



Struttura territoriale di formazione della Corte d'appello di Messina

LA COLPA MEDICA AI TEMPI DEL COVID -19

Data: 15 luglio 2020, ore 15,00

Luogo di svolgimento: Messina, con collegamento da remoto tramite l'applicativo TEAMS.

Intervengono

prof. Avv. Giovanni D'Amico, Ordinario di Diritto civile presso l'Università di Reggio Calabria, che relazionerà sul tema "il nesso di causalità nella responsabilità medica, tra evoluzione giurisprudenziale e novità normative";

dott. Emilio Iannello, magistrato presso la terza sezione civile della Suprema Corte di Cassazione, che relazionerà sul tema "la quantificazione del danno nella responsabilità medica con specifico riferimento alla perdita di chances, al danno differenziale ed al danno da omissione del consenso informato";

prof. Alessio Asmundo, Ordinario di Medicina Legale presso l'Università di Messina, che relazionerà sul tema "la responsabilità del medico e della struttura sanitaria: profili medico legali"

**colpa medica
dopo Balduzzi e
Gelli-Bianco...
quo vadis
Italia?**

problemi?

efficacia ↔ efficienza?

Medicina legale

“... nata dalle esigenze della giustizia, tratta l'applicazione delle conoscenze mediche al diritto...”

“...studia l'uomo nei suoi attributi fisici e psichici in rapporto alle leggi e rappresenta il vertice dove converge il pensiero dei medici e dei giuristi su questioni di interesse comune”

Medicina legale

Giuridica... carattere dottrinario

Forense... carattere applicativo

la Consulenza Tecnica d'Ufficio (CTU)

... Perizia?

strumento *ad adiuvandum?*

strumento *ad explorandum?*

Art. 111 Cost.

“La giurisdizione si attua mediante il **giusto processo** regolato dalla legge.

Ogni processo si svolge nel **contraddittorio tra le parti**, in condizioni di parità, davanti a giudice terzo e imparziale. La legge ne assicura la ragionevole durata...

Tutti i provvedimenti giurisdizionali devono essere **motivati...**”.

la... ammissione

la... nomina

l'incarico...

i... quesiti

le... operazioni tecniche

la... relazione scritta

l'esame... testimoniale

le... responsabilità

gli onor(ar)i

la... ammissione

?

Cass. Civ., Sez. III, 19.4.2011 n. 8989

“... Un’eventuale ammissione della CTU (in tal senso) comporterebbe inevitabilmente lo **snaturamento dell’istituto previsto dal codice di procedura, il mancato rispetto della **posizione paritaria** delle parti nel processo, un **allungamento dei tempi processuali**, con palese violazione del giusto processo, anche sotto il profilo della ragionevole durata, tutelato dall’art. 111 della Costituzione...”**

la... nomina

?

Settore penale

art.359 c.p.p (Consulenti tecnici del PM)

art.360 c.p.p (Accertamenti tecnici non ripetibili)

art.73 disp.att.c.p.p. (Consulente tecnico del PM)

art.221 c.p.p. (Nomina del perito)

**art.67 disp.att.c.p.p. (Albo dei periti presso il
Tribunale)**

**art.69 disp.att.c.p.p. (Requisiti per la iscrizione
nell'albo dei periti)**

art.36 c.p.p. (Astensione)

Settore **civile**

art.61 c.p.c. (Consulente tecnico)

art.22 disp.att.c.p.c. (Distribuzione degli incarichi)

art.13 disp.att.c.p.c. (Albo dei consulenti tecnici)

art.15 disp.att.c.p.c. (Iscrizione nell'albo)

l'incarico...

**"senza altro
scopo che..."**

Settore **penale**

art.226 c.p.p (**Conferimento dell'incarico**)

"... consapevole della responsabilità morale e giuridica che assumo nello svolgimento dell'incarico, mi impegno ad adempiere al mio ufficio **senza altro scopo che quello di far conoscere la verità e a mantenere il segreto su tutte le operazioni peritali..."**

Settore **civile**

art.193 c.p.c. (Giuramento del consulente)

"... di bene e fedelmente adempiere le funzioni affidategli al solo scopo di fare conoscere ai giudici la verità..."

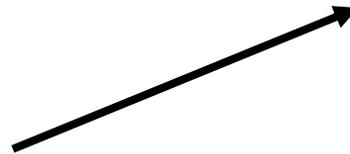
QUALITA'

Far **bene** le cose



Far **bene** le
cose **giuste**

Fare le cose
giuste



ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

D. Lgs. 502/92

D.Lgs. 517/93 (art.8, comma 7)

Sentenza n.416/95 Cost.

D.P.R. 14.1.1997

D.Lgs. 229/99 (art.8-bis, comma 3)

... in Sicilia

D.A.R.S. 890 del 17.6.2002

e... quello (ACCREDITAMENTO) PERSONALE?

intanto...

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24.

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la Legge 24-2017

work in progress...

Settore penale/civile

art.15

**Nomina
dei consulenti tecnici d'ufficio e dei periti
nei giudizi di responsabilità sanitaria**

Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria

1. È istituito, nello stato di previsione del Ministero della salute, il Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria. Il Fondo di garanzia è 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 all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnato al Fondo di garanzia. Il Ministero della salute con apposita convenzione affida alla Concessionaria servizi assicurativi pubblici (CONSAP) Spa la gestione delle risorse del Fondo di garanzia.

2. Con regolamento adottato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico e con il Ministro 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, sono definiti:

a) la 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 la CONSAP Spa;

d) le modalità di intervento, il funzionamento e il regresso del Fondo di garanzia nei confronti del responsabile del sinistro.

3. Il Fondo di garanzia di cui al comma 1 concorre al risarcimento del danno nei limiti delle effettive disponibilità finanziarie.

4. La misura del contributo di cui al comma 2, lettera a), è aggiornata annualmente con apposito decreto del Ministro della salute, da adottare di concerto con il Ministro dello sviluppo economico e con il Ministro dell'economia e delle finanze, in relazione alle effettive esigenze della gestione del Fondo di garanzia.

5. Ai fini della rideterminazione del contributo di cui al comma 2, lettera a), la CONSAP Spa trasmette ogni anno al Ministero della salute e al Ministero dello sviluppo economico un rendiconto della gestione del Fondo di garanzia di cui al comma 1, riferito all'anno precedente, secondo le disposizioni stabilite dal regolamento di cui al comma 2.

6. Gli oneri per l'istruttoria e la gestione delle richieste di risarcimento sono posti a carico del Fondo di garanzia di cui al comma 1.

7. Il Fondo di garanzia di cui al comma 1 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 o privata ovvero dall'esercente la professione sanitaria ai sensi del decreto di cui all'articolo 10, comma 6;

b) qualora la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o 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;

c) qualora la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata ovvero l'esercente la professione sanitaria siano sprovvisti di copertura assicurativa per recesso unilaterale dell'impresa assicuratrice ovvero per la sopravvenuta inesistenza o cancellazione dall'albo dell'impresa assicuratrice stessa.

8. 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 7 del presente articolo.

9. 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.

10. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Art. 15.

Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria

1. 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 di cui ai commi 2 e 3, non siano in posizione di conflitto di interessi nello specifico procedimento o in altri commessi e che i consulenti tecnici d'ufficio da nominare nell'ambito del procedimento di cui all'articolo 8, comma 1, siano in possesso di adeguate e comprovate competenze nell'ambito della conciliazione acquisite anche mediante specifici percorsi formativi.

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 e alla tipologia degli incarichi conferiti e di quelli revocati.

3. Gli albi dei consulenti di cui all'articolo 13 delle disposizioni per l'attuazione del codice di procedura civile e disposizioni transitorie, di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, e gli albi dei periti di cui all'articolo 67 delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, devono essere aggiornati con cadenza almeno quinquennale, al fine di garantire, oltre a quella medico-legale, un'idonea e adeguata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche riferite a tutte le professioni sanitarie, tra i quali scegliere per la nomina tenendo conto della disciplina interessata nel procedimento.

4. Nei casi di cui al comma 1, l'incarico è conferito al collegio e, nella determinazione del compenso globale, non si applica l'aumento del 40 per cento 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, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 2002, n. 115.

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 presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 8 marzo 2017

MATTARELLA

GENTILONI SILVERI, *Presidente
del Consiglio dei ministri*

Visto, il Guardasigilli: ORLANDO

LAVORI PREPARATORI

Camera dei deputati (atto n. 259):

Presentato dall'On. Benedetto Francesco Fucci, in data 15 marzo 2013.

Assegnato alla XII Commissione (Affari sociali), in sede referente, l'11 settembre 2013, con pareri delle Commissioni I (Affari costituzionali), II (Giustizia), V (Bilancio), VI (Finanze) e Questioni regionali.

Esaminato dalla XII Commissione (Affari sociali), in sede referente, il 16, 22 e 24 ottobre 2013; il 6 novembre 2013; il 10 e 18 dicembre 2013; l'8 gennaio 2014; il 5 febbraio 2014; il 27 marzo 2014; il 7, 14, 22 e 29 ottobre 2014; il 12 e 27 novembre 2014; il 10 dicembre 2014; il 4 febbraio 2015; il 4 marzo 2015, il 14 aprile 2015, il 6 e 14 maggio 2015; il 3 giugno 2015; il 5 agosto 2015; il 15 settembre 2015; il 6, 7, 8, 13, 14, 15, 20, 21 e 28 ottobre 2015; il 3, 4, 5, 10 e 11 novembre 2015; il 17, 18 e 19 novembre 2015; il 16 e 17 dicembre 2015; il 14 e 20 gennaio 2016.

Esaminato in aula il 25, 26, 27 gennaio 2016 e approvato in un testo unificato con gli atti n. 262 (On. B. F. Fucci), n. 1312 (On. G. Grillo e altri), n. 1324 (On. R. Calabrò e altri), n. 1581 (On. P. Vargiu e altri), n. 1769 (On. A. M. Miotto e altri), n. 1902 (On. G. Monchiero e altri), n. 2155 (On. A. Formisano), il 28 gennaio 2016.

Senato della Repubblica (atto n. 2224):

Assegnato alla 12ª Commissione (Igiene e sanità), in sede referente, l'11 febbraio 2016, con pareri delle Commissioni 1ª (Affari costituzionali), 2ª (Giustizia), 5ª (Bilancio), 10ª (Industria, commercio, turismo) e Questioni regionali.

Esaminato dalla 12ª Commissione (Igiene e sanità), in sede referente, il 16 e 18 febbraio 2016; il 1º, 8, 10, 15, 16, 17, 22, 30 e 31 marzo 2016; il 5, 6, 7, 13, 19, 21, 27 e 28 aprile 2016; il 4, 17, 25 e 26 maggio 2016; l'8, 9, 21, 22, 23 e 29 giugno 2016; il 26 luglio 2016; il 3 agosto 2016; il 13, 20 e 27 settembre 2016; il 4, 11, 13, 18, 19, 25 e 26 ottobre 2016; il 2 novembre 2016.

Esaminato in aula l'8, 15, 16, 17 e 24 novembre 2016; il 20 dicembre 2016 e approvato, con modificazioni, l'11 gennaio 2017.

Camera dei deputati (atto n. 259 - 262 - 1312 - 1324 - 1581 - 1769 - 1902 - 2155-B):

nullità

illegittimità

inutilizzabilità

o

(semplice) irritualità

?

Il quesito medico legale dopo la riforma dell'art. 139 Cod. ass.

di Marco Rossetti (*)

Dopo l'entrata in vigore del d.l. n. 1/2012, che ha modificato le norme sul danno biologico contenute nel codice delle assicurazioni, molti uffici giudiziari hanno ritenuto di modificare il quesito *standard* sottoposto ai consulenti tecnici medici legali. Era davvero necessario? L'articolo prova a rispondere a tale quesito, formulando alcune osservazioni sulla proposta di quesito medico legale formulata dall'"Osservatorio" per la giustizia civile del Tribunale di Milano.

La riforma dell'art. 139 Cod. ass.

1.1. È noto come il d.l. 24 gennaio 2012 n. 1 (convertito, con modificazioni, dalla l. 24 marzo 2012, n. 27, e recante "Disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività") ha introdotto nuove norme sul danno alla salute derivante da sinistri stradali. Tali norme, in virtù del rinvio

di cui all'art. 3 d.l. 158/2012, sono ora applicabili anche ai danni alla salute derivanti da colpa medica.

Nota:

(*) Magistrato di Tribunale, applicato all'Ufficio Massimario della Corte di Cassazione, Vice Presidente dell'associazione Melchiorre Gioia. Il contributo è stato sottoposto, in forma anonima, alla valutazione di un *referee*.

L. 27/12
"inquinanti"

932

RCA
(-)

modifica agli
artt 138-139 Ass.
(209/05)
DL 95

Danno e responsabilità 10/2013

C. 3 (!): sec. artt 138-139...

Le nuove norme non si comprendono se non si hanno presenti tali prassi diffuse, si giustificano solo al cospetto di esse, e costituiscono un divieto espresso alla loro prosecuzione. Insomma, l'unico effetto che l'art. 139 Cod. ass. novellato può avere prodotto non ha natura giuridica e contenuto precettivo, ma ha natura "psicologica" e contenuto "declamatorio-esortativo".

Ove si condivida quanto esposto sin qui, dovrà ammettersi che i criteri medico legali e giuridici alla luce dei quali procedere all'accertamento dei danni con esiti micropermanenti causati da sinistri stradali non dovrebbero mutare per effetto della riforma, rispetto a quelli che si sarebbero dovuti adottare in precedenza. Ovviamente dovranno mutare, e molto, se i criteri adottati prima della riforma erano improntati alla sciatteria di cui si è già detto.

ADDUMTO
L.S

intanto...

