



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Si attende la Regione, ma lo smantellamento dei presidi è iniziato

Ospedale del Mare, manca il cronoprogramma dell'Asl

Nelle strutture napoletane clima da trincea

NAPOLI (giupalm) - *“La particolare complessità dei processi di riorganizzazione aziendale è legata principalmente alla necessità di adeguare i livelli prestazionali ed organizzativi, specialmente a livello territoriale, alle indispensabili riallocazioni di risorse umane e strumentali, alle nuove esigenze in materia di formazione degli operatori; pertanto, il progressivo percorso che condurrà alla nuova configurazione aziendale sarà dettagliato nel documento ‘Programma operativo di implementazione del Piano’ di prossima adozione, anche in funzione dell’acquisizione delle risorse necessarie”, è quanto si legge alla voce ‘Cronoprogramma’ del piano aziendale dell’Asl Napoli 1 che porterà all’apertura dell’ospedale del Mare e al depotenziamento di tutte le altre strutture cittadine. Gli effetti sono quelli che in questi giorni stanno emergendo in*

tutta la loro drammaticità. Personale insufficiente, barelle nei corridoi, ambulanze ferme, centinaia di accessi al giorno che rendono impossibile gestire il pronto soccorso negli ospedali napoletani. Un settore completamente allo sbando che fatica, ormai, a gestire quella che è diventata un'emergenza quotidiana. Ad alimentare i problemi atavici di un comparto che è all'ultimo posto in Italia per Livelli di assistenza essenziale, il fatto che è stato programmato tutto in vista dell'apertura del nosocomio nell'area orientale senza fissare delle scadenze certe (i tempi potrebbero allungarsi viste le difficoltà a reperire infermieri) e che, nel frattempo, lo smantellamento degli altri noso-

comi presenti sul territorio comunale napoletano è già cominciato. Senza piani definiti da parte dell'Asl e della Regione Campania sarà complicato venir fuori da una fase delicata come quella che si sta vivendo in queste prime settimane del 2017. Intanto negli ospedali si continua a respirare un clima da trincea.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I tempi potrebbero allungarsi per via delle difficoltà nel reperire infermieri

Nei corridoi è tornato l'incubo delle cure sulle barelle



MEDICI E INFERMIERI

Responsabilità penale esclusa se si rispettano le buone pratiche

Quaranta a pag. 26

Il senato approva in seconda lettura il ddl professioni sanitarie, che torna alla camera

Medici, responsabilità leggera

Esclusione per imperizia e rispettando le buone pratiche

DI PASQUALE QUARANTA

Responsabilità penale di medici e infermieri definitivamente esclusa nei casi di imperizia e quando saranno rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida sulle buone pratiche, la cui redazione non sarà affidata solo alle società scientifiche, ma anche enti e istituzioni ed associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie stesse. Le strutture sanitarie saranno obbligate a pubblicare, nel caso di eventi avversi verificatisi al proprio interno, una relazione semestrale consuntiva sulle proprie attività. Queste sono alcune delle ultime novità inserite nel disegno di legge sulla responsabilità professionale delle professioni sanitarie approvato ieri dall'Aula del Senato in seconda lettura e che torna quindi alla Camera per il sì definitivo (si veda *Italia-Oggi* del 17 novembre 2016). Il provvedimento, rimasto fermo per diverso tempo per via della consultazione referendaria del 4 dicembre e, successivamente, dalla caduta del governo Renzi, si pone come obiettivo quello di risolvere due problemi che affliggono da diverso tempo il settore delle professioni sanitarie: l'aumento del contenzioso medico legale che ha causato una crescita insostenibile del costo delle assicurazioni per professionisti e strutture sanitarie, e il fenomeno della medicina difensiva che ha determinato un uso inappropriato delle risorse destinate alla sanità pubblica. Nel dettaglio, il ddl

chiarisce il concetto di sicurezza delle cure in sanità stabilendo 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 Ssn. Chiamate, in causa, poi anche le regioni che potranno affidare all'ufficio del difensore civico la funzione di garante per il diritto alla salute e disciplinarne la struttura organizzativa e il supporto tecnico. Il testo, inoltre, prevede che entro tre mesi dalla sua approvazione, sia istituito l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche che avrà come compito quello di acquisire dai Centri per la gestione del rischio sanitario i dati regionali relativi ai rischi ed eventi avversi, le relative cause e l'onere finanziario dei contenziosi. Le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private saranno, inoltre, soggette all'obbligo di trasparenza. Infatti la direzione sanitaria della struttura pubblica e privata, entro sette giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli interessati, avrà l'obbligo di fornire, preferibilmente in formato elettronico, la documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente. L'obiettivo, in tal caso, è quello di ridurre il tempo di attesa da parte del paziente, inizialmente previsto in 30 giorni nel testo licenziato dalla Camera. Le eventuali integrazioni potranno essere fornite entro il termine massimo di 30 giorni dalla presentazione della sud-

detta richiesta.

Successivamente il disegno di legge sulla responsabilità professionale prevede l'obbligo di assicurazione per tutte le strutture pubbliche e private, l'istituzione di un fondo di garanzia a favore del soggetto danneggiato da responsabilità sanitaria e un rafforzamento dell'istituto della conciliazione. Infatti quest'ultimo sostituirà, per la richiesta di risarcimento di danni derivanti da responsabilità sanitaria, l'istituto del tentativo di mediazione ritenuto poco incisivo.

