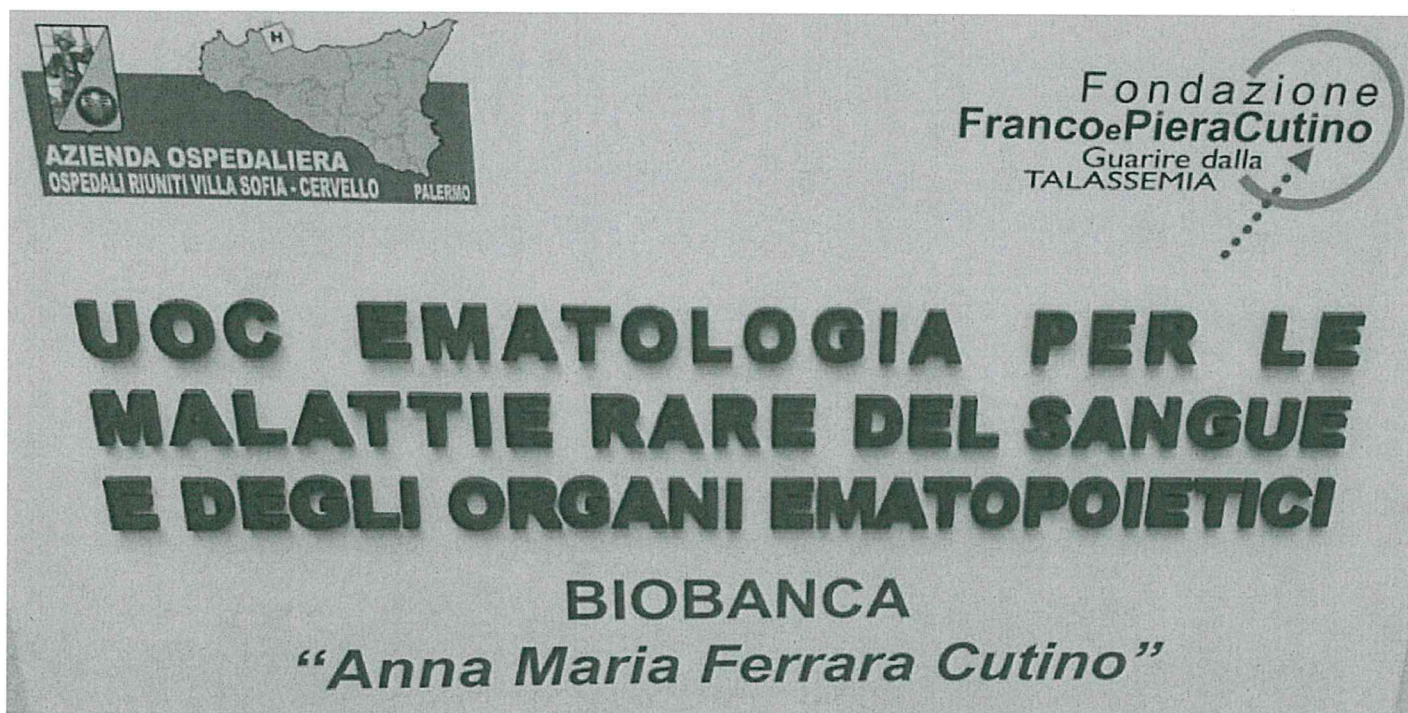
*fonte: ufficio stampa*

[Palermomania.it](http://Palermomania.it) > SOCIETA' E CULTURA

## Palermo: nasce al Cervello la Biobanca di ricerca e per la procreazione medicalmente assistita

Un nuovo e importante passo avanti verso la biobanca di ricerca e di procreazione medicalmente assistita, struttura che verrà inaugurata questa settimana.

di [Palermomania.it](http://Palermomania.it) | Pubblicata il: 12/01/2017 - 09:17:06 | Letto 160 volte



Nasce al Campus di Ematologia "Franco e Piera Cutino" dell'Ospedale Cervello la **Biobanca di Cellule staminali mesenchimali** per la ricerca e di embrioni e gameti per la procreazione medicalmente assistita.

**La struttura, intitolata ad Anna Maria Ferrara Cutino**, sarà inaugurata **venerdì 13 gennaio alle 11** nel corso di una cerimonia alla presenza, tra gli altri, degli Assessori regionali alla Salute, Baldo Gucciardi, e alle Attività produttive, Mariella Lo Bello, del Direttore Generale dell'Azienda Ospedali riuniti Villa Sofia-Cervello, Gervasio Venuti, del Direttore della Biobanca prof. Aurelio Maggio, del prof. Antonio Perino, Responsabile del Centro Unico Interaziendale per la Procreazione Medicalmente Assistita, di Giuseppe Cutino, Presidente della Fondazione Cutino e della madre Anna Maria Ferrara Cutino, del Presidente di Federfarma Palermo, Roberto Tobia.

Palermomania.it - Testata Giornalistica registrata al Tribunale di Palermo n° 15 Del 27/04/2011

**SANITÀ.** La battaglia nel Ragusano, dove il piano prevede un potenziamento o il mantenimento dell'attuale quadro un po' ovunque tranne che a Modica e Scicli

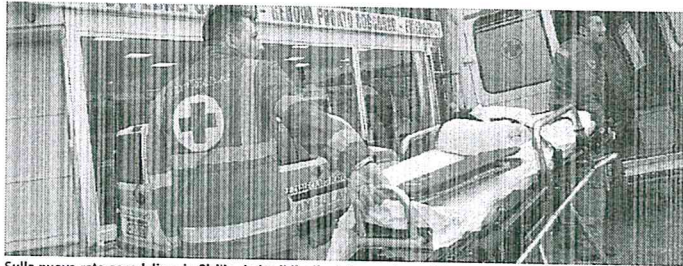
## Nuova rete ospedaliera, si alza lo scontro tra Ncd e assessore

PALERMO

Si alza il livello dello scontro fra Ncd e l'assessore Baldo Gucciardi sul piano che riscrive la rete ospedaliera siciliana. Il deputato nazionale ragusano, Nino Minardo, ha chiesto e (sostiene di avere) ottenuto un intervento del ministro Beatrice Lorenzin per modificare il piano.

Il progetto di Gucciardi riscrive la «graduatoria» di importanza di ogni ospedale. Due le fasce privilegiate, che portano con sé un aumento dei reparti, a cui si aggiungono i cosiddetti ospedali di base e di zona disagiata che avranno un minor numero di branche al loro interno.

Lo scontro è scoppiato nel Ragusano dove il piano prevede un potenziamento o quantomeno il mantenimento dell'attuale quadro un po' ovunque tranne che a Modica e Scicli. E proprio in favore di queste due strutture si è mosso Minardo che ha avuto ieri un incontro col ministro (anche lei esponente di Ncd): «Visto che la Regione ha mostrato solo disinteresse per i nostri ospedali e ha assunto un atteggiamento ostativo e vessatorio nei confronti dei nosocomi di Modica e Scicli, sarà il ministro Lorenzin a difendere i nostri territori». Per Minardo «è palese che siamo di fronte ad uno strumento di riordino redatto su spin-



Sulla nuova rete ospedaliera in Sicilia si alza il livello dello scontro politico

ta politica e non certamente meritocratica. L'ospedale Maggiore ha numeri e dati oggettivi e una volta che la Regione avrà trasmesso ufficialmente il piano per l'esame finale al ministro, saranno il motivo per correggere questo obbrobrio amministrativo».