CSM

VII Commissione

(e gruppo di lavoro)

ODG 2932

25.10.2017

La Settima Commissione propone, all'unanimità, l'adozione delle seguenti delibere:

PRATICHE RINVIATE DALLA SEDUTA DI PLENUM DEL 18.10.2017

1R) 209/VV/2017 - (relatori Consigliere GALOPPI, Consigliere BALDUZZI)

Risoluzione in ordine ai criteri per la selezione dei consulenti nei procedimenti concernenti la responsabilità sanitaria.

Premessa

- 1) Il quadro normativo di riferimento
- 2) Le novità' introdotte dalla L. 8 marzo 2017, n. 24 (c.d. "Gelli-Bianco")
- 3) L'intervento consiliare al fine di garantire l'effettiva e uniforme applicazione della L. n. 24/2017
- 4) Procedimento di revisione degli attuali albi
- 5) Indicazioni relative all'iscrizione all'albo
- 6) Accessibilità degli albi a livello nazionale
- 7) Nomina di consulenti non iscritti all'albo
- 8) Profili problematici della normativa vigente

Premessa

L'Organo preposto al governo autonomo della Magistratura è intervenuto in più occasioni, anche nella attuale consiliatura, in materia di conferimento degli incarichi agli ausiliari del giudice. Negli ultimi interventi è stata affermata, in particolare, la necessità di promuovere buone prassi e modifiche dell'ordito normativo, anche secondario, sul tema dell'affidamento degli incarichi da parte del giudice ai propri ausiliari al fine di garantire e tutelare l'esercizio indipendente ed imparziale della giurisdizione, oltre che un'ottimale organizzazione e gestione degli uffici giudiziari. Anche la presente risoluzione si colloca nell'alveo della produzione consiliare attestante una particolare attenzione del Consiglio alle dinamiche di conferimento e gestione degli incarichi da parte dei magistrati, nella prospettiva di promuovere e garantire la corretta utilizzazione dello strumento consulenziale.

In tale prospettiva, il presente intervento si pone in scia e continuità con quello recentissimo in cui è stato affrontato il tema della equa distribuzione degli incarichi e con quello, ad esso correlato, della trasparenza nella assegnazione degli stessi, nella generale cornice dell'efficienza del sistema giudiziario e del controllo diffuso sull'esercizio della giurisdizione.

Segnatamente, si rende oggi opportuno un nuovo intervento in ordine ai conferimenti degli incarichi da parte dell'Autorità giudiziaria sia nel settore penale, sia in quello civile, a tutti gli ausiliari da designare nell'ambito dei procedimenti aventi ad oggetto specificatamente la "responsabilità sanitaria". Ciò, in particolare, all'indomani della entrata in vigore della L. 8 marzo 2017, n. 24 recante disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

ampia e articolata è stata l'attività istruttoria compiuta dalla VII commissione consiliare. In particolare, in primo luogo sono state effettuate varie audizioni: in data 10 aprile 2017 dei rappresentanti della "Società Italiana di Chirurgia Cardiaca", su loro richiesta; in data 4 luglio 2017 dei rappresentanti della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

E' stato quindi costituito un gruppo di lavoro formato da magistrati (nello specifico, i dott.ri Rocco Marco BLAIOTTA, presidente di sezione della Corte di Cassazione, Paolo Francesco Antonio PIRAS, sostituto alla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Sassari, Federico SOMMA, giudice del Tribunale di Napoli, Claudio Carlo VIAZZI, presidente del Tribunale di Genova), da rappresentanti del Consiglio Nazionale Forense (gli avv.ti Davide CALABRO' e Celestina TINELLI) e da rappresentanti della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (i dott.ri Roberta CHERSEVANI, presidente nazionale, Maurizio GROSSI e Maurizio SCASSOLA).

indicazioni operative

(protocollo di intesa con CNF e FNOMCeO)

ALBI (revisione)

Tempistica: 3 (2, 4, 5... anni)

Modalità: Suddivisione in specializzazioni (FNOMCeO)

Indicatori di esperienza maturata (CSM)

Schede personali (OMCeO locale/Comitato Albo)

Schede personali

(OMCeO locale/Comitato Albo)

- 1) **Dati personali**
- 2) **Indirizzo PEC**
- 3) **Specializzazioni**
- 4) **Esperienze professionali (Stages, corsi di Perfezionamento, Master...)**
- 5) **Pubblicazioni (o altre attività) scientifiche**
- 6) **Numero e Tipologia incarichi (giudiziari o Autorità nazionali/internazionali)**
- 7) **Incarichi giudiziari revocati**
- 8) **Assenza o irrisorietà numerica di incarichi**
- 9) **Adempimento obbligo ECM**
- 10) **Copertura assicurativa adeguata**

qualità / accreditamento

la... **"speciale competenza nel settore"**

Indicatori di profilo professionale?

il... **Fascicolo**

qualità / accreditamento

- 1) Anno di specializzazione (e periodo minimo di svolgimento...)
- 2) Attività svolta presso Enti pubblici
- 3) Partecipazione a corsi di Aggiornamento
- 4) Conseguimento di crediti ECM
- 5) Pubblicazioni scientifiche specifiche
- 6) Esperienze quale Consulente/Perito di parte
- 7) Partecipazione a corsi in materia di Conciliazione
- 8) Stipulazione di Polizza assicurativa
- 9) Specificazione Incarichi conferiti e revocati
- 10) Specificazioni **ulteriori** (rinnovi, ritardi, nullità...)

ed in più...

qualità / accreditamento

(**Corruzione/Conflitto** di interessi...)

accessibilità (informatica-telematica) a:

- 1) **Numero di incarichi totali** conferiti dall'**Ufficio**
- 2) Numero di incarichi totali conferiti alle **singole categorie**
- 3) Numero di incarichi conferiti dai **singoli magistrati**
- 4) Numero degli incarichi conferiti ad ogni **singolo CTU**, in **rapporto a 2)**
- 5) Numero degli incarichi conferiti dal **singolo magistrato** al **CTU in rapporto a 3)**
- 6) **Importi** liquidati al professionista per ogni singolo incarico conferito



CAMERA DEI DEPUTATI

**COMMISSIONE D'INCHIESTA SUL FENOMENO DELLE MAFIE E SULLA
ALTRE ASSOCIAZIONI CRIMINALI, ANCHE STRANIERE**

23 novembre 2017, ore 15.00

**Audizione della Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei
Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.**

Via del Seminario, n.76 Palazzo San Macuto

Ringrazio il Presidente e gli Onorevoli componenti della Commissione, per l'invito all'audizione odierna, che mi consente nella qualità di Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, di fornire elementi valutativi in ordine al procedimento disciplinare riferito ai medici chirurghi e odontoiatri.

PROCEDIMENTI DISCIPLINARI AVVIATI E/O CONCLUSI PER REATI DI MAFIA DA PARTE DEGLI ORDINI PROVINCIALI E DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE.

Per quanto attiene alla conoscenza, da parte della scrivente Federazione, dei casi che dal 2012 al 2017 - come da richiesta di codesta Commissione - hanno visto i professionisti interessati da procedimenti penali per fatti o comportamenti direttamente o indirettamente ascrivibili a reati di mafia, occorre rilevare che, mentre per quanto di competenza delle Commissioni disciplinari in seno alla Federazione Nazionale, non risultano essere stati mai avviati procedimenti disciplinari per fatti o comportamenti direttamente o indirettamente ascrivibili a reati di mafia, riguardo ai procedimenti disciplinari incardinati in ciascun Ordine provinciale, la Federazione Nazionale non è in possesso di tali dati e, ancor meno, della relativa documentazione.

Ferme restando le valutazioni sopra rese, si comunica, che la Federazione è a conoscenza formalmente di 2 questioni di interesse per la presente audizione, in quanto investita direttamente dall'Ordine di (... Omissis).

Segnatamente, in un caso (questione dott. ... omissis), che riguarda un medico iscritto all'Ordine di (... omissis), condannato per concorso esterno in associazione mafiosa, cui era stata irrogata la radiazione dall'Albo dei Medici Chirurghi. L'Ordine chiedeva parere alla Federazione circa l'esecutività o

Nel secondo caso (... omissis), lo stesso Ordine di (...omissis) chiedeva parere in merito alla eventuale reinscrizione all'Albo da parte del sanitario, a seguito di avvenuta estinzione del periodo di radiazione dall'Albo, provvedimento irrogato per condanna definitiva per favoreggiamento aggravato alla mafia.

Va a questo punto segnalata, in quanto di interesse per gli argomenti oggi in trattazione, una rilevante criticità, avvertita dagli Ordini e dalla Federazione, in merito ai mancati rapporti di comunicazione tra le Autorità giudiziarie e gli stessi Ordini provinciali e la Federazione circa la sussistenza e l'esito dei procedimenti penali a carico degli iscritti agli Albi.

La prevenzione e la lotta alla corruzione e alla illegalità, che sembrano trovare un terreno particolarmente fertile in sanità, devono avvenire tramite un costante comportamento corretto di tutti gli attori coinvolti: i rappresentanti della politica, gli addetti ai media, gli studiosi e ricercatori, gli amministratori della sanità, i medici e il personale sanitario tutto e infine anche i pazienti. Ciascuno nel proprio ambito deve agire in modo da non compromettere mai quelle peculiarità del servizio sanitario che comprendono la salute, il rischio, la sostenibilità, i diritti e l'integrità. Quando si pensa alla corruzione non va considerato solo un vantaggio di tipo economico ma anche un qualsiasi vantaggio privato che non tiene conto dell'interesse pubblico.

Tante sono le forme di illegalità in sanità: da false fatturazioni, a fatture contraffatte, da false certificazioni al comparaggio, da prestazioni sanitarie dolose a quelle inutili, da rimborsi non veri al nepotismo, senza scordare l'assenteismo.

La corruzione può avere un impatto di tipo economico, ma anche clinico e di appropriatezza, sulla sicurezza dei pazienti e sulla reputazione e onorabilità di chi è coinvolto. Costi indiretti sono la perdita di fiducia, il danno all'immagine pubblica, un rallentamento all'innovazione, un danno soprattutto ai soggetti più fragili, che si affidano al servizio sanitario.

i... quesiti

?

gli ultimi due casi...

e solo a titolo di...



IL GIUDICE

A scioglimento della riserva assunta all'udienza del 6/2/17 nella causa RGC n. 2611 /2015 ;

letti gli atti ed i documenti di causa;

viste le richieste delle parti;

ritenuto necessario, ai fini della decisione, disporre consulenza tecnica d'ufficio;

ritenuto opportuno, vista la complessità e la delicatezza della questione,

nominare un Collegio peritale al quale devono essere formulati i seguenti quesiti:

1. Descriva il Collegio peritale, alla luce della documentazione medica versata in atti, gli accertamenti e le cure cui Luana Palazzo venne sottoposta in occasione del ricovero presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Castrovillari dell'11 settembre 2010, specificando se la natura dell'attività posta in essere dai sanitari rientrava nella **prestazione professionale media** ovvero se i problemi affrontati presentavano **profili tecnici di speciale difficoltà**, che imponevano una **preparazione ed un dispendio di attività superiori alla media**;
2. Nel primo caso, verifichi se i sanitari abbiano osservato o meno, per **inadeguatezza o per incompletezza della preparazione professionale** ovvero per **omissione della diligenza media**, quelle regole precise che sono acquisite, per **comune consenso**, alla tecnica di chi abbia una **preparazione ed attenzione media**, precisando, nell'ipotesi di verifica negativa, quali regole doverose di condotta risultanti da una prassi condivisa ed in particolare dal **codice di deontologia medica** e/o da



linee guida internazionali abbiano violato;

3. Nel secondo caso, accerti se essi abbiano agito con **colpa grave** e, cioè, se abbiano commesso **errori non scusabili per la loro grossolanità**, ovvero manifestato **ignoranza incompatibile con il grado di preparazione** che la professione esercitata richiede ovvero che la **reputazione** di un professionista dà motivo di ritenere esistente, ovvero abbiano evidenziato **superficialità e disinteresse** per i beni primari che la paziente ha affidato alle loro cure;
4. Nel caso in cui vengano rilevate condotte – attive od omissive – in contrasto con i criteri indicati ai punti nn. 2 e 3 che precedono, accerti se dette condotte abbiano causato – con **probabilità superiore al 50%** – lesioni al piccolo Massimo Vizza, determinando, in tal caso, la misura percentuale del danno biologico permanente subito dallo stesso;
5. In tal caso, accerti, altresì, se e in che termini gli esiti di carattere permanente siano tali da incidere anche sulla capacità lavorativa futura di Massimo Vizza;
6. Indichi, inoltre, l'ammontare delle spese mediche che fu necessario od opportuno sostenere, nonché di quelle che in futuro potranno, eventualmente, rendersi tali;
7. Accerti, infine, se i disagi conseguenti alle lesioni subite dal piccolo Massimo Vizza abbiano determinato **danni psicofisici per i suoi genitori**, evidenziando l'esistenza di **eventuali concause e le relative percentuali di incidenza** nella determinazione di detti danni;
8. Determini, quindi, quale sia stata la durata della inabilità temporanea totale e parziale subita dai genitori di Massimo Vizza, indicandone le



rispettive misure;

rilevato che, attesa la natura dell'indagine e la qualità delle parti, appare opportuno che i componenti del nominando Collegio peritale appartengano ad un ordine diverso da quello dei medici della provincia di Cosenza e, dunque, non siano iscritti all'albo dei consulenti istituito presso questo Tribunale;

ritenuto che di tale nomina vada data comunicazione al Presidente del Tribunale, ai sensi dell'art. 22 co. 2 disp. att. c.p.c.;

* * * * *

preso atto che, essendo il presente procedimento iniziato successivamente al 4 luglio 2009, trovi applicazione l'art. 81-bis disp. att. c.p.c., rubricato calendario del processo;

ritenuto che la disposizione de qua debba essere applicata secondo un principio di ragionevolezza, pena la sua esposizione a censure di legittimità costituzionale, sicché essa – da un lato – non deve comportare, contrariamente alle finalità che hanno animato il legislatore, un appesantimento dell'attività giurisdizionale ed un rallentamento del processo, mentre – dall'altro lato – nella sua attuazione occorre tener conto della situazione contingente;

ritenuto che rappresenterebbe un inutile ed irragionevole appesantimento dell'attività di programmazione del ruolo la previsione di udienze per il compimento di attività istruttorie non ancora ammesse ovvero per l'espletamento di quelle attività che per ragioni varie (mancata comparizione dei testimoni, astensione dalle udienze, impedimenti del giudice o delle parti) non possano essere compiute all'udienza fissata;

ritenuto, pertanto, di dover apprestare il calendario del processo limitatamente



Aggregato di Ginecologia e Ostetricia nell'Università di Messina, già docente della materia nel Corso di Laurea in Ostetricia nell'Università di Messina, specialista in Ostetricia e Ginecologia, telefoni: casa (tel. + fax) 090.355689, cellulare 3395880336, mail: fmaccardo@tin.it, fmaccardo@gmail.com, fmaccardo@pec.it

rinvia all'udienza del 25 ottobre 2017 ore 12.00 per il giuramento dei CTU.

