



Vademecum Responsabilità Professionale

Area Responsabilità Professionale e Rischio Assicurativo

Chairman

Francesco Melandri, Carla Riganti

Membri

Giuseppe De Fabrizio, Cosimo Perrone

Consulenti esterni

Corrado Diaco, Alessandra De Palma, Roberto Gaggero, Rino Ianniello

Documento aggiornato l 22 febbraio 2016.

I contenuti di seguito riportati potranno subire modifiche in virtù dell'approvazione in Parlamento della Legge sulla responsabilità professionale

Indice

Quali sono i principali reati penali possono coinvolgere i medici? Quando un delitto è di natura dolosa, preterintenzionale o colposa?	2
In cosa consiste la condotta colposa del sanitario? Che cosa si intende per negligenza, imprudenza e imperizia?	2
Che differenza c'è tra colpa grave e colpa lieve in ambito penale? Come deve essere valutato il livello di colpa? Se mi attengo alle linee guida sono esonerato da eventuali responsabilità penali?	3
In cosa consiste la responsabilità civile del dirigente sanitario? Che differenza c'è tra responsabilità contrattuale ed extracontrattuale? Come medico dipendente rispondo civilmente per responsabilità contrattuale od extracontrattuale?	4
Nel caso di medico dipendente del SSN, la responsabilità civile ricade anche sulla struttura ospedaliera? Devo rispondere personalmente dell'eventuale danno arrecato al paziente o deve farlo l'azienda? In cosa consiste l'azione di rivalsa per colpa grave?	5
Come medico in formazione specialistica posso essere ritenuto responsabile penalmente?	5
Cosa si intende per retroattività della polizza? Cosa si intende per postuma? Cosa si intende per franchigia? Chi è interessato ad una copertura da danno patrimoniale? Cosa si intende per atti invasivi? Che differenza c'è rispetto all'intervento chirurgico? Come tutelarsi in polizza per questo tipo di attività (Elettrofisiologia, impianto di pacemaker, coronarografia, PTCA, impianto di device con radiazioni ionizzanti)?	6
Cosa si intende per tacito rinnovo? E quali sono le ricadute pratiche se questo non è esplicitamente scritto? Cos'è la clausola di "claims made"?	7
Cosa significa polizza a primo o a secondo rischio? Quale polizza per un dipendente di struttura Pubblica? Quale polizza per un libero professionista?	7
APPENDICE PER APPROFONDIRE	
1. Responsabilità penale, civile, amministrativa e disciplinare	8
2. Responsabilità del medico libero professionista	11
3. Responsabilità della struttura sanitaria pubblica e del medico dipendente	12
4. Decreto Balduzzi	13
5. La copertura assicurativa	21
6. DDL in materia di responsabilità professionale	22

Quali sono i principale reati che possono coinvolgere i medici?

Quando un delitto è di natura dolosa, preterintenzionale o colposa?

La vita e l'integrità fisica della persona umana sono beni primari costituzionalmente protetti. A garanzia di tali beni l'ordinamento ha previsto una tutela penale contro le condotte lesive. Sotto un profilo penale, i principali reati ascrivibili al sanitario sono essenzialmente due: a) l'omicidio colposo, regolato dall'art. 589 c.p. ("*Chiunque cagiona per colpa la morte di una persona è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni*"), e le lesioni personali colpose di cui all'art. 590 c.p. ("*Chiunque cagiona ad altri per colpa una lesione personale è punito con la reclusione fino a tre mesi...Se la lesione è grave la pena è della reclusione da uno a sei mesi..., se è gravissima, della reclusione da tre mesi a due anni...*"). Il reato è definito dalla legge (v. art. 43 c.p.):

- doloso, o secondo l'intenzione, quando l'evento dannoso o pericoloso, che è il risultato dell'azione od omissione e da cui la legge fa dipendere l'esistenza del delitto, è dall'agente preveduto e voluto come conseguenza della propria azione od omissione;
- preterintenzionale, oppure oltre l'intenzione, quando dall'azione od omissione deriva un evento dannoso o pericoloso più grave di quello voluto dall'agente;
- colposo, o contro l'intenzione, quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline.

In cosa consiste la condotta colposa del sanitario?

Che cosa si intende per negligenza, imprudenza e imperizia?

La condotta colposa può consistere in atti commissivi (*culpa in agendo*) od omissivi (*culpa in omittendo*). Bisogna distinguere una colpa generica, che si concretizza nella negligenza, imprudenza, imperizia e una colpa specifica che consiste nella violazione di leggi, regolamenti, ordini o discipline (ad esempio, mancato rispetto delle procedure sulla trasfusione del sangue). Si ha negligenza quando il medico, per disattenzione, dimenticanza, mancanza di accortezza, svogliatezza, leggerezza, superficialità o altro, trascura quelle regole comuni di diligenza richieste nell'esercizio della professione e osservate dalla generalità dei medici. Si ha imprudenza quando il medico agisce con avventatezza, eccessiva precipitazione o ingiustificata fretta, senza adottare quelle cautele consigliate dall'ordinaria prudenza o dall'osservanza di precauzioni doverose. Si ha imperizia quando la condotta del medico è incompatibile con quel livello minimo di cognizione tecnica, di cultura, di esperienza e di capacità professionale, che costituiscono il presupposto necessario per l'esercizio della professione medica.