Minardo lascia trasparire che le scelte sul Ragusano abbiano avvantaggiato le zone in cui più forte è l'influenza di Pippo Digiacomo, presidente della commissione Sanità dell'Ars e compagno di partito di Gucciardi.

Minardo ribadisce che «la Lorenzin modificherà il piano». Mentre Gucciardi sceglie il profilo dialogante: «Io stesso ho sempre detto che il piano è modificabile se emergeranno criticità. Ma ognuno misuri le parole: io non ho favorito nessuno».



## Blitz dei Nas nei pronto soccorso di Palermo e Agrigento: pazienti in barella nei corridoi al Civico

*Dopo lo scandalo dei ricoverati per terra a Nola (Campania), il ministero manda i carabinieri nelle aree di emergenza dell'Isola. Rilievi anche nell'area di emergenza dell'ospedale di Termini Imerese. Criticità erano emerse pure all'ospedale dei bambini Di Cristina in un precedente controllo. Chiesto l'intervento dell'assessorato*

di GIULSI SPICA

Stampa



11 gennaio 2017



Il pronto soccorso dell'ospedale Civico di Palermo

L'effetto Nola arriva anche in Sicilia. Dopo lo scandalo dei ricoverati per terra che ha investito come un ciclone l'ospedale campano, il ministero alla Salute ha ordinato ai carabinieri del Nas di intensificare i controlli nei pronto soccorso. Oggi i militari hanno fatto blitz a sorpresa all'ospedale Civico di Palermo, all'ospedale Cimino di Termini Imerese e al San Giovanni di Dio di Agrigento.

All'ospedale Civico i carabinieri hanno trovato undici pazienti sono stati sistemati in barella nei corridoi perché nei reparti non ci sono posti. Ad amplificare i disagi, la chiusura del salone dell'area d'emergenza

dove sono cominciati i lavori di ristrutturazione che porteranno all'ampliamento del pronto soccorso. I Nas hanno convocato il direttore sanitario della struttura Rosalia Murè, chiedendo un intervento immediato per sistemare meglio i pazienti in attesa di ricovero. Una situazione già raccontata da Repubblica durante la settimana dell'Immacolata, dove si erano segnalati disservizi e ritardi nei ricoveri dal pronto soccorso per l'assenza di posti letto disponibili in corsia. Allora la direzione sanitaria, recependo le richieste dei medici dell'area di emergenza che chiedevano il blocco dei ricoveri programmati e la possibilità di ricoverare i pazienti chirurgici nei reparti di Chirurgia anche se non dovevano essere operati, aveva convocato un tavolo tecnico per affrontare l'emergenza. Ma nessuna delle misure richieste dai camici bianchi è stata adottata.

In questi giorni, inoltre, si sta discutendo della possibilità di ricoverare i pazienti nei reparti anche se pieni, attraverso posti letto aggiuntivi in corsia. Una misura che però non piace a molti direttori di unità operativa complessa che, con le stesse risorse umane, si troverebbero a dover assistere molti più pazienti. Dopo il blitz dei Nas, la direzione adesso dovrà comunque correre ai ripari per evitare di incorrere in censure. Tra le misure allo studio c'è l'apertura delle stanze dell'ex reparto di Chirurgia maxillo facciale e di Neurologia, dove ricavare 24 posti letto in più che diano ossigeno ai pazienti in attesa del pronto soccorso.

All'ospedale di Termini Imerese i Nas hanno fatto rilievi per l'inadeguatezza dei locali e l'assenza di camera calda. Tre i pazienti in barella che hanno rifiutato il ricovero in altri

CASE

MOTORI



### Offro - Auto

Citroen C1 UTILITARIA Usato anno 2 0100 km Climatizzatore AUTOVEND SPORTAUTO SRL - L'OUTLET DEL USATA. 45 anni insieme a. ....

### CERCA AUTO O MOTO

Auto Moto

Marca

Qualsiasi

Provincia

Palermo

Pubblica il tuo annuncio

a Palermo

Scegli una città

Palermo

Scegli un tipo di locale

TUTTI

Inserisci parole chiave (facoltativo)

### NECROLOGIE

Per pubblicare un necrologio chiama il numero

ATTIVO DA  
A DOMENI  
ORE 10 ALI
[Ricerca necrolog](#)

ospedali della provincia. Alla fine del blitz, i Nas hanno anche inviato una segnalazione all'assessorato regionale alla Salute per segnalare le criticità. Contattato telefonicamente, il manager dell'Asp di Palermo Antonio Candela spiega: "Conosciamo bene la situazione dei locali, per questo abbiamo investito sulla creazione della nuova area di emergenza che aprirà i battenti il 30 gennaio, consentendoci di superare le criticità evidenziate".

Il giorno di Natale i Nas avevano fatto un sopralluogo anche all'ospedale dei bambini di Palermo, che fa parte dell'Arnas Civico, riscontrando più di una irregolarità. Dalla assenza di stanze dedicate al personale medico a problemi ben più seri come le lunghe attese, da due a cinque ore, per ottenere gli esami di laboratorio e le prestazioni di Radiodiagnostica nei giorni prefestivi e festivi e nelle ore notturne, a causa dell'assenza di personale in regime di 24 ore su 24. Tra le criticità segnalate anche la mancanza del servizio di Ortopedia pediatrica, che ha chiuso i battenti ormai più di un anno fa a causa della carenza di chirurghi ortopedici. Il risultato è che, se un bambino politraumatizzato arriva al pronto soccorso dell'ospedale Di Cristina e ha bisogno di un intervento ortopedico in emergenza, deve essere spedito in ambulanza all'ospedale Cervello di Palermo, l'unico in città che ha un reparto di Ortopedia pediatrica. Anche per l'ospedale dei Bambini i militari hanno inviato una segnalazione all'assessorato alla Salute, denunciando che la struttura non ha i requisiti richiesti dal decreto ministeriale 70 per essere considerata un Dipartimento di emergenza urgenza di secondo livello.

Nelle settimane scorse l'assessorato alla Salute aveva bacchettato i manager delle 18 aziende sanitarie siciliane per le lunghe attese dei pazienti nei Pronto soccorso. Ai direttori generali è stata inviata una circolare che assegna loro uno specifico obiettivo da raggiungere entro giugno 2017: ridurre i tempi di permanenza dei pazienti al pronto soccorso, pena un brutto "voto" in pagella alla fine del loro mandato che scadrà a luglio.

Mi piace You and 97 mila others like this.



