



Senato della Repubblica
XVII Legislatura

Fascicolo Iter
DDL S. 2224

Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario

29/03/2016 - 17:09

Indice

1. DDL S. 2224 - XVII Leg.	1
1.1. Dati generali	2
1.2. Testi	4
1.2.1. Testo DDL 2224	5
1.3. Trattazione in Commissione	12
1.3.1. Sedute	13
1.3.2. Resoconti sommari	16
1.3.2.1. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita')	17
1.3.2.1.1. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 318 (pom.) del 16/02/2016	18
1.3.2.1.2. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 173 (ant.) del 18/02/2016	31
1.3.2.1.3. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 176 (pom.) del 01/03/2016	32
1.3.2.1.4. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 321 (pom.) del 01/03/2016	33
1.3.2.1.5. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 177 (pom.) dell'08/03/2016	36
1.3.2.1.6. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 325 (pom.) dell'08/03/2016	37
1.3.2.1.7. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 327 (pom.) del 09/03/2016	40
1.3.2.1.8. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 179 (pom.) del 10/03/2016	44
1.3.2.1.9. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 180 (pom.) del 15/03/2016	45
1.3.2.1.10. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 182 (pom.) del 15/03/2016	46
1.3.2.1.11. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 183 (pom.) del 16/03/2016	47
1.3.2.1.12. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 328 (ant.) del 17/03/2016	48
1.3.2.1.13. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 185 (pom.) del 17/03/2016	53
1.3.2.1.14. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 186 (ant.) del 22/03/2016	54
1.3.2.1.15. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 329 (pom.) del 22/03/2016	55
1.3.2.1.16. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 330 (ant.) del 23/03/2016	58
1.4. Trattazione in consultiva	60
1.4.1. Sedute	61
1.4.2. Resoconti sommari	62
1.4.2.1. 10 ^a Commissione permanente (Industria, commercio, turismo)	63
1.4.2.1.1. 10 ^a Commissione permanente (Industria, commercio, turismo) - Seduta n. 211 (pom.) del 23/02/2016	64
1.4.2.1.2. 10 ^a Commissione permanente (Industria, commercio, turismo) - Seduta n. 212 (pom.) del 24/02/2016	68

1. DDL S. 2224 - XVII Leg.

1.1. Dati generali

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Disegni di legge
Atto Senato n. 2224
XVII Legislatura

Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario
Titolo breve: *responsabilità professionale del personale sanitario*

Iter

16 febbraio 2016: in corso di esame in commissione

Successione delle letture parlamentari

[C.259](#)

T. U. con [C.262](#), [C.1312](#), [C.1324](#), [C.1581](#), [C.1769](#), [C.1902](#), [C.2155](#)
approvato in testo unificato

S.2224

in corso di esame in commissione

Iniziativa Parlamentare

[On. Benedetto Francesco Fucci](#) (PdL)

Iniziative dei DDL approvati in testo unificato

C.262 - [On. Benedetto Francesco Fucci](#) (PdL)

C.1312 - [On. Giulia Grillo](#) (M5S) e altri

C.1324 - [On. Raffaele Calabro'](#) (PdL) e altri

C.1581 - [On. Pierpaolo Vargiu](#) (SCpI) e altri

C.1769 - [On. Anna Margherita Miotto](#) (PD) e altri

C.1902 - [On. Giovanni Monchiero](#) (SCpI) e altri

C.2155 - [On. Aniello Formisano](#) (Misto)

Natura

ordinaria

Presentazione

Trasmesso in data **29 gennaio 2016**; annunciato nella seduta pom. n. 569 del 2 febbraio 2016.

Classificazione TESEO

RESPONSABILITA ' PROFESSIONALE , PERSONALE SANITARIO

Articoli

CURE MEDICHE E CHIRURGICHE (Art.1), RISCHI (Art.1), SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (Art.1), DIFENSORE CIVICO (Art.2), REGIONI (Art.2), TUTELA DELLA SALUTE (Art.2), DENUNCIA RAPPORTO E REFERTO (Art.2), MINISTERO DELLA SALUTE (Artt.3, 5, 10), DECRETI MINISTERIALI (Artt.3, 5), OSSERVATORI (Art.3), AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI (AGENAS) (Art.3), RELAZIONI GOVERNATIVE (Art.3), PUBBLICITA' DI ATTI E DOCUMENTI (Artt.4, 10), SITI E PORTALI WEB (Artt.4, 5, 10), MALATI (Art.4), ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' (ISS) (Art.5), ALBI ELENCHI E

REGISTRI (Artt.5, 15), RESPONSABILITA' PENALE (Artt.6, 7), RESPONSABILITA' CIVILE (Artt.7-9), STRUTTURE DI CURA DI TIPO OSPEDALIERO (Art.7), ARBITRATO E CONCILIAZIONE (Art.8), RISARCIMENTO DI DANNI ALLA PERSONA (Artt.8, 9), DOLO (Art.9), ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLA RESPONSABILITA' CIVILE (Art.10), POLIZZE ASSICURATIVE (Artt.10, 11), MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO (Artt.10, 14), REGOLAMENTI (Art.14), FONDI DI GARANZIA (Art.14), CONCESSIONARIA SERVIZI ASSICURATIVI PUBBLICI (CONSAP SPA) (Art.14), CONSULENTI E ATTIVITA' CONSULTIVA (Art.15), PERIZIE (Art.15), MEDICINA LEGALE (Art.15)

Relatori

Relatore alla Commissione Sen. [Amedeo Bianco \(PD\)](#) (dato conto della nomina il 16 febbraio 2016) .

Assegnazione

Assegnato alla [12^a Commissione permanente \(Igiene e sanita'\)](#) in sede referente l'11 febbraio 2016.
Annuncio nella seduta ant. n. 576 dell'11 febbraio 2016.

Pareri delle commissioni 1^a (Aff. costituzionali), 2^a (Giustizia), 5^a (Bilancio), 10^a (Industria), Questioni regionali

1.2. Testi

1.2.1. Testo DDL 2224

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Senato della Repubblica XVII LEGISLATURA

N. 2224

DISEGNO DI LEGGE

approvato dalla Camera dei deputati il 28 gennaio 2016, in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge

(V. Stampati nn.? 259, 262, 1312, 1324, 1581, 1769, 1902 e 2155)

d'iniziativa dei deputati **FUCCI** (259); **FUCCI** (262); **GRILLO**, **CECONI**, **DALL'OSSO**, **DI VITA**, **LOREFICE**, **MANTERO**, **BARONI** e **Silvia GIORDANO** (1312); **CALABRÒ**, **FUCCI** ed **Elvira SAVINO** (1324); **VARGIU**, **BINETTI**, **GIGLI** e **MONCHIERO** (1581); **MIOTTO**, **LENZI**, **AMATO**, **BELLANOVA**, **BENI**, **Paola BRAGANTINI**, **BURTONE**, **CAPONE**, **CARNEVALI**, **CASATI**, **D'INCECCO**, **FOSSATI**, **GELLI**, **IORI**, **MURER**, **PATRIARCA**, **PICCIONE** e **SBROLLINI** (1769); **MONCHIERO**, **RABINO**, **OLIARO**, **BINETTI**, **MATARRESE** e **GIGLI** (1902); **FORMISANO** (2155)

*Trasmissione dal Presidente della Camera dei deputati alla Presidenza
il 29 gennaio 2016*

Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Sicurezza delle cure in sanità)

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 è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

Art. 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)

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 disciplinarne 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.
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.

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.

Art. 3.

(Osservatorio nazionale sulla sicurezza nella sanità)

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».

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 personale esercente le professioni sanitarie.

3. Il Ministro della salute trasmette annualmente alle Camere una relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio.

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 *Gazzetta Ufficiale* n. 8 del 12 gennaio 2010.

Art. 4.

(Trasparenza dei dati)

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.

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.

3. Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono altresì disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito *internet*, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (*risk management*) di cui all'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come modificato dall'articolo 16 della presente legge.

Art. 5.

(Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida)

1. Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative e riabilitative, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle buone pratiche clinico-assistenziali e alle raccomandazioni previste dalle linee guida elaborate dalle 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 *internet* dell'Istituto superiore di sanità.

Art. 6.

(Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria)

1. Dopo l'articolo 590-*bis* del codice penale è inserito il seguente:

«Art. 590-*ter.* -- *(Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario).* --

L'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività, cagiona 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.

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».

Art. 7.

(Responsabilità 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 ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile.

Art. 8.

(Tentativo obbligatorio di conciliazione)

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-*bis* del codice di procedura civile dinanzi al giudice competente.

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-*bis*, 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-*bis* 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.

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-*bis* del codice di procedura civile. In tal caso il giudice fissa l'udienza di comparizione delle parti; si applicano gli articoli 702-*bis* e seguenti del codice di procedura civile.

4. La partecipazione al procedimento di accertamento tecnico preventivo 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.

Art. 9.

(Azione di rivalsa)

1. L'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave.
2. Se il danneggiato, nel giudizio di risarcimento del danno, non ha convenuto anche l'esercente la professione sanitaria, l'azione di rivalsa nei confronti di quest'ultimo può essere esercitata soltanto successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale ed è esercitata, a pena di decadenza, entro un anno 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.
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.
4. In nessun caso la transazione è opponibile all'esercente la professione sanitaria nel giudizio di rivalsa.
5. In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, l'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 dell'articolo 7 deve essere esercitata 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.
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.
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.

Art. 10.

(Obbligo di assicurazione)

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-bis, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso l'azienda, la struttura o l'ente. 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 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.

Art. 11.

(Estensione della garanzia assicurativa)

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 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.

Art. 12.

(Azione diretta del soggetto danneggiato)

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 alla documentazione della struttura sanitaria relativa ai fatti dedotti in ogni fase della trattazione del sinistro.

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.

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.

Art. 13.

(Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità)

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.

Art. 14.

(Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria)

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 a) del comma 2 del presente articolo.

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:

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

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 denunciati per la prima volta dopo la data di entrata in vigore della presente legge.

Art. 15.

(Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio, dei consulenti tecnici di parte e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria)

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.

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.

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 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.

Art. 16.

(Modifiche alla legge 28 dicembre 2015, n. 208, in materia di responsabilità professionale del personale sanitario)

1. All'articolo 1, comma 539, lettera a), 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.».

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».

Art. 17.

(Clausola di salvaguardia)

1. Le disposizioni della presente legge sono applicabili nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione, anche con riferimento alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3.

Art. 18.

(Clausola di invarianza finanziaria)

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.

1.3. Trattazione in Commissione

1.3.1. Sedute

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Disegni di legge
Atto Senato n. 2224
XVII Legislatura

Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario
Titolo breve: *responsabilità professionale del personale sanitario*

Trattazione in Commissione

Sedute di Commissione primaria

Seduta

Attività

12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') in sede referente

[N. 318 \(pom.\)](#)

16 febbraio 2016

Congiunzione di

[S. 1134](#), [S. 1648](#)

Adottato testo

base S. 2224.

(proposto ciclo di
audizioni)

[N. 173 \(ant.\)](#)

18 febbraio 2016

Audizione

informale

**Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei
Gruppi**

[N. 176 \(pom.\)](#)

1 marzo 2016

Audizione

informale

**Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei
Gruppi**

12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') (sui lavori della Commissione)

[N. 321 \(pom.\)](#)

1 marzo 2016

Discusso

congiuntamente:

[S. 1134](#), [S. 1648](#)

Sulla

pubblicazione di
documenti

12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') in sede referente

N. 177 (pom.) 8 marzo 2016 Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi	Discusso congiuntamente: S.1134 , S.1648 Audizione informale
12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') (sui lavori della Commissione)	
N. 325 (pom.) 8 marzo 2016	Discusso congiuntamente: S.1134 , S.1648
N. 327 (pom.) 9 marzo 2016	Sulla pubblicazione di documenti acquisiti
12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') in sede referente	
N. 179 (pom.) 10 marzo 2016 Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi	Discusso congiuntamente: S.1134 , S.1648 Audizione informale
N. 180 (pom.) 15 marzo 2016 Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi	Audizione informale
N. 182 (pom.) 15 marzo 2016 Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi	Audizione informale
N. 183 (pom.) 16 marzo 2016 Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi	Audizione informale
12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') (sui lavori della Commissione)	
N. 328 (ant.) 17 marzo 2016	Discusso congiuntamente: S.1134 , S.1648 Sui lavori della Commissione e sulla pubblicazione di documenti acquisiti nel corso delle audizioni
12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') in sede referente	

[N. 185 \(pom.\)](#)

17 marzo 2016

Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi

Discusso
congiuntamente:
[S.1134](#), [S.1648](#)

Audizione
informale

[N. 186 \(ant.\)](#)

22 marzo 2016

Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi

Audizione
informale

12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') (sui lavori della Commissione)

[N. 329 \(pom.\)](#)

22 marzo 2016

Discusso
congiuntamente:
[S.1134](#), [S.1648](#)

Sulla
pubblicazione di
documenti
acquisiti

[N. 330 \(ant.\)](#)

23 marzo 2016

1.3.2. Resoconti sommari

1.3.2.1. 12[^] Commissione permanente (Igiene e sanita')

1.3.2.1.1. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanità) - Seduta n. 318 (pom.) del 16/02/2016

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
MARTEDÌ 16 FEBBRAIO 2016
318^a Seduta

Presidenza della Presidente
[DE BIASI](#)

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute De Filippo.