Come viene accertata la responsabilità penale del sanitario rispetto ad uno specifico evento? In tema di responsabilità penale si deve anzitutto accertare il nesso di causalità tra il fatto dannoso riportato dal paziente e il comportamento del medico curante. La colpa non è astrattamente configurabile, ma richiede l'effettiva dimostrazione del legame diretto tra la condotta (commissiva oppure omissiva) del medico ed evento dannoso. In particolare, secondo la giurisprudenza, il rapporto di causalità tra condotta omissiva e l'evento lesivo sussiste solo quando si accerti che, se fosse stata posta in essere la condotta doverosa omessa, l'evento concretamente verificato si sarebbe stato evitato "con una probabilità di grado elevato vicino

alla certezza, e cioè con un alto grado di probabilità logica ovvero con una elevata credibilità razionale (causalità "forte")" (Sentenza "Franzese" Cass. Sez. Un. Pen. 11.9.2002, n. 30328).

Che differenza c'è tra colpa grave e colpa lieve in ambito penale?

Come deve essere valutato il livello di colpa?

Se mi attengo alle linee guida sono esonerato da eventuali responsabilità penali?

In astratto, la colpa del medico o del sanitario non è né grave, né gravissima, né lieve, ma lo può essere solo in concreto, all'esito di uno specifico accertamento che giustifica un tale giudizio. Infatti, non si può giudicare alla stessa maniera la condotta del medico che ha operato in un centro ben attrezzato ed è stato coadiuvato da collaboratori specializzati ed esperti rispetto a quella di chi è costretto ad intervenire in condizioni difficili e di urgenza. Ciò si desume, indirettamente, anche da quanto previsto dal codice civile in materia di diligenza del professionista, secondo cui *"nell'adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale, la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata"* (v. art. 1176, co. 2, cod. civ.). In altri termini, il professionista è un soggetto che deve avere una preparazione professionale particolarmente elevata, e pertanto la sua diligenza professionale andrà valutata con i parametri della capacità propria di un medico esperto in quello specifico settore di intervento. È anche previsto, infatti, che se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà, (c.d. prestazioni complesse – art. 2236 cod. civ.) il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o colpa grave. Per colpa grave, deve quindi intendersi, il compimento da parte del professionista di un errore grossolano, dovuto essenzialmente alla violazione di quelle fondamentali regole dettate dalla tecnica, dalla cultura e dall'esperienza professionale, che costituiscono il presupposto necessario per l'esercizio della professione medica. Di recente la c.d. riforma "Balduzzi" (v.L. n. 189/2012), nel tentativo di depenalizzare la colpa lieve e quindi di circoscrivere la responsabilità penale del sanitario alle sole ipotesi di colpa grave, ha introdotto il concetto di linee guida, stabilendo che l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità non risponde penalmente per colpa lieve, ferma restando la responsabilità di tipo civile (v. art. 3, L. n. 189/2012).

ATTENZIONE: le linee guida riguardano e contengono solo regole di perizia e non afferiscono ai profili di negligenza e di imprudenza del medico. Quindi, la previsione della Legge Balduzzi, che esclude la responsabilità penale del medico in caso di colpa lieve, non trova applicazione nelle ipotesi di accertata negligenza o imprudenza. Ciò significa, in sostanza, che se il medico è stato negligente o imprudente nell'esecuzione dell'intervento, con colpa anche non grave, può essere comunque punito penalmente.

In cosa consiste la responsabilità civile del dirigente sanitario?**Che differenza c'è tra responsabilità contrattuale ed extracontrattuale?****Come medico dipendente rispondo civilmente per responsabilità contrattuale od extracontrattuale?**

La condotta illecita del professionista, oltre a rilevare sul piano penale, può determinare anche conseguenze sul piano patrimoniale stico risarcitorio e, quindi, sotto il profilo della cosiddetta responsabilità civile. Affinché il sanitario possa essere ritenuto civilmente responsabile dei danni provocati al paziente devono realizzarsi le seguenti condizioni: il sanitario deve avere avuto una condotta colposa nell'esecuzione della prestazione professionale, si deve realizzare un danno al paziente, deve essere dimostrato il nesso di causalità materiale tra l'azione od omissione del medico e l'evento lesivo, ed infine l'evento dannoso deve essere prevedibile. In generale, la responsabilità civile si distingue in responsabilità di tipo contrattuale e responsabilità di tipo extracontrattuale. La responsabilità contrattuale (v. art. 1218 c.c.) riguarda tutte le forme di responsabilità derivanti da un rapporto di obbligazione contrattuale esistente tra le parti (contratto), il cui inadempimento o l'inesatto adempimento può determinare un danno risarcibile; mentre la responsabilità extracontrattuale (v. art. 2043 c.c.) non presuppone alcun rapporto contrattuale preesistente tra le parti, ma deriva da un atto illecito, ossia dalla violazione del generale obbligo che ricade su ciascun consociato di non arrecare ad altri un danno ingiusto (principio del *neminem laedere*). La differenza tra le due tipologie di responsabilità ha importanti ricadute sul piano dell'accertamento della colpa civile del professionista. In particolare, nel caso di responsabilità contrattuale l'onere della prova ricade sul sanitario che dovrà dimostrare di non aver tenuto una condotta colposa nei confronti del paziente e quindi di aver tenuto un comportamento corretto, viceversa nella responsabilità extracontrattuale è il paziente che deve dimostrare non solo l'evento dannoso ma anche la colpevolezza (dolo o colpa) del sanitario. Inoltre, mentre l'azione civile per responsabilità contrattuale si prescrive in 10 anni, quella per responsabilità extracontrattuale si prescrive nel più breve termine di 5 anni. Secondo la giurisprudenza consolidata della Cassazione, la responsabilità civile del sanitario dipendente di una azienda sanitaria (medico strutturato), ha comunque natura contrattuale, anche se non viene stipulato un effettivo contratto scritto tra medico e paziente. Tale soluzione giurisprudenziale si fonda sulla tesi (di matrice tedesca) del c.d. "*contatto sociale*", secondo cui nel momento in cui il paziente si rivolge ad un medico strutturato si verifica un contatto sociale che determina di per sé l'instaurazione di un rapporto giuridico di fatto. In altri termini, il paziente, a seguito di atti o iniziative del medico con cui viene in contatto e offre le proprie cure, è indotto a ritenere sussistenti doveri e pretese di comportamento: ovvero quegli specifici obblighi di cura che sono imposti al professionista nell'esercizio della propria arte medica. Di recente, tuttavia, si è registrata un'inversione di tendenza da parte della giurisprudenza di merito (v. Trib. Milano, 17 luglio 2014) secondo cui, da un'attenta analisi delle disposizioni contenute nella riforma Balduzzi del 2012 (v. sopra, art. 3 L. 189/2012), si evincerebbe l'intenzione del Legislatore di ricondurre la responsabilità del medico (e quella degli altri esercenti professioni sanitarie) nell'alveo della responsabilità extracontrattuale da fatto illecito e non più della responsabilità contrattuale, per cui l'obbligazione risarcitoria può scaturire solo in presenza di tutti gli elementi propri della responsabilità extracontrattuale che il paziente danneggiato ha l'onere di provare nel termine di prescrizione quinquennale.