**GUARDA ANCHE**

DA TABOOLA

Nola, il reparto fantasma diventato spogliatoio

Ospedale di Nola, Lorenzin: 'La Campania deve cambiare passo'

Nola, malati oggi su vecchie sedie: 'Da tempo chiediamo barelle e posti letto'



**Il silenzio fr della pioggia**

Salvatore La Fauci  
NARRATIVA

Pubblicare un libro

Corso





## PETRALIA SOTTANA

# E da marzo pure un presidio per gli interventi di Ortopedia

PETRALIA SOTTANA

••• Così come era stato annunciato pochi giorni fa, in occasione dell'inaugurazione della nuova guardia medica di Piano Battaglia, l'offerta sanitaria dell'Ospedale «Madonna dell'Alto» di Petralia Sottana si arricchirà presto della funzione di Ortopedia in «elezione». Da marzo gli utenti delle Madonie avranno la possibilità di sottoporsi ad una serie di interventi senza doversi spostare in altri nosocomi, così come avveniva sino ad oggi.

La nuova attività è stata presentata dal direttore generale dell'Asp, Antonio Candela, dal direttore sanitario, Giovanna Volo e dal direttore amministrativo, Salvatore Strano, ad amministratori e medici di base del comprensorio. «Attraverso il coinvolgimento delle Divisioni di ortopedia degli ospedali di Partinico, di Termini Imerese e dell'Ingressia di Palermo, saremo in grado di garantire una lunga serie di prestazioni - ha spiegato il Direttore generale dell'Asp, Antonio Candela - Ci sarà un potenziamento, non solo dell'offerta sanitaria, ma anche tecnologico con l'acquisto, tra l'altro, di una colonna artroscopica del valore di 49 mila euro».

Anche in previsione dell'imminente ripresa dell'attività sportiva a Piano Battaglia (dove ogni domenica si registrano traumi di vario genere) saranno programmate periodiche sedute operatorie di «ernia discale, per tutti gli interventi delle patologie del piede (come ad esempio l'alluce valgo), di seconda istanza post-frattura, tutti gli interventi della mano e gli interventi in artroscopia». «La funzione di ortopedia in elezione - ha aggiunto Candela - verrà realizzata in piena integrazione con l'ambulatorio territoriale e con la Divisione di chirurgia dell'ospedale, reparto del quale si «sfrutteranno» i posti letto per le brevi degenze necessarie agli interventi. La sperimentazione del modello organizzativo potrà essere utile anche per eventuali nuove forme di implementazione dell'offerta sanitaria in un territorio disagiato qual è quello delle Madonie». E da lunedì prossimo la postazione del 118 sarà rimodulata a postazione con medico a bordo. (A.M.P.)

MARIO LI PUMA

## Commenti

### L'ASP VUOLE CHIUDERE L'AMBULATORIO DELLA "CASTA"

EMANUELE LAURIA <SEGUE DALLA PRIMA DI CRONACA>

L'Asp 6, si apprende da fonte diretta, non ha alcuna intenzione di rinnovare la posizione di comando, all'Ars, dei due medici con stipendi superiori a tutti i tremila colleghi che operano sul territorio: i dottori Augusto D'Ancona e Francesco Mangiameli percepiscono, a testa, circa 168 mila euro. Una cifra che è la somma di un'indennità di oltre 104 mila euro e di un compenso aggiuntivo, un extra legato alla funzione, di 63.500 euro. Il consiglio di presidenza dell'Ars, nell'ultima seduta del 2016, ha approvato la proroga per un altro anno della convenzione che si perpetua dall'aprile del 1988 e che nessuno, malgrado le polemiche recenti, ha mai toccato. Un chiaro intendimento di prolungare lo status quo, da parte dei vertici di Palazzo dei Normanni, cui però non corrisponde la stessa volontà da parte dell'azienda sanitaria, da cui dipendono i due medici, ma anche da parte dell'assessorato alla Salute guidato da Baldo Gucciardi.

L'Asp, diretta da Antonio Candela, ha concesso una proroga dell'accordo ma solo fino al primo febbraio. Una mini-proroga data solo per evitare l'interruzione del servizio. Malgrado il consiglio di presidenza dica di non sapere nulla sul futuro della trattativa («Non abbiamo avuto alcuna comunicazione», afferma il deputato questore Paolo Ruggirello), l'azienda ha già scelto la strada da seguire: l'apertura, nella sede del parlamento regionale, di una guardia medica "normale", con una spesa pubblica almeno due volte inferiore, aperta sia agli onorevoli ma anche ai comuni cittadini. Tocca però all'assessorato alla Salute, nelle prossime settimane, dare il via libera, dopo un'istruttoria sulla reale necessità di un presidio sanitario nella zona. Lo stesso assessore Baldo Gucciardi non è in condizione di garantire che l'istruttoria si concluderà in senso positivo: «Vedremo se ci saranno i giusti requisiti». L'ambulatorio della casta, insomma, è in bilico.

Anche perché in molti, negli stessi ambienti medici, guardano con perplessità (eufemismo) a quel presidio che opera in una comfort zone, con retribuzioni superiori alla media (a carico dell'Ars), mentre altrove, come nei pronti soccorsi, i camici bianchi sono mal pagati, stressati quando non anche minacciati o aggrediti. Il consiglio di presidenza dell'Ars ha sempre difeso la struttura me-

MATITA ALLEGRA



dica interna all'Assemblea rammentando che serve anche ad assistere i turisti della Cappella Palatina. Ma il confronto con altri settori del pianeta Sanità è impietoso: «Un primario, in Sicilia, guadagna fra i cento e i 120 mila euro», dice Gucciardi facendo risaltare implicitamente i compensi eccezionali dei dottori dei parlamentari, pur dotati di riconosciuta professionalità. Piergiorgio Fabbrì, responsabile della Rianimazione del Civico, guadagna 117 mila euro. Agostino Geraci, direttore del Pronto soccorso dello stesso ospedale (100 mila accessi l'anno) ne percepisce 102 mila. Persino i manager di Asp e ospedali, a capo di aziende con migliaia di dipendenti, si fermano a 130 mila euro, ben sotto la somma accordata ai medici dell'Ars. Ma uno dei più consolidati privilegi concessi dal parlamento siciliano adesso è in pericolo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**E-MAIL**  
Potete inviare le vostre e-mail su argomenti cittadini o di carattere regionale a [palermo@repubblica.it](mailto:palermo@repubblica.it)

“  
IL CASO  
La guardia medica dell'Ars e i maxi contratti nel mirino  
”



11 gen  
2017

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

IN PARLAMENTO

## Risk, via libera del Senato. Ora tocca alla Camera per la seconda lettura

di Barbara Gobbi

Una legge piantata su due pilastri: da una parte il potenziamento della sicurezza delle cure ai cittadini, dall'altra il ribilanciamento del rapporto medico-paziente. Questo è, per dichiarazione del relatore Amedeo Bianco (Pd), il Ddl 2224 che reca "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" - Il testo, che oggi ha incassato il via libera dell'aula del Senato: i sì sono stati 168, i no 8 e 35 gli astenuti. Poche le modifiche apportate in aula al provvedimento, che la commissione Igiene e Sanità aveva emendato rispetto alla versione trasmessa da Montecitorio, in continuo contatto con i deputati.