Infine, l'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria potrà essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave mentre vi sarà la possibilità per il danneggiato di agire in maniera diretta nei confronti della società di assicurazione.

Per il sottosegretario alla Salute **Davide Faraone** è «fondamentale l'istituzione di una figura di garanzia alla quale potrà rivolgersi qualsiasi utente del servizio sanitario per avere risposte e tutela. Al tempo stesso l'esistenza di una simile figura e la predisposizione di linee guida per le buone

pratiche in sanità garantirà anche gli operatori». Per Michele Saccomanno, presidente del sindacato degli ortopedici Nuova Ascoti, «con l'approvazione del provvedimento raggiungiamo un giusto equilibrio sull'operato professionale del medico, il cui intervento è teso a curare il paziente e non a danneggiarlo, attraverso l'inversione dell'onere della prova. Sia chiaro, non vogliamo che passi il messaggio che con questo provvedimento si de-responsabilizzerà la categoria». Mentre la Consulcesi group, in una nota sottolinea che «il via libera del Senato al ddl è un'ottima notizia. Siamo pronti a fare la nostra parte per assicurare una tutela legale completa al personale sanitario».

—© Riproduzione riservata—

La scelta

Articolo 18, no al referendum sì al voto su voucher e appalti

Verdetto della Consulta, passano due quesiti su tre della Cgil

Valentina Errante

ROMA Tra il 15 aprile e il 15 giugno si tornerà alle urne, ma non si voterà per l'abrogazione del jobs act. La Corte Costituzionale ha deciso di dichiarare inammissibile il quesito politicamente più delicato sul quale si giocava la partita delle elezioni anticipate. Saranno le motivazioni a chiarire nel dettaglio le ragioni della sentenza, probabilmente legate alla natura «manipolativa» del quesito sui licenziamenti. Dopo due ore di udienza camerale, i giudici della Consulta hanno invece dato il via libera agli altri due quesiti, sui voucher e sulla responsabilità solidale in materia di appalti. Erano 3,3 milioni le firme raccolte dal sindacato di Susanna Camusso, che denuncia «pressioni senza precedenti» e annuncia il ricorso a Strasburgo. La prossima partita si gioca sulla decisione del 24 gennaio, quando la Corte sarà chiamata a pronunciarsi sulla costituzionalità dell'Italicum.

Si voterà per l'abolizione dei voucher, i buoni per il lavoro accessorio ampliati dal jobs act, il cui utilizzo, secondo i dati Inps, è lievitato in maniera esponenziale soprattutto nel 2015 ma che, nel 2016, ha toccato quota 121,5 milioni di assegni venduti. Gli elettori saranno chiamati anche a pronunciarsi sul ripristino della piena responsabilità solidale tra appaltatore e appaltante nei confronti dei lavoratori. L'abrogazione riguarda la cosiddetta legge Biagi del 2003 che, secondo il sindacato, priverebbe delle tutele i lavoratori occupati negli appalti e sub appalti coinvolti in processi di esternalizzazione. Disco rosso invece sul quesito più politico dei quesiti, che puntava a ripristinare l'articolo 18 dello statuto dei lavoratori e a reintrodurre i limiti per i licenziamenti senza giusta causa. In particolare, la Cgil chiedeva che fosse ripristinata e ampliata la «tutela reintegratoria nel posto di lavoro in caso di li-

cenziamento illegittimo», estendendola a tutte le aziende con oltre cinque dipendenti, contro il tetto dei quindici del vecchio articolo 18. Il Jobs Act aveva «superato» l'articolo 18, sostituendo, per i contratti stipulati dopo il 7 marzo 2015, il diritto al reintegro con un indennizzo economico in caso di licenziamento senza giusta causa.

Susanna Camusso è decisa ad andare avanti nella battaglia sull'articolo 18: «Abbiamo notato in questi giorni che c'è stato un dibattito intenso sui quesiti referendari, che, a nostra memoria, non ci ricorda precedenti di analoga quotidiana pressione rispetto a come si sarebbe dovuto decidere. Si è dato per scontato l'intervento del governo con l'Avvocatura dello Stato, ma questo non era dovuto, è stata una scelta politica. La Corte ha deciso di non ammettere uno dei quesiti. Noi siamo convinti che la libertà dei lavoratori passi attraverso la loro sicurezza. Valuteremo la possibilità di ricorrere alla Corte Europea in merito ai licenziamenti. E sollecita il governo a fissare in tempi strettissimi la data del referendum. Non entra nel merito della sentenza, ma attacca, Luigi Di Maio, vicepresidente M5s della Camera: «Questa primavera saremo chiamati a votare per il referendum che elimina la schiavitù dei voucher. Sarà la spallata definitiva al Pd, a quel partito che ha massacrato i lavoratori più di qualunque altro e mentre lo faceva osava anche definirsi di sinistra». A sollecitare interventi legislativi, anche sui licenziamenti, è invece Pierluigi Bersani: «Adesso la palla passa al governo e al Parlamento che devono intervenire. Ho sempre detto che se non un articolo 18, almeno un 17 e mezzo ci vuole», ha spiegato l'ex segretario Pd conversando alla Camera e aggiungendo: «I governi vivono finché lavorano».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le misure principali del Jobs Act