Nel caso di medico dipendente del SSN, la responsabilità civile ricade anche sulla struttura ospedaliera?

Devo rispondere personalmente dell'eventuale danno arrecato al paziente o deve farlo l'azienda?

In cosa consiste l'azione di rivalsa per colpa grave?

L'Azienda sanitaria pubblica risponde dei danni causati ai pazienti ivi ricoverati sulla base di un rapporto contrattuale atipico. Difatti, secondo l'evoluzione giurisprudenziale, tra Azienda sanitaria pubblica e paziente ricoverato, intercorre un contratto di "spedalità", in cui le prestazioni a carico dell'ente non si esauriscono nell'espletamento della prestazione sanitaria, ma comprendono anche obblighi accessori e strumentali di protezione (come ad esempio ricovero, forniture di servizi infermieristici, ristorazione, sicurezza degli impianti e delle attrezzature, nonché la loro sistemazione logistica, turni di assistenza e vigilanza, custodia del paziente, ecc.), il cui inadempimento fa sorgere una responsabilità a carico della struttura sanitaria che è di natura contrattuale. In virtù di tale contratto, valgono i principi civilistici sull'inadempimento contrattuale, per cui il debitore, che nell'adempimento dell'obbligazione si avvale dell'opera di terzi (es. medici e sanitari), risponde anche dei fatti colposi di costoro (v. art. 1218 c.c.). Il riconoscimento della responsabilità medica genera, quindi, una responsabilità solidale passiva tra più soggetti (struttura e personale medico) nei confronti del paziente; tuttavia, proprio perché solidale, il rapporto tra gli obbligati fa sorgere, in capo al "soggetto adempiente" il diritto di regresso o di rivalsa nei confronti degli altri coobbligati. Tale diritto di rivalsa, nei casi di rapporto di pubblico impiego, sussiste solo nelle ipotesi di dolo colpa grave, e viene fatto valere in via esclusiva dalla Corte dei Conti. Il giudizio di responsabilità amministrativa da parte della Corte dei Conti nei confronti dei dipendenti pubblici è indipendente rispetto al giudizio civile e penale, in quanto si fonda su presupposti diversi. Nello specifico, affinché si possa configurare la responsabilità erariale/amministrativa del medico (strutturato o convenzionato) sono necessari i seguenti elementi: la violazione degli obblighi che scaturiscono dal rapporto di servizio; l'elemento soggettivo del dolo o della colpa grave; il danno erariale (perdita patrimoniale per l'amministrazione certa, liquida ed esigibile); il nesso di causalità tra la violazione dell'obbligo e il danno.

Come medico in formazione specialistica posso essere ritenuto responsabile penalmente?

Sebbene il medico in formazione specialistica, non disponga di adeguate e sufficienti competenze professionali e nonostante egli svolga la propria attività sotto le direttive e la responsabilità del tutore e quindi con una ridotta sfera di autonomia, tuttavia, in determinati casi, può essere chiamato a rispondere sul piano penale delle proprie condotte. In particolare, la Cassazione (v. Cass. n. 6981/2012), ha stabilito il principio secondo cui se lo specializzando non è (o non si ritiene) in grado di compiere certe attività deve rifiutarne lo svolgimento perché diversamente se ne assume la responsabilità. Si tratta della c.d. colpa in assunzione, ravvisabile in chi cagiona un evento dannoso essendosi assunto un compito che non è in grado di svolgere secondo il livello di diligenza richiesto all'agente modello di riferimento.

Cosa si intende per retroattività della Polizza?

È la data indicata in polizza, prima della quale gli eventi che hanno dato origine alla richiesta di risarcimento non sono coperti dall'Assicurazione.

Cosa si intende per postuma ?

È il periodo di tempo stabilito in polizza che prolunga il periodo di accoglimento delle richieste di risarcimento oltre la data di scadenza della copertura.