Manda alla Cancelleria per la comunicazione della presente ordinanza al Presidente del Tribunale.

Si comunichi alle parti e ad ognuno dei componenti del nominato Collegio peritale.

Castrovillari 09/02/2017

IL GIUDICE





TRIBUNALE DI TERMINI IMERESE

SEZIONE CIVILE

IL GIUDICE ISTRUTTORE

In persona del Giudice dr. Angelo Piraino

nel procedimento iscritto al n. 274 dell'anno 2013 del Ruolo Generale vertente tra

TORREGROSSA ANGELO, SCIASCIA CONCETTA e TORRE-GROSSA FRANCA (avv. LI PERITORE GIUSEPPE e PUCCIO ROSARIA)

CONTRO

FONDAZIONE ISTITUTO SAN RAFFAELE G. GIGLIO

(avv. PATERMO CONCETTA VALERIA)

E NEI CONFRONTI DI

- ritenuta la necessità di disporre una consulenza tecnica d'ufficio medico-legale al fine, previo esame degli atti prodotti in causa nonché degli ulteriori atti presenti nell'ambito del procedimento penale n. 3818/2009 R.G.N.R. pendente presso la Procura della Repubblica di questo tribunale, ove ostensibili, e previo ogni ulteriore accertamento ritenuto necessario, di rispondere ai seguenti quesiti:

- a) accertare la situazione patologica preesistente all'intervento chirurgico eseguito sul defunto TORREGROSSA Lorenzo, precisandone la natura ed entità;
- b) accertare la condotta medica che tale patologia avrebbe richiesto secondo la migliore scienza ed esperienza dell'epoca, ed alla quale i sanitari che intervennero avrebbero dovuto uniformarsi, in relazione agli esami da effettuare, alla diagnosi, alla necessità di far ricorso all'intervento chirurgico ed alle modalità esecutive dello stesso;
- c) verificare:
 - se il decesso di TORREGROSSA Lorenzo sia etiologicalamente riconducibile ad una condotta negligente, imprudente o imperita dei medici sanitari che ebbero in cura il paziente in occasione dell'intervento chirurgico effettuato in data 19/11/2009, e ciò tenuto conto delle fasi di diagnosi, intervento e ricorso post-operatorio;
 - se la prestazione che i sanitari intervenuti dovevano eseguire

richiedesse la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà e se, in relazione a tali problemi, sia riscontrabile una grave imperizia dei medici convenuti;

- nel caso in cui l'intervento chirurgico che i medici dovevano eseguire venga ritenuto di facile esecuzione ed abituale e qualora il risultato abbia peggiorato le condizioni originarie del paziente, se la prestazione sia stata eseguita secondo la diligenza normalmente inerte lo svolgimento della specifica attività professionale, nel rispetto dei protocolli medici applicabili;
- laddove venga riscontrato che il decesso del paziente è stato causato da una infezione di origine nosocomiale specificare se tale sepsi sia riconducibile all'omessa adozione da parte della struttura sanitaria convenuta di cautele derivanti dalla comune prudenza o dal mancato rispetto dei protocolli di settore concretamente applicabili;

d) stimare in termini possibilmente percentuali, ipotizzando l'adozione degli accorgimenti necessari in base ai protocolli medici e sanitari applicabili al caso di specie, omissi sia da parte dei sanitari che da parte della struttura ospedaliera, le probabilità di evitare il decesso del paziente e le conseguenti chances di guarigione;

- dispone procedersi a consulenza tecnica d'ufficio sui quesiti formulati in motivazione, nominando a tal fine consulente tecnico dell'ufficio, in considerazione della specifica competenza professionale richiesta che non consente di attingere all'albo dei consulenti di questo Tribunale, il prof. Alessio Asmundo;

- rinvia il processo per il conferimento dell'incarico al predetto consulente all'udienza del 19 aprile 2017, ore 10:30, riservandosi di indicare una successiva udienza per l'assunzione delle testimonianze ammesse;

Manda la cancelleria per la comunicazione del presente provvedimento alle parti costituite, al consulente dell'ufficio ed al sig. Presidente del Tribunale, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 27, secondo comma, disp. att. c.p.c..

Così deciso in Termini Imerese, in data 10/01/2017

Il presente provvedimento viene redatto su documento informatico e sottoscritto con firma digitale del Giudice dr. Angelo Piraino, in conformità alle prescrizioni del combinato disposto dell'art. 4 del D.L. 25/12/2009, n. 193, conv. con modifiche della L. 22/2/2010, n. 24, e del decreto legislativo 7/3/2005, n. 82, e succ. mod. e nel rispetto delle regole tecniche sancite dal decreto del ministro della Giustizia 21/2/2011, n. 44.

un modello...

proposta



TRIBUNALE ORDINARIO di MILANO

R.G. N.

QUESITO MEDICO LEGALE

"Esaminati gli atti e i documenti di causa, visitato il sig. _____, esperite le indagini tecniche ritenute necessarie, sentite le parti e i loro consulenti tecnici, tenuto conto dell'età e dello stato di salute preesistente:

- 1) descriva il C.T.U. la sintomatologia soggettiva del periziando;
- 2) accerti il C.T.U., a seguito di riscontro medico legale,
 - o **visivamente** (anche attraverso le certificazioni cliniche di altri operatori), descrivendo (e se necessario fotografando) escoriazioni, ferite, tumefazioni, ecchimosi, ematomi, cicatrici, amputazioni, dismetrie, alterazioni posturali, ecc.;
 - o **e/o strumentalmente**, ad esempio mediante radiografia, TAC, risonanza, ecografia, esame elettromiografico, accertamento otovestibolare, ecc.;
 - o **e/o a mezzo del richiamo a rilevanti evidenze scientifiche** -con adeguata motivazione ed indicazione della dottrina medico legale e della letteratura scientifica più accreditate in relazione alla fattispecie concreta (con particolare riguardo alle ipotesi in cui non sia possibile procedere ad esami strumentali, come ad esempio in stato di gravidanza)- ad esempio mediante anamnesi, visite mediche, test psicodiagnostici (per i casi di danno psichico), ulteriori indagini tecniche, ecc.;
- a) la natura e l'entità delle lesioni subite dal periziando in rapporto causale con l'evento per cui è causa;

premesso che - per dettato normativo e giurisprudenza della Corte di Cassazione - "*per danno biologico si intende la lesione temporanea o permanente all'integrità psico-fisica della persona suscettibile di accertamento medico-legale che esplica un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla sua capacità di produrre reddito*"; premesso altresì che per la Tabella milanese di liquidazione del danno biologico il C.T.U. deve tener conto della "*incidenza della lesione in termini "standardizzabili" in quanto frequentemente ricorrenti (sia quanto agli aspetti anatomico-funzionali, sia quanto agli aspetti relazionali, sia quanto agli aspetti di sofferenza soggettiva)*":

- b) la durata dell'inabilità temporanea, sia assoluta che relativa, precisando quali attività della vita quotidiana siano state precluse o limitate ed indicando il consequenziale grado di sofferenza psicofisica, in una scala da 1 a 5;
- c) se residuino postumi permanenti precisandone l'incidenza percentuale sull'integrità psicofisica globale (danno biologico), tenendo conto dell'eventuale maggior usura lavorativa; nell'ipotesi di non cogente applicazione della "*Tabella delle menomazioni*" (richiamata dall'art. 139 Codice delle Assicurazioni private), indichi i criteri di determinazione del danno biologico e la tabella di valutazione medico legale di riferimento (barème); determini, infine, il consequenziale grado di sofferenza psicofisica, in una scala da 1 a 5;
- d) la necessità e la congruità delle spese mediche occorse e documentate, la necessità di eventuali spese mediche future."

Milano,

il G.I.

il C.T.U.



Quesito per lesioni di non lieve entità ([art. 138 cod. ass.](#)).

Accerti il CTU, esaminati atti e documenti di causa, visitato/a il sig./la sig.a....., esperite le indagini tecniche ritenute necessarie, sentite le parti e i loro consulenti, tenuto conto dell'età e dello stato di salute preesistente: 1) natura ed entità delle lesioni subite dal/dalla periziando/a in rapporto causale con l'evento per cui è causa; 2) durata della conseguenziale inabilità temporanea (danno biologico) assoluta e relativa, indicando il correlato grado di sofferenza psico-fisica in scala da 1 a 5; 3) percentuale di riduzione della validità psico-fisica globale della persona (danno biologico) a cagione di postumi permanenti, indicando: tabella di valutazione medico legale di riferimento, relativi criteri di determinazione del danno stesso, eventuale maggiore usura lavorativa e correlato grado di sofferenza psico-fisica in scala da 1 a 5; 4) ammontare delle spese mediche documentate, congrue e necessarie, in nesso causale, occorse ed occorrente per il futuro.

Quesiti aggiuntivi in caso di circostanze di danno non standardizzate, allegate e provate dall'attore.

Dica inoltre il CTU: 5) se l'inabilità temporanea abbia inciso e se l'attuale invalidità permanente tuttora incida negativamente in misura rilevante sugli aspetti dinamico-relazionali personali obiettivamente accertati e documentati dall'attore/attrice; 6) se inabilità temporanea e/o postumi permanenti abbiano impedito e/o impediranno in futuro, totalmente o parzialmente (indicandone il grado percentuale di riduzione ove possibile) l'attività lavorativa di svolta dalla persona all'epoca dell'evento *de quo* (c.d. capacità lavorativa specifica), e precisando in quali altri settori di attività potrebbe impiegare le capacità residue (c.d. capacità lavorativa attitudinale); 7) per il caso di persona non in attualità di lavoro, dica in che misura percentuale (totale o parziale) i postumi permanenti le impediranno in futuro lo svolgimento di attività di lavoro a lei confacenti.

Quesito per lesioni di lieve entità ([art. 139 cod. ass.](#))

Accerti il CTU, esaminati atti e documenti di causa, visitato/a il sig./la sig.a....., esperite le indagini tecniche ritenute necessarie, sentite le parti e i loro consulenti, tenuto conto dell'età e dello stato di salute preesistente: 1) natura ed entità delle lesioni subite dal/dalla periziando/a in rapporto causale con l'evento per cui è causa ed accertate con metodo strumentale e/o clinico-visivo; 2) durata della conseguenziale inabilità temporanea (danno biologico) assoluta e relativa, indicando il correlato grado di sofferenza psico-fisica in scala da 1 a 5; 3) percentuale di riduzione della validità psico-fisica globale della persona (danno biologico) a cagione di postumi permanenti, avuto riguardo alla tabella di legge di cui al [D.M. 3 luglio 2003](#) e precisando i relativi criteri di determinazione del danno stesso, eventuale maggiore usura lavorativa e correlato grado di sofferenza psico-fisica in scala da 1 a 5; 4) ammontare delle spese mediche documentate, congrue e necessarie, in nesso causale, occorse ed occorrente per il futuro.

Quesiti aggiuntivi in caso di circostanze di danno non standardizzate, allegate e provate dall'attore.

Dica inoltre il CTU: 5) se l'inabilità temporanea abbia inciso e se l'attuale invalidità permanente tuttora incida negativamente in misura rilevante sugli aspetti dinamico-relazionali personali obiettivamente accertati e documentati dall'attore/attrice; 6) se inabilità temporanea e/o postumi permanenti abbiano impedito e/o impediranno in futuro, totalmente o parzialmente (indicandone il grado percentuale di riduzione ove possibile) l'attività lavorativa di svolta dalla persona all'epoca dell'evento *de quo* (c.d. capacità lavorativa specifica), e precisando in quali altri settori di attività potrebbe impiegare le capacità residue (c.d. capacità lavorativa attitudinale); 7) per il caso di persona non in attualità di lavoro, dica in che misura percentuale (totale o parziale) i postumi permanenti le impediranno in futuro lo svolgimento di attività di lavoro a lei confacenti.

**le... operazioni
tecniche (metodo)**

?