- | | |
|---|--|
| <p>CONTRATTI</p> <p>CONTRATTI STABILI
Promozione del contratto a tempo indeterminato, reso più conveniente rispetto ad altri tipi di contratto in termini di oneri diretti e indiretti</p> <p>MENO TIPOLOGIE
Drastico riordino dei tipi di contratto, con l'abolizione delle forme più permeabili agli abusi e più precarizzanti, come i contratti di collaborazione a progetto (Co.Co.Pro.)</p> <p>DEMISSIONAMENTO
Possibile in caso di riorganizzazione aziendale, ma con limiti alla modifica dell'inquadramento</p> <p>WELFARE</p> <p>RIFORMA CIG
Impossibile autorizzare la cig in caso di "cessazione definitiva" di attività aziendale. Rivisti limiti di durata, partecipazione aziende e aliquote ordinarie</p> <p>RIFORMA ASPi
La durata del trattamento di disoccupazione è rapportata alla "pregressa storia contributiva". L'Aspi è estesa ai collaboratori e prolungata in casi di disagio economico</p> <p>ADEMPIMENTI ONLINE
Si punta a semplificare tutti gli adempimenti a carico di cittadini e imprese e a svolgerli per via telematica</p> | <p>LICENZIAMENTI</p> <p>NO REINTEGRO
Per i nuovi assunti a tempo indeterminato la possibilità di reintegro in caso di licenziamento è sostituita dal solo indennizzo, crescente con l'anzianità</p> <p>SÌ REINTEGRO
Per i neoassunti resta possibile il reintegro in due casi: licenziamento nullo o discriminatorio; licenziamento disciplinare se il giudice riconosce che il fatto "non sussiste"</p> <p>LICENZIATI COLLETTIVI
Benché in violazione di procedure e criteri su chi licenziare, solo indennizzo monetario (da 4 a 24 mensilità)</p> <p>SOLIDARIETÀ</p> <p>FERIE SOLIDALI
Confermata la possibilità per il lavoratore che ha un plus di ferie di cederle a colleghi che ne abbiano bisogno per assistere figli minori che necessitano di cure</p> <p>CONTRATTI SOLIDARIETÀ
Semplificazione del campo di applicazione, potenziandone l'utilizzo in chiave "espansiva", per aumentare cioè l'organico, riducendo l'orario di lavoro e la retribuzione del personale</p> |
|---|--|



ANSA centimetri

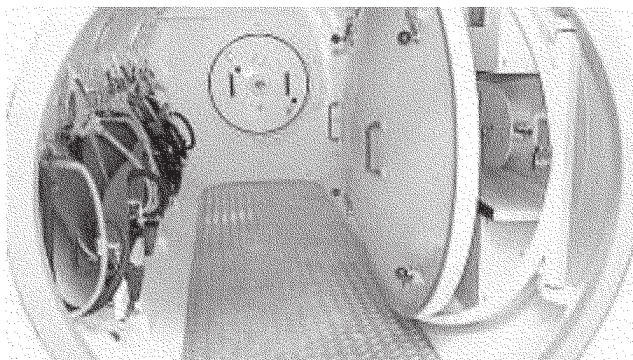
Ok ai lavori di impermeabilizzazione la camera iperbarica torna in funzione

Il ripristino

Acqua dal tetto che ospita la macchina
la struttura era stata chiusa
in attesa delle opere di riparazione

È stata riaperta la camera iperbarica dell'ospedale Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta. Ieri mattina, infatti, grazie al bel tempo che ha reso possibile la conclusione dell'intervento di impermeabilizzazione del tetto della struttura monopiano della camera iperbarica, sono stati riaperti tutti gli ambienti del plesso. «Entro domani saranno sostituiti tutti i lucernai», spiega il responsabile del servizio di Rianimazione Brunello Pezza.

È stato proprio lui, il direttore dell'unità operativa Complessa della Rianimazione, a prendere la decisione il 5 gennaio scorso di chiudere l'intero plesso della camera iperbarica, a causa dei problemi strutturali acuiti dalla forte pioggia. L'acqua, infatti, cadeva dai lucernai sulla camera e sul pannello dei comandi tecnici, costituendo un rischio per i pazienti e per gli operatori sanitari che vi lavorano. Poi, lunedì sono stati riaperti i locali attigui a quello della camera iperbarica e a quello dei comandi. Da lunedì, dunque, i pazienti sono stati curati e medicati negli ambienti del plesso, godendo comunque del servizio di base. Da ieri mattina, tuttavia, ritorna in piena attività anche la camera iperbarica, dedicata alle terapie iperbariche per pazienti sia in regime di ricovero che in regime ambulatoriale. Al momento, la camera iperbarica di Caserta ha cinque posti a sedere più una barella per pazienti con particolari patologie. All'unità, cui lavorano attualmente due medici, un ca-



“
L'annuncio
Il responsabile
del servizio
Rianimazione:
«Entro domani
saranno
riparati tutti
i lucernai»

posala, un infermiere, un ausiliare e i tecnici che si occupano al comando tecnico della macchina, si rivolgono tutti quei pazienti che necessitano di cure specifiche per ulcere torbide, infezioni e per riparare tutti i tessuti che hanno scarso apporto di ossigeno.