La seduta inizia alle ore 14,30.

IN SEDE CONSULTIVA

[\(2237\)](#) Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 dicembre 2015, n. 210, recante proroga di termini previsti da disposizioni legislative, approvato dalla Camera dei deputati (Parere alle Commissioni 1^a e 5^a riunite. Esame e rinvio)

Il relatore **[Maurizio ROMANI](#)** (*Misto-Idv*) illustra il decreto-legge in titolo, soffermandosi sulle disposizioni attinenti ad aspetti di interesse della Commissione.

L'articolo 6, al comma 1, proroga, nelle more dell'adozione del decreto ministeriale di disciplina dei corsi di primo soccorso e di assistenza medica per i lavoratori marittimi, la validità dei certificati di addestramento in materia di pronto soccorso dei medesimi lavoratori, rilasciati - in base alla disciplina previgente rispetto al decreto legislativo 12 maggio 2015, n. 71 - da oltre 5 anni (termine generale di validità). In virtù della proroga, il termine di validità è fissato al 26 dicembre 2016 (mentre il precedente termine specifico scadeva il 26 febbraio del corrente anno).

Il comma 2 del medesimo articolo proroga, dal 1° gennaio 2016 al 1° gennaio 2017, il termine per la decorrenza iniziale della futura revisione della remunerazione della filiera distributiva del farmaco.

Il comma 3 dispone la proroga della validità delle tariffe massime di riferimento individuate dal decreto ministeriale 18 ottobre 2012 per la remunerazione - da parte del Servizio sanitario nazionale ed

in favore delle strutture accreditate - delle prestazioni (erogate in base ad accordi o contratti con il medesimo Servizio) di assistenza ospedaliera per acuti, di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di quelle di assistenza specialistica ambulatoriale. La proroga è stabilita dal 31 dicembre 2015 al 31 dicembre 2016 per le prestazioni di assistenza ospedaliera e dal 31 dicembre 2015 al 30 settembre 2016 per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Il comma in esame dispone inoltre la proroga, fino al 30 settembre 2016, della validità delle tariffe massime di riferimento (come determinate dall'articolo 2, comma 380, secondo periodo, della legge 24 dicembre 2007, n. 244) per la remunerazione - da parte del Servizio sanitario nazionale ed in favore delle strutture accreditate - delle prestazioni di assistenza protesica.

Il comma 4 modifica la disciplina di una quota premiale nell'ambito del finanziamento del Servizio sanitario nazionale; tale quota è relativa alle regioni che abbiano istituito una Centrale regionale per gli acquisti e l'aggiudicazione di procedure di gara per l'approvvigionamento di beni e servizi per un volume annuo non inferiore ad un determinato importo e per quelle che introducano misure idonee a garantire la piena applicazione delle norme in materia di equilibrio di bilancio delle strutture ospedaliere pubbliche, nel rispetto del principio della remunerazione a prestazione.

La novella proroga per il 2015 e - secondo un emendamento approvato in prima lettura dalla Camera - per il 2016 una disposizione transitoria già prevista per gli anni 2012-2014, relativa ai criteri per il riparto della quota premiale in questione (pari allo 0,25 per cento delle risorse ordinarie per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale).

La norma transitoria, oggetto della proroga in esame, prevede che, in attesa del decreto ministeriale contemplato dalla disciplina a regime, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, stabilisca il riparto della quota premiale, tenendo anche conto di criteri di riequilibrio, indicati dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome.

Il comma 4-*bis* - introdotto dalla Camera dei deputati - proroga al 2016, ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario standard delle singole regioni a statuto ordinario e del conseguente riparto del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, l'applicazione, per tutte le regioni, dei valori di costo rilevati - ai fini della determinazione del medesimo fabbisogno per il 2015 - nelle tre regioni di riferimento Marche, Umbria e Veneto. Tali regioni sono state individuate come regioni di riferimento per il 2015 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome nella seduta del 17 dicembre 2015; l'individuazione delle medesime tre regioni come quelle di riferimento viene operata per il 2016 *ex lege* dal comma in esame.

Inoltre, ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario *standard* della singola regione, il comma 4-*bis* conferma i pesi per classi di età (della popolazione regionale) adottati, ai medesimi fini, per il 2015.

I commi da 7 a 7-*quater* dell'articolo 10 recano alcune modifiche ed integrazioni alla disciplina della riorganizzazione dell'Associazione della Croce Rossa Italiana.

Al riguardo, il relatore ricorda che, in base alla riforma di cui al decreto legislativo 28 settembre 2012, n. 178, l'Associazione italiana della Croce Rossa (CRI) è trasformata in persona giuridica di diritto privato dal 1° gennaio 2016. Conseguentemente, l'originaria CRI assume la natura provvisoria di «Ente strumentale alla Croce Rossa italiana» - ente che viene soppresso a decorrere dal 1° gennaio 2018 -, mantenendo la personalità giuridica di diritto pubblico come ente non economico, sia pure non più associativo, con la finalità di concorrere temporaneamente allo sviluppo dell'Associazione.

Il comma 7 dell'articolo 10 proroga al 2016 la possibilità di impiego di avanzi accertati per le esigenze del bilancio di previsione del suddetto Ente strumentale.

Il comma 7-*bis* - inserito dalla Camera - conferma che la rappresentanza, il patrocinio e l'assistenza in giudizio dell'Ente strumentale continuano ad essere assicurati dall'Avvocatura dello Stato.

Il comma 7-*ter* - introdotto dalla Camera - modifica la norma sul finanziamento annuale dell'Associazione, prevedendo che le percentuali di riduzione - applicate al finanziamento

complessivamente attribuito all' Associazione ed all'Ente strumentale per il 2014 - decorrano, nella misura del 10 per cento, dal 2017 (anziché dal 2016) e, nella misura (a regime) del 20 per cento, dal 2018 (anziché dal 2017).

Infine, il comma *7-quater* - inserito dalla Camera - reca alcune proroghe ed altre modifiche, rispetto alla disciplina sull'anticipazione di liquidità in favore dell'Associazione italiana della Croce Rossa, di cui all'art. 49-*quater* del decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013, n. 98, e successive modificazioni.

La [PRESIDENTE](#) rimarca che, poiché il disegno di legge in titolo figura già nel calendario dei lavori dell'Assemblea della prossima settimana, occorrerà concluderne l'esame entro la giornata di giovedì 18 febbraio.

La Commissione prende atto.

Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

IN SEDE REFERENTE

[\(1324\)](#) *Deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di enti vigilati dal Ministero della salute, di sicurezza degli alimenti, di sicurezza veterinaria, nonché disposizioni di riordino delle professioni sanitarie, di tutela della salute umana e di benessere animale*

[\(154\)](#) *Laura BIANCONI e D'AMBROSIO LETTIERI. - Istituzione degli ordini e albi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione*

[\(693\)](#) *MANDELLI e D'AMBROSIO LETTIERI. - Modifiche all'articolo 102 del testo unico delle leggi sanitarie, di cui al regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265*

[\(725\)](#) *D'AMBROSIO LETTIERI ed altri. - Riordino della disciplina degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie*

[\(818\)](#) *Annalisa SILVESTRO ed altri. - Riordino della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie di medico-chirurgo, di odontoiatra, di medico veterinario, di farmacista e delle professioni sanitarie di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251*

[\(829\)](#) *BIANCO ed altri. - Norme in materia di riordino della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie di medico-chirurgo e di odontoiatra, di medico veterinario e di farmacista e istituzione degli ordini e degli albi delle professioni sanitarie*

[\(833\)](#) *D'ANNA. - Ordinamento delle professioni di biologo e di psicologo*

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

Prosegue l'esame congiunto, sospeso nella seduta del 3 febbraio.

La [PRESIDENTE](#) comunica che la senatrice Simeoni ha rinunciato alla presentazione degli annunciati

ordini del giorno, derivanti dalla trasformazione degli emendamenti 1.5 e 1.22.

Fa presente, inoltre, che il senatore Maurizio Romani ha presentato l'ordine del giorno G/1324/8/12, pubblicato in allegato, risultante dalla trasformazione dell'emendamento 2.2.

La Commissione prende atto.

La **PRESIDENTE**(PD), in qualità di relatrice, esprime parere favorevole sull'ordine del giorno G/1324/8/12, dato per illustrato in assenza di richieste di intervento da parte del presentatore.

Il RAPPRESENTANTE del Governo esprime parere conforme a quello della Relatrice.

Poiché il proponente non insiste per la votazione, l'ordine del giorno in questione risulta accolto.

La **PRESIDENTE** avverte che si passerà ora all'esame degli emendamenti riferiti all'articolo 6, essendo necessario un supplemento di riflessione in ordine agli emendamenti concernenti gli articoli 3, 4 e 5.

La Commissione prende atto.

La **PRESIDENTE**, in qualità di relatrice, esprime parere contrario sull'emendamento 6.1, ritenendo preferibile l'attuale formulazione dell'articolo 6, che riferisce ai soli delitti non colposi la circostanza aggravante consistente nell'aver commesso il fatto in danno di persone ricoverate presso strutture sanitarie o presso strutture socio-sanitarie residenziali o semiresidenziali. Sottolinea che l'articolo 6 del disegno di legge offre una risposta equilibrata all'esigenza di protezione rafforzata delle persone ricoverate che versano in una condizione di particolare fragilità, esigenza resa ancora più evidente e pressante da recenti e gravi fatti di cronaca.

Il sottosegretario DE FILIPPO esprime parere conforme a quello della Relatrice.

L'emendamento 6.1 è, infine, dichiarato decaduto, in ragione dell'assenza dei proponenti.

Il seguito dell'esame congiunto è, quindi, rinviato.

(1134) BIANCO ed altri. - Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e di responsabilità in ambito medico e sanitario

(1648) ROMANO ed altri. - Norme per la tutela della salute, per la disciplina del rischio e della responsabilità professionale medica

(2224) Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Fucci; Fucci; Giulia Grillo ed altri; Calabrò ed altri; Vargiu ed altri; Anna Margherita Miotto ed altri; Monchiero ed altri; Formisano

(Esame congiunto e rinvio)

Il relatore **BIANCO** (PD) introduce l'esame congiunto dei provvedimenti in titolo, illustrando il disegno di legge n. 2224.

Il succitato disegno di legge - approvato in prima lettura dalla Camera dei deputati il 28 gennaio 2016 - concerne la sicurezza delle cure sanitarie, la responsabilità professionale del personale sanitario e la responsabilità delle strutture in cui esso operi.

L'articolo 1 reca norme generali di principio in materia di sicurezza delle cure sanitarie. Si specifica 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 afferma altresì che alle attività di prevenzione del rischio, messe in atto dalle aziende sanitarie pubbliche, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operino in regime di convenzione (con il Servizio sanitario nazionale).

In proposito, il Relatore ricorda che l'attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario è oggetto anche dei commi da 538 a 540 dell'articolo 1 della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

I commi da 1 a 3 dell'articolo 2 del disegno di legge in esame prevedono che le regioni e le province autonome possano affidare all'ufficio del Difensore civico la funzione di garante per il diritto alla salute, secondo i seguenti principi: la definizione della relativa struttura organizzativa, contemplando la rappresentanza delle associazioni dei pazienti ed il supporto tecnico; la possibilità per ogni soggetto destinatario di prestazioni sanitarie di adire gratuitamente il Difensore civico (nella funzione in oggetto di garante per il diritto alla salute), direttamente o mediante un proprio delegato, per la segnalazione di disfunzioni del sistema dell'assistenza sanitaria; l'acquisizione da parte del Difensore civico, anche in via digitale, degli atti relativi alla segnalazione pervenuta e, in caso di accertamento della fondatezza di quest'ultima, l'intervento a tutela del diritto leso, con i poteri e le modalità stabiliti dalla legislazione regionale.

Il comma 4 dello stesso articolo 2 (insieme con il comma 2 dell'articolo 3) prevede che in ogni regione sia istituito, 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 sulle cause, l'entità, la frequenza e l'onere finanziario del contenzioso e li trasmette all'Osservatorio nazionale sulla sicurezza nella sanità.

Quest'ultimo è istituito, ai sensi dell'articolo 3, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), 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, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. L'Osservatorio, oltre a raccogliere i dati suddetti dai Centri regionali, 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 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.

Il comma 1 dell'articolo 4 afferma il principio che 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.

Il comma 2 prevede che, entro trenta giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli aventi diritto, la direzione sanitaria della struttura fornisca la documentazione clinica relativa al paziente, preferibilmente in formato elettronico.

A tale riguardo, il Relatore segnala che occorrerebbe precisare la nozione di "documentazione clinica",

chiarendo se essa comprenda, tra l'altro, anche la documentazione relativa alle forme di assistenza sanitaria domiciliare.

Il comma 3 dell'articolo 4 dispone 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.

L'articolo 5 demanda ad un decreto del Ministro della salute la regolamentazione e l'istituzione di un elenco di società scientifiche ed afferma il principio che 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 indicate dalle linee guida delle società iscritte nel suddetto elenco. Sempre ai sensi dell'articolo 5, le linee guida di tali società sono inserite nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG) e pubblicate sul sito *internet* dell'Istituto superiore di sanità.