Danno biologico complessivo, menomazioni policrone coesistenti/concorrenti e quantificazione dell'I.P. mediante formula riduzionistica

10 Luglio 2020 | **Vincenzo Liguori**



Responsabilità medica contrattuale e/o extracontrattuale



I consulenti medici designati in sede di C.T.U., chiamati a valutare la complessiva I.P. di cui è portatore un danneggiato da *medical malpractice*, ritengono che la quantificazione dell'I.P. pregressa da cui era già affetto lo stesso non sia pertinente con l'oggetto della consulenza in quanto, a loro dire:

- **le invalidità pregresse sono rilevanti nel solo giudizio di calcolo dell'invalidità civile;**
- **le lesioni iatrogene conseguenti all'evento di *malpractice* sono da considerarsi inopinabilmente coesistenti con le menomazioni pregresse in quanto affliggenti distretti corporei diversi;**
- **anche qualora si volesse dare rilievo all'I.P. pregressa essa comporterebbe la quantificazione dell'I.P. iatrogena mediante sommatoria delle invalidità attraverso la formula riduzionistica (quantificando la percentuale di I.P. iatrogena sulla sola residua validità del soggetto risultante dallo scomputo dell'I.P. preesistente).**

I quesiti sono due ma tra loro complementari: laddove in capo al medesimo soggetto sussistano più patologie invalidanti, di cui solo la più recente causata da errore medico, è rilevante - ai fini risarcitori - la quantificazione dell'I.P. complessiva di cui è portatore il danneggiato? In tal caso la valutazione finale circa la percentuale di I.P. iatrogena risarcibile può essere compiuta mediante formula riduzionistica?

**la... relazione
scritta (metodo)**

?

gli scopi della... formazione

conoscenza (sapere)

competenza (saper fare)

abilità (saper essere)

CURATORI

FABIO BUZZI RANIERI DOMENICI

COMITATO EDITORIALE

GIORGIO BOLINO PIERGIORGIO FEDELI LUIGI PAPI

COORDINAMENTO E REVISIONE GENERALE

LUIGI PAPI FEDERICA GORI

SEGRETERIA SCIENTIFICA

GLORIA LUIGIA CASTELLANI

SENIOR CONSULTANTS

LUIGI PALMIERI GIANCARLO UMANI RONCHI

Un particolare ringraziamento alla dr.ssa STEFANIA FORNARO
per la preziosa ed assidua collaborazione

**LINEE GUIDA
PER LA VALUTAZIONE
MEDICO-LEGALE DEL DANNO
ALLA PERSONA
IN AMBITO CIVILISTICO**

Enzo Ronchi, Luigi Mastroroberto, Umberto Genovese

GUIDA ALLA VALUTAZIONE MEDICO-LEGALE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE

**IN RESPONSABILITÀ CIVILE E NELL'ASSICURAZIONE PRIVATA
CONTRO GLI INFORTUNI E LE MALATTIE**

**CON CONTRIBUTO MEDICO-LEGALE PER LA QUANTIFICAZIONE DELLA SOFFERENZA
MORALE E DEL DANNO DA PERDITA DI CHANCES**

Seconda edizione

 **GIUFFRÈ EDITORE**

ISBN 9788814203527

Si ringrazia per il contributo la dott.ssa Sara Del Sordo
della Sezione Dipartimentale di Medicina Legale e delle Assicurazioni
dell'Università degli Studi di Milano

© - Copyright Dott. A. Giuffrè Editore, S.p.A. Milano - 2015
Via Busto Arsizio, 40 - 20151 MILANO - Sito Internet: www.giuffre.it

La traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm, i film, le fotocopie), nonché la memorizzazione elettronica, sono riservati per tutti i Paesi.

Tipografia «MORI & C. S.p.A.» - 21100 Varese - Via F. Guicciardini 66

Padova Charter on personal injury and damage under civil-tort law

Medico-legal guidelines on methods of ascertainment and criteria of evaluation

Santo Davide Ferrara¹ · Eric Baccino² · Rafael Boscolo-Berto¹ · Giovanni Comandè³ · Ranieri Domènici⁴ · Claudio Hernandez-Cueto⁵ · Mete Korkut Gulmen⁶ · George Mendelson⁷ · Massimo Montisci¹ · Gian Aristide Norelli⁸ · Vilma Pinchi⁸ · Mohammed Ranavaya⁹ · Dina A. Shokry¹⁰ · Vera Sterzik¹¹ · Yvo Vermeylen¹² · Duarte Nuno Vieira¹³ · Guido Viel¹ · Riccardo Zoja¹⁴ ·
Members of the IALM Working Group on Personal Injury and Damage

Received: 1 July 2015 / Accepted: 24 July 2015 / Published online: 5 September 2015
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

Abstract Compensation for personal damage, defined as any pecuniary or non-pecuniary loss causally related to a personal injury under civil-tort law, is strictly based on the local jurisdiction and therefore varies significantly across the world. This manuscript presents the first “International Guidelines on Medico-Legal Methods of

Ascertainment and Criteria of Evaluation of Personal Injury and Damage under Civil-Tort Law”. This consensus document, which includes a step-by-step illustrated explanation of flow charts articulated in eight sequential steps and a comprehensive description of the ascertainment methodology and the criteria of evaluation, has

Electronic supplementary material The online version of this article (doi:10.1007/s00414-015-1244-9) contains supplementary material, which is available to authorized users.

✉ Santo Davide Ferrara
santodavide.ferrara@unipd.it

¹ Department of Legal and Occupational Medicine, Toxicology and Public Health, University-Hospital of Padova, Via Falloppio 50, 35121 Padova, Italy

² Service de Médecine Légale, University of Montpellier, Hôpital Lapeyronie, 191 Av. du Doyen Gaston Giraud, 34295 Montpellier Cedex, France

³ LIDER-Lab, University “Scuola Superiore Sant’Anna”, Piazza Martiri della Libertà 33, 56127 Pisa, Italy

⁴ Department of Clinical, Surgical, and Molecular Pathology, Institute of Legal Medicine, University of Pisa, Via Savi 10, 56126 Pisa, Italy

⁵ Department of Legal Medicine, Forensic Toxicology and Anthropology, University of Granada, Avda. de Madrid 11, 18071 Granada, Spain

⁶ Department of Forensic Medicine, Cukurova University Medical Faculty, Adli Tıp Anabilim Dalı, 01330 Balçalı, Adana, Turkey

⁷ Department of Psychiatry, School of Clinical Sciences, Faculty of Medicine, Nursing and Health Sciences, Monash University, Suite B, 31 Albert Road, Melbourne, Vic 3004, Australia

⁸ Department of Health Sciences, Forensic Sciences Section, Institute of Legal Medicine, University of Florence, Largo Brambilla 3, 50134 Florence, Italy

⁹ Division of Disability Medicine, Joan C. Edwards School of Medicine, Marshall University, Huntington, 1600 Medical Center Drive, Huntington 25701, WV, USA

¹⁰ Department of Forensic Medicine and Clinical Toxicology, Faculty of Medicine, Cairo University, Kasr Al Ainy St. Cairo, 11562 Cairo, Egypt

¹¹ Institut für Rechtsmedizin, University Julius-Maximilians, Versbacher Str. 3, 97078 Würzburg, Germany

¹² The Catholic University Leuven, Capucijnenvoer 7, 3000 Leuven, Belgium

¹³ National Institute of Legal Medicine, University of Coimbra, Largo da Sé Nova, 3000-213 Coimbra, Portugal

¹⁴ Department of Health and Biomedical Sciences, Section of Legal Medicine, University of Milan, Via Luigi Mangiagalli 37, 20133 Milan, Italy

conoscenza

competenza

abilità

CONOSCENZA (grado)

superficiale

generale

particolareggiata

COMPETENZA (tipo)

mnemonica

interpretativa

decisionale

ABILITA' (livello)

teorica

teorico-pratica

pratica automatica e autonoma

core curriculum* dello "specialista"

* (profilo professionale?)

CONOSCENZE

COMPETENZE

ABILITA'

“*leges artis*” o “linee guida”?

(percorsi-procedure-protocolli)

“Rete”?

necessità di perizie/consulenze adeguate e competenti

inevitabile personalizzazione delle perizie (limiti)

il “metodo”



... l’ “arte”

**“ ... E' nei musei che si impara a dipingere...
Quando dico di andare a imparare a
dipingere nel Louvre, non intendo dire che si
deve andare a prendere i trucchi per
ricominciare Rubens o Raffaello. Bisogna
fare la pittura del nostro tempo. Ma è lì, nei
musei, che si sviluppa l'amore della pittura
che la natura sola non può dare. Non si dice
"Diventerò pittore" davanti a un bel
paesaggio, ma davanti a un bel dipinto...”**

Pierre-Auguste Renoir, 1841–1919)

«L'arte è vasta, la vita breve (Ars longa, Vita brevis), l'occasione istantanea, l'esperimento malcerto, il giudizio difficile»

Ippocrate, I aforisma, II-IV sec. A.C.

«... La perizia è certo un'arte, ma lo deve essere nel senso più autentico, che consiste nel confezionare un 'prodotto' adeguato ai fini che gli sono propri. E' l'arte di fornire al giudice un aiuto tecnico valido entro i limiti e con il metodo di una scienza, la scienza medico-legale, la quale, avendo a mente le conseguenze processuali dei propri giudizi, è improntata alla massima prudenza ed oggettività e deve rifuggire da generici possibilismi...»

Fiori A., 1999

Dep. univ. 1872

Girolamo Benso - Messina

1925

1925

COMPENDIO

1925

DI

MEDICINA LEGALE

IN TRENTA LEZIONI

Secondo le Leggi dello Stato e i più recenti progressi della Scienza

PER

G. ZIINO

Prof. ordinario d'Igiene e Medicina legale, Medico primario dell'ospedale civile di Messina.

2338 inv.

Ist. Med. Leg. Un. Messina
Invent. N. *2338* Coll. N. *E.H. 5*

NAPOLI

Dottor V. PASQUALE Editore

1872.

§ 7. Se tale e tanto uopo è che ei sia l'appannaggio scientifico di cui va fornito il medico-legista, non minori esser debbono in lui le doti d'irrepreensibile moralità; sono anzi incerto a dire quale sia la precipua qualità da richiedersi, se la scienza o la probità, quella virtù che fa camminare gli uomini sul sentiero della verità e della giustizia. « Il primo e principale punto, diceva fino da'suoi tempi AMBROGIO PARÈ, egli è che il medico abbia una buona anima, non riferendo le ferite grandi come piccole, nè le piccole come grandi, per favore od altro, dacchè i giureconsulti giudicano siccome è loro riferito ». Che diremo poi delle perizie in fatto d'omicidio quando coll'autopsia bisogna precisare la *causa mortis*, di aborto, d'intentata processura per interdizione, di sequestro d'alienati e simili, in cui la disonestà del medico può, novantanove volte sopra cento, mettere a grave cimento la vita, l'onore, la libertà, il nome, la successione e tutt'altri diritti de' cittadini? Sapere e moralità adunque sono le condizioni necessarie per essere eccellenti periti. Al di sopra de' riguardi sociali, delle amicizie private o di parte, delle ambizioni insoddisfatte, dell'interesse... havvi la verità, cui unicamente fa mestieri che il medico s'ispiri, ed alla cui scoperta intender debbe con ogni sforzo e con ogni sollecitudine. « Sed ante omnia, diceva F. FEDELI, semper te (parla al perito medico) veri amatorem esse atque amicum consulo; nam cum turpe ubique sit medicum mentiri, omnium maximum indignum est cum jurandi interponitur fides, quam violare summum est « nefas ».

Il «rigore metodologico»

“... si caratterizza (la medicina legale) per un affinato esercizio di argomentazione scaturente da fonti logiche ed adducente al giudizio: alto sì, ma altrettanto ponderoso ufficio la cui esecuzione può coinvolgere una squisita pericolosità qualora il pensiero critico devii dalla retta via...”

Borri L., 1922

“... la medicina legale non si occupa tanto della natura dei fatti che ne formano oggetto di studio (fatti che nel medico si presuppongono noti), quanto del metodo col quale tali fatti debbono indagarsi, e specialmente del fine, che è di valutarli giuridicamente...”

Siracusa V., 1939

Il metodo «cartesiano»:

“... per ogni cosa c'è un'unica verità, per cui chiunque la trovi ne sa quanto è possibile saperne, e se , per esempio, un ragazzo che abbia imparato l'aritmetica esegue secondo le regole un'addizione, può essere sicuro di aver trovato, per quanto riguarda la somma da lui eseguita, tutto ciò che l'ingegno umano può scoprire. Difatti il metodo che insegna a seguire il vero ordine e ad analizzare esattamente tutti i dati di quello che si ricerca, contiene tutto ciò che conferisce certezza alle regole dell'aritmetica... La cosa però che maggiormente mi soddisfaceva in tale metodo era che, per suo mezzo, ero sicuro di usare in tutto la mia ragione, se non perfettamente, almeno nel miglior modo che mi era possibile... e che non avendolo riferito a nessuna materia in particolare, potevo ripromettermi di applicarlo con altrettanta soddisfazione alle difficoltà di altre scienze...”

Descartes R., 1701

Campionato del mondo L'«Economist»: è una rivoluzione

La ragazza tutto web batte il re del poker

Il titolo a una 19enne. «Ho imparato online»

Norvegese, Annette Obrestad ha strappato il titolo a Doyle Brunson, leggenda del poker Usa. L'esperto: «Ai miei tempi si doveva sudare al tavolo da gioco, ora basta un pc»

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE

NEW YORK — Che fine ha fatto il poker vecchia maniera, quella cultura tutta macho e al testosterone immortalata da film hollywoodiani quali «La Stangata», «Il giocatore» e «Cincinnati Kid»? Sono in molti a chiederselo dopo che Annette Obrestad, una ragazza norvegese di 19 anni acqua e sapone, ha stracciato il settantenne Doyle Brunson, coriaceo veterano dei casinò di Las Vegas, sottraendogli il titolo di campione mondiale di poker.

Per gli aficionados americani dello sport, da decenni sinonimo di stanze fumose, gangster, whisky e pupe discinte, è un vero e proprio shock culturale. «A Big Deal», titola *The Economist*, giocando sul doppio senso del termine pokeristico. Si perché fino a ieri Doyle Brunson era la leggenda incontrastata del poker a stelle e strisce. Due volte vincitore del World Series of Poker (WSOP) il più prestigioso campionato di poker disputato ogni anno a Las Vegas, il fuoriclasse — noto col soprannome di «Texas Dolly» per la sua divisa texana stile George Bush — è tra l'altro autore di «Super System: A Course in Power Poker», la bibbia del pokerista Usa.