L'ossigenazione è infatti il compito principale della camera iperbarica: «aggiungiamo molte unità di atmosfere perché si sciolgano alcuni gas che si trovano nel sangue», spiega tecnicamente il responsabile Pezza, anche direttore del Dipartimento di Emergenza e Accettazione del nosocomio casertano. Sono diverse le patologie che necessitano della camera iperbarica. In primis i pazienti acuti affetti da cancrena gassosa, embolia gassosa e i pazienti intossicati da monossido di carbonio. A questi vanno aggiunte anche altre patologie, meno gravi, che possono essere curati anche in regime ambulatoriale, come le piaghe, i piedi diabetici e le osteomieliti. Nel caso in cui la camera non fosse stata riaperta, i pazienti più gravi o in stato di emergenza avrebbero potuto rivolgersi al Cardarelli di Napoli.

or.min.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Negli ospedali presi d'assalto mancano 850 camici bianchi

Gelo e virus moltiplicano sos e ricoveri, ma gli organici sono allo stremo

Sabino Russo

Almeno 300 medici. Tanti sono i camici bianchi che mancano all'appello in provincia di Salerno per far fronte alla carenza di personale determinatasi nei presidi ospedalieri dai tagli degli anni scorsi e dal blocco del turn over, a cui vanno aggiunti altri 550 infermieri. L'anemia di figure sanitarie si è resa ancora più evidente con l'ultima emergenza accessi, acuitasi con l'influenza e la psicosi meningite. Ieri mattina, nel frattempo, giro ispettivo dei Nas anche nei pronto soccorso di alcuni nosocomi salernitani. Tutto in ordine al Ruggi, dove gli operatori hanno anche incassato l'ok dei militari dell'Arma.

Sono dunque 850, tra medici e infermieri, a cui andrebbero aggiunti anche altri 650 operatori socio-sanitari, oltre a un centinaio di amministrativi, le figure professionali mancanti nei vari ospedali della provincia. Di questi, nello specifico, circa 200 camici bianchi e 300 infermieri, così come 400-450 operatori socio-sanitari, solo all'Asl. Nel solo Dea di Nocera/Pagani, solo per fare un esempio, si stima una carenza di organico di quasi 50 infermieri e 25 medici. La carenza di personale, però, non interessa solo

Il blitz
Controlli
del Nas
nei pronto
soccorso:
i militari
non trovano
anomale

l'azienda sanitaria, ma anche quella ospedaliera universitaria, dove mancano all'appello un centinaio di medici e circa il doppio di infermieri. Un'anemia a cui le due aziende, a dire il vero, stanno cercando di porre rimedio, mettendo mano allo scorrimento delle graduatorie di mobilità regionale ed extra-regionale, così come ai bandi di concorso. Prima di Natale, ad esempio, il direttore generale dell'Asl Antonio Giordano ha annunciato l'avvio dei bandi di concorso per il reclutamento di 92 dirigenti medici, oltre ad altri 23 operatori sanitari provenienti dalle liste di mobilità. Anche al Ruggi, contestualmente, si è dato il via un corposo piano di reclutamento, sia medico che infermieristico. «Bisogna ga-

rantire dotazioni organiche di personale adeguate ad assicurare la tenuta dei servizi ed il rispetto della normativa europea sull'orario di lavoro e sui riposi dei lavoratori - avverte la Cgil - Bisogna consentire la stabilizzazione dei precari e lo sblocco del turn over in sanità. In Campania, ad inizio di ogni anno, si registra un episodio drammatico che evidenzia le criticità strutturali del sistema salute e che non è casuale, ma è il risultato di politiche sanitarie sbagliate».

A finire sul banco degli imputati, oltre alla carenza di personale, sono anche i ritardi nella riorganizzazione delle reti di emergenza tempo-dipendenti (cardiologica, cerebrovascolare, traumatologica) e del sistema di emergenza sanitaria, con l'attivazione dei dipartimenti integrati, oltre alla realizzazione di una rete regionale di emergenza pediatrica, comprensiva di Tin e punti nascita. «Bisogna incrementare i posti letto per acuti, con riorganizzazione della rete delle eccellenze per rendere autosufficiente ciascun territorio, e potenziare il distretto sanitario per garantire la effettiva presa in carico dei percorsi assistenziali dei cittadini - continua la nota della Cgil - Bisogna potenziare la prevenzione, la rete oncologica distrettuale ed ospedaliera, la riabilitazione pubblica e la rete dei servizi territoriali per le fasce deboli della popolazione».

Richieste avallate anche dai dati dell'Agenas, che mostrano come oltre l'80 per cento degli accessi negli ospedali siano registrati come codici verdi, quindi non di emergenza, a cui negli ultimi giorni si è aggiunta anche tutta una serie di fattori di supporto, come l'ondata di freddo polare, l'influenza, la psicosi meningite, che hanno evidenziato la mancanza di assistenza domiciliare, di ricoveri in strutture a più bassa intensità assistenziale, di filtro con la medicina territoriale e degli altri livelli intermedi di assistenza. Nei soli pronto soccorso di Nocera Inferiore e del Ruggi, i due più grandi della provincia, sono stati oltre 2.500, rispettivamente, gli accessi dall'inizio dell'anno.



Dall'Agro al Cilento, servono anche 550 infermieri. D'Angelo: «Non abbiamo bisogno di eroi ma di progetti seri»

Sos ospedali, mancano 300 medici

Assalto ai pronto soccorso, organici allo stremo. E al Ruggi il blitz dei Nas: «Tutto regolare»

Sabino Russo

Almeno 300 medici. Tanti sono i camici bianchi che mancano all'appello in provincia di Salerno per far fronte alla carenza di personale determinatasi nei presidi ospedalieri dai tagli degli anni scorsi e dal blocco del turnover, a cui vanno aggiunti altri 550 infermieri. L'anemia di figure sanitarie si è resa ancora più evidente con l'ultima emergenza accessi, acuitasi con l'influenza e la psicosi meningite. Ieri mattina, nel frattempo, giro ispettivo dei Nas anche nei pronto soccorso di alcuni nosocomi salernitani. Tutto in ordine al Ruggi, dove gli operatori hanno anche incassato l'ok dei militari dell'Arma.