L'articolo 6 pone una limitazione per i reati di omicidio colposo e di lesioni personali colpose, circoscrivendo la relativa responsabilità alle ipotesi di colpa grave per l'esercente una professione sanitaria (con riguardo allo svolgimento della propria attività) ed escludendo dalla nozione di colpa grave le ipotesi in cui, fatte salve le rilevanti specificità del caso concreto, siano state rispettate le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni contemplate dalle linee guida, come definite e pubblicate ai sensi di legge.

In proposito, il Relatore segnala l'opportunità di chiarire quale sia la portata normativa dell'articolo 6 rispetto alla disciplina vigente, la quale esclude, per tutti i reati, la responsabilità dell'esercente una professione sanitaria per i casi di colpa lieve, qualora, nello svolgimento della propria attività, il medesimo si sia attenuto a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica. Osserva, inoltre, che occorrerà valutare se sussista l'esigenza di porre una norma transitoria - che faccia salvo il riferimento alle suddette "linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica" - per l'eventuale periodo precedente la pubblicazione delle linee guida ai sensi dell'articolo 5.

L'articolo 7 disciplina la responsabilità civile degli esercenti professioni sanitarie e quella delle strutture (sanitarie o sociosanitarie), con riferimento all'operato dei medesimi soggetti.

Il comma 1 conferma che 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.

Il comma 2 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 in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina.

Il comma 3 conferma che la responsabilità civile degli esercenti professioni sanitarie (per i danni derivanti dalle condotte dolose o colpose) è di natura extracontrattuale, come già stabilito dall'articolo 3, comma 1, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

Il Relatore, nel ricordare che il decreto-legge succitato prevede altresì che il giudice, anche ai fini della determinazione del risarcimento del danno, tenga debitamente conto dell'eventuale circostanza che il sanitario si sia attenuto a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica, segnala che potrebbe essere opportuno chiarire se analogamente, nel nuovo contesto di cui al disegno di legge in esame, il giudice debba tener conto, anche ai fini della determinazione del risarcimento del danno, della sussistenza delle circostanze in cui l'articolo 6 esclude la responsabilità penale. Segnala, inoltre, che il comma 1 dell'articolo 9 limita la possibilità di azione di rivalsa nei confronti dell'esercente una professione sanitaria ai casi di dolo o colpa grave; di conseguenza, l'ambito di responsabilità nell'azione di rivalsa appare più circoscritto rispetto all'ambito di responsabilità del sanitario nell'eventuale azione diretta (nei suoi confronti) del danneggiato.

L'articolo 8 del disegno di legge in esame 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 (di cui all'articolo 8), come una condizione per la procedibilità della successiva domanda giudiziale. In proposito, il Relatore ricorda che, in base alla disciplina della consulenza tecnica preventiva, di cui all'art. 696-*bis* del codice di procedura civile, il consulente, prima di provvedere al deposito della relazione, tenta, ove possibile, la conciliazione delle parti; qualora la conciliazione non riesca, ciascuna parte può chiedere che la relazione depositata dal consulente sia acquisita agli atti del successivo giudizio di merito.

Il comma 4 dell'articolo in esame specifica che la partecipazione al procedimento di accertamento tecnico preventivo è obbligatoria per tutte le parti, comprese le imprese di assicurazione, di cui all'articolo 10, e disciplina gli effetti della mancata partecipazione.

L'articolo 8 prevede inoltre che, in caso di mancata conciliazione, la domanda giudiziale, con le modalità di cui al comma 3, venga tassativamente presentata ed esaminata nell'ambito del procedimento sommario di cognizione, di cui agli articoli 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.

Il Relatore osserva che potrebbe essere opportuno chiarire se la disciplina di cui al comma 3 riguardi anche le controversie che, in base al loro valore, siano di competenza del giudice di pace, considerato anche che la Corte di cassazione ha ritenuto che il procedimento sommario summenzionato non si applichi alle cause di competenza del giudice di pace.

Il comma 1 dell'articolo 9 limita la possibilità di azione di rivalsa nei confronti dell'esercente una professione sanitaria ai casi di dolo o colpa grave. I successivi commi dell'articolo 9 recano una disciplina specifica dell'azione di rivalsa. Si introduce, tra l'altro, il principio (commi 5 e 6) che la rivalsa, in caso di danno derivante da colpa grave (anziché da dolo), non possa superare una somma pari al triplo della retribuzione lorda annua.

A tale riguardo, il Relatore rileva che potrebbe essere opportuno precisare quest'ultima nozione, in particolare con riferimento ai lavoratori diversi da quelli subordinati ed ai casi in cui il rapporto di lavoro non duri tutto l'anno o consista in prestazioni occasionali.

Il terzo periodo del comma 5 dell'articolo in esame, per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione di accoglimento della domanda di rivalsa, vieta che l'esercente la professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche, sia preposto ad incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti ed esclude la possibilità di partecipazione a pubblici concorsi per incarichi superiori.

A tale proposito, il Relatore osserva che sarebbe opportuno chiarire se tali divieti riguardino, con riferimento ai sanitari che intendano transitare in una struttura pubblica o quantomeno con riferimento ai sanitari nel frattempo transitati in una struttura pubblica, anche i casi in cui l'accoglimento della domanda di rivalsa sia stato in favore di una struttura privata.

I commi 1 e 2 dell'articolo 10 confermano, rispettivamente: l'obbligo di assicurazione (o di adozione di un'analogha misura), per la responsabilità civile, a carico delle strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie; l'obbligo di assicurazione per la responsabilità civile a carico degli esercenti attività sanitaria in forma libero-professionale. Riguardo alle suddette strutture, il comma 1 specifica che l'obbligo concerne anche le prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria nonché attraverso la telemedicina.

Il comma 3 introduce l'obbligo per gli esercenti attività sanitaria, operanti a qualsiasi titolo in strutture

pubbliche o private, di stipulare un'adeguata polizza di assicurazione per la responsabilità civile, "al fine di garantire efficacia all'azione di rivalsa".

Ulteriori disposizioni, relative alle tre tipologie di obblighi summenzionati, sono stabilite dai commi da 4 a 6.

Il Relatore segnala che potrebbe essere opportuno chiarire se l'obbligo assicurativo introdotto dal comma 3 decorra solo successivamente all'emanazione del decreto ministeriale di cui al comma 6.

L'articolo 11 definisce i limiti temporali delle garanzie assicurative.

Il Relatore rileva che sembrerebbe opportuno specificare se tali norme riguardino tutte le tipologie di polizze assicurative di cui all'articolo 10.

Il comma 1 dell'articolo 12 introduce, con decorrenza dalla data di entrata in vigore del decreto ministeriale di cui al comma 6 del precedente articolo 10 e fatte salve le norme sul procedimento obbligatorio di accertamento tecnico preventivo di cui all'articolo 8, la possibilità di azione diretta, da parte del danneggiato, nei confronti dell'impresa di assicurazione, con riferimento alle tipologie di polizze di cui ai commi 1 e 2 dell'articolo 10 ed entro i limiti delle somme per le quali sia stato stipulato il contratto di assicurazione. Non viene prevista - sottolinea il Relatore - la possibilità di azione diretta con riferimento alle polizze di cui al comma 3 dell'articolo 10. I successivi commi dell'articolo 12 disciplinano la suddetta azione diretta e l'azione di rivalsa da parte dell'impresa di assicurazione.

L'articolo 13 prevede che le strutture sanitarie e sociosanitarie e le imprese di assicurazione comunichino all'interessato la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro dieci giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, nelle forme ivi stabilite.

Il Relatore segnala che non appaiono chiari gli effetti del mancato rispetto del suddetto termine.

L'articolo 14 demanda ad un regolamento ministeriale l'istituzione di un Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria, al fine di provvedere alla copertura, totale o parziale, dei danni nelle fattispecie individuate dal comma 2 (fattispecie in cui, senza l'intervento del Fondo, il risarcimento sarebbe difficilmente conseguibile, in tutto o in parte). Il Fondo è alimentato da un contributo a carico delle imprese di assicurazione, da determinare in una percentuale del premio incassato per ciascun contratto relativo all'assicurazione per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria (commi 4 e 5). Il Fondo ha diritto di regresso nei confronti del responsabile del sinistro (comma 7).

Il Relatore osserva che non si prevede un diritto di regresso nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria e che non si richiama il principio (di cui al comma 1 del precedente articolo 9) sull'esclusione della rivalsa nei casi di assenza di dolo o di colpa grave.

L'articolo 15 reca disposizioni sui consulenti tecnici e periti di ufficio - rispettivamente, nei procedimenti giurisdizionali civili e in quelli penali, aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria - nonché sulla tenuta degli albi dei consulenti tecnici e di quelli dei periti, con riferimento agli esperti nei settori sanitari. Il comma 3, facendo riferimento ad un aggiornamento periodico "al fine di garantire, oltre a quella medico-legale, un'adeguata e idonea rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche dell'area sanitaria", sembra implicare una modifica delle norme, ivi richiamate, che, per il settore sanitario, prevedono, nell'albo dei consulenti tecnici, esclusivamente la categoria medico-chirurgica e, nell'albo dei periti, esclusivamente le categorie di esperti in medicina legale, in psichiatria ed in infortunistica del traffico e della circolazione stradale.

Il Relatore rileva che sembrerebbe opportuna una più chiara formulazione di tale disposizione.

La novella di cui al comma 1 dell'articolo 16 esclude che i verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico possano essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari.

In merito, il Relatore ricorda che la norma vigente (di cui all'articolo 1, comma 539, lettera a), della legge 28 dicembre 2015, n. 208) 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'articolo 220 delle Norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale. Da tale richiamo sembrerebbe derivare che i verbali e gli atti summenzionati possano essere utilizzati - dopo che siano emersi indizi di reato - come mezzi di prova nel processo penale esclusivamente a condizione che siano rispettate le modalità e le garanzie stabilite dal codice di procedura penale - come, per esempio, quelle poste dall'articolo 64, recante le "regole generali per l'interrogatorio".

La novella di cui al comma 2 dell'articolo in esame prevede 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 (di cui all'articolo 1, comma 540, della legge n. 208 del 2015), 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.

Il Relatore rileva che potrebbe essere opportuno valutare se far riferimento anche per la specializzazione in medicina legale ai titoli equipollenti.

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.

Il Relatore passa quindi a illustrare il disegno di legge n. 1134.

Il testo, composto da 13 articoli, reca disposizioni in materia di sicurezza delle cure e di responsabilità in ambito medico e sanitario.

L'articolo 1 qualifica la sicurezza come parte costitutiva del diritto alla tutela della salute e indica le attività attraverso le quali essa deve essere realizzata.

L'articolo 2 prevede l'istituzione di due specifiche tipologie di enti: le unità di prevenzione e gestione del rischio clinico e gli osservatori per la valutazione dei contenziosi. Le prime sono definite come strutture o funzioni di prevenzione e gestione del rischio clinico, che devono essere individuate in ogni azienda sanitaria, presidio o ente dei servizi sanitari regionali. I secondi sono configurati come enti finalizzati a implementare le pratiche di valutazione dei contenziosi, con adeguate rappresentanze delle associazioni dei pazienti.

L'articolo, tra l'altro, specifica che le attività di *risk management* svolte nell'ambito delle suddette unità hanno carattere confidenziale: i relativi atti sono indisponibili e inutilizzabili in un eventuale giudizio, se non facenti parte della cartella clinica.

L'articolo 3 disciplina le attività mediche e sanitarie, delle quali individua l'obiettivo e i principi ispiratori.

L'articolo 4 stabilisce che le prestazioni mediche e sanitarie, erogate per oggettive e documentate finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, ed eseguite nel rispetto delle buone pratiche e delle regole dell'arte da esercenti la professione medica o sanitaria o da altri professionisti legalmente autorizzati allo scopo, non costituiscono offese all'integrità psico-fisica.

Inoltre, esso apporta una modifica al codice penale, in virtù della quale, in caso di morte o lesioni come conseguenza di una condotta in ambito medico e sanitario, la colpa dell'operatore si ravvisa solo quando la condotta stessa sia inosservante delle buone pratiche e delle regole dell'arte e crei un rischio irragionevole ed inescusabile per la salute del paziente, concretizzatosi nell'evento.

L'articolo 5 apporta alcune modifiche al codice civile, in materia di responsabilità dell'esercente la professione medica o sanitaria: in primo luogo quest'ultimo, "in considerazione della natura altamente rischiosa" delle attività mediche e sanitarie, è tenuto al risarcimento solo se il fatto lesivo è conseguenza di colpa grave o dolo. Vengono inoltre precisate le condotte costituenti colpa grave; si stabilisce un termine per l'esercizio dell'azione risarcitoria (essa deve, a pena di decadenza, essere esercitata entro due anni dalla "data di consapevole presa di coscienza" del fatto lesivo); si prevede la

possibilità di agire solo contro la struttura, sia essa pubblica o privata, ove la condotta lesiva sia stata posta in essere da un esercente la professione medica o sanitaria che opera all'interno della struttura stessa.

L'articolo 6 stabilisce che la responsabilità civile per danni a persone occorsi nell'erogazione delle prestazioni, in una azienda sanitaria o in un ente o presidio del Servizio sanitario nazionale, ovvero in altra struttura pubblica o privata autorizzata ad erogare prestazioni sanitarie e operante in regime autonomo o di convenzione con il Servizio sanitario nazionale, è a carico della struttura stessa.