**La gestione del rischio clinico.** Il primo dei 18 articoli del testo, ora più vicino all'approvazione dopo un decennio di tentativi, il principio che la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute, perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività e ottenibile anche mediante l'insieme di tutte le attività mirate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'impiego di risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Uno sforzo a cui è chiamato a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che operano in regime di convenzione con il Ssn. All'obiettivo sicurezza delle cure la futura legge orienta tutta una serie di strumenti: a cominciare dall'attivazione in ogni regione di un Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, deputato alla raccolta dei dati su rischi ed eventi avversi e sulle cause, l'entità, la frequenza e l'onere finanziario del contenzioso. Informazioni che il Centro dovrà trasmettere all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, da istituire con decreto della Salute presso l'Agenas, previa intesa in Conferenza Stato-Regioni. Senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, va sottolineato. L'Osservatorio dovrà non solo raccogliere i dati regionali ma anche individuare buone pratiche per la sicurezza delle cure, nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie. Misure che saranno individuate anche con il supporto delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie (previsione inserita dalla Igiene e Sanità). Il testo ribadisce l'obbligo della trasparenza delle prestazioni sanitarie: entro 7 giorni dalla presentazione della richiesta da parte dell'avente diritto, la direzione sanitaria dovrà trasmettere la documentazione sanitaria relativa al paziente. Ancora: tutte le strutture dovranno pubblicare in internet i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati negli ultimi 5 anni.

**La revisione della responsabilità professionale.** L'altro pilastro del Ddl 2224 è la revisione della responsabilità professionale: penale, trattata all'articolo 6, e civile, di cui si occupa l'articolo 7. Il primo articolo esclude la punibilità del professionista - circoscritta per i reati di omicidio colposo e di lesioni personali alle ipotesi di colpa grave - nei casi in cui questi abbia rispettato le raccomandazioni previste dalle linee guida e, in mancanza di esse, alle buone pratiche clinico-assistenziali. Ciò comporta l'inversione dell'onere della prova, che non sarà più a carico del sanitario ma del paziente stesso. Si prevede che le linee guida siano inserite nel Sistema nazionale per le linee guida (Snlg) e pubblicate nel sito dell'Istituto superiore di Sanità. Anche in sede di determinazione del risarcimento del danno, il Giudice terrà conto dell'eventuale circostanza che il professionista si sia attenuto alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate

oppure in seconda battuta alle pratiche clinico-assistenziali.

L'articolo 7 disciplina, come detto la responsabilità civile, distinguendo tra contrattuale ed extracontrattuale. Si conferma come contrattuale la responsabilità della struttura sanitario o sociosanitaria, pubblica o privata, per i danni derivanti dalle condotte dolose o colpose degli esercenti le professioni sanitarie, anche quando scelti dal paziente e non dipendenti della struttura stessa. Ancora, resta contrattuale la responsabilità di ogni professionista che abbia agito nell'adempimento di un'obbligazione contrattuale con il paziente (ad esempio un dentista). Diventa di natura extracontrattuale la responsabilità civile degli esercenti professioni sanitarie, sempre per danni che derivino da condotte dolose o colpose. Il danno sarà risarcito sulla base delle tabelle sul danno biologico, contenute nel Ddl Concorrenza, al momento nelle secche parlamentari.

**La rivalsa.** Chi intenda esercitare un'azione di rivalsa davanti al giudice civile per risarcimento di danno da responsabilità sanitaria, dovrà prima passare per la conciliazione (art. 8), che quindi diventa tassativa - e per tutte le parti, compagnie assicurative incluse - e che in cui si espletterà una consulenza tecnica preventiva. Qualora la conciliazione non riesca, ciascuna parte può chiedere che la relazione del consulente sia acquisita agli atti del successivo giudizio di merito. L'azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa, prevista all'articolo 9, è limitata ai casi di dolo o di colpa grave ed è esercitata dal pubblico ministero presso la Corte dei conti (nella versione della Camera si faceva riferimento al giudice ordinario). Un emendamento in aula ha riscritto tutto il comma 6 dell'articolo 9: in caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria privata o nei confronti dell'impresa di assicurazione titolare di polizza con la medesima struttura, la misura della rivalsa nei confronti dei medici e quella della surrogazione richiesta dall'impresa di assicurazione, in caso di colpa grave, «non possono superare una somma pari al valore maggiore del reddito professionale, ivi compresa la retribuzione lorda, conseguito nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo». Il precedente comma 6 dell'articolo 9 del Ddl introduceva, sempre con esclusione dei casi di dolo, il limite del triplo della retribuzione lorda annua. Un altro emendamento approvato dall'aula, a firma del relatore Bianco, prevede che questo limite alla rivalsa non si applichi nei confronti dei medici privati, che svolgono la loro professione fuori dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private

**L'obbligo di assicurazione.** Lo disciplina l'articolo 10. Che conferma intanto, l'obbligo di assicurazione a carico delle strutture sanitarie, pubbliche o private, per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso i prestatori d'opera. L'obbligo riguarda anche le strutture sociosanitarie e le prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramoenia, in regime di convenzione o attraverso la telemedicina. La copertura deve comprendere anche i danni causati dal personale a qualsiasi titolo operante presso la struttura, inclusi quanti svolgano formazione, aggiornamento, sperimentazione e ricerca clinica. Le strutture devono poi stipulare una polizza per la copertura della responsabilità civile verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie (qui il riferimento è al caso in cui il danneggiato esperisca azione direttamente nei confronti del professionista). I professionisti che svolgano l'attività al di fuori delle strutture hanno poi l'obbligo di assicurazione per i rischi che derivino dallo svolgimento della medesima attività, anche nel caso in cui il sanitario si sia avvalso della struttura nello svolgere la propria "obbligazione contrattuale" verso il paziente. Il comma 3 introduce poi l'obbligo per gli esercenti attività sanitaria, operanti a qualsiasi titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private, di stipulare un'adeguata polizza per la responsabilità civile per colpa grave, così da garantire efficacia alle azioni di rivalsa e di responsabilità amministrativa nonché all'azione di rivalsa della compagnia assicurativa. «Una rete di copertura della responsabilità articolata - è il commento del relatore Amedeo Bianco - volta alla certezza del diritto e a garantire la solvibilità del sistema risarcitorio in ogni suo profilo».

L'articolo 12 introduce la possibilità di azione diretta da parte del danneggiato verso l'impresa assicuratrice, entro i limiti delle somme per le quali è stato stipulato il contratto di assicurazione. Il termine di prescrizione dell'azione diretta del danneggiato è pari a quello dell'azione verso la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata o l'esercente la professione sanitaria. Ad un regolamento ministeriale viene infine demandata l'istituzione del Fondo di garanzia per danni derivanti da responsabilità sanitaria: l'obiettivo è "coprire" in modo totale o parziale i danni di due fattispecie: se il danno ecceda i massimali previsti dai contratti di assicurazione; se la struttura o il professionista siano assicurati presso un'impresa che al momento del sinistro si trovi in stato di insolvenza o di liquidazione coatta o vi venga posta successivamente.