L'intervista

«Non servono medici eroi ma progetti seri»

D'Angelo, presidente dell'Ordine: subito più personale e una rete h24 con le strutture territoriali

«**N**on servono medici eroi, ma una seria progettualità». Il presidente dell'Ordine dei medici salernitani Giovanni D'Angelo interviene nella polemica sollevatasi in questi giorni in relazione all'ondata di accessi nei pronto soccorso, auspicando insieme alla messa in campo di un corposo piano di reclutamento di personale e di risorse strumentali anche l'approvazione di un piano sanitario e degli atti aziendali.

Presidente in questi giorni ci sono stati accessi record un po' ovunque. Era possibile limitare questa invasione?

«Se non si può evitare la malattia, si poteva certamente prevedere, e i segnali c'erano tutti, che ci fosse in arrivo una specie di tsunami di accessi e far sì che la macchina organizzativa potesse determinare una risposta soddisfacente rispetto alla domanda di salute o a quella proveniente dal territorio e dalle zone limitrofe. C'è una condizione oggettiva di carenza di personale, di posti letto ed altre situazioni di criticità. Si sta tentando un riallineamento come Regione rispetto agli standard operativi e qualitativi rispetto alle altre Regioni, ma è in itinere. Purtroppo mentre camminavamo è arrivato questo ciclone e qualcosa non è andato come doveva».

Al di là delle responsabilità dei singoli, esiste una oggettiva difficoltà nel rapporto ospedale-territorio e nella macchina organizzativa?

«Quello che si è verificato è in ragione di una organizzazione esistente. Questo vuol dire che la stessa va modificata. Sono previste alcune modifiche tendenti alla creazione di un filtro più efficace a livello del territorio rispetto a queste condizioni, che dovrà essere dato dai medici di famiglia o di medicina generale, che in qualche modo si dovranno consorzicare in unità operative e che dovranno



”

La stoccata
Per i politici non dobbiamo essere ultimi io sarei contento di essere nella media

realizzare, se non un h24, almeno, si spera, un h16».

Cosa serve per raggiungere questi obiettivi?

«Il problema è che bisogna sedersi con tanta buona volontà francescana e cercare di realizzare innanzitutto una volontà partecipativa degli attori. Sono certo che tra gli operatori sanitari questa c'è. Alla buona volontà, poi, c'è bisogno che venga incontro la struttura regionale, per creare tutte le risorse necessarie affinché questo avvenga».



”

Antonio Giordano
Il manager Asl: abbiamo un problema antico con la medicina territoriale



”

Vittoria Montemurro
Dirigente sanitaria dell'Asl: appello ai donatori di sangue siamo in emergenza



”

Francesco Bruno
Ortopedico al Ruggi, Cgil: non è possibile arrivare al caos e poi gridare allo scandalo

Dai numeri emerge che mancano all'appello, negli ospedali della provincia, circa 300 medici e 550 infermieri. Nonostante questo, però, riescono a garantire ancora una risposta assistenziale di qualità.

«Non vogliamo il medico eroe. Non serve. In battaglia forse sì, ma non lo è. Probabilmente la stiamo trasformando in tale. Questo è un percorso che deve avere regole precise, in cui ogni attore deve stare al posto giusto e nel momento giusto e fare la cosa giusta. Bisogna dare atto che sia l'Asl che il Ruggi stanno espletando i concorsi, ma è normale che per chi ha attraversato il deserto un bicchiere d'acqua non serve. Questo è il minimo per far sì che le strutture possano ancora sopravvivere, ma non miriamo a questo. Qualcuno in politica dice che non dobbiamo essere più ultimi, ma addirittura primi. Mi accontenterei di essere nella media, perché oggi non lo siamo».

Oltre le carenze strumentali e di organico c'è quindi una mancanza di progettualità?

«Non è aumentando i giocatori che si migliora il gioco. C'è bisogno di sapere che tipo di partita si vuole giocare. Le assunzioni sono urgentissime, ma accanto a queste urge l'approvazione di un piano sanitario e dei piani aziendali che dicano chi fa che cosa».

In tutto ciò si è ancora in attesa che vadano a regime le reti dell'emergenza-urgenza.

«L'unica che sta funzionando discretamente è solo quella dell'infarto. Per le altre, invece, devo dire che siamo un poco in affanno, soprattutto quella dell'ictus. Questa è un'altra rete fondamentale per diminuire il numero dei casi, ma soprattutto per limitarne i postumi, perché questi ultimi sono quelli che maggiormente pesano sul paziente stesso e sulla sua famiglia».

sa.ru.



Mercoledì 11 Gennaio 2017

Benessere, salute e bellezza, un forum di esperti a Caserta

Appuntamento al Plaza, centro congressi dell'hotel casertano Golden Tulip, per la prima edizione del Forum Benessere, Salute e Bellezza. L'evento si terrà da venerdì 13 a domenica 15 gennaio. Presidenti Scientifici del Forum sono i professori Francesco d'Andrea e Massimo Amato. Il Forum rappresenta una grande opportunità di aggiornamento professionale, nonché un momento d'incontro e scambio tra diversi settori che lavorano tutti con la stessa finalità bellezza, salute e benessere. Partner della manifestazione sono l'Università degli Studi di Napoli Federico II, l'Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, l'Università degli Studi di Salerno, la Camera di Commercio e Confindustria Caserta e il Comune capoluogo.