L'articolo 7 prevede la facoltà di intervento dell'esercente la professione medica o sanitaria nel giudizio promosso contro la struttura, prevedendo a tal fine che questi debba essere informato della causa: in difetto di tale comunicazione la decisione pronunciata nel giudizio promosso contro la struttura pubblica o privata non fa stato nel giudizio di rivalsa. Detta decisione - precisa inoltre l'articolo in esame - non fa mai stato nel procedimento disciplinare.

L'articolo 8 disciplina l'azione di rivalsa, ponendo alla stessa limiti temporali e quantitativi: l'azione è da esercitare entro un anno dall'avvenuto risarcimento e nella misura massima pari a tre annualità della retribuzione o del reddito professionale (al netto delle trattenute fiscali e previdenziali) percepiti al tempo in cui è stata proposta l'azione di risarcimento. Le eventuali trattenute sulla retribuzione, in esecuzione della rivalsa, non possono superare il quinto della retribuzione stessa, al netto delle trattenute fiscali e previdenziali. La transazione non è opponibile all'esercente la professione medica o sanitaria nel giudizio di rivalsa e nel giudizio disciplinare.

L'articolo 9 obbliga chi esercita la professione medica o sanitaria all'interno di strutture alla stipula, con oneri a proprio carico, di una polizza di assicurazione idonea a garantire l'azione di rivalsa.

Gli articoli 10 e 11 prescrivono, rispettivamente, la tutela obbligatoria delle strutture sanitarie per responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera, nella forma della copertura assicurativa o del fondo di garanzia; e il contenuto della garanzia assicurativa.

L'articolo 12 prevede che le "misure incidenti sul rapporto di lavoro" siano definite nell'ambito delle specifiche aree negoziali e negli accordi nazionali, fatto salvo quanto già espressamente previsto dalle leggi vigenti. Affida inoltre alla disciplina contrattuale la regolamentazione delle "azioni incidenti sul rapporto di lavoro" in caso di responsabilità, in pendenza di azione giudiziale o extragiudiziale.

L'articolo 13 reca una speciale disciplina di nomina dei consulenti tecnici d'ufficio, relativamente alle cause di responsabilità professionale medica e sanitaria.

Il Relatore illustra, infine, il disegno di legge n. 1648.

Il disegno di legge *de quo*, composto da 17 articoli, reca norme per la tutela della salute, per la disciplina del rischio e della responsabilità professionale medica.

Il capo primo del disegno di legge introduce norme in materia di rischio clinico.

L'articolo 1 definisce il campo d'applicazione della normativa proposta, mentre l'articolo 2, che reca la rubrica "Principi fondamentali", stabilisce che ogni struttura sanitaria pubblica e privata accreditata debba dotarsi di modelli organizzativi di prevenzione e gestione del rischio clinico che prevedano organi e procedure di vigilanza.

L'articolo 3 prefigura i contenuti dei suddetti modelli organizzativi e specifica, tra l'altro, che le procedure in materia di prevenzione e gestione del rischio clinico devono essere informatizzate e tracciabili elettronicamente.

L'articolo 4 attribuisce al direttore generale la responsabilità della predisposizione dei modelli organizzativi concernenti la prevenzione e gestione del rischio clinico: in caso di omessa predisposizione, questi decade dalla carica, e per la struttura vengono meno le condizioni per l'accreditamento. Analoghe conseguenze, in capo al direttore generale e alla struttura, derivano anche dall'inosservanza di alcuni degli obblighi prefigurati dall'articolo 3.

L'articolo 5 prevede l'istituzione, presso il Ministero della salute, della Commissione permanente per l'accreditamento dei modelli organizzativi e per il monitoraggio nazionale dell'andamento del contenzioso sanitario giudiziario ed extragiudiziario relativo alle strutture sanitarie pubbliche e private

accreditate, cui è affidato il compito di deliberare l'accredimento dell'organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, secondo le disposizioni di cui all'articolo 3.

L'articolo 6 prescrive la segretezza dei lavori delle riunioni periodiche relative al *risk management* e l'inutilizzabilità, a livello disciplinare, penale, civile ed erariale, delle dichiarazioni dei partecipanti alle citate riunioni.

L'articolo 7 obbliga le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate a comunicare all'assistito l'eventuale stipulazione di un contratto di assicurazione per la copertura della responsabilità civile, nonché il massimale assicurato e la compagnia assicurativa prescelta. L'inosservanza del predetto obbligo comporta, se si tratta di struttura pubblica, la decadenza dall'incarico del direttore generale; se si tratta di struttura privata accreditata, la decadenza dell'accredimento e la sospensione per un anno dall'esercizio dell'attività sanitaria.

L'articolo 8, col quale si apre il capo secondo, dedicato alla "Responsabilità", stabilisce che l'accettazione del paziente determina in capo alla struttura sanitaria, pubblica e privata accreditata, l'obbligo di eseguire la prestazione sanitaria e assistenziale ai sensi dell'articolo 1176, secondo comma, del codice civile (ossia, con il grado di diligenza richiesto dalla natura dell'attività esercitata). Esso prevede inoltre che se la struttura sanitaria, nell'adempimento dell'obbligazione sanitaria, si avvale dell'opera di terzi, risponde dei fatti dolosi o colposi di costoro, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura sanitaria stessa.

La disciplina recata dall'articolo in esame non è derogabile contrattualmente e si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in attività di regime intramurario.

L'articolo 9 disciplina l'azione diretta verso la struttura pubblica o privata accreditata, escludendo la possibilità di agire direttamente nei riguardi degli operatori dipendenti della stessa; dispone in ordine all'azione di rivalsa della struttura pubblica nei confronti dei dipendenti; regola l'esercizio dell'azione per danno erariale, specificando che quest'ultima non può essere esercitata ove sia stata già proposta l'azione di rivalsa.

L'articolo 10 prevede che l'azione di responsabilità per inadempimento della prestazione sanitaria nei confronti delle strutture pubbliche e private accreditate sia ammissibile solo a date condizioni (sia stato previamente esperito il tentativo di composizione amichevole; l'atto introduttivo del giudizio sia corredato da una consulenza di parte redatta da un medico specialista; l'atto introduttivo del giudizio quantifichi con precisione la percentuale temporanea e permanente di invalidità biologica, ove esistente, nonché la somma chiesta a titolo di risarcimento di danni non patrimoniali e a titolo di danni patrimoniali).

L'articolo 11 precisa in base a quali presupposti sia configurabile la responsabilità penale del medico, e introduce norme speciali relative alla responsabilità penale del medico specializzando e a quella del medico che abbia operato in *equipe*. Inoltre, commina sanzioni penali a coloro che, attraverso forme pubblicitarie dirette o indirette, istighino a intraprendere iniziative giudiziarie, anche penali, contro gli esercenti l'attività medico-sanitaria.

L'articolo 12 prevede che la querela relativa a fatti riconducibili a errore professionale sanitario sia improcedibile qualora non corredata da consulenza tecnica redatta da medico specialista. Stabilisce, inoltre, alcuni limiti alla costituzione di parte civile nel processo penale nei confronti dell'operatore sanitario.

L'articolo 13 dispone in ordine all'obbligo di informazione al paziente, posto in capo alla struttura sanitaria e al medico curante, e circa le modalità per la prestazione del consenso al trattamento sanitario.

L'articolo 14 enuncia i criteri ispiratori dell'assunzione di "scelte critiche" da parte del professionista sanitario, ossia in caso di richiesta contemporanea di soluzioni e mezzi terapeutici superiori alla concreta disponibilità.

L'articolo 15 prevede l'istituzione, presso ogni sede di Corte di appello, di un organo di composizione precontenziosa della lite per responsabilità aquiliana e per inadempimento della prestazione sanitaria.

L'articolo 16 dispone la soppressione di alcune disposizioni legislative: si tratta dei riferimenti alla responsabilità medica contenuti nell'articolo 5 del decreto legislativo n. 28 del 2010 (Attuazione dell'articolo 60 della legge 18 giugno 2009, n. 69, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali); e della speciale disciplina, concernente la responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie, recata dall'articolo 3, comma 1, del decreto-legge n. 158 del 2012 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 189 del 2012).

L'articolo 17 reca la clausola di entrata in vigore.

In conclusione, il Relatore propone che il disegno di legge n. 2224 sia, sin d'ora, adottato come testo base per il seguito dell'esame.

Conviene la Commissione.

La [PRESIDENTE](#), considerato che è già pervenuta una richiesta in questo senso, propone di svolgere una rapida istruttoria legislativa mediante un ciclo di audizioni informali.

Conviene la Commissione.

La [PRESIDENTE](#) invita i senatori interessati a far pervenire le proprie proposte di audizione entro giovedì 25 febbraio, fermo restando che l'attività istruttoria potrà avere inizio già nel corso della prossima settimana.

La Commissione prende atto.

Il seguito dell'esame congiunto è, quindi, rinviato.

La seduta termina alle ore 15,15.

ORDINE DEL GIORNO AL DISEGNO DI LEGGE

N. [1324](#)

G/1324/8/12

[MAURIZIO ROMANI](#), [BENCINI](#)

La 12ª Commissione,

in sede d'esame del disegno di legge n. 1324 recante "Deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di enti vigilati dal Ministero della salute, di sicurezza degli alimenti, di sicurezza veterinaria, nonché disposizioni di riordino delle professioni sanitarie, di tutela della salute umana e di benessere animale",

premesso che:

l'articolo 2 del disegno di legge in esame prevede l'inserimento nei Livelli essenziali di assistenza delle prestazioni di controllo del dolore nella fase travaglio-parto, effettuate tramite ricorso a tecniche di anestesia locoregionale, ferma restando la disciplina del consenso informato e della libertà di scelta delle partorienti;

considerato che:

un'assistenza personalizzata in gravidanza, l'instaurazione di una relazione terapeutica contrassegnata

dalla fiducia e dalla conoscenza della persona, e che tenga conto delle sue esigenze, conduce la donna ad una maggiore consapevolezza e tranquillità circa il grande impatto dell'esperienza che sta per compiere;

la continuità nell'assistenza, fondata sul riconoscimento di bisogni di tipo individualizzato, riduce la paura del travaglio e del parto, rende i futuri genitori più competenti rispetto a quanto dovranno affrontare e, in condizioni di buona salute, facilita il travaglio sia in termini di velocità che di riduzione della percezione dolorosa;

impegna il Governo,

a prevedere che l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza includa la garanzia di un'assistenza del parto adeguata agli standard europei, capace di offrire metodiche assistenziali personalizzate oltre alla possibilità di ricorrere a tecniche di anestesia locoregionale..

1.3.2.1.2. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 173 (ant.) del 18/02/2016

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari

Riunione n. 173
GIOVEDÌ 18 FEBBRAIO 2016

Presidenza della Presidente
[DE BIASI](#)

Orario: dalle ore 12,20 alle ore 13

*AUDIZIONE INFORMALE NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL DISEGNO DI LEGGE N. 2224 E
CONNESSI (RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEL PERSONALE SANITARIO)*

1.3.2.1.3. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 176 (pom.) del 01/03/2016

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari

Riunione n. 176
MARTEDÌ 1 MARZO 2016

Presidenza della Presidente
[DE BIASI](#)
indi del Vice Presidente
[Maurizio ROMANI](#)

Orario: dalle ore 13,40 alle ore 16

*AUDIZIONE INFORMALE NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL DISEGNO DI LEGGE N. 2224 E
CONNESSI (RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEL PERSONALE SANITARIO)*

1.3.2.1.4. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 321 (pom.) del 01/03/2016

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
MARTEDÌ 1° MARZO 2016
321^a Seduta

Presidenza della Presidente
DE BIASI

La seduta inizia alle ore 16.

IN SEDE CONSULTIVA

[\(2228\)](#) Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2015

(Relazione alla 14a Commissione. Seguito dell'esame e rinvio)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta del 25 febbraio.

Si apre la discussione generale.

La senatrice **GRANAIOLA** (PD) si sofferma innanzitutto sull'articolo 16 che, introducendo disposizioni sanzionatorie per l'inosservanza delle misure adottate dalla Agenzia nazionale per la sicurezza delle ferrovie (ANSF), a suo giudizio riveste importanza anche nell'ottica della tutela della salute dei viaggiatori. Ritiene che il carattere irrisorio delle sanzioni comminate dall'articolo in esame tradisca i principi enunciati dalla direttiva 2004/49/CE e le disposizioni dettate dalla relativa normativa di recepimento.

Quanto all'articolo 17, in tema di monitoraggio del prelievo venatorio, segnala in termini critici che la previsione dell'obbligo di annotazione sul tesserino venatorio della fauna abbattuta, da parte dei cacciatori, appare non assistita da disposizioni sanzionatorie.

In merito all'articolo 10, concernente modifiche alle aliquote IVA applicabili al basilico, al rosmarino ed alla salvia freschi destinati all'alimentazione, esprime l'avviso che sarebbe preferibile prevedere in materia un'aliquota IVA del 5 per cento, la quale sarebbe in linea con le disposizioni della

direttiva 2006/112/CE: in questo modo, a giudizio dell'oratrice, si potrebbe contemperare l'esigenza di superare le contestazioni provenienti dalle istituzioni europee con la necessità di tutelare le coltivazioni in questione, considerata l'importanza di queste ultime per la dieta mediterranea.