Dopo aver sconfitto un tumore, bollato «terminale» dai medici, negli anni '60 Brunson ha celebrato il suo ritorno al gioco con 53 vittorie consecutive: un record. Finché la sbarazzina Obrestad è entrata in scena, battendo il vecchio maestro — e 361 altri concorrenti — portando a casa l'ambitissimo premio di due milioni di dollari. La più giovane donna della storia a meritarsi l'onore.

Più che una vittoria è stato un terremoto. «Dimostra quanto è cambiato questo sport rispetto al passato», teorizza l'*Economist*. Il «praticantato» della Obrestad, si scopre, non è avvenuto attorno a un tavolo da gioco come accade-

va in passato, ma su Internet. Non a caso la stampa specializzata parla di lei usando il suo nickname online: annette_15.

«La sua vittoria è una strabiliante pietra miliare negli annali del poker — afferma lo storico del poker Jim McManus —. Dimostra quanto profondamente è cambiato». Se un tempo il gioco era praticato soprattutto da uomini over-50, i nuovi adepti oggi sono tutti giovanissimi che coltivano la loro passione grazie alla marea di libri, blog, Dvd e siti online che l'hanno resa accessibile, attraente, semplice da capire e praticare.

«Ai miei tempi dovevi sudare al tavolo per anni, prima di diventare bravo — racconta Howard Lederer, detto "il professore", da anni giocatore professionista —. Adesso basta un pc, tanto entusiasmo e voglia di imparare».

La prima sfida del «poker-naut» alla vecchia guardia risale al 2003, quando Chris Money-maker, sconosciuto contabile del Tennessee, vinse il campionato mondiale dopo essersi qualificato ad una gara via satellite lanciata da un sito poker. Per partecipare, Money-maker sborsò una tariffa di soli 40 dollari.

Una bazzecola se paragonata ai 10 mila dollari imposti ai professionisti dalle competizioni tradizionali. Ciò non gli ha impedito di portare a casa l'ambitissimo premio: due milioni e mezzo di dollari in contanti. Dopo la sua inattesa vittoria quasi 9 mila aspiranti campioni hanno fatto domanda per partecipare ai campionati del 2006, contro soltanto 512 del 2000.

A far salire la febbre del poker sono poi star del cinema quali Ben Affleck, Toby Maguire, Jack Nicholson e James Woods, tutti patiti sfegatati del gioco e frequentatori abituali di siti come Full Tilt Poker e Poker Stars, visitati quotidianamente da decine di migliaia di fan. Sono loro le star di uno degli show più popolari della tv Usa, Celebrity Poker, dove gli attori di Hollywood gareggiano tra di loro mentre il pubblico da casa segue ogni loro mossa, grazie alla telecamera posta sotto al tavolino di vetro che ne rivela le carte.

Alessandra Farkas

Il cantante giocatore

Pupo: ma il pc non insegna a bluffare

MILANO — Doyle Brunson, The Legend, battuto da una ragazzetta scandinava.

«Davvero? Ah vabbe', ma è il Texas Hold'em...».

Sarebbe?

«È il poker che si gioca negli Usa, un'altra cosa, diciamolo... Da noi quella ragazza non sarebbe mai riuscita a vincere con un vecchio giocatore». «Vecchio» come lui,

Pupo, al secolo Enzo Ghinazzi, commentatore ufficiale di Sky nella «Notte del poker».

Annette Obrestad fa parte della generazione-Internet. Si impara più in fretta sulla Rete?

«I giovani che si "allennano" al computer hanno la mente più flessibile e incamerano le notizie più rapidamente, questo è vero...».



L'uomo del film

La leggenda

Doyle Brunson (foto), 74 anni, noto tra i tavoli verdi con il soprannome di «Texas Dolly», è una leggenda incontrastata del poker americano. A lui si è ispirato il regista Curtis Hanson per il film «Le regole del gioco».

La ragazza

Annette Obrestad, (nella foto grande durante la partita) norvegese di 19 anni, ha sottratto il titolo di campione mondiale a Brunson sbaragliando oltre a lui 361

concorrenti. Si è così portata a casa l'ambitissimo premio di due milioni di dollari. È la più giovane donna della storia ad aver vinto questa competizione



Però?

«Però nel vero poker, quello che piace a me, ci si osserva, si studia l'avversario, si bluffa. Nessun computer te lo insegna».

Lei ha mai provato a confrontarsi con il computer?

«Mai. Io amo guardare la gente negli occhi».

Elvira Serra

Regola dell'evidenza

chiarezza e distinzione nella raccolta (obiettiva) e completa (tempestiva, competente, ampia) dei dati
precipitazione - prevenzione

Regola della divisione o dell'analisi

scomposizione in elementi semplici dei dati (in ordine ai quesiti)

Regola dell'ordine o della sintesi e della deduzione

ricomposizione degli elementi semplici, per gradi, fino alla complessità (*“Le cose che sono proposte per prime devono essere conosciute senza l'aiuto delle seconde e che le seguenti debbono essere disposte in modo tale da essere dimostrate solo dalle cose che le precedono”*)

Regola dell'enumerazione o dell'esaustività

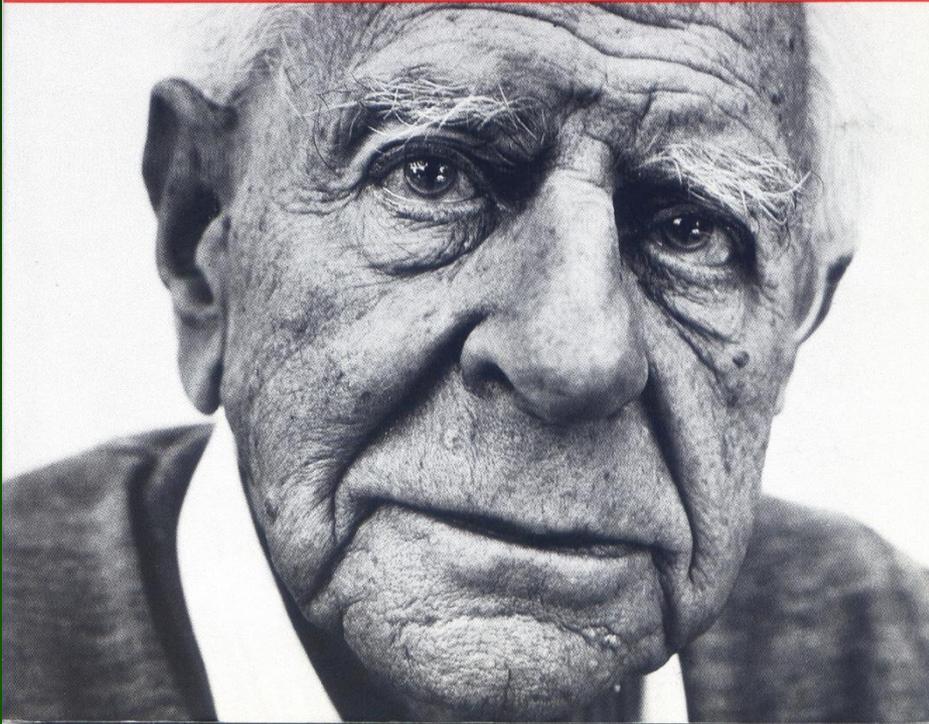
controllo numerico dei dati

Saggi Universale Economica Feltrinelli

KARL R. POPPER

Miseria dello storicismo

Introduzione di Salvatore Veca



Il «rigore metodologico»

Il metodo «scientifico»:
la falsificazione
popperiana (The Poverty
of Historicism, 1944-45)

Il metodo «scientifico»:

“... La scoperta di esempi che convalidano una teoria vale pochissimo se non abbiamo tentato, senza riuscirvi, di trovare esempi che la confutano. Perché, se abbiamo poco senso critico, troveremo sempre quello che desideriamo; cercheremo e troveremo delle conferme; distoglieremo lo sguardo da ciò (e quindi non lo vedremo) che potrebbe mettere in pericolo le teorie che ci sono care. In questo modo è facilissimo ottenere prove, apparentemente schiaccianti di una teoria che, se fosse stata invece avvicinata con animo critico, sarebbe stata confutata...”

l'esame...
testimoniale

?

le...

responsabilità

(penali, civili, disciplinari)

?

RESPONSABILITÀ CIVILE E PENALE

Art. 366 c.p. Rifiuto d'uffici legalmente dovuti.

Art. 373 c.p. Falsa perizia o interpretazione.

Art. 374 c.p. Frode processuale.

Art. 328 c.p. Rifiuto di atti d'ufficio. Omissione

Art. 319 ter c.p. Corruzione in atti giudiziari.

Art. 64 c.p.c. Responsabilità del consulente.

Si applicano al consulente tecnico le disposizioni del codice penale relative ai periti. In ogni caso, il consulente tecnico che incorre in colpa grave nell'esecuzione degli atti che gli sono richiesti, è punito con l'arresto fino ad un anno o con l'ammenda fino a 10.329 euro. ... In ogni caso è dovuto il risarcimento dei danni causati alle parti.

Art. 2043 c.c. Risarcimento del danno

Art. 380 c.p. Patrocinio o consulenza infedele.

Il patrocinatore o il consulente tecnico, che, rendendosi infedele ai suoi doveri professionali, arreca nocumento agli interessi della parte da lui difesa, assistita o rappresentata dinanzi all'Autorità giudiziaria o alla Corte penale internazionale, è punito ...

Art. 381 c.p. Altre infedeltà del patrocinatore o del consulente tecnico.

Il patrocinatore o il consulente tecnico, che, in un procedimento dinanzi all'Autorità giudiziaria, presta contemporaneamente, anche per interposta persona, il suo patrocinio o la sua consulenza a favore di parti contrarie, è punito ...

Art. 1218 c.c. Responsabilità del debitore
(in caso di consulente/perito delle parti private)

RESPONSABILITÀ DISCIPLINARE

Disp. Att. c.p.p.

Art. 70. Sanzioni applicabili agli iscritti nell'albo dei periti.

Disp. Att. c.p.c.

Art. 19 Disciplina.

Art. 20 Sanzioni disciplinari.

- ritardo ingiustificato nel deposito della relazione
- operatività che determina nullità procedurale
- gravi errori di valutazione relazione peritale
- mediazione impropria
- ...

e...

gli onor(ar)i

?

e nel frattempo...

la legge!

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24.

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

Sicurezza delle cure in sanità

1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.

2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.

3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

Art. 2.

Atribuzione 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 disciplinare la struttura organizzativa 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 e sociosanitaria.

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 lesa 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 sani-

tario e la sicurezza del paziente, che raccoglie dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e li trasmette annualmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, di cui all'articolo 3.

5. All'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è aggiunta, in fine, la seguente lettera:

«(d-bis) predisposizione di una relazione annuale consultiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria».

Art. 3.

Osservatorio nazionale delle buone pratiche 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 delle buone pratiche 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 ai rischi ed eventi avversi nonché alle cause, all'entità, alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso e, anche mediante la predisposizione, con l'ausilio delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie di cui all'articolo 5, di linee di indirizzo, individua idonee misure per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario e il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure 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. La direzione sanitaria della struttura pubblica o privata, entro sette giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli interessati aventi diritto, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi e a quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, fornisce la documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente, preferibilmente in formato elettronico; le eventuali integrazioni sono fornite, in ogni caso, entro il termine massimo di trenta giorni dalla presentazione della suddetta richiesta. Entro novanta 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 7 agosto 1990, n. 241, alle disposizioni del presente comma.

3. Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono 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 dagli articoli 2 e 16 della presente legge.

4. All'articolo 37 del regolamento di polizia mortuaria, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285, dopo il comma 2 è inserito il seguente:

«2-bis. I familiari o gli altri aventi titolo del deceduto possono concordare con il direttore sanitario o sociosanitario l'esecuzione del riscontro diagnostico, sia nel caso di decesso ospedaliero che in altro luogo, e possono disporre la presenza di un medico di loro fiducia».

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, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla 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.

2. Nel regolamentare l'iscrizione in apposito elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche di cui al comma 1, 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 nel 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.

3. Le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse elaborati dai soggetti di cui al comma 1 sono integrati nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG), il quale è disciplinato nei compiti e nelle funzioni con decreto del Ministro della salute, da emanare, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 28, secondo periodo, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. L'Istituto superiore di sanità pubblica nel proprio sito internet le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse indicati dal SNLG, previa verifica della conformità della metodologia adottata a standard definiti e resi pubblici dallo stesso Istituto, nonché della rilevanza delle evidenze scientifiche dichiarate a supporto delle raccomandazioni.

4. Le attività di cui al comma 3 sono svolte nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali già disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Art. 6.

Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria

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

«Art. 590-*sexies* (*Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario*). — Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma.

Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa 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».

2. All'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, il comma 1 è abrogato.

Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione 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 nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica 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, 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 della presente legge e dell'articolo 590-sexies del codice penale, introdotto dall'articolo 6 della presente legge.

4. Il danno conseguente all'attività della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, integrate, ove necessario, con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti alle attività di cui al presente articolo.

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

Art. 8.

Tentativo obbligatorio di conciliazione

1. Chi intende esercitare un'azione innanzi al giudice civile 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. È fatta salva la possibilità di esperire in alternativa il procedimento di mediazione ai sensi dell'articolo 5, comma 1-bis, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28. In tali casi non trova invece applicazione 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 consulenza tecnica preventiva di cui al presente articolo, effettuato secondo il disposto dell'articolo 15 della presente legge, è obbligatoria per tutte le parti, comprese le imprese di assicurazione di cui all'articolo 10, 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, quando l'impresa di assicurazione non ha formulato l'offerta di risarcimento nell'ambito del procedimento di consulenza tecnica preventiva di cui ai commi precedenti, il giudice trasmette copia della sentenza all'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS) per gli adempimenti di propria competenza. 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 o di responsabilità amministrativa

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 l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio o della procedura stragiudiziale di risarcimento del danno, l'azione di rivalsa nei suoi confronti 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.