Testimonial della manifestazione è Cristina Donadio (la Chanel di Gomorra) che domenica mattina sederà al tavolo dei relatori per partecipare ad una discussione aperta al pubblico sul tema della bellezza.

La tre giorni è organizzata dalla BSB di Donatella Cagnazzo e Bianca D'Angelo. L'iscrizione al Forum è gratuita e il corso è accreditato ECM. "Negli ultimi anni – sottolinea il professor Francesco D'Andrea, specialista in Chirurgia Plastica dell'Università Federico II di Napoli – il concetto di benessere si è sempre di più collegato con il concetto di salute e la bellezza si è inserita a pieno titolo in questo binomio quale bene primario irrinunciabile. Da tale considerazione è nata l'idea di organizzare un Forum che, approfondendo in maniera trasversale tutte le tematiche che contribuiscono al miglioramento della qualità della vita, rappresenti un momento di aggiornamento e di confronto professionale in un campo estremamente vasto ed in continua evoluzione. Il Forum si articolerà in sessioni scientifiche che prevedono l'intervento di autorevoli relatori di fama nazionale ed internazionale, che tratteranno le principali attualità nei vari ambiti della medicina e chirurgia estetica, trattamenti antiage, alimentazione e salute e dermatologia e cosmeceutica con particolare riferimento ai più moderni protocolli terapeutici e alle nuove tecnologie applicabili nei singoli settori".

Ci sarà spazio anche per la prevenzione sabato 14 e domenica 15 gennaio Il Centro Igea Sant'Antimo nell'ambito della campagna di prevenzione dedicata alle donne, mette a disposizione macchinari e personale altamente qualificato per offrire ecografie mammarie gratuite. A volte basta un semplice esame per salvarsi la vita. Partendo da questo assunto il centro diagnostico polispecialistico Igea Sant'Antino ha deciso di dar vita a una serie di iniziative gratuite, tutte incentrate sulla prevenzione.

"La nostra esperienza ci dice che per ottenere buoni risultati a lungo termine l'unica soluzione è quella di informare e convincere la popolazione a tenersi sotto controllo- afferma il dr. Antimo Cesaro, CEO del Centro Igea Sant'Antimo- abbiamo deciso – continua l'imprenditore – di dedicare parte delle nostre attività alla prevenzione perché sentiamo il dovere di contribuire al benessere delle persone che abitano in una terra al centro dell'attenzione mediatica per inquinamento ambientale. La nostra è una struttura privata convenzionata con il Servizio sanitario regionale, che ha scelto di supportare quanti stanno avendo difficoltà a causa delle lunghissime liste d'attesa e dei costi insostenibili del ticket che si registrano negli ospedali pubblici. Non un'iniziativa "spot", bensì un vero e proprio percorso di salute che proseguirà per tutto il 2017 con un programma dedicato alle donne. «In un momento così difficile per la sanità pubblica – spiega il dottor Antimo Cesaro, titolare della struttura - sentiamo il dovere di mettere le nostre professionalità e tecnologie al servizio di tutti i cittadini. Perché il diritto alla salute non può essere negato. Abbiamo scelto di partecipare al Forum BSB (con ecografia mammaria gratuita) perché riteniamo che iniziative del genere volte anche al sociale diano l'opportunità di fare prevenzione ma anche una corretta informazione"

Perché fare un'ecografia mammaria. Con l'ecografia mammaria è possibile individuare cisti al seno, cioè formazioni di natura benigna, spesso a contenuto liquido o misto, e fibroadenomi. Quest'indagine consente, inoltre, di diagnosticare la presenza di tessuti infiammati (come nel caso di mastite o ascessi) ed è importante nella diagnosi precoce di lesioni più serie, come i tumori maligni. L'ecografia mammaria permette di visualizzare anche le eventuali alterazioni a carico dei linfonodi dei cavi ascellari. Nella maggior parte dei casi, l'ecografia al seno non è un'indagine alternativa alla mammografia e i due esami sono ritenuti complementari. Nella diagnostica senologica, l'esame ecografico è più adatto a valutare i tessuti mammari densi (in cui la componente ghiandolare è prevalente) delle donne giovani, non sempre ben visualizzabili ai raggi X della mammografia



Sanità: 10 milioni i italiani rinunciano a curarsi. Anche per sfiducia

Nel 2016 ben 10 milioni di italiani hanno rinunciato a curarsi per le lunghe liste di attesa o perché non si fidano del sistema sanitario della loro regione di residenza. Cresce l'area dell'inefficienza rispetto al 2015. La "democrazia sanitaria" è costata oltre 310 milioni di euro mentre le spese legali hanno superato la soglia dei 190 milioni di euro. È quanto emerge dall'IPS, l'Indice di Performance Sanitaria realizzato, per il secondo anno consecutivo, dall'Istituto Demoskopika.