Cosa si intende per franchigia? Quali sono le ricadute di una Polizza aziendale con franchigia?

È la parte del danno che resta a carico dell'Assicurato. Può essere espressa tramite un ammontare economico o una percentuale (scoperto) o una combinazione degli stessi. Rimanendo a carico dell'Assicurato, nel caso di polizza Aziendale (che in questo caso è l'Assicurato), è possibile che la Procura della Corte dei Conti attivi una procedura per la verifica della Colpa Grave del medico, per subentrare nel danno erariale cagionato.

Cosa si intende per Danno Patrimoniale? Chi è interessato ad una copertura da danno patrimoniale?

È la quantificazione economica di un danno che non comporta pregiudizio fisico. Potenziale interessato alla copertura è chi ha mansioni apicali o ha responsabilità su bilancio o parte di esso o ha responsabilità su aggiudicazioni di gare o altre procedure comportanti assegnazioni di incarichi, forniture e mansioni.

Cosa si intende per atti invasivi ? e che differenza c'è rispetto all'intervento chirurgico? Come tutelarsi in polizza per questo tipo di attività (elettrofisiologia, impianto di pacemaker, coronarografia, PTCA, impianto di device con radiazioni ionizzanti)?

Bisogna far riferimento alle definizioni previste dalle singole polizze. In ambito di coperture per la colpa grave non c'è generalmente distinzione tra chi effettua o meno atti invasivi. Nella convenzione a disposizione degli associati tale distinzione non è prevista. Nelle polizze per i liberi professionisti va richiamata – se del caso – l'apposita estensione (valutare polizza per polizza)

Cosa si intende per tacito rinnovo? E quali sono le ricadute pratiche se questo non è esplicitamente scritto?

Cos'è la clausola di "claims made"?

Se in polizza è previsto il tacito rinnovo, la stessa si intende automaticamente prorogata di anno in anno, salvo esplicita disdetta inviata dalle parti nei termini previsti. In caso tale clausola non sia prevista, il contratto è soggetto a potenziale rivalutazione anno per anno. È necessario verificare che per il rinnovo non siano previste interruzioni nella retroattività o che eventuali circostanze note non vengano escluse se il rinnovo avviene con la medesima compagnia.

Se la polizza prevede l'operatività in regime di "claims made". L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta all'assicurato nel corso del periodo di assicurazione, e da questi denunciate all'assicuratore durante il medesimo periodo, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere successivamente alla data di retroattività indicata in polizza (ovvero durante il periodo di efficacia dell'assicurazione) e non siano già noti all'assicurato.

Le condizioni per la copertura dell'eventuale sinistro sono:

1. che la richiesta di risarcimento pervenga nel periodo di validità della polizza;
2. che il fatto che ha dato origine alla richiesta sia ricompreso nel periodo di retroattività previsto.

Cosa significa polizza a primo o a secondo rischio?

Questa terminologia è spesso impropriamente utilizzata per le polizze del libero professionista e del medico dipendente SSN. I termini assicurativi sopra indicati si riferiscono all'operatività di più polizze contratte per il medesimo rischio e derogano alla coassicurazione indiretta (ogni polizza risponde in proporzione) disciplinando quale polizza interviene per prima e che le eventuali altre operano solo ad esaurimento dei massimali dalla stessa prestati.

Quale polizza per un dipendente di struttura pubblica? Quale polizza per un libero professionista?

Polizza di RC "colpa grave" per un dipendente di struttura pubblica. Polizza RC professionale completa per un libero professionista?

APPENDICE PER APPROFONDIRE

[Appendice 1] Responsabilità penale, civile, amministrativa e disciplinare

RESPONSABILITÀ PENALE - ART. 27 DELLA COSTITUZIONE

La responsabilità penale del medico sorge quando la violazione dei doveri professionali costituisce un reato previsto dal codice penale o sia punita dalle disposizioni contenute nel T.U.L.S. o in altre leggi quali le norme in materia di sostanze stupefacenti, di vivisezione o di interruzione volontaria di gravidanza.

Questa responsabilità può essere dolosa o colposa, commissiva od omissiva, può configurare reati comuni, come nel caso di lesione personale e di omicidio, oppure costituisce reati esclusivi e propri della professione, come la falsità ideologica o l'omissione di referto.

Responsabilità dolosa. È rappresentata da trasgressioni volontarie e coscienti, tali da presupporre il dolo, collegate con l'esercizio della professione sanitaria: omissione di referto o di rapporto (art. 365 c.p.), interruzione illecita della gravidanza (art. 18 e 19, legge 22 maggio 1978, n. 194), rivelazione del segreto professionale (art. 622 c.p.) o d'ufficio (art. 326 c.p.), falsità in atti (art. 476-493 c.p.), comparaggio (art. 170 T.U.L.S.), commercio di campioni medicinali (art. 173 T.U.L.S.), prescrizione illecita di sostanze stupefacenti (art. 43 legge 22 dicembre 1975, n. 685), omissione di denuncia obbligatoria, uso illegittimo del cadavere (art. 413 c.p.) ed infine i reati di sequestro di persona, violenza privata, ispezione corporale arbitraria e incapacità mentale procurata mediante violenza che possono configurarsi anche in seguito a trattamenti medico-chirurgo-anestesiologici senza il consenso del paziente.