Riguardo all'articolo 5, in ordine all'adeguamento della disciplina della tassazione delle vincite corrisposte da case da gioco in altro Stato membro, ritiene che il pronunciamento della Corte di giustizia europea, da cui ha preso le mosse l'intervento normativo in esame, non abbia tenuto in considerazione, probabilmente perchè tale aspetto non è stato posto adeguatamente in rilievo, che la *ratio* della normativa italiana attualmente vigente in materia è quella di contrastare il gioco d'azzardo.

Infine, si duole delle previsioni recate dagli articoli 1 e 2, nella parte in cui esse modificano alcune disposizioni in materia di qualità e trasparenza, nel settore alimentare, in senso sfavorevole alla tutela di prodotti italiani importanti, come l'olio d'oliva ed il miele.

La **PRESIDENTE** rammenta che, nell'esame del disegno di legge in titolo, è necessario trattare di profili rientranti nella competenza della Commissione.

Il senatore **FLORIS** (*FI-PdL XVII*) fa rilevare che i contenuti del disegno di legge in esame sono disciplinati dalla legge 24 dicembre 2012, n. 234: esso reca disposizioni volte a prevenire l'apertura o a permettere la chiusura di procedure d'infrazione, e pertanto le scelte normative ad esso sottese sono in qualche modo necessitate dalle indicazioni provenienti dalle istituzioni europee, e non il frutto di valutazioni di merito del legislatore nazionale.

Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

SULLA PUBBLICAZIONE DI DOCUMENTI ACQUISITI NEL CORSO DELLE AUDIZIONI

La **PRESIDENTE** comunica che, nella riunione dell'Ufficio di Presidenza tenutasi in data odierna, nell'ambito dell'esame dei disegni di legge nn. 2224 e connessi (responsabilità professionale del personale sanitario), è stata depositata documentazione da parte del professor Giovanni Comandè', ordinario di diritto privato comparato presso la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, del dottor Patrizio Gattari, magistrato della Sezione Prima Civile del Tribunale di Milano e di rappresentanti dell'Associazione Magistrati della Corte dei conti.

Tale documentazione sarà resa disponibile alla pubblica consultazione sulla pagina *web* della Commissione.

La Commissione prende atto.

La seduta termina alle ore 16,15.

1.3.2.1.5. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 177 (pom.) dell'08/03/2016

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari

Riunione n. 177
MARTEDÌ 8 MARZO 2016

Presidenza della Presidente
[DE BIASI](#)

Orario: dalle ore 15,10 alle ore 16

*AUDIZIONE INFORMALE NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL DISEGNO DI LEGGE N. 2224 E
CONNESSI (RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEL PERSONALE SANITARIO)*

1.3.2.1.6. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 325 (pom.) dell'08/03/2016

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
MARTEDÌ 8 MARZO 2016
325^a Seduta (2a pomeridiana)

Presidenza della Presidente
DE BIASI

La seduta inizia alle ore 16.

IN SEDE CONSULTIVA

[\(2228\)](#) Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2015

(Relazione alla 14a Commissione. Seguito e conclusione dell'esame. Relazione favorevole)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta del 1° marzo.

Non essendovi richieste di intervento, la **PRESIDENTE** dichiara conclusa la discussione generale e dà la parola alla relatrice.

La relatrice **BIANCONI** (AP (NCD-UDC)), in sede di replica, dichiara di non condividere le considerazioni problematiche svolte dalla senatrice Granaiola in merito agli articoli 1 e 2 del disegno di legge in esame.

Quanto all'articolo 1, concernente l'etichettatura degli oli d'oliva, fa presente che esso, al fine di superare i rilievi delle Istituzioni europee, si limita a intervenire su aspetti marginali: le modalità di evidenziazione cromatica delle indicazioni di origine delle miscele, che vengono peraltro disciplinate in maniera tale da assicurare visibilità, leggibilità e indelebilità; il termine minimo di conservazione (che comunque resta obbligatoriamente da inserire in etichetta), la cui individuazione viene demandata alla responsabilità dei produttori.

In merito all'articolo 2, riguardante l'etichettatura del miele, fa rilevare che esso si limita a chiarire la non obbligatorietà dell'indicazione dei singoli Paesi di provenienza in caso di miscele di mieli prodotti

in altri Stati membri e immessi sul mercato nel rispetto della normativa europea in materia.

Per ciò che attiene alle altre osservazioni formulate dalla senatrice Granaiola, ritiene, senza entrare nel merito delle stesse, che esse ineriscano a profili estranei alla competenza della Commissione.

In conclusione, propone di formulare sul disegno di legge in titolo una relazione favorevole.

Si procede alle dichiarazioni di voto.

La senatrice [DIRINDIN](#) (PD) annuncia che il proprio Gruppo voterà a favore della proposta di relazione formulata dalla relatrice, mentre il senatore ZUFFADA dichiara il voto contrario della propria parte politica.

La senatrice [GRANAIOLA](#) (PD), in dissenso dal proprio Gruppo, dichiara che esprimerà un voto di astensione, in quanto, a suo giudizio, non sono state tenute nella dovuta considerazione le implicazioni di carattere sanitario delle disposizioni su cui si è soffermata nel corso della discussione generale.

Nessun altro chiedendo di intervenire, accertata la presenza del prescritto numero di senatori, la [PRESIDENTE](#) pone in votazione la proposta di relazione favorevole appena formulata (pubblicata in allegato).

La Commissione approva.

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

La [PRESIDENTE](#) segnala l'opportunità di porre all'ordine del giorno della Commissione l'esame, in sede consultiva, dei disegni di legge relativi alla lingua dei segni (n. 302 e connessi), assegnati in sede referente alla 1ª Commissione; nonché dei disegni di legge sul cosiddetto "dopo di noi" (n. 292 e 2232), assegnati in sede referente alla 11ª Commissione.

Soggiunge che, in assenza di obiezioni, alla luce dell'andamento dei lavori presso le Commissioni di merito, l'esame dei disegni di legge sulla lingua dei segni sarà avviato già nel corso di questa settimana; l'esame dei disegni di legge sul "dopo di noi" avrà invece inizio a partire dalla prossima settimana.

Poiché non vi sono obiezioni, così rimane stabilito.

La [PRESIDENTE](#) comunica che, in relazione ai disegni di legge n. 2224 e connessi, è stato definito un nutrito calendario di audizioni (più di trenta, nel complesso, alcune delle quali già svolte).

Fa presente che continuano, peraltro, a giungere numerose richieste di audizione.

Per coniugare la rapidità dell'esame con l'esigenza di non privare la Commissione di possibili contributi all'istruttoria, propone che alle ulteriori richieste di audizione si risponda comunicando che il calendario è già definito, ma dando la disponibilità all'acquisizione di eventuali documenti scritti: questi ultimi verranno posti nella disponibilità dei commissari e, ove nulla osti, pubblicati sulla pagina

web della Commissione.

La Commissione conviene.

La seduta termina alle ore 16,15.

**RELAZIONE APPROVATA DALLA COMMISSIONE
SUL DISEGNO DI LEGGE N. 2228**

La Commissione 12a,
esaminato, per quanto di competenza, il disegno di legge in titolo,
formula una relazione favorevole.

1.3.2.1.7. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 327 (pom.) del 09/03/2016

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
MERCOLEDÌ 9 MARZO 2016
327^a Seduta (pomeridiana)

Presidenza della Presidente
DE BIASI

La seduta inizia alle ore 16,05.

IN SEDE CONSULTIVA

(302) DE POLI. - Riconoscimento della lingua italiana dei segni

(1019) FAVERO ed altri. - Disposizioni per la promozione della piena partecipazione delle persone sorde alla vita collettiva e per il riconoscimento della lingua dei segni italiana

(1151) PAGLIARI ed altri. - Disposizioni per la rimozione delle barriere della comunicazione, per il riconoscimento della lingua dei segni italiana (LIS) e della LIS tattile, nonché per la promozione dell'inclusione sociale delle persone sorde, sordo-cieche e con disabilità uditiva in genere

(1789) CONSIGLIO. - Disposizioni per la rimozione delle barriere della comunicazione, per il riconoscimento della lingua dei segni italiana (LIS) e della LIS tattile e per la promozione dell'inclusione sociale delle persone sorde e sordo-cieche

(1907) AIELLO. - Disposizioni per la rimozione delle barriere della comunicazione, per il riconoscimento della lingua dei segni italiana (LIS) e della LIS tattile e per la promozione dell'inclusione sociale delle persone sorde e sordo-cieche

(Parere alla 1a Commissione. Esame congiunto e rinvio)

La relatrice **DIRINDIN** (PD) introduce l'esame congiunto dei disegni di legge in titolo, evidenziando preliminarmente che essi sono volti a introdurre disposizioni in favore delle persone non udenti, allo scopo di promuoverne l'inserimento sociale, educativo e lavorativo, anche attraverso il riconoscimento della lingua dei segni italiana (LIS) come lingua della minoranza linguistica dei sordi, ritenuta meritevole della tutela di cui all'articolo 6 della Costituzione.

Passa quindi a illustrare in maggiore dettaglio i testi.

I disegni di legge n. 302, d'iniziativa del senatore De Poli, e n. 1019, a prima firma della senatrice Favero, prevedono il riconoscimento della LIS come lingua non territoriale propria della comunità dei sordi, in ragione della sua specifica morfologia, sintattica e lessicale.

È prevista l'adozione di uno o più regolamenti governativi di attuazione, in considerazione dei risvolti

tecnici che tale normativa comporta, oltre all'intesa in sede di Conferenza unificata, a motivo delle competenze regionali in materia di assistenza sociale. Nell'elaborazione dei regolamenti sarà possibile coinvolgere l'ente preposto istituzionalmente alla tutela dei sordi, nonché le associazioni maggiormente rappresentative per la tutela e la promozione dei diritti delle persone sorde.

I due provvedimenti stabiliscono, inoltre, che la LIS possa essere utilizzata in giudizio e nei rapporti dei cittadini con le pubbliche amministrazioni.

Il testo proposto dal senatore De Poli garantisce l'insegnamento della LIS nelle scuole primaria e secondaria di primo grado, per consentire ai bambini sordi un pieno sviluppo cognitivo nell'ambito della propria comunità, che includa persone sorde e udenti, nonché un pieno accesso all'istruzione, alla cultura e all'inserimento lavorativo e sociale. A tal fine, è garantito altresì l'utilizzo dell'interprete della LIS nelle scuole superiori e nelle università.

Il disegno di legge n. 1019 che, con alcune modificazioni, ripropone il testo del provvedimento esaminato dalla Camera la scorsa legislatura, prevede che gli interventi diagnostici precoci per tutti i bambini nati o divenuti sordi o sordociechi, ai fini dei necessari interventi protesici o logopedici, siano inseriti tra i livelli essenziali delle prestazioni. È altresì promossa la ricerca scientifica e tecnologica per favorire un impiego sempre più diffuso delle tecnologie visive e acustiche necessarie per la comunicazione e l'accesso all'informazione. Sono determinate le modalità di utilizzo della LIS in ambito scolastico e universitario, nonché di altre tecniche, anche informatiche, volte a favorire la comunicazione delle persone con disabilità. È promossa la diffusione della LIS e delle tecnologie per la sottotitolazione, con particolare riferimento alle trasmissioni televisive, ed è favorita la rimozione di ogni barriera che limiti la partecipazione delle persone sorde e sordocieche alla vita collettiva.

Anche i disegni di legge n. 1151, a prima firma del senatore Pagliari, n. 1789, d'iniziativa del senatore Consiglio, e n. 1907, presentato dal senatore Aiello, sono volti a favorire la partecipazione delle persone con disabilità uditiva alla vita collettiva, garantendo la diffusione e l'utilizzo della lingua dei segni e di tutti gli altri strumenti di accesso alla comunicazione.

È assicurata la libertà di scelta delle persone disabili e delle loro famiglie in merito alle modalità di comunicazione, ai percorsi educativi e agli ausili utilizzati per il raggiungimento della piena integrazione sociale.

Particolare attenzione è posta alla promozione dell'accessibilità alla comunicazione, all'informazione, ai luoghi e agli spazi pubblici e privati e ai rapporti con la pubblica amministrazione, anche attraverso la prestazione di servizi di interpretariato nella LIS e nella LIS tattile.

In ambito scolastico, è garantita la prestazione di tutti i servizi a sostegno degli alunni sordi, nonché l'accessibilità all'istruzione universitaria e post-universitaria.

Sono altresì previste misure di garanzia delle pari opportunità delle persone con disabilità uditiva nei luoghi di lavoro, così come nelle strutture che forniscono servizi sanitari, di pronto soccorso e cura. Attraverso la realizzazione di servizi di interpretariato nella LIS e di sottotitolazione, è assicurata la piena accessibilità del patrimonio artistico e culturale italiano, la fruizione di eventi culturali e ricreativi nonché la pratica sportiva e l'uso dei mezzi pubblici di trasporto.

In particolare, i disegni di legge n. 1151 e n. 1789, oltre a sostenere la prevenzione e la cura della sordità, riconoscono e tutelano la LIS e la lingua dei segni tattile, promuovendo altresì l'insegnamento della lingua italiana parlata e scritta, l'oralismo e il bilinguismo (lingua italiana parlata/LIS).