Un altro dato significativo del 2016, inoltre, mostra che circa 10 milioni di italiani, pari al 17,6%, hanno rinunciato a curarsi per le lunghe liste di attesa o perché, non fidandosi del sistema sanitario della regione di residenza, non hanno potuto affrontare i costi della migrazione sanitaria ritenuti troppo esosi. Si tratta di poco meno di una famiglia su due (47,1%) in Italia che ha rinunciato a curarsi nel 2016. Il dato è riferito a un sondaggio realizzato dallo stesso Istituto Demoskopika su un campione rappresentativo di cittadini. Tra i fattori principali figurano i "motivi economici" e le

lunghe liste di attesa rispettivamente nel 17,4% e nel 12,8% dei casi. E, ancora, il 6,7% del campione intervistato ha dichiarato di non curarsi “in attesa di una risoluzione spontanea del problema” o, addirittura, per “paura delle cure” come nell’1,5% dei comportamenti rilevati.

L’“impossibilità di assentarsi dal luogo di lavoro”, inoltre, ha rappresentato un valido deterrente per il 4,8% dei cittadini.

In particolare, il federalismo sanitario non sembra un elemento a favore a giudicare dalle interviste, il 3,9%, infatti, pari a circa 2,4 milioni di italiani, ha dichiarato l’impossibilità ad occuparsi della propria salute o di quella di qualche suo familiare perché “curarsi fuori costa troppo, non fidandosi del sistema sanitario della regione in cui vive”. Un dato accentuato al sud, si rileva infatti un divario tra le due parti del Paese, al nord si trovano le regioni percepite come più efficienti.

quotidianos**sanità**.it

Mercoledì 11 GENNAIO 2017

Responsabilità professionale e sicurezza delle cure. Anche il Senato approva il ddl che torna alla Camera per il sì finale. Ecco tutte le novità per risolvere il contenzioso sanitario e garantire cure più sicure al cittadino. Sintesi delle norme

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

Via libera dall'Aula del Senato al testo ddl Gelli sulla responsabilità professionale per le professioni sanitarie. A questo punto il provvedimento torna nuovamente alla Camera per l'approvazione definitiva. A Montecitorio si prospettano tempi rapidi per l'esame del provvedimento dal momento che le novità apportate durante il passaggio in commissione Sanità al Senato sono state concordate con i colleghi della commissione Affari Sociali.

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

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

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

Quanto all'**azione di rivalsa** nei confronti dei professionisti, questa dovrà essere esercitata dal pubblico ministero presso la Corte dei conti. Infine, tutte le **strutture sanitarie e sociosanitarie saranno obbligate ad assicurarsi** anche per danni causati dal personale a qualunque titolo, e dovranno istituire un **Fondo rischi**

Infine proprio oggi il Senato ha approvato ulteriori emendamenti (in tutto nove) riguardanti gli articoli 4, 8, 9, 10, 12 e 14 sui quali torneremo appena saranno disponibili i testi.

Di seguito l'analisi del testo articolo per articolo.

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

Articolo 2 (Attribuzione della funzione di garante per il diritto alla salute al Difensore civico regionale o provinciale e istituzione dei Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente). Qui si prevede che le Regioni possono affidare all'ufficio del Difensore civico la funzione di garante per il diritto alla salute e disciplinarne la struttura organizzativa. Ricordiamo qui la [polemica sollevata da Cittadinanzattiva](#) per l'esclusione della rappresentanza dei cittadini dall'organismo di garanzia già prevista nel testo approvato dalla Camera.

Il Difensore civico:

- nella sua funzione di garante per il diritto alla salute, può essere adito gratuitamente da ciascun soggetto destinatario di prestazioni sanitarie, direttamente o mediante un proprio delegato, per la segnalazione di disfunzioni del sistema dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria;
- acquisisce, anche digitalmente, gli atti relativi alla segnalazione pervenuta e, qualora abbia verificato la fondatezza della segnalazione, interviene a tutela del diritto leso con i poteri e le modalità stabiliti dalla legislazione regionale.

Si prevede che in ogni regione sia istituito, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il **Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente**, che raccoglie i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e li trasmette semestralmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale all'**Osservatorio nazionale** delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità.

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

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

Articolo 4 (Trasparenza dei dati). Viene qui affermato il principio che le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private sono soggette all'obbligo di trasparenza, nel rispetto del D.Lgs. 30 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali). La direzione sanitaria della struttura pubblica e privata, **entro 7 giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli interessati aventi diritto fornisce la documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente**, preferibilmente in formato

in **30 giorni nel testo licenziato dalla Camera**. Le eventuali integrazioni saranno fornite, in ogni caso, entro il termine massimo di 30 giorni dalla presentazione della suddetta richiesta. Entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le strutture sanitarie pubbliche e private adeguano i regolamenti interni adottati in attuazione della legge n. 241/1990 e successive modificazioni e integrazioni a queste disposizioni.

Si dispone inoltre che le strutture sanitarie, pubbliche e private, rendano disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i **risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio**, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario.

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

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

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

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

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

Articolo 7 (Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria). Qui si disciplina la responsabilità civile degli esercenti le professioni sanitarie e quella delle strutture sanitarie o sociosanitarie, con riferimento all'operato dei medesimi soggetti. In particolare: **confermache la responsabilità civile della struttura sanitaria o sociosanitaria**, pubblica o privata, per i danni derivanti dalle condotte dolose o colpose degli esercenti professioni sanitarie, anche qualora essi siano stati scelti dal paziente e non siano dipendenti della struttura medesima, è di **natura contrattuale**; **specificata** che la responsabilità civile della medesima struttura è di natura contrattuale anche con riferimento alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria, ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la

sensi dell'art. 2043 del Codice civile (Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno) salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente. Il giudice, nella determinazione del risarcimento del danno, tiene conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria ai sensi dell'articolo 5 e dell'articolo 590-sexies del codice penale, come introdotto dal precedente articolo 6.