Responsabilità colposa. È la forma più tipica e frequente di responsabilità professionale, si realizza, ai sensi dell'art. 43 del c.p., quando un medico, per negligenza, imprudenza o imperizia (colpa generica) ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline (colpa specifica), cagiona, senza volerlo, la morte o una lesione personale del paziente. Nell'ipotesi di colpa specifica, la violazione di norme imposte per legge comporta la presunzione di colpa nei riguardi dei danni conseguenti, senza possibilità da parte dell'incolpato di fornire la prova del contrario (errore inescusabile).

La colpa generica, e quindi la negligenza, l'imprudenza e l'imperizia, deve essere individuata in base ad alcuni parametri:

a) criterio della regola tecnica: si deve analizzare la prestazione professionale stabilendo se e di quanto si è discostata senza motivo logico dalle direttive teoriche e pratiche, scientificamente collaudate (iter diagnostico, somministrazione di farmaci, tecnica chirurgica, ecc.).

b) Criterio della preparazione media: l'errore del singolo viene giudicata sul metro della preparazione media dei medici: perciò si considera imperito non il medico ignorante in astratto, ma colui che non sa quello che un comune medico dovrebbe sapere; non è negligente chi omette senza conseguenze alcune norme tecniche, ma lo è chi trascura quelle regole che tutti gli altri osservano nella stessa circostanza; non è imprudente chi usa metodi anche rischiosi, ma con le dovute cautele, mentre è tale chi li usa male o senza reale necessità. Il progresso delle scienze mediche, accrescendo il livello tecnico culturale di base, tende ad

elevare la preparazione media del medico e pertanto rende più severa la valutazione medico-legale e giuridica dell'errore professionale.

c) Criterio delle circostanze soggettive e oggettive. Le condizioni soggettive riguardano la posizione professionale del medico, il suo grado di intelligenza e di preparazione e lo stato psichico al momento del fatto. Non si può pretendere da un neolaureato o da un medico generico quello che può fare in campo diagnostico un grande clinico o in campo terapeutico un provetto chirurgo: La responsabilità da imperizia grava più sul medico specialista che sul generico, quando l'errore verta su di un campo specifico; la responsabilità da imprudenza può gravare più sul medico generico se si è avventurato in tecniche complicate e rischiose di cui non possedeva la necessaria competenza; la responsabilità da negligenza grava parimenti su ogni medico.

Le condizioni oggettive riguardano le diversità fra un caso clinico e l'altro, le circostanze di tempo e di luogo e le modalità proprie dell'intervento professionale. È più facile sbagliare un caso clinico particolarmente raro o anomalo, in condizioni di estrema urgenza, in centri scarsamente attrezzati, con collaboratori non all'altezza.

La colpa può essere:

- 1) grave, quando non viene usata la diligenza, prudenza e perizia propria di tutti gli uomini, tale da essere inescusabile;
- 2) lieve, quando non viene usata la diligenza, prudenza e perizia propria di ogni uomo di media capacità;
- 3) lievissima, quando non viene usata la diligenza, prudenza e perizia propria delle persone superlativamente dotate di oculatezza e prudenza.

La responsabilità penale è PERSONALE – soggettiva

RESPONSABILITÀ CIVILE - Art. 28 DELLA COSTITUZIONE

Sorge dai rapporti di diritto privato che il medico esercente contrae col proprio cliente.

Rapporto contrattuale: si realizza quando un paziente richiede una prestazione sanitaria ad un determinato medico o ad un Ente, che accetta di fornirla. L'inadempienza comporta una responsabilità contrattuale. Se in seguito all'inadempienza si verifica anche un danno o la morte del paziente si ha concorso anche di responsabilità extracontrattuale.

Rapporto extracontrattuale: una prestazione è fornita in via occasionale, in virtù di un turno di lavoro o in situazioni di urgenza. Se in seguito a tale intervento viene provocata la morte o una lesione al paziente si incorre in una responsabilità extracontrattuale.

Responsabilità diretta ed indiretta: la prima consiste nell'obbligo di rispondere del fatto illecito proprio, la seconda implica l'obbligo di rispondere del fatto illecito altrui come nel caso di danni causati da incapaci, minori, allievi o apprendisti (art. 2047, 2048 c.c., culpa in vigilando), dai collaboratori (art. 2049 c.c., culpa in eligendo) o dagli ausiliari (art. 1228 c.c.).

Responsabilità contrattuale ed extracontrattuale

a) Onere della prova: il danneggiato deve comunque provare il danno patito, mentre la colpa sarà presunta nella responsabilità contrattuale e da provare nella responsabilità extracontrattuale.

b) Grado della colpa: la colpa può essere grave, lieve o lievissima; in sede di responsabilità contrattuale si risponde soltanto per una colpa grave o lieve, cioè almeno di media entità, in responsabilità aquiliana si risponde anche per una colpa lievissima.

c) Termine di prescrizione: 10 anni per la responsabilità contrattuale, 5 anni per la responsabilità extracontrattuale.

Origine della responsabilità professionale del medico. "Le obbligazioni inerenti l'esercizio della professione sanitaria sono di comportamento e non di risultato, nel senso che il professionista assumendo l'incarico si impegna a prestare la propria opera intellettuale e scientifica per raggiungere il risultato sperato, ma non per conseguirlo. In conseguenza l'inadempimento del sanitario è costituito non già dall'esito sfortunato della terapia e dal mancato conseguimento della guarigione del paziente, ma dalla violazione dei doveri inerenti allo svolgimento dell'attività professionale" (Cass. n. 231, 25 gennaio 1969 e n. 3044, 13 ottobre 1972), tranne alcune attività in cui la dottrina ha ravvisato un'obbligazione di risultato, come la chirurgia estetica, l'anestesia, l'aborto, le protesi sostitutive, gli esami di laboratorio, la diagnosi istopatologica, la trasfusione di sangue, ecc..