In conclusione, la relatrice fa presente che la Commissione di merito ha adottato un testo base - predisposto dal relatore Russo e risultante dall'unificazione dei disegni di legge appena illustrati - che contiene diverse disposizioni attinenti a profili di interesse sanitario.

Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

La senatrice [PADUA](#) (PD) riferisce di aver svolto recentemente, di propria iniziativa, una visita presso una struttura sanitaria in provincia di Ragusa, insieme con il sottosegretario alla salute De Filippo, durante la quale la competente direzione generale non ha prestato la collaborazione istituzionale che, a suo giudizio, sarebbe stato lecito attendersi. Propone pertanto di programmare una visita ufficiale della Commissione presso la struttura in questione.

La [PRESIDENTE](#) esprime l'avviso che sia opportuno trattare della questione posta dalla senatrice Padua in sede di Ufficio di Presidenza.

La senatrice [TAVERNA](#) (M5S) segnala che, secondo quanto ha avuto modo di apprendere, il Ministero della salute starebbe svolgendo attività prodromiche all'effettuazione di una sperimentazione in tema di *screening* neo nati, attività che appaiono in distonia rispetto alle previsioni del disegno di legge in materia approvato dalla Commissione in sede deliberante e ora all'esame dell'altro ramo (Atto Camera n. 3504, già Atto Senato n. 998). Si domanda se tale condotta del Ministero, ove confermata, possa essere reputata conforme al principio di leale collaborazione tra poteri dello Stato.

La [PRESIDENTE](#) riterrebbe non infondate le perplessità espresse dalla senatrice Taverna, ove la notizia riportata dovesse trovare conferma.

SULLA PUBBLICAZIONE DI DOCUMENTI ACQUISITI NEL CORSO DELLE AUDIZIONI

La [PRESIDENTE](#) comunica che, nella riunione dell'Ufficio di Presidenza tenutasi in data odierna, nell'ambito dell'esame dei disegni di legge n. 2224, 1134 e 1648 (responsabilità professionale del personale sanitario), è stata depositata documentazione da parte di rappresentanti di Assobiomedica, di AON Spa e della Società Oftalmologica Italiana (SOI).

Tale documentazione sarà resa disponibile alla pubblica consultazione sulla pagina *web* della Commissione.

La Commissione prende atto.

La seduta termina alle ore 16,15.

1.3.2.1.8. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 179 (pom.) del 10/03/2016

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari

Riunione n. 179
GIOVEDÌ 10 MARZO 2016

Presidenza della Presidente
DE BIASI
indi della Vice Presidente
RIZZOTTI

Orario: dalle ore 14 alle ore 16,10

*AUDIZIONE INFORMALE NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL DISEGNO DI LEGGE N. 2224 E
CONNESSI (RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEL PERSONALE SANITARIO)*

1.3.2.1.9. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 180 (pom.) del 15/03/2016

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi

MARTEDÌ 15 MARZO 2016
180^a Seduta

Presidenza della Presidente
[DE BIASI](#)

Orario: dalle ore 13,15 alle ore 14

*AUDIZIONE INFORMALE NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL DISEGNO DI LEGGE N. 2224 E
CONNESSI (RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEL PERSONALE SANITARIO)*

1.3.2.1.10. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 182 (pom.) del 15/03/2016

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi

MARTEDÌ 15 MARZO 2016
182^a Seduta

Presidenza della Presidente
[DE BIASI](#)
indi del Vice Presidente
[Maurizio ROMANI](#)

Orario: dalle ore 15,25 alle ore 16,15

*AUDIZIONE INFORMALE NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL DISEGNO DI LEGGE N. 2224 E
CONNESSI (RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEL PERSONALE SANITARIO)*

1.3.2.1.11. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 183 (pom.) del 16/03/2016

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari

Riunione n. 183
MERCOLEDÌ 16 MARZO 2016

Presidenza della Vice Presidente
[RIZZOTTI](#)
indi della Presidente
[DE BIASI](#)

Orario: dalle ore 14,25 alle ore 16,15

*AUDIZIONE INFORMALE NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL DISEGNO DI LEGGE N. 2224 E
CONNESSI (RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEL PERSONALE SANITARIO)*

1.3.2.1.12. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanità) - Seduta n. 328 (ant.) del 17/03/2016

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
GIOVEDÌ 17 MARZO 2016
328^a Seduta

Presidenza della Presidente
DE BIASI

La seduta inizia alle ore 9.

IN SEDE CONSULTIVA

(2232) Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave, prive del sostegno familiare, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Grassi ed altri; Ileana Argentin ed altri; Anna Margherita Miotto ed altri; Vargiu ed altri; Paola Binetti ed altri; Rondini ed altri

(292) BARANI. - Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare e istituzione del fondo "Dopo di noi"

(Parere alla 11^a Commissione. Esame congiunto e rinvio)

La **PRESIDENTE**(PD), in sostituzione della relatrice Silvestro, illustra i disegni di legge in titolo.

Il disegno di legge n. 2232 prevede interventi di assistenza, cura e protezione in favore delle persone con disabilità grave - non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità - prive di sostegno familiare in quanto mancanti di entrambi i genitori o perché gli stessi non sono in grado di sostenere le responsabilità della loro assistenza. Si prevede che tali misure siano adottate previa predisposizione o aggiornamento di un progetto individuale e siano assicurate anche in vista del venir meno del sostegno familiare, mediante la progressiva presa in carico della persona interessata già durante l'esistenza in vita dei genitori.

L'articolo 1 individua le finalità della legge che, in linea generale, in attuazione dei principi costituzionali, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, è diretta a favorire il benessere, l'inclusione e l'autonomia delle persone con disabilità. Più specificamente, destinatari delle previste misure di

assistenza, cura, e protezione sono le persone con disabilità grave non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, prive di sostegno familiare, in quanto mancanti di entrambi i genitori o perché gli stessi non sono in grado di sostenere le responsabilità della loro assistenza. In tal senso, le misure prevedono la progressiva presa in carico della persona disabile durante l'esistenza in vita dei genitori, e rafforzano quanto già previsto in tema di progetti individuali per le persone disabili. Restano comunque salvi i livelli essenziali di assistenza e gli altri benefici previsti dalla legislazione vigente in favore delle persone disabili. Il testo prevede che siano agevolate anche le erogazioni di soggetti privati e la costituzione di *trust* in favore dei disabili.

L'articolo 2 disciplina le modalità di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni nel campo sociale da garantire su tutto il territorio nazionale ai soggetti di cui all'articolo 1, ai sensi dell'articolo 117, comma 2, lettera *m*) della Costituzione. E' previsto che tale definizione avvenga nell'ambito del procedimento di cui all'articolo 13 del decreto legislativo n. 68/2011 (Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario), che ha rimesso alla legge statale la determinazione dei livelli essenziali di assistenza da garantire sul territorio nazionale nelle materie diverse dalla sanità, prendendo a riferimento macroaree di intervento e stabilendo per ciascuna macroarea i costi e i fabbisogni *standard* nonché le metodologie di monitoraggio e di valutazione dell'efficienza e dell'appropriatezza dei servizi offerti. Viene comunque stabilito che, nelle more del completamento del procedimento di cui al citato articolo 13, con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata, da emanarsi entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge, vengano definiti gli obiettivi di servizio da erogare ai soggetti di cui all'articolo 1, nei limiti delle risorse disponibili a valere sul Fondo di cui all'articolo 3.

L'articolo 3, per le finalità di cui agli articoli 1 e 2, istituisce presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali il Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare. L'accesso alle misure di assistenza, cura e protezione a carico del Fondo è subordinata alla presenza di requisiti da individuare con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, da emanarsi entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge, di concerto col Ministro dell'economia, previa intesa in sede di Conferenza unificata. E' demandata alle regioni la definizione dei criteri per l'erogazione dei finanziamenti, la verifica dell'attuazione dell'attività svolte e le ipotesi di revoca dei finanziamenti medesimi.

Ai sensi dell'articolo 4, il Fondo è destinato all'attuazione degli obiettivi di servizio di cui all'articolo 2, comma 2, ossia: realizzare programmi ed interventi innovativi di residenzialità diretti alla creazione di strutture alloggiative di tipo familiare o di analoghe soluzioni residenziali previste dalle leggi regionali, realizzare interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extrafamiliare per far fronte ad eventuali emergenze, sviluppare programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile da parte dei soggetti di cui all'articolo 1. E' previsto che al finanziamento dei programmi e degli interventi citati possano concorrere le regioni, gli enti locali, gli organismi del terzo settore nonché altri soggetti di diritto privato. In proposito, la relatrice ricorda che il comma 400 dell'articolo 1 della legge di stabilità per il 2016 (Legge 28 dicembre 2015, n. 208) istituisce presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali un Fondo, con una dotazione di 90 milioni di euro a decorrere dall'anno 2016, destinato alla copertura finanziaria di interventi legislativi recanti misure per il sostegno di persone con disabilità grave prive di legami familiari.

L'articolo 5, intervenendo sull'articolo 15, comma 1, lettera *f*) del TUIR, stabilisce che, a decorrere dal 2015, è elevato da 530 euro a 750 euro l'ammontare massimo di spesa detraibile relativamente ai premi per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte e finalizzate alla tutela delle persone con disabilità grave accertata ai sensi dell'articolo 4 della legge 104/1992 (comma 1). Alla copertura dei relativi oneri valutati in 35,7 milioni per l'anno 2016 e in 20,4 milioni a decorrere dal 2017 ? si

provvede ai sensi del successivo articolo 9 del provvedimento in esame (comma 2).

L'articolo 6 disciplina l'istituzione di un *trust* in favore di disabili gravi e le connesse agevolazioni tributarie.

Per quanto attiene al comma 1 dell'articolo in questione, la Relatrice evidenzia la necessità di un chiarimento sulla portata applicativa delle agevolazioni fiscali e delle esenzioni, sottolineando che con il comma 2 si condizionano le esenzioni al fatto che il *trust* persegua come finalità l'inclusione sociale.

Le ulteriori condizioni richieste per fruire delle esenzioni sono stabilite dal comma 3. I successivi commi da 4 a 8 dispongono sui trasferimenti di beni e diritti in favore dei *trust*, sul conferimento di immobili nei *trust* in favore di disabili gravi e sulla deducibilità dal reddito complessivo delle donazioni effettuate nei confronti del *trust*.

Gli articoli 7 e 8 prevedono l'avvio di campagne informative sulla diffusione della conoscenza delle disposizioni del provvedimento e la presentazione di una relazione annuale alle Camere sullo stato di attuazione di esse.

L'articolo 9 provvede alla copertura finanziaria.

Quanto al disegno di legge n. 292, la Relatrice fa presente che il provvedimento prevede, come forma di sostegno, un assegno mensile in favore dei soggetti affetti da disabilità grave privi di supporto familiare, di importo pari a 800 euro.

Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

(302) DE POLI. - Riconoscimento della lingua italiana dei segni

(1019) FAVERO ed altri. - Disposizioni per la promozione della piena partecipazione delle persone sorde alla vita collettiva e per il riconoscimento della lingua dei segni italiana

(1151) PAGLIARI ed altri. - Disposizioni per la rimozione delle barriere della comunicazione, per il riconoscimento della lingua dei segni italiana (LIS) e della LIS tattile, nonché per la promozione dell'inclusione sociale delle persone sorde, sordo-cieche e con disabilità uditiva in genere

(1789) CONSIGLIO. - Disposizioni per la rimozione delle barriere della comunicazione, per il riconoscimento della lingua dei segni italiana (LIS) e della LIS tattile e per la promozione dell'inclusione sociale delle persone sorde e sordo-cieche

(1907) AIELLO. - Disposizioni per la rimozione delle barriere della comunicazione, per il riconoscimento della lingua dei segni italiana (LIS) e della LIS tattile e per la promozione dell'inclusione sociale delle persone sorde e sordo-cieche

(Parere alla 1ª Commissione. Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

Prosegue l'esame congiunto, sospeso nella seduta pomeridiana del 9 marzo.

Si apre la discussione generale.

La senatrice **GRANAIOLA** (PD) premette che, alla luce della Costituzione, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e della Convenzione dell'Onu sui diritti delle persone con disabilità, ogni iniziativa legislativa a beneficio delle persone con disabilità uditiva è meritevole di attenta valutazione e se del caso di promozione.

In particolare, per quanto attiene alla lingua dei segni, esprime l'avviso che essa non debba essere configurata come lingua di una minoranza ma bensì come il principale strumento di comunicazione alternativo alla lingua parlata, senza peraltro dimenticare i progressi tecnologici nel campo dei dispositivi per i sordi. In proposito, ritiene che debba essere rafforzata la libertà di scelta delle persone circa gli strumenti da adottare per la prevenzione, la cura e la riabilitazione. Reputa altresì necessario che il testo chiarisca come debbano essere formati gli assistenti alla comunicazione, se del caso demandando ad un decreto del Ministro dell'università e della ricerca l'individuazione dei percorsi formativi e le modalità di certificazione delle relative competenze.

Più in generale, segnala che diverse disposizioni a tutela delle persone sorde sono recate dalla legge n. 104 del 1992, disposizioni rispetto alle quali bisognerebbe evitare sovrapposizioni.

In conclusione, sottolinea che le iniziative legislative in materia di sostegno alle persone affette da disabilità uditiva dovrebbero perseguire il fine ultimo dell'inclusione, evitando di creare, al di là delle intenzioni, le condizioni per un ulteriore isolamento.