**I commenti a caldo.** Per la senatrice Emilia Grazie De Biasi, presidente della commissione Igiene e Sanità, quello approvato dal Senato è «un provvedimento che si inserisce in una strategia di sistema, andando a colmare una lacuna del nostro sistema sanitario. Un caposaldo, su cui l'Italia era in ritardo rispetto all'Europa. Che dà il giusto riconoscimento sia al cittadino sia i professionisti della sanità. Passiamo - ha aggiunto de Biasi al termine delle dichiarazioni di voto - da un approccio individuale a uno partecipativo, con un coinvolgimento più attivo del paziente, compresa la possibilità di richiedere la cartella clinica e questa è

una sfida dal punto di vista degli investimenti in tecnologia, a partire dal fse. Si ottiene la velocizzazione di un diritto, ma anche la presa in carico piena della responsabilità, da parte dell'Iss ora deputato dell'accreditamento delle linee guida. Finalmente si mette un punto fermo sulla validazione ufficiale delle scelte compiute quotidianamente nei confronti delle persone che hanno bisogno di assistenza. È noto che nel 98% dei casi le cause in sanità finiscono in nulla, ma ciò che non si può più tollerare è l'utilizzo del dolore a fini commerciali. Inoltre, finalmente si ripristina un equilibrio di mercato: sappiamo bene che per un giovane medico pagare 10mila euro di assicurazione annua significava di fatto non poter più lavorare. Questo Ddl pone le premesse non solo di solvibilità ma anche di regole chiare e trasparenti che, si auspica, porranno fine a distorsioni eclatanti. In definitiva, pur se con delle imperfezioni, questo provvedimento rappresenta una svolta e una possibilità concreta in più di tutela delle cure, a vantaggio dell'universalismo del Ssn.

«Un provvedimento di grande equilibrio, che affronta un tema importante e che può far fare un salto di qualità al nostro sistema sanitario. Una buona norma frutto di una collaborazione e di un confronto continuo fra Camera e Senato». Così la senatrice Nerina Dirindin capogruppo Pd in commissione Sanità, commenta l'approvazione Ddl sulla responsabilità professionale del personale sanitario. «In particolare- sottolinea Dirindin- si tratta di un provvedimento che tutela l'esercizio della professione da parte degli operatori della sanità e al contempo garantisce il diritto dei cittadini a ricevere prestazioni e servizi in condizioni di sicurezza. La previsione di un garante per il diritto alla salute, al quale i cittadini possono rivolgersi anche solo per evidenziare disfunzioni, è la novità che permette di sopperire, almeno in parte, alle lacune dell'attuale sistema di monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), che da tempo deve essere riqualificato. L'Istituzione dei Centri regionali per la gestione del rischio e della sicurezza, dell'Osservatorio per gli eventi avversi e la previsione di Linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione dei rischi completano gli strumenti potenzialmente molto utili per affrontare al meglio un tema che attiene alla sicurezza delle cure. Un altro aspetto importante- aggiunge Dirindin- è la parte riguardante le Linee guida che saranno elaborate da enti e istituzioni pubbliche e private (e non solo dalle società scientifiche) e saranno integrate nel Sistema Nazionale per le Linee Guida con il coinvolgimento dell'Istituto superiore di sanità. Un'occasione per ridare forza, reputazione, autorevolezza e indipendenza a un percorso troppo a lungo dimenticato.

Segnalo un ultimo punto: purtroppo questo provvedimento non è finanziato. Ci auguriamo, anche grazie ai maggiori finanziamenti per il 2017, che le aziende siano in condizione di procedere celermente all'attuazione del provvedimento, sopportandone sin da subito i maggiori oneri, in attesa dei risparmi che potranno essere conseguiti solo nel medio periodo», conclude Dirindin.

Questa la dichiarazione del relatore alla Camera, Federico Gelli (Pd): «Grazie a questa legge vengono implementati tutti quei meccanismi a garanzia del diritto al risarcimento ed alla trasparenza per i cittadini danneggiati da un errore sanitario e, al contempo, aumenteranno le tutele per i professionisti che potranno così tornare a svolgere con serenità il proprio lavoro, nell'esclusivo interesse dei pazienti, e senza dover ricorrere alla cosiddetta medicina difensiva per tutelarsi. In questo modo - conclude Gelli - si potranno risparmiare anche ingenti cifre per il Sistema sanitario nazionale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

---

## CORRELATI

DAL GOVERNO  
05 Agosto 2015

**Riforma Pa: sì al Polo unico della medicina fiscale. Fimmg: «La nostra proposta diventa legge»**

LAVORO E PROFESSIONE  
04 Settembre 2015

**Scocca l'ora dei test di ingresso: oggi tocca alle professioni sanitarie**

EUROPA E MONDO  
02 Settembre 2015

**Troppa competitività: nel Regno Unito uno studente di medicina su sette ha pensato al suicidio**

---

# quotidianosanità.it

Mercoledì 11 GENNAIO 2017

## Responsabilità professionale e sicurezza delle cure. Anche il Senato approva il ddl che torna alla Camera per il sì finale. Ecco le novità per risolvere il contenzioso e garantire cure più sicure al cittadino. IL TESTO E LA SINTESI

***Palazzo Madama ha approvato il provvedimento questa mattina. Molte le modifiche apportate dalla commissione Sanità rispetto al testo approvato dalla Camera lo scorso 28 gennaio: dal nuovo procedimento di elaborazione delle linee guida alla cartella clinica entro 7 giorni, e ancora dalla nuova responsabilità penale fino all'obbligo di assicurazione e all'istituzione di un Fondo rischi per il risarcimento sinistri. ESCLUSIVA: IL TESTO APPROVATO RICOSTRUITO DALLA REDAZIONE***

Via libera dall'Aula del Senato al ddl "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" con 168 voti favorevoli, 8 contrari e 35 astenuti. A questo punto il provvedimento torna nuovamente alla Camera per l'approvazione definitiva. A Montecitorio si prospettano tempi rapidi per l'esame del provvedimento dal momento che le novità apportate durante il passaggio in commissione Sanità al Senato sono state concordate con i colleghi della commissione Affari Sociali.

Dopo oltre 15 anni di dibattito parlamentare ed un primo tentativo, con la legge Balduzzi, di normare la materia, il Parlamento è ad un passo dal dare una risposta complessiva al tema della responsabilità professionale del personale sanitario e della sicurezza delle cure per i pazienti. L'obiettivo è quello di rispondere principalmente a due problematiche: la mole del contenzioso medico legale, che ha causato un aumento sostanziale del costo delle assicurazioni per professionisti e strutture sanitarie, e il fenomeno della medicina difensiva che ha prodotto un uso inappropriato delle risorse destinate alla sanità pubblica. Il tutto nell'ottica della ricerca di un nuovo equilibrio nel rapporto medico-paziente che permetta, da una parte ai professionisti di svolgere il loro lavoro con maggiore serenità, grazie alle nuove norme in tema di responsabilità penale e civile, e dall'altra garantendo ai pazienti maggiore trasparenza e la possibilità di essere risarciti in tempi brevi e certi per gli eventuali danni subiti.