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 di risarcimento proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, ai sensi dei commi 1 e 2 dell'articolo 7, o dell'esercente la professione sanitaria, ai sensi del comma 3 del medesimo articolo 7, 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, secondo comma, del testo unico di cui al regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214, si tiene conto delle situazioni di fatto di particolare difficoltà, anche di natura organizzativa, della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, in cui l'esercente la professione sanitaria ha operato. L'importo della condanna per la responsabilità amministrativa e della surrogazione di cui all'articolo 1916, primo comma, del codice civile, per singolo evento, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale conseguiti nell'anno di inizio della condotta causata dall'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo. Per i tre 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 ad 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.

6. In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria privata o nei confronti dell'impresa di assicurazione titolare di polizza con la medesima struttura, la misura della rivalsa e quella della surrogazione richiesta dall'impresa di assicurazione, ai sensi dell'articolo 1916, primo comma, del codice civile, per singolo evento, in caso di colpa grave, non possono superare una somma pari al valore maggiore del reddito professionale, ivi compresa la retribuzione lorda, conseguito nell'anno di inizio della condotta causata dall'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo. Il limite alla misura della rivalsa, di cui al periodo precedente, non si applica nei confronti degli esercenti la professione sanitaria di cui all'articolo 10, comma 2.

7. Nel giudizio di rivalsa e in quello di responsabilità amministrativa 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.

Art. 10.

Obbligo di assicurazione

1. Le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono essere provviste 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, anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private,

compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento nonché di sperimentazione e di ricerca clinica. La disposizione del primo periodo 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. Le strutture di cui al primo periodo stipulano, altresì, polizze assicurative o adottano altre analoghe misure per la copertura della responsabilità civile verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie anche ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui al comma 3 dell'articolo 7, fermo restando quanto previsto dall'articolo 9. Le disposizioni di cui al periodo precedente non si applicano in relazione agli esercenti la professione sanitaria di cui al comma 2.

2. Per l'esercente la professione sanitaria che svolga la propria attività al di fuori di una delle strutture di cui al comma 1 del presente articolo o che presti la sua opera all'interno della stessa in regime libero-professionale ovvero che si avvalga della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente ai sensi dell'articolo 7, comma 3, 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, all'articolo 5 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137, e all'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 alle azioni di cui all'articolo 9 e all'articolo 12, comma 3, ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave.

4. Le strutture di cui al comma 1 rendono nota, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa della responsabilità civile verso i terzi e verso i prestatori d'opera di cui al comma 1, 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'IVASS sulle imprese di assicurazione che intendano stipulare polizze con le strutture di cui al comma 1 e con gli esercenti la professione sanitaria.

6. Con decreto del Ministro dello sviluppo economico, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentiti l'IVASS, l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA), le Associazioni nazionali rappresentative delle strutture private che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie,

tarie, 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 cittadini e dei pazienti, sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, prevedendo l'individuazione di classi di rischio a cui far corrispondere massimali differenziati. 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 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. A tali fondi si applicano le disposizioni di cui all'articolo 1, commi 5 e 5-bis, del decreto-legge 18 gennaio 1993, n. 9, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 marzo 1993, n. 67.

7. Con decreto del Ministro dello sviluppo economico da emanare, di concerto con il Ministro della salute e sentito l'IVASS, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono individuati i dati relativi alle polizze di assicurazione stipulate ai sensi dei commi 1 e 2, e alle altre analoghe misure adottate ai sensi dei commi 1 e 6 e sono stabiliti, altresì, 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. Il medesimo decreto stabilisce le modalità e i termini per l'accesso a tali dati.

Art. 11.

Estensione della garanzia assicurativa

1. La garanzia assicurativa deve prevedere una operatività temporale anche per gli eventi accaduti nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo, purché denunciati all'impresa di assicurazione durante la vigenza temporale della polizza. In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa deve essere previsto un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di efficacia della polizza, incluso il periodo di retroattività della copertura. L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

Art. 12.

Azione diretta del soggetto danneggiato

1. Fatte salve le disposizioni dell'articolo 8, il soggetto danneggiato ha diritto di agire direttamente, entro i limiti delle somme per le quali è stato stipulato il contratto di assicurazione, nei confronti dell'impresa di assicurazione che presta la copertura assicurativa alle strutture sanita-

rie o sociosanitarie pubbliche o private 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 di cui all'articolo 10, comma 6, che definisce i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie di cui all'articolo 10, comma 2.

3. L'impresa di assicurazione ha diritto di rivalsa verso l'assicurato nel rispetto dei requisiti minimi, non derogabili contrattualmente, stabiliti dal decreto di cui all'articolo 10, comma 6.

4. Nel giudizio promosso contro l'impresa di assicurazione della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata a norma del comma 1 è litisconsorte necessario la struttura medesima; 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 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 la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata 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 sociosanitarie 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. Le strutture sanitarie e sociosanitarie e le imprese di assicurazione entro dieci giorni comunicano all'esercente la professione sanitaria, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento, l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con invito a prendervi parte. L'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni di cui al presente comma preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'articolo 9.

Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria

1. È istituito, nello stato di previsione del Ministero della salute, il Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria. Il Fondo di garanzia è 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 all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnato al Fondo di garanzia. Il Ministero della salute con apposita convenzione affida alla Concessionaria servizi assicurativi pubblici (CONSAP) Spa la gestione delle risorse del Fondo di garanzia.

2. Con regolamento adottato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico e con il Ministro 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, sono definiti:

a) la 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 la CONSAP Spa;

d) le modalità di intervento, il funzionamento e il regresso del Fondo di garanzia nei confronti del responsabile del sinistro.

3. Il Fondo di garanzia di cui al comma 1 concorre al risarcimento del danno nei limiti delle effettive disponibilità finanziarie.

4. La misura del contributo di cui al comma 2, lettera a), è aggiornata annualmente con apposito decreto del Ministro della salute, da adottare di concerto con il Ministro dello sviluppo economico e con il Ministro dell'economia e delle finanze, in relazione alle effettive esigenze della gestione del Fondo di garanzia.

5. Ai fini della rideterminazione del contributo di cui al comma 2, lettera a), la CONSAP Spa trasmette ogni anno al Ministero della salute e al Ministero dello sviluppo economico un rendiconto della gestione del Fondo di garanzia di cui al comma 1, riferito all'anno precedente, secondo le disposizioni stabilite dal regolamento di cui al comma 2.

6. Gli oneri per l'istruttoria e la gestione delle richieste di risarcimento sono posti a carico del Fondo di garanzia di cui al comma 1.

7. Il Fondo di garanzia di cui al comma 1 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 o privata ovvero dall'esercente la professione sanitaria ai sensi del decreto di cui all'articolo 10, comma 6;

b) qualora la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o 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;

c) qualora la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata ovvero l'esercente la professione sanitaria siano sprovvisti di copertura assicurativa per recesso unilaterale dell'impresa assicuratrice ovvero per la sopravvenuta inesistenza o cancellazione dall'albo dell'impresa assicuratrice stessa.

8. 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 7 del presente articolo.

9. 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.

10. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Art. 15.

Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria

1. 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 di cui ai commi 2 e 3, 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, comma 1, siano in possesso di adeguate e comprovate competenze nell'ambito della conciliazione acquisite anche mediante specifici percorsi formativi.

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 e alla tipologia degli incarichi conferiti e di quelli revocati.

3. Gli albi dei consulenti di cui all'articolo 13 delle disposizioni per l'attuazione del codice di procedura civile e disposizioni transitorie, di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, e gli albi dei periti di cui all'articolo 67 delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, devono essere aggiornati con cadenza almeno quinquennale, al fine di garantire, oltre a quella medico-legale, un'idonea e adeguata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche riferite a tutte le professioni sanitarie, tra i quali scegliere per la nomina tenendo conto della disciplina interessata nel procedimento.

4. Nei casi di cui al comma 1, l'incarico è conferito al collegio e, nella determinazione del compenso globale, non si applica l'aumento del 40 per cento 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, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 2002, n. 115.

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 presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 8 marzo 2017

MATTARELLA

GENTILONI SILVERI, *Presidente
del Consiglio dei ministri*

Visto, il Guardasigilli: ORLANDO

LAVORI PREPARATORI

Camera dei deputati (atto n. 259):

Presentato dall'On. Benedetto Francesco Fucci, in data 15 marzo 2013.

Assegnato alla XII Commissione (Affari sociali), in sede referente, l'11 settembre 2013, con pareri delle Commissioni I (Affari costituzionali), II (Giustizia), V (Bilancio), VI (Finanze) e Questioni regionali.

Esaminato dalla XII Commissione (Affari sociali), in sede referente, il 16, 22 e 24 ottobre 2013; il 6 novembre 2013; il 10 e 18 dicembre 2013; l'8 gennaio 2014; il 5 febbraio 2014; il 27 marzo 2014; il 7, 14, 22 e 29 ottobre 2014; il 12 e 27 novembre 2014; il 10 dicembre 2014; il 4 febbraio 2015; il 4 marzo 2015, il 14 aprile 2015, il 6 e 14 maggio 2015; il 3 giugno 2015; il 5 agosto 2015; il 15 settembre 2015; il 6, 7, 8, 13, 14, 15, 20, 21 e 28 ottobre 2015; il 3, 4, 5, 10 e 11 novembre 2015; il 17, 18 e 19 novembre 2015; il 16 e 17 dicembre 2015; il 14 e 20 gennaio 2016.

Esaminato in aula il 25, 26, 27 gennaio 2016 e approvato in un testo unificato con gli atti n. 262 (On. B. F. Fucci), n. 1312 (On. G. Grillo e altri), n. 1324 (On. R. Calabrò e altri), n. 1581 (On. P. Vargiu e altri), n. 1769 (On. A. M. Miotto e altri), n. 1902 (On. G. Monchiero e altri), n. 2155 (On. A. Formisano), il 28 gennaio 2016.

Senato della Repubblica (atto n. 2224):

Assegnato alla 12ª Commissione (Igiene e sanità), in sede referente, l'11 febbraio 2016, con pareri delle Commissioni 1ª (Affari costituzionali), 2ª (Giustizia), 5ª (Bilancio), 10ª (Industria, commercio, turismo) e Questioni regionali.

Esaminato dalla 12ª Commissione (Igiene e sanità), in sede referente, il 16 e 18 febbraio 2016; il 1º, 8, 10, 15, 16, 17, 22, 30 e 31 marzo 2016; il 5, 6, 7, 13, 19, 21, 27 e 28 aprile 2016; il 4, 17, 25 e 26 maggio 2016; l'8, 9, 21, 22, 23 e 29 giugno 2016; il 26 luglio 2016; il 3 agosto 2016; il 13, 20 e 27 settembre 2016; il 4, 11, 13, 18, 19, 25 e 26 ottobre 2016; il 2 novembre 2016.

Esaminato in aula l'8, 15, 16, 17 e 24 novembre 2016; il 20 dicembre 2016 e approvato, con modificazioni, l'11 gennaio 2017.

Camera dei deputati (atto n. 259 - 262 - 1312 - 1324 - 1581 - 1769 - 1902 - 2155-B):

linee guida?



Home > Multimedia > Video

L'accertamento della colpa medica e l'importanza delle "linee guida"

18 Aprile 2014 | **Marco Rossetti**

 Responsabilità del medico dipendente di struttura pubblica







ORIGINALE

LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE

TERZA SEZIONE CIVILE

Oggetto
30998-2018
"RESPONSABILITÀ
SANITARIA"

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:

Dott. GIACOMO TRAVAGLINO - Presidente - R.G.N. 21020/2016
 Dott. MARCO ROSSETTI - Rel. Consigliere - C.pon. 30998
 Dott. MARCO DELL'UTRI - Consigliere - Rep. C.I.
 Dott. AUGUSTO TATANGELO - Consigliere - Ud. 28/09/2018
 Dott. PAOLO PORRECA - Consigliere - cc

ha pronunciato la seguente

ORDINANZA

sul ricorso 21020-2016 proposto da:

VM, considerato domiciliato ex lege in
 ROMA, presso la CANCELLERIA DELLA CORTE DI
 CASSAZIONE, rappresentato e difeso dall'avvocato
 MIRCO MINARDI giusta procura in calce al ricorso;

- ricorrente -

contro

PF, CLINICA X

SRL, in persona

del legale rappresentante p.t. Dott. EB,

GA, elettivamente domiciliati in ROMA,
 VIA MONTE ASOLONE 8, presso lo studio dell'avvocato
 MILENA LIUZZI, rappresentati e difesi dall'avvocato



3.1. Col terzo motivo il ricorrente lamenta, ai sensi dell'articolo 360, n. 5, c.p.c., l'omesso esame di tre fatti decisivi, individuati nelle seguenti circostanze:

(a) dimezzando la dose di eparina, i sanitari di Villa X si discostarono dalle linee-guida generalmente condivise dalla scienza medica per il trattamento dei politraumatizzati da sinistro stradale;

(b) dopo il ricovero a Villa X, il paziente non fu visitato per tre giorni;

(c) durante il ricovero a Villa X, le piastrene furono "scarsamente monitorate", come risultava dalla sentenza di primo grado e dalle cartelle cliniche allegate agli atti.

3.2. Il motivo è infondato, poiché nessuna delle tre circostanze sopra indicate è "decisiva", nel senso richiesto dall'articolo 360, n. 5, c.p.c.

3.2.1. Che i sanitari non si attenero alle "linee-guida" generalmente condivise per la somministrazione di eparina è un fatto non decisivo per due ragioni.