Il seguito dell'esame congiunto è, quindi, rinviato.

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

La **PRESIDENTE** comunica che, come convenuto in sede di Ufficio di Presidenza nella riunione tenutasi ieri, nel corso della prossima settimana i lavori della Commissione, in sede plenaria, si concentreranno sull'esame in sede consultiva dei disegni di legge concernenti la lingua dei segni e il cosiddetto "dopo di noi", nonché sull'esame in sede referente dei disegni di legge n. 1324 e connessi. Saggiunge che si svolgeranno altresì, in sede di Ufficio di Presidenza, ulteriori audizioni nell'ambito dell'istruttoria legislativa sui disegni di legge n. 2224 e connessi.

La Commissione prende atto.

SULLA PUBBLICAZIONE DI DOCUMENTI ACQUISITI NEL CORSO DELLE AUDIZIONI

La **PRESIDENTE** comunica che, nelle riunioni dell'Ufficio di Presidenza tenutesi il 18 febbraio, il 10, il 15 e il 16 marzo, nell'ambito dell'esame dei disegni di legge n. 2224, 1134 e 1648 (responsabilità professionale del personale sanitario), è stata depositata documentazione. In particolare, hanno consegnato documenti: Rete consumatori Italia (Assoutenti, Casa del consumatore, Codici); Società italiana di medicina legale; Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva; Associazione italiana ospedalità privata (AIOP); Federazione nazionale dei collegi delle ostetriche (FNCO); Federazione nazionale collegi professionali tecnici sanitari di radiologia medica (TSRM); CGIL (area contrattuale

politiche della salute); Fondazione Allineare sanità e salute; i professori Davide Ferrara e Donato Nitti dell'Università degli Studi di Padova; Società italiana di ortopedia e traumatologia (SIOT); OTODI (Ortopedici traumatologi ospedalieri italiani); Associazione sindacale chirurghi ortopedici (NUOVA ASCOT); Fondazione per educazione e management in ortopedia (FEMOR); Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri italiani (AOGOI); Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO).

Tale documentazione, ove nulla osti, sarà resa disponibile alla pubblica consultazione sulla pagina *web* della Commissione.

La Commissione prende atto.

La seduta termina alle ore 9,20.

1.3.2.1.13. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 185 (pom.) del 17/03/2016

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari

Riunione n. 185
GIOVEDÌ 17 MARZO 2016

Presidenza della Presidente
[DE BIASI](#)

Orario: dalle ore 14,35 alle ore 15,55

*AUDIZIONE INFORMALE NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL DISEGNO DI LEGGE N. 2224 E
CONNESSI (RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEL PERSONALE SANITARIO)*

1.3.2.1.14. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 186 (ant.) del 22/03/2016

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari

Riunione n. 186
MARTEDÌ 22 MARZO 2016

Presidenza della Presidente
[DE BIASI](#)
indi del Vice Presidente
[Maurizio ROMANI](#)

Orario: dalle ore 11,15 alle ore 13,15

*AUDIZIONE INFORMALE NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL DISEGNO DI LEGGE N. 2224 E
CONNESSI (RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEL PERSONALE SANITARIO)*

1.3.2.1.15. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 329 (pom.) del 22/03/2016

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
MARTEDÌ 22 MARZO 2016
329^a Seduta

Presidenza della Presidente
[DE BIASI](#)

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute De Filippo.

La seduta inizia alle ore 13,40.

IN SEDE REFERENTE

[\(1324\)](#) *Deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di enti vigilati dal Ministero della salute, di sicurezza degli alimenti, di sicurezza veterinaria, nonché disposizioni di riordino delle professioni sanitarie, di tutela della salute umana e di benessere animale*

[\(154\)](#) *Laura BIANCONI e D'AMBROSIO LETTIERI. - Istituzione degli ordini e albi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione*

[\(693\)](#) *MANDELLI e D'AMBROSIO LETTIERI. - Modifiche all'articolo 102 del testo unico delle leggi sanitarie, di cui al regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265*

[\(725\)](#) *D'AMBROSIO LETTIERI ed altri. - Riordino della disciplina degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie*

[\(818\)](#) *Annalisa SILVESTRO ed altri. - Riordino della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie di medico-chirurgo, di odontoiatra, di medico veterinario, di farmacista e delle professioni sanitarie di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251*

[\(829\)](#) *BIANCO ed altri. - Norme in materia di riordino della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie di medico-chirurgo e di odontoiatra, di medico veterinario e di farmacista e istituzione degli ordini e degli albi delle professioni sanitarie*

[\(833\)](#) *D'ANNA. - Ordinamento delle professioni di biologo e di psicologo*

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

Prosegue l'esame congiunto, sospeso nella seduta antimeridiana del 3 marzo.

Si passa all'esame degli emendamenti volti all'introduzione di articoli aggiuntivi, riferiti agli articoli 13 e seguenti.

La [PRESIDENTE](#) dichiara improponibile, per estraneità di materia, l'emendamento 13.0.1.

La Commissione prende atto.

L'emendamento 19.0.1 è dichiarato decaduto in ragione dell'assenza dei proponenti.

In conformità all'invito formulato dalla [PRESIDENTE](#) (PD) relatrice e dal rappresentante del GOVERNO, sono ritirati gli emendamenti 25.0.1, 25.0.2 (testo 2), 25.0.2, 25.0.3 (testo 2), 25.0.4, 25.0.5 e 25.0.6, quest'ultimo previa sottoscrizione da parte del senatore [Maurizio ROMANI](#) (Misto-Idv).

Il senatore [D'AMBROSIO LETTIERI](#) (CoR) sottolinea di aver acconsentito al ritiro delle proprie proposte emendative relative alla disciplina delle medicine non convenzionali confidando nel fatto che la Commissione tratterà in maniera organica la materia in sede di esame dei disegni di legge n. 225 e connessi.

L'emendamento 25.0.7 è, infine, dichiarato decaduto in ragione dell'assenza dei proponenti.

Il seguito dell'esame congiunto è, quindi, rinviato.

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

La [PRESIDENTE](#) comunica che l'esame in sede consultiva dei disegni di legge concernenti la lingua italiana dei segni (n. [302](#) e connessi) e il cosiddetto "dopo di noi" (n. [2232](#) e connessi) proseguirà nella seduta antimeridiana di domani.

La Commissione prende atto.

La [PRESIDENTE](#) dispone, quindi, la sospensione della seduta.

La seduta, sospesa alle ore 13,50, riprende alle ore 14,10.

La [PRESIDENTE](#) avverte che, a causa di un disguido che le è appena stato comunicato, la prevista audizione del professor Rasi non potrà essere svolta nella giornata odierna: essa è rinviata a una data

che verrà successivamente resa nota.

La Commissione prende atto.

SULLA PUBBLICAZIONE DI DOCUMENTI ACQUISITI NEL CORSO DELLE AUDIZIONI

La **PRESIDENTE** comunica che, nelle riunioni dell'Ufficio di Presidenza tenutesi il 17 marzo ed in data odierna, nell'ambito dell'esame dei disegni di legge n. 2224, 1134 e 1648 (responsabilità professionale del personale sanitario), è stata depositata documentazione da parte dei seguenti soggetti: Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO), Federazione nazionale Collegi Infermieri (IPASVI), Federazione italiana Medici di famiglia (FIMMG), Società scientifica Medici legali Aziende sanitarie COMLAS, Società medico giuridica Melchiorre Gioia, Associazione Obiettivo Ippocrate, Sindacato italiano specialisti in medicina legale e delle assicurazioni (SISMLA), Associazione nazionale dentisti italiani (ANDI), Centro Internazionale di Eccellenza per la Formazione e la Ricerca (INCER INSTITUTE) e professor Massimo Montisci.

Tale documentazione, ove nulla osti, sarà resa disponibile alla pubblica consultazione sulla pagina *web* della Commissione.

La Commissione prende atto.

La seduta termina alle ore 14,15.

1.3.2.1.16. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 330 (ant.) del 23/03/2016

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
MERCOLEDÌ 23 MARZO 2016
330^a Seduta

Presidenza della Presidente
[DE BIASI](#)

La seduta inizia alle ore 9.

IN SEDE CONSULTIVA

[\(302\)](#) DE POLI. - Riconoscimento della lingua italiana dei segni

[\(1019\)](#) FAVERO ed altri. - Disposizioni per la promozione della piena partecipazione delle persone sorde alla vita collettiva e per il riconoscimento della lingua dei segni italiana

[\(1151\)](#) PAGLIARI ed altri. - Disposizioni per la rimozione delle barriere della comunicazione, per il riconoscimento della lingua dei segni italiana (LIS) e della LIS tattile, nonché per la promozione dell'inclusione sociale delle persone sorde, sordo-cieche e con disabilità uditiva in genere

[\(1789\)](#) CONSIGLIO. - Disposizioni per la rimozione delle barriere della comunicazione, per il riconoscimento della lingua dei segni italiana (LIS) e della LIS tattile e per la promozione dell'inclusione sociale delle persone sorde e sordo-cieche

[\(1907\)](#) AIELLO. - Disposizioni per la rimozione delle barriere della comunicazione, per il riconoscimento della lingua dei segni italiana (LIS) e della LIS tattile e per la promozione dell'inclusione sociale delle persone sorde e sordo-cieche

(Parere alla 1^a Commissione. Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

Prosegue l'esame congiunto, sospeso nella seduta del 17 marzo.

Riprende la discussione generale.

La senatrice [RIZZOTTI](#) (*FI-PdL XVII*) premette di condividere le finalità perseguite dalle iniziative legislative in esame. In particolare, ritiene che debbano essere create le condizioni per l'inclusione sociale dei bambini affetti da sordità.

Osserva che le formulazioni dei testi appaiono migliorabili per ciò che attiene alla formazione del personale, essendo le disposizioni in materia caratterizzate da una certa vaghezza.

Più in generale, rimarca l'opportunità di assicurare la libertà di scelta degli ammalati e delle famiglie circa i percorsi e gli ausili più utili a favorire l'inclusione sociale.

Fa presente che esistono nel mondo più di 30 milioni di bimbi affetti da problemi uditivi: questi ultimi derivano, oltre che da cause genetiche, da malattie contratte dalla madre nel corso della gravidanza, ragione per cui è necessario potenziare gli strumenti di prevenzione e di monitoraggio.

Segnala che molte delle associazioni operanti nel settore, nel far pervenire le proprie osservazioni in merito ai disegni di legge in esame, hanno espresso perplessità circa lo strumento della lingua dei segni e riguardo all'entità delle risorse a ciò dedicate: sarebbe da valutare l'opportunità di destinare le suddette risorse, almeno in parte, al potenziamento delle attività di ricerca e assistenziali.

In conclusione, formula l'auspicio che le questioni sulle quali si è soffermata possano trovare spazio nell'ambito del parere che sarà reso alla Commissione di merito.

Il seguito dell'esame congiunto è, quindi, rinviato.

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

La [PRESIDENTE](#) comunica che nel corso della prossima settimana, nella giornata di mercoledì 30 marzo, si svolgerà una seduta pomeridiana dedicata al seguito dell'esame, in sede consultiva, dei disegni di legge concernenti la lingua dei segni (n. [302](#) e connessi) e il cosiddetto "dopo di noi" (n. [2232](#) e connessi). Saggiunge che nella stessa giornata, e in quella successiva, si terranno riunioni dell'Ufficio di Presidenza, se necessario anche notturne, finalizzate alla prosecuzione delle audizioni informali in merito ai disegni di legge n. [2224](#) e connessi (responsabilità professionale personale sanitario).

La Commissione prende atto.

La seduta termina alle ore 9,20.

1.4. Trattazione in consultiva

1.4.1. Sedute

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Disegni di legge
Atto Senato n. 2224
XVII Legislatura

Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario
Titolo breve: *responsabilità professionale del personale sanitario*

Trattazione in consultiva

Sedute di Commissioni consultive

Seduta

Attività

10^a Commissione permanente (Industria, commercio, turismo)

[N. 211 \(pom.\)](#)

Esito: **Esame e rinvio**

23 febbraio 2016

Parere destinato
alla Commissione
**12^a (Igiene e
sanita')**

[N. 212 \(pom.\)](#)

Esito: Non
ostativo con
osservazioni

24 febbraio 2016

Commissione parlamentare questioni regionali

2 marzo 2016

(ant.)

Esito: Favorevole
con osservazioni

Parere destinato
alla Commissione
**12^a (Igiene e
sanita')**

1.4.2. Resoconti sommari

1.4.2.1. 10[^] Commissione permanente (Industria, commercio, turismo)

1.4.2.1.1. 10ª Commissione permanente (Industria, commercio, turismo) - Seduta n. 211 (pom.) del 23/02/2016

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

INDUSTRIA, COMMERCIO, TURISMO (10ª)
MARTEDÌ 23 FEBBRAIO 2016
211ª Seduta

Presidenza del Presidente
[MUCCHETTI](#)

La seduta inizia alle ore 15,40.