Art. 1176 c.c.: nell'adempiere l'obbligazione il debitore deve usare la diligenza del buon capo di famiglia.

Nell'adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale, la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata.

Art. 2043 c.c.: qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno.

Art. 2236 c.c.: se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave.

Art. 1228 c.c.: salva diversa volontà delle parti, il debitore che nell'adempimento dell'obbligazione si vale dell'opera di terzi, risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro.

Pertanto il medico è responsabile dei danni cagionati al paziente anche per la colpa lieve, quando, di fronte ad un caso ordinario, non abbia osservato le regole della comune preparazione professionale e della media diligenza; di fronte a casi straordinari o eccezionali risponde invece solo per dolo o colpa grave.

La colpa grave nei casi difficili diventa equivalente alla colpa lieve nei casi facili. Questo concetto della relatività della colpa, rispetto alle difficoltà dell'intervento, ha la sua rilevanza sul regime delle prove: per l'intervento facile (così come per l'obbligazione di risultato) il danneggiato non ha che da provare il danno PRESUMENDOSI la colpa del medico, mentre per l'intervento difficile il danneggiato dovrà provare, oltre al danno, la colpa del medico (Cass. 21 dicembre 1978, n. 6141).

Quando infine il medico ricorre all'opera di collaboratori (assistenti, infermieri, tecnici, ecc.), è tenuto a rispondere anche dei fatti dolosi o colposi di costoro.

La responsabilità civile si estende all'ente (fatto salvo il diritto di rivalsa sul dipendente nei casi di dolo e di colpa grave in virtù delle norme specifiche sul pubblico impiego).

*In questo ambito giuridico diverse sono le disposizioni che interessano, infatti **i funzionari i quali nell'esercizio delle loro funzioni (con fatti od omissioni commessi con dolo o con colpa grave "cagionino danno allo Stato" , "sono tenuti al risarcirlo") e, a tal fine, "sono sottoposti alla giurisdizione della Corte dei conti"**.*

RESPONSABILITÀ DISCIPLINARE

1. Riguarda i medici impiegati, che esercitano alle dipendenze di enti pubblici o privati e deriva dall'inosservanza dei doveri di servizio o di ufficio (fedeltà, obbedienza, segretezza, imparzialità, vigilanza, onestà, puntualità). È regolata da disposizioni speciali, contemplate dal contratto del pubblico impiego, la cui violazione comporta sanzioni di carattere amministrativo, comminate mediante un procedimento disciplinare interno.

2. Deriva dalla trasgressione delle norme del Codice di deontologia medica e riguarda tutti i medici iscritti all'Albo professionale. Può concorrere con un illecito giuridico. La sanzione è applicata dal Consiglio dell'Ordine.

3. Per i medici convenzionati la normativa disciplinare è prevista dalla Legge 29 giugno 1977, n. 349, che dispone le forme di controllo sulla loro attività e disciplina le ipotesi di infrazione, le conseguenti sanzioni (richiamo, richiamo con diffida, sospensione del rapporto convenzionato per la durata non superiore ai due anni, cessazione del rapporto) ed il procedimento per la loro irrogazione.

4. Il D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128, nel disciplinare l'ordinamento interno dei servizi ospedalieri, detta disposizioni sulla compilazione, conservazione e rilascio delle cartelle cliniche di cui sono responsabili prima il primario poi il direttore sanitario di fronte all'amministrazione ospedaliera. Non si escludono, naturalmente, le responsabilità penali, nell'ipotesi di omissione di atti di ufficio (art. 328 c.p.), di falsità materiale in atti pubblici (art. 476 c.p.), di falsità ideologica in atti pubblici (art. 479 c.p.) o di rivelazione di segreti d'ufficio (art. 326 c.p.), data la natura di atto pubblico riconosciuta alla cartella clinica e la qualità di medico pubblico ricoperta dal direttore sanitario, dal primario ospedaliero, dagli aiuti e assistenti.

RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA

È un tipo di responsabilità patrimoniale prevista dagli ordinamenti giuridici che si pone in capo ad agenti della pubblica amministrazione (dipendenti e funzionari pubblici ma anche altri soggetti che svolgono compiti per la p.a.) Per un danno alle casse erariali.

[Appendice 2] La responsabilità del medico libero professionista

Il libero professionista instaura un rapporto di tipo contrattuale con il paziente. In caso di errore diagnostico o terapeutico possono concorrere sia la responsabilità contrattuale, per inadempimento degli obblighi assunti, che quella extracontrattuale, per danni provocati al paziente con gli eventuali benefici di quanto previsto all'art. 2236 c.c..

[Appendice 3] La responsabilità della struttura sanitaria pubblica e del medico dipendente

Tra il medico dipendente, l'Ente pubblico o privato di assistenza e il paziente si costituiscono tre distinti rapporti con la possibilità di un quarto:

- 1) uno di tipo contrattuale tra il malato e l'Ente sanitario cui lo stesso si rivolge per assistenza;
- 2) uno di tipo extracontrattuale tra il malato ed il medico di turno che è tenuto al generale principio del "neminem laedere";
- 3) uno di tipo contrattuale tra l'amministrazione sanitaria ed il medico dipendente dal quale la prima ha diritto di ottenere un corretto adempimento dei suoi doveri e l'eventuale rivalsa economica;
- 4) uno di tipo contrattuale tra il medico ed il paziente in occasione di prestazione libero professionale intramoenia.