Rispetto a quanto approvato lo scorso 28 gennaio dall'Assemblea di Montecitorio, nel corso dell'esame in XII commissione al Senato sono state apportate diverse modifiche al testo: dalla predisposizione di una **relazione annuale** consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno di struttura sanitaria o sociosanitaria, all'obbligo per le direzioni sanitarie delle strutture di fornire la **documentazione sanitaria dei pazienti** che ne faranno richiesta **entro 7 giorni**, dall'affidamento delle **linee guida** non più solo le Società scientifiche, ma anche enti e istituzioni ed associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie, all'esclusione della **responsabilità penale** in carico agli esercenti le professioni sanitarie nei casi di imperizia quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida.

E ancora, dalla **responsabilità civile** di natura extracontrattuale per gli esercenti la professione sanitaria in ambito pubblico, salvo che abbiano agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente, all'introduzione del **tentativo obbligatorio di conciliazione** per chi intenda esercitare un'azione innanzi al giudice civile.

Quanto all'**azione di rivalsa** nei confronti dei professionisti, questa dovrà essere esercitata dal pubblico

ministero presso la Corte dei conti. Infine, tutte le **strutture sanitarie e sociosanitarie saranno obbligate ad assicurarsi** anche per danni causati dal personale a qualunque titolo, e dovranno istituire un **Fondo rischi per il risarcimento dei sinistri**, non sottoponibile ad esecuzione forzata.

**Infine proprio oggi il Senato ha approvato ulteriori emendamenti** (in tutto nove) riguardanti gli articoli 4, 8, 9, 10, 12 e 14.

**Di seguito l'analisi del testo articolo per articolo.**

**Articolo 1 (Sicurezza delle cure in sanità).** Sono qui presenti norme generali di principio in materia di sicurezza delle cure sanitarie, con le quali viene specificato che essa è parte costitutiva del diritto alla salute, è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività e si consegue anche mediante l'insieme di tutte le attività intese alla prevenzione ed alla gestione del rischio (connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie) e mediante l'impiego appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Si specifica che alle attività di prevenzione del rischio, messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operino in regime di convenzione con il Ssn.

**Articolo 2 (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).** Qui si prevede che le Regioni possono affidare all'ufficio del Difensore civico la funzione di garante per il diritto alla salute e disciplinarne la struttura organizzativa. Ricordiamo qui la polemica sollevata da Cittadinanzattiva per l'esclusione della rappresentanza dei cittadini dall'organismo di garanzia già prevista nel testo approvato dalla Camera.

**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 e sociosanitaria;
- acquisisce, anche digitalmente, gli atti relativi alla segnalazione pervenuta e, qualora abbia verificato la fondatezza della segnalazione, interviene a tutela del diritto lesso con i poteri e le modalità stabiliti dalla legislazione regionale.

Si prevede che in ogni regione sia 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 sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e li trasmette semestralmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale all'**Osservatorio nazionale** delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità.

Si novella poi il comma 539 della legge di stabilità 2016 laddove si prevede che le regioni dispongano che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino una adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario per lo svolgimento di una serie di compiti - inserendo un ulteriore compito riguardante la predisposizione di una **relazione annuale consuntiva**, pubblicata sul sito web della struttura sanitaria, sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso, e sulle conseguenti iniziative messe in atto.

**Articolo 3 (Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità).** Qui si dispone che venga istituita presso l'Agenas, e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, l'**Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità**, il quale acquisisce dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente i dati regionali relativi ai rischi ed eventi avversi, nonché alle cause, all'entità, alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso. Inoltre, anche mediante la predisposizione (con l'ausilio delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie) di linee di indirizzo, individua idonee misure per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario sicurezza delle cure nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie. Nell'esercizio delle proprie funzioni, l'Osservatorio si avvale anche del **Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES)**. Il Ministro della Salute trasmette annualmente alle Camere una **relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio**.

**Articolo 4 (Trasparenza dei dati).** Viene qui affermato il principio che le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private sono soggette all'obbligo di trasparenza, nel rispetto del D.Lgs. 30 196/2003

(Codice in materia di protezione dei dati personali). La direzione sanitaria della struttura pubblica e privata, **entro 7 giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli interessati aventi diritto fornisce la documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente**, preferibilmente in formato elettronico. Si riduce così considerevolmente il tempo di attesa da parte del paziente, inizialmente previsto in **30 giorni nel testo licenziato dalla Camera**. Le eventuali integrazioni saranno fornite, in ogni caso, entro il termine massimo di 30 giorni dalla presentazione della suddetta richiesta. Entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le strutture sanitarie pubbliche e private adeguano i regolamenti interni adottati in attuazione della legge n. 241/1990 e successive modificazioni e integrazioni a queste disposizioni.

Si dispone inoltre che le strutture sanitarie, pubbliche e private, rendano disponibili, mediante pubblicazione sul 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.

**Articolo 5 (Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida).** Si demanda qui ad un Decreto del Ministro della salute la regolamentazione e l'**istituzione di un Elenco di società scientifiche** e si afferma il principio che gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale si attengono, salve specificità del caso concreto, alle raccomandazioni indicate dalle **linee guida** elaborate da enti e istituzioni pubbliche e private nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in un apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro 90 giorni (e non più 180 giorni) alla data di entrata in vigore della presente legge e da **aggiornare con cadenza biennale**. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.

Nel regolamentare l'iscrizione in apposito elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche il decreto del Ministro della Salute stabilisce:

- a) i requisiti minimi di rappresentatività sul territorio nazionale;
- b) la costituzione mediante atto pubblico e le garanzie da prevedere nello statuto in riferimento al libero accesso dei professionisti aventi titolo e alla loro partecipazione alle decisioni, all'autonomia e all'indipendenza, all'assenza di scopo di lucro, alla pubblicazione sul sito istituzionale dei bilanci preventivi, dei consuntivi e degli incarichi retribuiti, alla dichiarazione e regolazione dei conflitti di interesse e all'individuazione di sistemi di verifica e controllo della qualità della produzione tecnico-scientifica;
- c) le procedure di iscrizione all'elenco nonché le verifiche sul mantenimento dei requisiti e le modalità di sospensione o cancellazione dallo stesso.

Le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse sono integrati nel **Sistema nazionale per le linee guida (SNLG)**. L'Istituto superiore di sanità pubblica sul proprio sito internet le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse indicati dal SNLG, previa verifica della conformità del rigore metodologico adottato a standard definiti e resi pubblici dallo stesso Istituto, nonché della rilevanza delle evidenze scientifiche dichiarate a supporto delle raccomandazioni.