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

Il **[PRESIDENTE](#)** avverte che l'ordine del giorno della Commissione sarà integrato, a partire dalla prossima settimana, con l'esame in sede consultiva su atti del Governo dei seguenti sei schemi di decreti legislativi recanti attuazione di direttive concernenti l'armonizzazione delle legislazioni degli Stati membri: atto n. 270, relativo alla messa a disposizione sul mercato di recipienti semplici a pressione; n. 271, in materia di compatibilità elettromagnetica; n. 272, concernente la messa a disposizione sul mercato di strumenti per pesare a funzionamento automatico; n. 273, riguardante la messa a disposizione sul mercato di strumenti di misura; n. 274, sugli apparecchi e sui sistemi di protezione destinati a essere utilizzati in atmosfera potenzialmente esplosiva; n. 275, concernente la messa a disposizione sul mercato del materiale elettrico destinato a essere adoperato entro taluni limiti di tensione.

Propone inoltre che l'ordine del giorno della Commissione, a partire dalla prossima settimana, sia integrato con l'esame in sede consultiva del disegno di legge n. 2228 recante "Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2015", nonché dei disegni di legge n. 2233 recante "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato", di iniziativa del Governo, e n. 2229 in materia di "Adattamento negoziale delle modalità di lavoro agile nella quarta rivoluzione industriale".

Concorda la Commissione.

IN SEDE CONSULTIVA

(2232) Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave, prive del sostegno familiare, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Grassi ed altri; Ileana Argentin ed altri; Anna Margherita Miotto ed altri; Vargiu; Paola Binetti ed altri; Rondini ed altri
(Parere alla 11ª Commissione. Esame e rinvio)

La senatrice **PELINO** (*FI-PdL XVII*), relatrice, illustra il disegno di legge in titolo, già approvato dalla Camera dei deputati, con il quale si intende favorire il benessere, la piena inclusione sociale e l'autonomia delle persone con disabilità, in attuazione dei principi di cui agli articoli 2, 3, 30, 32 e 38 della Costituzione, agli articoli 24 e 26 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e agli articoli 3 e 19 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. In particolare, il disegno di legge prevede misure di assistenza, cura e protezione in favore delle persone con disabilità grave, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, prive di sostegno familiare, in quanto mancanti dei genitori o perché gli stessi non sono in grado di sostenere le responsabilità dell'assistenza. Le predette misure sono adottate previa predisposizione o aggiornamento del progetto individuale per le persone disabili di cui all'articolo 14 della legge n. 238 del 2000 e sono assicurate attraverso la progressiva presa in carico della persona già durante l'esistenza in vita dei genitori. Il disegno di legge è altresì inteso ad agevolare le erogazioni da parte di soggetti privati, la stipula di polizze assicurative e la costituzione di *trusts* in favore di persone con disabilità grave.

Tra le varie misure, sottolinea l'istituzione - nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali - del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, con una dotazione di 90 milioni di euro per il 2016, di 38,3 milioni per il 2017 e di 56,1 milioni annui a decorrere dal 2018.

Dopo aver illustrato il complesso delle altre disposizioni, segnala l'articolo 5, che eleva il limite di detrazione dall'imposta IRPEF da 530 a 750 euro per le polizze assicurative aventi per oggetto il rischio di morte, qualora queste ultime siano destinate alla tutela delle persone con disabilità grave. Il successivo articolo 6 disciplina l'istituzione di *trusts* in favore di disabili gravi e le connesse agevolazioni tributarie: tra queste, evidenzia la prevista deducibilità dal reddito complessivo del soggetto privato, anche diverso dalle persone fisiche, delle erogazioni liberali, delle donazioni e degli altri atti a titolo gratuito effettuati nei confronti di *trusts* istituiti in favore di disabili gravi, a decorrere dal periodo di imposta 2016, entro il duplice limite del 20 per cento del reddito complessivamente dichiarato e di 100.000 euro annui.

Nel sottolineare l'alta valenza sociale del disegno di legge in titolo, la cui approvazione è attesa con grande trepidazione dalle famiglie di persone con gravi disabilità e dalle associazioni che assistono tali persone, conclude proponendo di esprimere sin d'ora un parere favorevole.

Il senatore **DLBIAGIO** (*AP (NCD-UDC)*) si unisce alle considerazioni svolte dalla relatrice Pelino, sottolineando le alte finalità perseguite dal disegno di legge e convenendo sull'opportunità di

esprimersi il più rapidamente possibile, possibilmente nella seduta odierna.

La senatrice [VALDINOSI](#) (PD) si associa all'intervento che l'ha preceduta, testimoniando la grande attesa nel Paese per la proposta in esame e le molte sollecitazioni ricevute a definire al più presto la disciplina in questione.

Il senatore [GIROTTO](#) (M5S) chiede che la votazione della proposta di parere sia rinviata alla prossima seduta.

A tale richiesta si unisce il senatore [CONSIGLIO](#) (LN-Aut).

Il seguito dell'esame viene quindi rinviato.

(2224) Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Fucci; Fucci; Giulia Grillo ed altri; Calabrò ed altri; Vargiu ed altri; Anna Margherita Miotto ed altri; Monchiero ed altri; Formisano
(Parere alla 12ª Commissione. Esame e rinvio)

Il relatore [ASTORRE](#) (PD) illustra il disegno di legge in titolo, già approvato dalla Camera dei deputati, in materia di sicurezza delle cure sanitarie, responsabilità professionale del personale sanitario e responsabilità delle strutture in cui esso operi. Si sofferma in particolare su alcune disposizioni di interesse per la Commissione industria: l'articolo 7 disciplina la responsabilità civile degli esercenti professioni sanitarie e quella delle strutture sanitarie o sociosanitarie, con riferimento all'operato dei medesimi soggetti e l'articolo 8 sostituisce, per la richiesta di risarcimento di danni derivanti da responsabilità sanitaria, l'istituto del tentativo di mediazione con l'applicazione dell'istituto del ricorso, presso il giudice civile competente, per l'espletamento di una consulenza tecnica preventiva, configurato come condizione per la procedibilità della successiva domanda giudiziale. La partecipazione al procedimento di accertamento tecnico preventivo è obbligatoria per tutte le parti, comprese le imprese di assicurazione. Si prevede inoltre che, in caso di mancata conciliazione, la domanda giudiziale venga tassativamente presentata ed esaminata nell'ambito del procedimento sommario di cognizione.

Illustra quindi l'articolo 9, che limita la possibilità di azione di rivalsa nei confronti dell'esercente una professione sanitaria ai casi di dolo o colpa grave e disciplina l'azione di rivalsa in questione, introducendo, tra l'altro, il principio che la rivalsa, in caso di danno derivante da colpa grave, non possa 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 potrà essere preposto a incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti, venendo inoltre esclusa la possibilità di partecipazione a pubblici concorsi per incarichi superiori.

L'articolo 10 conferma l'obbligo di assicurazione, per la responsabilità civile, a carico delle strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie (anche in regime di libera professione

intramuraria nonché attraverso la telemedicina) e l'obbligo di assicurazione per la responsabilità civile a carico degli esercenti attività sanitaria in forma libero-professionale; per questi ultimi si introduce l'obbligo di stipulare un'adeguata polizza di assicurazione per la responsabilità civile, "al fine di garantire efficacia all'azione di rivalsa". L'articolo 11 definisce i limiti temporali delle garanzie assicurative. L'articolo 12 introduce, con decorrenza dalla data di entrata in vigore del decreto ministeriale di cui al comma 6 del precedente articolo 10, la possibilità di azione diretta, da parte del danneggiato, nei confronti dell'impresa di assicurazione; segnala peraltro che non viene prevista la possibilità di azione diretta con riferimento alle polizze di cui al comma 3 dell'articolo 10.

L'articolo 14, infine, demanda a un regolamento ministeriale l'istituzione di un Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria, al fine di provvedere alla copertura, totale o parziale, dei danni in alcune fattispecie in cui, senza l'intervento del Fondo, il risarcimento sarebbe difficilmente conseguibile, in tutto o in parte. Il Fondo è alimentato da un contributo a carico delle imprese di assicurazione, da determinare in una percentuale del premio incassato per ciascun contratto relativo all'assicurazione per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria; il Fondo ha diritto di regresso nei confronti del responsabile del sinistro.

Conclude illustrando una proposta di parere non ostativo con osservazioni, pubblicata in allegato.

Il seguito dell'esame viene quindi rinviato.

La seduta termina alle ore 16.

SCHEMA DI PARERE PROPOSTO DAL RELATORE SUL DISEGNO DI LEGGE N. 2224

La 10ª Commissione (Industria, commercio, turismo),

esaminato il provvedimento in titolo, esprime, per quanto di competenza, parere non ostativo, con le seguenti osservazioni:

in tema di rivalsa, in caso di danno derivante da colpa grave, di cui all'articolo 9, per la quale si prevede che non possa superare una somma pari al triplo della retribuzione lorda annua dell'esercente una professione sanitaria, si invita la Commissione di merito a precisare quest'ultima nozione, con particolare riferimento ai lavoratori diversi da quelli subordinati e ai casi in cui il rapporto di lavoro non duri tutto l'anno o consista in prestazioni occasionali;

l'articolo 10, comma 3, prevede l'obbligo per gli esercenti attività sanitaria, operanti a qualsiasi titolo in strutture pubbliche o private, di stipulare un'adeguata polizza di assicurazione per la responsabilità civile, "al fine di garantire efficacia all'azione di rivalsa": a tale riguardo, si invita a valutare l'opportunità di chiarire se tale obbligo assicurativo decorra solo successivamente all'emanazione del decreto ministeriale di cui al comma 6 del medesimo articolo;

all'articolo 11, che definisce i limiti temporali delle garanzie assicurative, si segnala l'opportunità di specificare se tali norme riguardino tutte le tipologie di polizze assicurative di cui all'articolo 10; quanto infine all'articolo 12, si segnala che non viene prevista la possibilità di azione diretta con riferimento alle polizze di cui al comma 3 dell'articolo 10.

1.4.2.1.2. 10ª Commissione permanente (Industria, commercio, turismo) - Seduta n. 212 (pom.) del 24/02/2016

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

INDUSTRIA, COMMERCIO, TURISMO (10ª)
MERCLEDÌ 24 FEBBRAIO 2016
212ª Seduta

Presidenza della Vice Presidente
[PELINO](#)

La seduta inizia alle ore 13,40.

IN SEDE CONSULTIVA

(2232) Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave, prive del sostegno familiare, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Grassi ed altri; Ileana Argentin ed altri; Anna Margherita Miotto ed altri; Vargiu; Paola Binetti ed altri; Rondini ed altri
(Parere alla 11ª Commissione. Seguito e conclusione dell'esame. Parere favorevole)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta di ieri.

La presidente [PELINO](#) (FI-PdL XVII), relatrice, ricorda di avere proposto, nella seduta di ieri, di esprimere un parere favorevole sul disegno di legge in titolo.

Il senatore [GIROTTI](#) (M5S) richiama l'attenzione sull'articolo 6 del disegno di legge n. 2232, che prevede l'istituzione di trust in favore di disabili gravi e le connesse agevolazioni tributarie. L'inserimento di tale disciplina, non prevista nel testo originario dell'iniziativa in titolo, nel corso della prima lettura, comporta il radicale mutamento del suo oggetto, che diviene l'introduzione nell'ordinamento di uno strumento giuridico attualmente non pienamente riconosciuto in Italia. Conclude preannunciando l'astensione del suo Gruppo.

Ha quindi la parola il senatore **CONSIGLIO** (LN-Aut), il quale considera il disegno di legge in titolo un buon punto di partenza per garantire misure a favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, ancorché suscettibile di miglioramento; dichiara pertanto il voto favorevole del suo Gruppo.

La senatrice **VALDINOSI** (PD) ricorda che l'istituto del trust ha già avuto ingresso in Italia, benché sia tuttora poco utilizzato e, dopo aver ribadito il giudizio favorevole sull'iniziativa in titolo già espresso nella seduta di ieri, dichiara il voto favorevole del Gruppo PD.

Il senatore **DLBIAGIO** (AP (NCD-UDC)) considera il disegno di legge n. 2232 un buon punto di partenza per il sostegno alle disabilità gravi e, dopo aver ricordato le iniziative in materia presentate dal suo Gruppo parlamentare, dichiara il voto favorevole sulla proposta della relatrice.

Accertata la presenza del prescritto numero di senatori, la proposta della relatrice è posta ai voti e accolta.

(2224) Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Fucci; Fucci; Giulia Grillo ed altri; Calabrò ed altri; Vargiu ed altri; Anna Margherita Miotto ed altri; Monchiero ed altri; Formisano

(Parere alla 12ª Commissione. Seguito e conclusione dell'esame. Parere non ostativo con osservazioni)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta di ieri.

La presidente **PELINO** ricorda che il relatore Astorre ha presentato una proposta di parere favorevole con osservazioni sul disegno di legge in titolo.

Previa dichiarazione di voto contrario del senatore **GIROTTA** (M5S) e previo accertamento della presenza del prescritto numero di senatori, la proposta di parere non ostativo con osservazioni del relatore, pubblicata in allegato al resoconto della seduta di ieri, è posta ai voti e accolta.

IN SEDE REFERENTE

(2085) Legge annuale per il mercato e la concorrenza, approvato dalla Camera dei deputati

(Seguito dell'esame e rinvio)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta del 18 febbraio.

La presidente [PELINO](#) informa la Commissione che il senatore Falanga ha ritirato l'emendamento 46.27 e che il senatore Marinello ha aggiunto la propria firma all'emendamento 46.30.

Prende atto la Commissione.

Il seguito dell'esame è quindi rinviato.

La seduta termina alle ore 13,55.