In primo luogo non è decisivo perché le c.d. linee guida (ovvero le *leges artis* sufficientemente condivise almeno da una parte autorevole della comunità scientifica in un determinato tempo) non rappresentano un letto di Procuste insuperabile.

Esse sono solo un parametro di valutazione della condotta del medico: di norma una condotta conforme alle linee guida sarà diligente, mentre una condotta difforme dalle linee guida sarà negligente od imprudente. Ma ciò non impedisce che una condotta difforme dalle linee guida possa essere ritenuta diligente, se nel caso di specie esistevano particolarità tali che imponevano di non osservarle (ad esempio, nel caso in cui le linee guida prescrivano la

SENTENZA

sul ricorso 14411-2015 proposto da:

██████████ ██████████ in proprio e
nella loro qualità di genitori della figlia minore
██████████ elettivamente domiciliati in ROMA,
██████████ ██████████ presso lo studio
dell'avvocato ██████████ ██████████ rappresentati e
difesi dall'avvocato ██████████ ██████████ giusta procura
speciale in calce al ricorso;

- ricorrenti -

contro

GENERALI ITALIA SPA già INA ASSITALIA SPA in persona

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

1-a) Non risulta conforme a diritto quanto affermato dalla Corte ligure sul tema della rilevanza "parascriminante" delle linee guida, mentre appare corretta e condivisibile (diversamente da quanto opinato dal giudice di appello) la censura mossa da parte ricorrente che evidenzia - in consonanza con la recente giurisprudenza penalistica di questa Corte e della stessa Corte costituzionale - come le linee guida non assurgano punto al rango di fonti di regole cautelari codificate, non essendo né tassative né vincolanti, e comunque non potendo prevalere sulla libertà del medico, sempre tenuto a scegliere la miglior soluzione per il paziente. Di tal che, pur rappresentando un utile parametro nell'accertamento dei profili di colpa medica, esse non eliminano la discrezionalità giudiziale, libero essendo il giudice di valutare se le circostanze del caso concreto esigano una condotta diversa da quella prescritta (Cass. pen. 16237/2013; 39165/2013). Non senza osservare, ancora, come il giudice delle leggi, con la sentenza n. 295 del 2013, abbia chiaramente specificato che la limitazione di responsabilità ex art. 3 comma 1 della cd. Legge Balduzzi trovi il suo invalicabile limite nell'addebito di imperizia - giacché le linee guida in materia sanitaria contengono esclusivamente regole di perizia - e non anche quando l'esercente la professione sanitaria si sia reso responsabile di una condotta negligente e/o imprudente.

2-b) Come già accennato poc'anzi, il grado di diligenza e di prudenza richiesti ai sanitari nel caso di specie doveva ritenersi di certo più elevato rispetto ad una periodica attività di controllo routinario quale quella eseguita, e cioè non limitandosi a rilevare la presenza e lo sviluppo dell'apparato osseo e cardiaco,

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

Implicazioni legali delle linee guida mediche. Una Task Force della Società Europea di Cardiologia

Peter J. Schwartz, Günter Breithardt*, Alan J. Howard**, Desmond G. Julian[§],
Nina Rehnqvist Ahlberg^{§§}

Dipartimento di Cardiologia, Policlinico S. Matteo IRCCS e Università degli Studi, Pavia, *Westfälische Wilhelms, Universität Münster, Medizinische Klinik und Poliklinik, Münster, Germania, **European Society of Cardiology, Sophia Antipolis, Francia, [§]London, UK, ^{§§}The National Swedish Board of Health and Welfare, Stockholm, Svezia

(Ital Heart J Suppl 2000; 1 (12): 1632-1638)

Tradotto da Eur Heart J 1999; 20: 1152-7.
© 1999 The European Society of Cardiology.

Per la corrispondenza:

Prof. Peter J. Schwartz

Dipartimento
di Cardiologia
Policlinico S. Matteo IRCCS
Viale Golgi, 19
27100 Pavia
E-mail:
PJQT@compuserve.com

Signora Thatcher: Sono esattamente ciò che dicono di essere, linee guida. Non sono legge, sono linee guida.

Signora Baxendale: Devono essere seguite?

Signora Thatcher: Certamente, devono essere seguite, ma non sono legge assoluta. Proprio perché sono linee guida e non legge, devono essere applicate a seconda delle circostanze¹.

Introduzione

In ambito europeo la pratica clinica è assai differenziata. Sebbene sia disponibile lo stesso tipo di informazione scientifica, si registra frequentemente una mancata uniformità nel trattamento dei pazienti affetti da patologie cardiovascolari. Le linee guida mediche hanno ottenuto unanime consenso poiché potenzialmente possono migliorare l'educazione del personale medico e, di conseguenza, produrre un innalzamento del livello standard di somministrazione della cura. Tuttavia, questo peraltro desiderabile risultato potrà essere ottenuto solo se ad esse verrà dato effetto pratico.

La Società Europea di Cardiologia (European Society of Cardiology, ESC), che considera il miglioramento della pratica clinica come uno dei suoi doveri fondamentali, ha rilevato un'insufficiente messa in pratica delle linee guida. Ciò può essere dovuto a più ragioni, tra cui un'ineguale diffusione delle stesse, la mancanza di uniformità tra le linee guida prodotte da organismi diversi e, talvolta, la loro distanza dalla realtà clinica. Da ultimo, ma per questo non meno importante, molti medici

hanno la percezione che le linee guida possano interferire con la loro libertà di decisione e sono preoccupati delle potenziali implicazioni legali derivanti dal seguire o meno tali raccomandazioni.

La ESC ha preso in considerazione vari mezzi di promozione delle linee guida. Un quesito cui è difficile rispondere è se l'esistenza o meno di implicazioni legali possa influire sulla loro messa in pratica. Tali considerazioni hanno indotto la ESC ad istituire una Task Force al fine di mettere sia i suoi aderenti che altre controparti interessate in grado di capire le implicazioni delle linee guida, inclusi i possibili risvolti legali a cui sia gli autori che i fruitori potrebbero andare incontro.

In sintesi, lo scopo principale di questa Task Force è stato quello di rivedere le implicazioni sociali e legali delle linee guida mediche. Questo documento riassume le discussioni tenutesi tra i componenti la Task Force e ne riflette il pensiero.

Il ruolo della ESC

Da tempo la ESC è consapevole dell'importanza delle linee guida per la pratica medica e della necessità di procedure appropriate al loro sviluppo. Nel 1994 è stato creato il Comitato per le Iniziative Cliniche e Scientifiche con il compito di dar vita a delle Task Force aventi, tra i loro obiettivi, quello di preparare linee guida e di indirizzare le loro implicazioni². Tali Task Force dovrebbero rappresentare un ampio spettro di competenze specifiche nell'ambito della

[Cass. pen., Sez. Un., 21 dicembre 2017 n. 8770](#)

Contrasto sulla rilevanza penale della colpa medica. Il 22 febbraio 2018 è stata pubblicata la sentenza delle Sezioni Unite Penali, n. 8770/2018, che ha risposto al seguente quesito, sollevato dalla Quarta Sezione Penale: qual'è, in tema di responsabilità colposa dell'esercente la professione sanitaria per morte o lesioni, l'ambito applicativo della previsione di "non punibilità" prevista dall'[art. 590-sexies cod.pen.](#), introdotta dalla [legge 8 marzo 2017 n. 24](#)?

La Suprema Corte, nella sua più tipica funzione di nomofilachia, ha risposto al quesito affermando i seguenti principi di diritto:

«L'esercente la professione sanitaria risponde, a titolo di colpa, per morte o lesioni personali derivanti dall'esercizio di attività medico-chirurgica:

- a) se l'evento si è verificato per colpa (anche "lieve") da negligenza o imprudenza;**
- b) se l'evento si è verificato per colpa (anche "lieve") da imperizia quando il caso concreto non è regolato dalle raccomandazioni delle linee-guida o dalle buone pratiche clinico-assistenziali;**
- c) se l'evento si è verificato per colpa (anche "lieve") da imperizia nella individuazione e nella scelta di linee-guida o di buone pratiche clinico-assistenziali non adeguate alla specificità del caso concreto;**
- d) se l'evento si è verificato per colpa "grave" da imperizia nell'esecuzione di raccomandazioni di linee-guida o buone pratiche clinico-assistenziali adeguate, tenendo conto del grado di rischio da gestire e delle speciali difficoltà dell'atto medico».**

È, in altre parole, possibile prendere in considerazione le buone pratiche già oggi, vale a dire in un momento in cui il Sistema nazionale linee guida non è ancora entrato a regime, quindi anche in mancanza di linee guida “pubblicate ai sensi di legge” (*mancanza in senso diacronico*)? Oppure sarà possibile prendere in considerazione le buone pratiche solo una volta che (tra un mese? tra un anno?) il Sistema nazionale linee guida sarà ormai a regime, sarà cioè riempito di linee guida, ma tra queste linee guida manchino proprio quelle pertinenti al caso di specie (*mancanza in senso sincronico*)? Come è stato acutamente rilevato da Iadecola, infatti, la «prevista operatività unicamente suppletiva (e subordinata) delle buone pratiche clinico-assistenziali potrebbe ritenersi ragionevolmente destinata a concretizzarsi solo una volta licenziate (“definite e pubblicate”) le linee guida stesse, attesa la stretta interconnessione di esse con queste ultime (per cui le buone pratiche *simul stabunt* con le linee guida, nel senso di non potersene prefigurare una autonoma ed immediata operatività ancora prima del varo di queste ultime). Sicché, sino al perfezionamento del processo di *definizione e pubblicazione*, la nuova disciplina penale non risulterebbe praticamente utilizzabile”.

Si pone quindi il grave problema della disciplina applicabile ai fatti commessi *dopo* l'entrata in vigore della legge Gelli-Bianco, *ma prima* dell'entrata a regime del Sistema nazionale linee guida.

Se si optasse per una interpretazione della mancanza *anche in senso diacronico*, a tali fatti sarà già applicabile l'[art. 590 sexies c.p.](#) (ovviamente, solo in riferimento alle buone pratiche).

Se, per contro, si optasse per una interpretazione della mancanza *solo in senso sincronico*, dovremmo constatare che l'operatività della [legge Gelli-Bianco](#) è tuttora differita (sia in relazione a linee guida non ancora pubblicate, sia in relazione a buone pratiche non ancora rilevanti), con la conseguenza che ai fatti di omicidio o lesioni personali colposi, commessi dal sanitario a partire dal 1° aprile 2017 e fino al giorno in cui entrerà a regime il Sistema nazionale linee guida, dovrà applicarsi la disciplina ordinaria scaturente dagli [artt. 43, 589 e 590 c.p.](#)

Ma in tale seconda ipotesi un altro interrogativo si profilerà: la disciplina ordinaria, nei casi di specie richiedenti la soluzione di problemi di speciale difficoltà di carattere tecnico-scientifico, potrà essere integrata col correttivo della colpa grave, ricavabile dall'[art. 2236 c.c.](#)? Interrogativo per nulla peregrino, se solo si considera l'operazione di rivitalizzazione della “regola di esperienza” da tale norma civilistica desumibile, compiuta dalla sentenza De Luca-Tarabori e, ancor più, dalla sentenza delle Sezioni Unite qui commentata.

**... innanzitutto,
un chiarimento**



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DELL'INTELLIGENZA E DELL'ASSISTENZA E DEI PRINCIPALI SISTEMI

Risk management in Sanità Il problema degli errori

*Commissione Tecnica sul Rischio Clinico
(DM 5 marzo 2003)*



- **Protocollo** (strumento informativo che definisce un modello formalizzato di comportamento professionale mediante descrizione di una successione di interventi volti a raggiungere un determinato obiettivo)
- **Procedure** (strumenti di integrazione per la gestione di situazioni complesse; descrivono sequenze dettagliate e logiche di atti al fine di uniformarli e garantire così la qualità degli effetti risultanti)
- **Linee-guida** (raccomandazioni di comportamento clinico in grado di assistere ed orientare il personale sanitario nella scelta di modalità di intervento e di assistenza più appropriati in specifiche circostanze cliniche; frutto di revisione sistematica e di sintesi critica delle informazioni tecnico-scientifiche disponibili, al fine di orientare la pratica clinica quotidiana)



Programma nazionale
per le linee guida

MANUALE METODOLOGICO

Come produrre, diffondere
e aggiornare raccomandazioni
per la pratica clinica

maggio 2002



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ



CeVEAS

Centro per lo studio e l'aggiornamento
dell'attività dell'assistenza sanitaria

ZADIG

PNLG

Come produrre, diffondere e aggiornare
raccomandazioni per la pratica clinica

MANUALE METODOLOGICO

Data di pubblicazione: maggio 2002
Data di aggiornamento: maggio 2004

ELABORAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI

Si è scelto di utilizzare per queste linee guida uno schema italiano sviluppato e presentato nel Manuale Metodologico del Programma Nazionale Linee Guida: "Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica" (www.pnlg.it) sviluppato dalla Age.na.s - in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità.

Tale schema prevede un "grading" in base al quale la decisione di raccomandare o meno l'esecuzione di una determinata procedura può dipendere da diversi fattori tra cui la qualità delle prove scientifiche a favore, o contro, il peso assistenziale dello specifico problema, i costi, l'accettabilità e la praticabilità dell'intervento.

La classificazione di una raccomandazione secondo la gradazione A, B, C, D, E non rispecchia solo la qualità metodologica delle prove disponibili. Ci possono essere casi, infatti, in cui anche in presenza di una prova di efficacia di tipo I la raccomandazione sarà di tipo B, o anche C, qualora esista una reale incertezza sulla fattibilità e impatto della procedura.

Analogamente, in alcuni casi selezionati, può essere presente una raccomandazione di grado "A" pur in assenza di prove di tipo I o II, in particolare quando il contenuto della raccomandazione riguarda questioni non affrontate con disegni di studio randomizzati.