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

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

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

In particolare :

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

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

disciplina gli effetti della mancata partecipazione;

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

Articolo 9 (Azione di rivalsa). Qui si limita la possibilità di azione di rivalsa nei confronti dell'esercente una professione sanitaria ai casi di dolo o colpa grave, prevedendo una disciplina specifica dell'azione di rivalsa. Se nel giudizio o nella procedura stragiudiziale di risarcimento del danno l'esercente la professione sanitaria non è stato parte, l'azione di rivalsa nei confronti di quest'ultimo può essere esercitata soltanto successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale ed è esercitata, a pena di decadenza, entro un anno dall'avvenuto pagamento.

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

Ai fini della quantificazione del danno, fermo restando quanto previsto dall'articolo 1, comma 1-bis, della legge 14 gennaio 1994, n. 20 e dall'articolo 52, comma 2, del Regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214, si tiene conto

sociosanitaria pubblica, in cui l'esercente la professione sanitaria ha operato. **L'importo della condanna** per la responsabilità amministrativa e della surrogazione di cui all'articolo 1916, primo comma, del codice civile, per singolo evento, in caso di colpa grave, **non può superare una somma pari al valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale conseguiti nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo**. Per i 3 anni successivi al passaggio in giudicato della decisione di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato, l'esercente la professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche, non può essere preposto a incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti e il giudicato costituisce oggetto di specifica valutazione da parte dei commissari nei pubblici concorsi per incarichi superiori.

Nel giudizio di rivalsa il giudice può desumere argomenti di prova dalle prove assunte nel giudizio instaurato dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria o dell'impresa di assicurazione se l'esercente la professione sanitaria ne è stato parte.

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

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

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

Le aziende, le strutture e gli enti rendono nota, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative ovvero le altre analoghe misure che determinano la copertura della responsabilità civile verso i terzi e verso i prestatori di opera.

Demanda ad un decreto del Ministro dello sviluppo economico, da emanare entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con il Ministro della salute, la definizione dei **criteri e delle modalità per lo svolgimento delle funzioni di vigilanza e controllo esercitate dall'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS) sulle imprese di assicurazione** che intendano stipulare polizze con le strutture e con gli esercenti le professioni sanitarie.

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

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

Articolo 11 (Estensione della garanzia assicurativa). Si dispone che la garanzia assicurativa deve

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

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

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

L'impresa di assicurazione ha diritto di rivalsa verso l'assicurato nella misura in cui avrebbe avuto contrattualmente diritto di rifiutare o di ridurre la propria prestazione. Nel giudizio promosso contro l'impresa di assicurazione dell'azienda, struttura o ente a norma del comma 1 è litisconsorte necessario l'azienda, la struttura o l'ente medesimo; nel giudizio promosso contro l'impresa di assicurazione dell'esercente la professione sanitaria a norma del comma 1 è litisconsorte necessario l'esercente la professione sanitaria. L'impresa di assicurazione, l'esercente la professione sanitaria e il danneggiato hanno diritto di accesso alla documentazione della struttura sanitaria relativa ai fatti dedotti in ogni fase della trattazione del sinistro.

L'azione diretta del danneggiato nei confronti dell'impresa di assicurazione è soggetta al termine di prescrizione pari a quello dell'azione verso l'azienda sanitaria, la struttura, l'ente assicurato o l'esercente la professione sanitaria.

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

Articolo 13 (Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità). Si prevede che le strutture sanitarie e sociosanitarie e le imprese di assicurazione comunichino all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro 10 giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio. Le strutture sanitarie o socio-sanitarie comunicano all'esercente la professione sanitaria l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con invito a prenderne parte. L'omissione o l'incompletezza della comunicazione preclude l'ammissibilità del giudizio di rivalsa.

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

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

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

- concorre al risarcimento del danno nei limiti delle effettive disponibilità finanziarie;
- risarcisce i danni cagionati da responsabilità sanitaria nei seguenti casi:

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

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

Articolo 15 (Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio, e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria).

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

a) che nei procedimenti civili e nei procedimenti penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento, avendo cura che i soggetti da nominare, scelti tra gli iscritti negli albi dei consulenti tecnici e di quelli dei periti non siano in posizione di conflitto di interessi nello specifico procedimento o in altri connessi e che i consulenti tecnici d'ufficio da nominare nell'ambito del procedimento di cui all'articolo 8, siano in possesso di adeguate e comprovate competenze nell'ambito della conciliazione acquisite anche mediante specifici percorsi formativi.

b) che nei suddetti albi devono essere indicate e documentate le specializzazioni degli iscritti esperti in medicina. In sede di revisione degli albi è indicata, relativamente a ciascuno degli esperti di cui al periodo precedente, l'esperienza professionale maturata, con particolare riferimento al numero e alla tipologia degli incarichi conferiti e di quelli revocati;

c) che i suddetti albi devono essere aggiornati con cadenza almeno quinquennale, al fine di garantire, oltre a quella medico-legale, un'idonea e adeguata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche riferite a tutte le professioni sanitarie, tra i quali scegliere per la nomina tenendo conto della disciplina interessata nel procedimento;

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

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

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

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

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

Giovanni Rodriquez