**Articolo 6 (Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria).** Questo articolo è stato interamente sostituito. Il nuovo articolo introduce nel **codice penale l'articolo 590-sexies** recante "Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario", il quale dispone che, se i reati di **omicidio colposo (art. 589 c.p.)** e **lesioni personali colpose (art. 590 c.p.)** sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste escludendo la punibilità, qualora l'evento si è verificato a causa di imperizia, quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto. Conseguentemente viene abrogato il comma 1, dell'articolo 3, del decreto-legge 158/2012 (decreto Balduzzi), convertito, con modificazioni, dalla legge 189/2012, in materia di responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie, che prevede che 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.

**Articolo 7 (Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria).** Qui si disciplina la responsabilità civile degli esercenti le professioni sanitarie e quella delle strutture sanitarie o sociosanitarie, con riferimento all'operato dei medesimi soggetti. In particolare: **confermache la responsabilità civile della struttura sanitaria o sociosanitaria**, pubblica o privata, per i danni derivanti dalle condotte dolose o colpose degli esercenti professioni sanitarie, anche qualora essi siano stati scelti dal paziente e non siano dipendenti della struttura medesima, è di **natura contrattuale**; **specifica** che la



responsabilità civile della medesima struttura è di natura contrattuale anche con riferimento alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria, ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina; conferma che l'esercente le professioni sanitarie di cui sopra risponde del proprio operato ai sensi dell'art. 2043 del Codice civile (Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno) salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente. Il giudice, nella determinazione del risarcimento del danno, tiene conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria ai sensi dell'articolo 5 e dell'articolo 590-sexies del codice penale, come introdotto dal precedente articolo 6.

Il danno conseguente all'attività della struttura sanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 (**Danno biologico per lesioni di non lieve entità**) e 139 (**Danno biologico per lesioni di lieve entità**) del **Codice delle assicurazioni private** di cui al decreto legislativo 209/2005, integrate, ove necessario, con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 (Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico, con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e con il Ministro della giustizia, si provvede alla predisposizione di una specifica tabella unica su tutto il territorio della Repubblica: a) delle menomazioni alla integrità psicofisica comprese tra dieci e cento punti; b) del valore pecuniario da attribuire ad ogni singolo punto di invalidità comprensiva dei coefficienti di variazione corrispondenti all'età del soggetto leso) e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti all'attività di cui al presente articolo.

Le disposizioni del presente articolo costituiscono norme imperative ai sensi del codice civile.

**Articolo 8 (Tentativo obbligatorio di conciliazione).** Sostituisce, per la richiesta di risarcimento di danni derivanti da responsabilità sanitaria, l'istituto del tentativo di mediazione - obbligatorio ai fini della procedibilità della successiva domanda giudiziale - con l'applicazione dell'istituto del ricorso presso il giudice civile competente per l'espletamento di una consulenza tecnica preventiva, ai fini dell'accertamento e della relativa determinazione dei crediti derivanti dalla mancata o inesatta esecuzione di obbligazioni contrattuali o da fatto illecito. Anche tale ricorso viene configurato, nella fattispecie in esame, come una condizione per la procedibilità della successiva domanda giudiziale.

In particolare :

prevede l'obbligo per chi intende esercitare in giudizio un'azione innanzi al giudice civile relativa a una controversia di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria, di proporre preliminarmente ricorso ai sensi dell'articolo 696-bis del codice di procedura civile dinanzi al giudice competente;

specifica che la partecipazione al procedimento di consulenza tecnica preventiva è obbligatoria per tutte le parti, comprese le imprese di assicurazione che hanno l'obbligo di formulare l'offerta di risarcimento del danno ovvero comunicare i motivi per cui ritengono di non formularla. In caso di sentenza a favore del danneggiato il giudice trasmette copia della sentenza all'IVASS per gli adempimenti di propria competenza;

disciplina gli effetti della mancata partecipazione;

prevede che, in caso di mancata conciliazione, la domanda giudiziale venga tassativamente presentata ed esaminata nell'ambito del procedimento sommario di cognizione, di cui agli art. 702- bis e seguenti del Codice di procedura civile, ferma restando l'ipotesi che il giudice ravvisi in base alle difese svolte dalle parti l'esigenza di un'istruzione non sommaria e che, di conseguenza, fissi, con ordinanza non impugnabile, l'udienza per il procedimento ordinario di cognizione.

**Articolo 9 (Azione di rivalsa).** Qui si limita la possibilità di azione di rivalsa nei confronti dell'esercente una professione sanitaria ai casi di dolo o colpa grave, prevedendo una disciplina specifica dell'azione di rivalsa. Se nel giudizio o nella procedura stragiudiziale di risarcimento del danno l'esercente la professione sanitaria non è stato parte, 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 dall'avvenuto pagamento.

In caso di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, o dell'esercente la professione sanitaria, l'azione di responsabilità amministrativa, per dolo o colpa grave, nei confronti dell'esercente la professione sanitaria è esercitata dal Pubblico Ministero presso la **Corte dei conti**.

Ai fini della quantificazione del danno, fermo restando quanto previsto dall'articolo 1, comma 1-bis, della legge 14 gennaio 1994, n. 20 e dall'articolo 52, comma 2, del Regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214, si tiene conto delle **situazioni di fatto di particolare difficoltà, anche di natura organizzativa della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, in cui l'esercente la professione sanitaria ha operato. L'importo della condanna per la responsabilità amministrativa e della surrogazione di cui all'articolo 1916, primo comma, del codice civile, per singolo evento, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al valore maggiore del reddito professionale, ivi compresa la retribuzione lorda, conseguito nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo.**

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 se l'esercente la professione sanitaria ne è stato parte.

**Articolo 10 (Obbligo di assicurazione).** Si conferma l'obbligo di assicurazione o di adozione di un'analogha misura, per la responsabilità civile, a carico delle strutture sanitarie o sociosanitarie per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture, nonché l'obbligo di assicurazione per la responsabilità civile a carico degli esercenti attività sanitaria in forma libero-professionale.

L'obbligo concerne anche le prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento, nonché di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Ssn nonché attraverso la telemedicina. Le strutture stipulano, altresì, polizze assicurative o adottano altre analoghe misure per la copertura della responsabilità civile verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie. Per l'esercente la professione sanitaria che svolga la propria attività al di fuori di una struttura o che si avvalga della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente resta fermo l'obbligo di assicurazione per la responsabilità civile a carico degli esercenti attività sanitaria in forma libero-professionale.

Viene inoltre introdotto l'obbligo per gli esercenti attività sanitaria, operanti a qualsiasi titolo in strutture pubbliche o private, di stipulare un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave per la responsabilità civile, al fine di garantire efficacia all'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria e verso l'assicurato.

Le aziende, le strutture e gli enti 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 della responsabilità civile verso i terzi e verso i prestatori di opera.

Demanda ad un decreto del Ministro dello sviluppo economico, da emanare entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con il Ministro della salute, la definizione dei **criteri e delle 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 strutture e con gli esercenti le professioni sanitarie.