L'art. 28 del D.P.R. 20 dicembre 1979 n. 761, 1 cpv, dispone che "in materia di responsabilità, ai dipendenti delle UU.SS.LL. si applicano le norme vigenti per i dipendenti civili dello Stato di cui al D.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3, che all'art. 23 stabilisce che il "danno ingiusto" è solo quello che l'impiegato abbia commesso per dolo o colpa grave.

Si torna così, anche per lo "status"impiegatizio del medico dipendente, a quella responsabilità affievolita che l'art. 2236 c.c. consente al medico professionista per i problemi tecnici di speciale difficoltà.

L'art. 22 del D.P.R. 3/1957 ammette invece una previsione di responsabilità della Pubblica Amministrazione anche per colpa lieve; questa interpretazione è sottintesa anche dal secondo comma dell'art. 28 del D.P.R. 761/1979 secondo il quale "Le UU.SS.LL. possono garantire anche il personale dipendente mediante adeguata polizza di assicurazione per la responsabilità civile, dalle eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie promosse da terzi, ivi comprese le spese di giudizio, relativamente alla loro attività, senza diritto di rivalsa, salvo i casi di colpa grave o di dolo".

Un evento dannoso in sede di prestazione del servizio sanitario può dar luogo quindi ad una duplice azione da parte del danneggiato:

- a) nei confronti della USL per responsabilità contrattuale diretta (per attività od omissione dell'organo) o indiretta (per difetto di vigilanza) senza limitazione alcuna e, dunque, anche per colpa lieve;
- b) nei confronti del medico per responsabilità extracontrattuale diretta nei limiti di quanto previsto agli artt. 22 e 23 D.P.R. 3/1957 e cioè con esclusione dei casi di colpa lieve.

L'indirizzo giurisprudenziale fino ad oggi prevalente propende per la natura contrattuale, da contatto sociale, della responsabilità del singolo medico a sua volta solidale con la responsabilità della struttura sanitaria di appartenenza.

Il contratto individuato dalla Corte di Cassazione quale fondamento della struttura sanitaria è il **Contratto atipico di spedalità**, mediante il quale tra paziente e struttura si instaura un rapporto che deve essere considerato del tutto indipendente rispetto al rapporto paziente-medico ed al quale si applica la disciplina ordinaria in tema di inadempimento (**art. 1218 c.c.**), con forme autonome di responsabilità dell'ente.

Qualora un ente ospedaliero (ovvero un'Usl dopo l'attuazione della legge 23.12.1978, n. 833, istitutiva del S.S.N.) venga condannato al risarcimento del danno subito da un assistito per fatto colposo del proprio dipendente, e la Procura della Corte dei Conti, a seguito segnalazione effettuata dall'ente, agisca in rivalsa nei confronti del dipendente medesimo, la relativa controversia spetta alla cognizione della **Corte dei Conti**, atteso che la giurisdizione di tale Corte, secondo la previsione dell'art. 52 r.d. 12.7.1934, n. 1214, e dell'art. 103 Cost., non si riferisce ai soli fatti inerenti al danno erariale, ma si estende ad ogni ipotesi di responsabilità per pregiudizi economici arrecati allo Stato o ad enti pubblici da persone legate da vincoli di impiego o di servizio ed in conseguenza di violazioni degli obblighi inerenti a detti rapporti.

Con la sentenza n. 589/1999, la Suprema Corte apriva la strada alla nuova **tesi della responsabilità contrattuale da Contatto Sociale**, caratterizzato dall'affidamento che il malato ripone in colui che esercita una professione protetta avente ad oggetto beni costituzionalmente tutelati. Il «contatto» si instaura tra medico e paziente al momento dell'accettazione e della presa in carico del sanitario, inquadrando in tal modo la fattispecie nella categoria dottrinale dei cosiddetti «rapporti contrattuali di fatto», nei quali il rapporto obbligatorio nasce da comportamenti modellati su una fattispecie contrattuale di cui seguono la disciplina, seppure in assenza di una base negoziale.

Quando gli enti ospedalieri pubblici vengono condannati a risarcire (in via contrattuale, ma anche extracontrattuale) i danni cagionati dai propri dipendenti, possono agire con azione di rivalsa, nei loro confronti, dinanzi alla Corte dei Conti, in ossequio alla disciplina generale riguardante le Amministrazioni statali, centrali e periferiche.

Cos'è la Corte dei conti?

La Corte dei conti è un organo di rilievo costituzionale, autonomo ed indipendente da altri poteri dello Stato cui la Costituzione affida importanti **funzioni di controllo** (art.100) e **giurisdizionali** (art. 103)

In ogni ordinamento democratico è previsto che un organo di rilievo costituzionale, posto in posizione di autonomia ed indipendenza rispetto al Governo ed al Parlamento vigili, sulla **corretta gestione delle risorse pubbliche**, sul rispetto degli equilibri finanziari complessivi, sulla **regolarità, efficacia ed efficienza**

La garanzia assicurativa per la "colpa lieve" è e resta a carico dell'ente pubblico , mentre la "colpa grave", DEVE ESSERE coperta da polizze assicurative specifiche, ed è sempre stata a totale carico del dipendente e non delle Aziende Sanitarie Ospedaliere o Locali.

Approccio atipico dei tribunali italiani nel definire i casi malasanità.

Per effetto delle sentenze della Corte di Cassazione succedutesi dal 1999 ad oggi medici e strutture sanitarie sono stati considerati assoggettabili ad una responsabilità contrattuale, ciò che comporta l'inversione dell'onere della prova (posta a carico dei sanitari), la dilatazione dei tempi di prescrizione da 5 a 10 anni.

Nella gran parte dei paesi europei, invece, vengono indennizzati soltanto i danni causati dagli errori medici, che il paziente deve provare di aver subito. Normalmente ad un medico che si attiene alle linee guida professionali non è imputabile alcunché.

[Appendice 4] Decreto Balduzzi

Art. 3 Responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie

1. L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo.

(Dispositivo dell'[Art. 2043 del Codice Civile](#): Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno.)

La Legge Balduzzi ha aperto un varco per affrontare in modo sistematico un problema emergente della responsabilità

L'Aula della Camera ha approvato nella serata del 27 gennaio 2016, gli emendamenti e gli articoli del Ddl Gelli in materia di responsabilità professionale.

Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario

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. CAMERA DEI DEPUTATI 259-262-1312-1324-1581-1769-1902-2155 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 —2— 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 —4— 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 svolga 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. —5—

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 —7— 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. LA PRESIDENTE

[Appendice 4] La copertura assicurativa

L'art. 3, comma 5, lett. E) del D.L. 13/08/11, n° 138 convertito , con modifiche, nella legge 14/09/11, n°148, enuncia l'obbligo in capo al professionista di stipulare "idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale". Successivamente l'art. 3 del D.L. n° 158/12 convertito con modifiche dalla legge 189/12 ha dettato disposizioni in materia di responsabilità professionale sanitaria, rinviando ad apposito DPR la regolamentazione dei requisiti minimi ed uniformi delle polizze per l'idoneità dei contratti assicurativi nonché per l'istituzione di un apposito Fondo di Garanzia.

Il Ministero di Grazia e Giustizia ha chiarito che l'obbligo previsto dalla 148/2011, riguarda solo i liberi professionisti o meglio i professionisti sanitari nell'esercizio dell'attività libero-professionale. L'art. 27 del DL 90/2014, convertito in legge dall'art. 1, comma 1, della l.114/agosto 2014, che ha ripreso l'art.3 del DL 158/2012 ha chiarito definitivamente che l'obbligo assicurativo trova applicazione esclusivamente nei confronti del libero professionista.

Nota del Ministero della Salute (Ottobre 2014)

1. I medici dipendenti SSN sono esentati dall'obbligo assicurativo RC dal decreto legge sulla Pubblica amministrazione 114/2014, ma fanno bene ad assicurarsi perché alcuni ospedali non sono assicurati, altri hanno la "rivalsa facile" ed altri ancora sono auto assicurati ma la Corte dei Conti chiede al medico di pagare il danno erariale se l'ente risarcisce con soldi pubblici il sinistro di cui avrebbe colpa anche il medico. *Art. 2237-bis. - (Responsabilità dell'esercente la professione medica o sanitaria).* – In considerazione della natura altamente rischiosa delle attività mediche e sanitarie di carattere preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo, quando dallo svolgimento di tali attività derivi causalmente un danno al paziente, l'esercente la professione medica o sanitaria che le ha rese è tenuto al risarcimento se il fatto lesivo è conseguenza di colpa grave o dolo.
NE DERIVA LA NECESSITÀ PER IL MEDICO DIPENDENTE DI STIPULARE UNA ADEGUATA COPERTURA ASSICURATIVA PER RIVALSA E COLPA GRAVE.
2. Gli specialisti ambulatoriali per contratto sono coperti dall'Azienda sanitaria locale con la quale sono convenzionati per un massimale di 1.549.000 euro, ma vale la convenienza ad assicurarsi accennata per gli ospedalieri pubblici.
3. I medici dipendenti degli ospedali privati accreditati SSN sono assicurati perché equiparati ai colleghi pubblici dalla dicitura dello stesso articolo 27 della legge 114 che estende l'obbligo di copertura a tutte le aziende sanitarie; difficilmente ci sono dipendenti per converso nel privato non accreditato; si attendono i dati di un confronto lanciato dall'associazione delle strutture private AIOP sui meccanismi RC negli altri Paesi Ue (onere della prova, periodo per esercitare domanda risarcitoria).
4. I medici di famiglia al pari di tutti i liberi professionisti, convenzionati o no con il SSN, non sono coperti dall'assicurazione Asl e devono provvedere a coprire il rischio RC.
5. I medici specializzandi non devono assicurarsi (decreto legislativo 368/99).
6. I tirocinanti in medicina generale devono assicurarsi poiché nessuna norma prevede la loro esenzione e il loro iter.

[Appendice 5] Il Disegno di Legge in discussione al Parlamento

Azione di rivalsa. Grazie ad un emendamento del relatore Gelli, l'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria potrà avvenire solo per dolo e colpa grave. Viene inoltre confermato il tetto massimo di 3 annualità lorde per agevolare la stipula di assicurazioni a prezzi calmierati. Infine, viene escluso dall'iter il possibile intervento da parte della Corte dei Conti.

Assicurazioni. Viene rimandata ad un apposito decreto del Ministero dello sviluppo economico l'individuazione dei requisiti minimi e delle caratteristiche di garanzie per le polizze assicurative delle strutture sanitarie. Tali requisiti dovranno essere individuati anche per le forme di autoassicurazione e per le altre analoghe misure di assunzione diretta del rischio. Inoltre, in caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa dovrà 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. 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, *OMISSIS*.