Si demanda poi ad un ulteriore Decreto del Ministro dello sviluppo economico, da emanare entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge la determinazione dei **requisiti minimi delle polizze assicurative** per le strutture sanitarie e per gli esercenti le professioni sanitarie, nonché dei requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio, prevedendo l'individuazione di classi di rischio a cui far corrispondere massimali differenziati, nonché la previsione nel bilancio delle strutture di un **fondo rischi** e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati.

Infine, sempre con decreto del Ministro dello sviluppo economico da emanare, di concerto con il Ministro della salute e sentita l'IVASS, entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono individuati i dati relativi alle polizze di assicurazione stipulate le modalità e i termini per la comunicazione di tali dati da parte delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e degli esercenti le professioni sanitarie all'Osservatorio di cui all'articolo 3.

**Articolo 11 (Estensione della garanzia assicurativa).** Si dispone che la garanzia assicurativa deve prevedere una operatività temporale anche per gli eventi accaduti nei 10 anni antecedenti alla conclusione del

contratto assicurativo, purché denunciati all'impresa di assicurazione durante la vigenza temporale della polizza. In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa deve essere previsto un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i 10 anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura efficace della polizza incluso il periodo di retroattività della copertura. L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

**Articolo 12 (Azione diretta del soggetto danneggiato).** Si introduce, con decorrenza dalla data di entrata in vigore del decreto ministeriale di cui all'art. 10 e fatte salve le norme sul procedimento obbligatorio di accertamento tecnico preventivo di cui all'art. 8, la possibilità di azione diretta, da parte del danneggiato, nei confronti dell'impresa di assicurazione, con riferimento alle tipologie di polizze di cui all'art. 10 ed entro i limiti delle somme per le quali sia stato stipulato il contratto di assicurazione.

Non sono opponibili al danneggiato, per l'intero massimale di polizza, eccezioni derivanti dal contratto diverse da quelle stabilite dal decreto del Ministro dello sviluppo economico di cui all'articolo 10, che definisce i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche o private e per gli esercenti le professioni sanitarie che svolgono la propria attività al di fuori di strutture sanitarie.

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. 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, l'esercente la professione sanitaria e il danneggiato hanno diritto di accesso alla documentazione della struttura sanitaria relativa ai fatti dedotti in ogni fase della trattazione del sinistro.

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.

Le disposizioni del presente articolo si applicano a decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto del Ministro dello sviluppo economico di cui all'articolo 10 con il quale sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e socio-sanitarie e per gli esercenti le professioni sanitarie.

**Articolo 13 (Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità).** Si prevede che le strutture sanitarie e sociosanitarie e le imprese di assicurazione comunichino all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro 10 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. Le strutture sanitarie o socio-sanitarie comunicano all'esercente la professione sanitaria l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con invito a prenderne parte. L'omissione o l'incompletezza della comunicazione preclude l'ammissibilità del giudizio di rivalsa.

**Articolo 14 (Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria).** Si istituisce, presso lo stato di previsione del Ministero della salute, il Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria, alimentato dal versamento di un contributo annuale dovuto dalle imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria. A tal fine, il predetto contributo è versato al bilancio dello Stato per essere riassegnato al Fondo di garanzia. Il Ministero della salute con apposita convenzione affida alla Concessionaria servizi assicurativi pubblici Spa (CONSAP) la gestione delle risorse del Fondo di garanzia.

Si demanda ad un regolamento adottato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge la definizione:

- a) della misura del contributo dovuto dalle imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria;
- b) le modalità di versamento del contributo di cui alla lettera a);
- c) i principi cui dovrà uniformarsi la convenzione tra il Ministero della salute e CONSAP;
- d) le modalità di intervento, il funzionamento e il regresso del Fondo di garanzia nei confronti del responsabile del sinistro.

Il Fondo di garanzia:

- concorre al risarcimento del danno nei limiti delle effettive disponibilità finanziarie;

-  risarcisce i danni cagionati da responsabilità sanitaria nei seguenti casi:

**a)** qualora il danno sia di importo eccedente rispetto ai massimali previsti dai contratti di assicurazione stipulati dalla struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica e privata ovvero dall'esercente la professione sanitaria;

**b)** qualora la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica e privata ovvero l'esercente la professione sanitaria risultino assicurati presso un'impresa che al momento del sinistro si trovi in stato di insolvenza o di liquidazione coatta amministrativa o vi venga posta successivamente.

### **Articolo 15 (Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio, e dei periti nei giudizi di responsabilità**

**sanitaria).** Qui si recano disposizioni sui consulenti tecnici e periti di ufficio nonché sulla tenuta degli albi dei consulenti tecnici e di quelli dei periti, con riferimento agli esperti nei settori sanitari, disponendo:

**a)** che nei procedimenti civili e nei procedimenti penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria 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 da nominare, scelti tra gli iscritti negli albi dei consulenti tecnici e di quelli dei periti non siano in posizione di conflitto di interessi nello specifico procedimento o in altri connessi e che i consulenti tecnici d'ufficio da nominare nell'ambito del procedimento di cui all'articolo 8, siano in possesso di adeguate e comprovate competenze nell'ambito della conciliazione acquisite anche mediante specifici percorsi formativi.

**b)** che nei suddetti albi 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 e alla tipologia degli incarichi conferiti e di quelli revocati;

**c)** che i suddetti albi 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 riferite a tutte le professioni sanitarie, tra i quali scegliere per la nomina tenendo conto della disciplina interessata nel procedimento;

**d)** nei casi di cui alla lettera a), l'incarico è conferito al collegio e, nella determinazione del compenso globale, non si applica l'aumento del 40 % per ciascuno degli altri componenti del collegio previsto dall'articolo 53 del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di spese di giustizia (DPR 115/2002).

### **Articolo 16 (Modifiche alla legge 28 dicembre 2015, n. 208, in materia di responsabilità professionale del personale sanitario).** Si apportano modifiche alla legge n. 208/2015:

escludendo che i verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico possano essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari (la norma vigente di cui all'art. 1, co. 539, lettera a), della legge n. 208/2005, prevede invece che i verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione aziendale del rischio clinico, svolta in occasione del verificarsi di un evento avverso, siano riconducibili, qualora siano emersi indizi di reato, nell'ambito delle attività ispettive o di vigilanza contemplate dall'art. 220 delle Norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale);

prevedendo che l'attività di gestione del rischio sanitario nelle strutture pubbliche e private sia coordinata da personale medico dotato delle specializzazioni in igiene, epidemiologia e sanità pubblica o equipollenti, in medicina legale ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore (rispetto alla norma vigente si introduce il riferimento alla specializzazione in medicina legale e, per i soggetti non aventi le specializzazioni indicate, si pone, da un lato, anche il requisito dell'adeguata formazione e, dall'altro, si sopprime la condizione che il soggetto sia in ogni caso un medico).

Infine, gli **articoli 17 e 18** recano, rispettivamente, la clausola di salvaguardia, relativa alle Regioni a statuto speciale ed alle Province autonome, e le **clausole di invarianza finanziaria**.

**Giovanni Rodriguez**