Forza delle raccomandazioni

FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI	
A	L'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II
B	Si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata
C	Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento
D	L'esecuzione della procedura non è raccomandata
E	Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura

Livello delle prove

LIVELLO DELLE PROVE	
I	Prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati
II	Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato
III	Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi
IV	Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi
V	Prove ottenute da studi di casistica ("serie di casi") senza gruppo di controllo
VI	Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in linee guida o consensus conference, o basate su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile di queste linee guida

LINEE GUIDA E BUONE PRATICHE
Implicazioni giuridiche e medico-legali
Cosa cambia nella sanità

Seminario
Scuola di Specializzazione in Medicina Legale dell'Università di Trieste e Udine,
Accademia Medico Giuridica delle Venezie
Trieste, 25 novembre 2016

LINEE GUIDA E BUONE PRATICHE

Implicazioni giuridiche e medico-legali

Cosa cambia nella sanità

Seminario

Scuola di Specializzazione in Medicina Legale dell'Università di Trieste e
Udine,

Accademia Medico Giuridica delle Venezie
Trieste, 25 novembre 2016

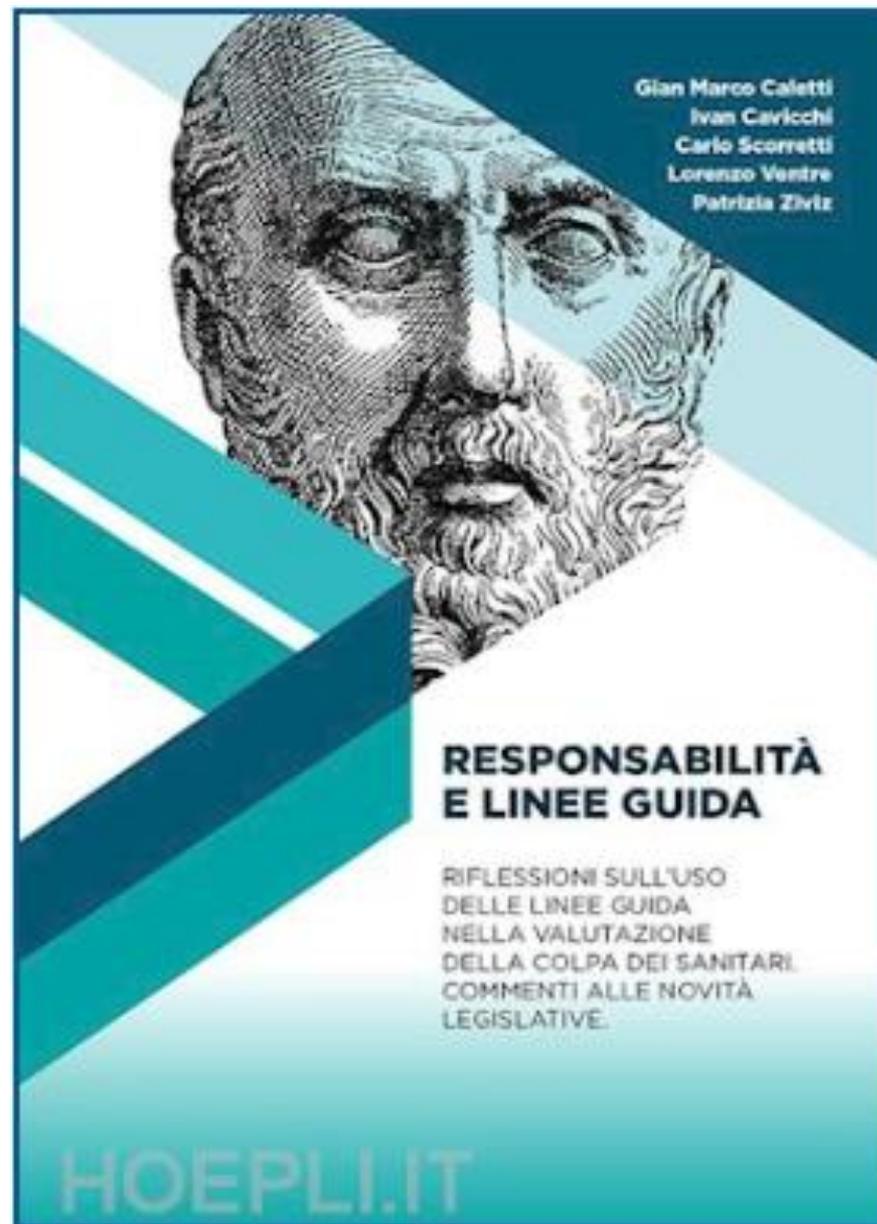
Carlo Scorretti, Ivan Cavicchi, Gian Marco Caletti,
Patrizia Ziviz

A cura di
Lorenzo Ventre

© Carlo Scorretti, Gian Marco Caletti, Patrizia Ziviz, Ivan Cavicchi 2017

ISBN: PB

EPDF:





3^ GIORNATA NAZIONALE DELLA SALUTE DELLA DONNA



- La nostra salute
- Temi e professioni
- News e media
- Ministro e Ministero

Sei in: Home > News e media > Notizie > Notizie dal Ministero > Responsabilità professionale e sicurezza delle cure, in G.U. il Decreto ministeriale con l'istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida

Responsabilità professionale e sicurezza delle cure, in G.U. il Decreto ministeriale con l'istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida

Nella Gazzetta Ufficiale n. 66 del 20 marzo 2018 è stato pubblicato il **Decreto del Ministero della Salute 27 febbraio 2018** sulla Legge Gelli in tema di responsabilità professionale e sicurezza delle cure.

Il Decreto sancisce l'istituzione del **Sistema Nazionale Linee Guida - SNLG** presso l'Istituto superiore di sanità. La loro gestione è affidata ad un Comitato strategico. Gli enti pubblici e privati, le società scientifiche e le associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte nell'elenco indicato nel decreto del Ministro della salute del 2 agosto 2017 potranno inserire la proposta di linee guida sulla piattaforma informatica del SNLG.

Consulta le **notizie di Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure**

Vai all' **archivio completo** delle notizie

Consulta l'area tematica: **Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure**

Vedi anche

- > Al via il nuovo Piano di monitoraggio dell'assistenza sanitaria del Ministero della Salute
- > Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico-adolescenziale
- > Elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie, chiarimenti su iscrizione
- > Aperte le iscrizioni delle società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche all'elenco istituito al Ministero della salute
- > Livelli essenziali di assistenza: 11 le Regioni adempienti nel 2015 in base alla "Griglia LEA"
- > Finanziati con 287 mln di euro 15 interventi su edilizia sanitaria e ricerca

Cambia canale



3ª GIORNATA NAZIONALE DELLA SALUTE DELLA DONNA



La nostra salute |
 Temi e professioni |
 News e media |
 Ministro e Ministero

Sei in: Home > Temi e professioni > Qualità e sicurezza delle cure > Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure

Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure



Pagina in corso di aggiornamento

I temi di questa sezione sono a cura di: **Direzione generale della programmazione sanitaria**

Web editing: Cristina Giordani

In evidenza



Responsabilità professionale e sicurezza delle cure, in G.U. il Decreto ministeriale con l'istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida
 23 marzo 2018 - Il Decreto del Ministero della Salute del 27 febbraio 2018 sancisce l'istituzione del SNLG presso l'Istituto superiore di sanità



Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico-adolescenziale
 15 gennaio 2018 - Approvate con accordo Stato-Regioni il 21 dicembre 2017

Archivio notizie

Iscrizione Elenco
 delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie

Eventi



Presentazione della revisione OCSE sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia
 Data evento: 15 gennaio 2015

Archivio eventi



3^ GIORNATA NAZIONALE DELLA SALUTE DELLA DONNA



La nostra salute	Temi e professioni	News e media	Ministro e Ministero
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

Sei in: [Home](#) > [Temi e professioni](#) > [Qualità e sicurezza delle cure](#) > [Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure](#) > [Linee guida](#)

Linee guida



Pagina in corso di aggiornamento

I temi di questa sezione sono a cura di: [Direzione generale della programmazione sanitaria](#)

Web editing: [Cristina Giordani](#)

La **Legge 8 marzo 2017**, n.24, "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonche' in materia di responsabilita' professionale degli esercenti le professioni sanitarie", prevede 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 le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonche' dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco".

Tale elenco è istituito e regolamentato con **decreto 2 agosto 2017** pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie Generale n. 186 del 10 agosto 2017.

Le società scientifiche e le associazioni tecnico-scientifiche interessate, entro il termine di 90 giorni, a decorrere dalla pubblicazione in GU, possono presentare istanza di iscrizione all'elenco.

Le modalità di iscrizione sono pubblicate nella pagina dedicata all' **Elenco delle società scientifiche e associazioni-tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie** nell'area tematica Professioni sanitarie.

Sistema nazionale linee guida

Il SNLG è stato istituito dal Ministero della salute con **D.M. 30 giugno 2004**, ed è stato riorganizzato in base alla Legge 24 del 2017 con il **decreto del Ministro della Salute del 27 febbraio 2018**.

Iscrizione Elenco

delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie

Eventi



Presentazione della revisione OCSE sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia
Data evento: 15 gennaio 2015

[Archivio eventi](#)

Vai direttamente a

Le linee guida e i relativi aggiornamenti sono integrati nel **Sistema nazionale per le linee guida (SNLG)**, il quale è disciplinato nei compiti e nelle funzioni con decreto del Ministro della salute.

Di seguito le Linee guida elaborate prima del riordino:

- › **Linee guida salute migranti** (luglio 2017)
- › Linea guida "Prevenzione e trattamento della emorragia del post partum" (ottobre 2016)
- › Taglio cesareo - seconda parte
- › **Gravidanza fisiologica** (pdf, 1,5 Mb) - aggiornate a settembre 2011
- › **Taglio cesareo** (pdf, 450 Kb)
- › Tonsillectomia
- › Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto
- › Diagnostica per immagini
- › Ernia del disco
- › La gestione della sindrome influenzale
- › Protesi d'anca
- › Carta del rischio cardiovascolare
- › Cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari
- › Malattie tiroidee
- › Carcinoma ovarico
- › Diagnosi oncologica precoce

L' **Istituto superiore di sanità pubblica** pubblica le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse, previa verifica della conformità della metodologia adottata a standard definiti e resi pubblici dallo stesso Istituto, nonché della rilevanza delle evidenze scientifiche dichiarate a supporto delle raccomandazioni.

Altre Linee guida a cura del Ministero della Salute

Al di fuori del Sistema nazionale linee guida, altre importanti Linee guida sono state elaborate dal Ministero della Salute nell'ambito del governo clinico e della sicurezza dei pazienti. Consulta le principali:

- › **Linee guida in materia di salute orale**
- › **Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità** (giugno 2011)
- › **Linee guida per il monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici complessi** (giugno 2011)
- › **Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa** (2011)
- › **Aggiornamento delle Linee guida per la metodologia di certificazione degli andamenti dei piani regionali sui tempi d'attesa** (febbraio 2011)
- › Indagine "Sicurezza ed appropriatezza degli interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia"(2008), sulla base delle Linee guida del 2008 su "Appropriatezza clinica e organizzativa degli interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia"

Vedi anche:

- › **Le raccomandazioni agli operatori**

- › **Unità di crisi permanente**
- › **Sicurezza dei pazienti - Raccomandazioni agli operatori**
- › **Glossario**
- › **Metodi di analisi per la gestione del rischio clinico (pdf)**
- › **Progetto "Farmaci LASA e Sicurezza dei pazienti"**
- › **Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici (pdf)**
- › **Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità (pdf)**
- › **Uniti per la sicurezza**
- › **Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella - 4^Â Rapporto (settembre 2005-dicembre 2011)**
- › **Tavole sui tempi di attesa per Regione 2010-2012**

Vedi anche

- › **Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure - Centri di riferimento**
- › **Sanità animale - Audit Molise**
- › **Cure nell'Unione Europea - Reclami e Ricorsi per le cure in Italia**
- › **Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure - Governo clinico: III modulo del corso FAD**
- › **Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure - Appropriatazza delle cure, manuale e corso FAD**
- › **Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure - FAD - Corso avanzato Root Cause Analysis, metodi di analisi delle cause profonde**

Cambia canale



News e Media

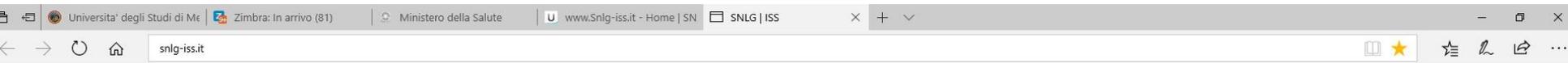
- › **Al via il nuovo Piano di monitoraggio dell'assistenza sanitaria del Ministero della Salute**
- › **Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico-adolescenziale**
- › **In Gazzetta Ufficiale la Legge sulla responsabilità professionale e la sicurezza delle cure**



La nostra salute

- › **Assistenza alle persone con diabete**

**e fino a qualche
mese fa...**



Si comunica che per effetto della Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie il sito e i suoi contenuti sono in fase di aggiornamento.



🏠 > Archivio per categoria "Editoriale"

Archivi categoria: *Editoriale*



  17 maggio 2018  Editoriale

Presentazione del nuovo SNLG

Le Linee Guida (LG) di pratica clinica sono uno strumento di supporto decisionale finalizzato a consentire che, fra opzioni alternative, sia adottata quella che offre un migliore bilancio fra benefici ed effetti indesiderati, tenendo conto della esplicita e sistematica valutazione delle prove disponibili, commisurandola alle circostanze peculiari del caso concreto e condividendola- laddove possibile- con il paziente o i *caregivers*. Conoscere e adottare giudiziosamente le raccomandazioni cliniche contenute nelle migliori LG rappresenta un obiettivo etico non solo del singolo professionista ma dei sistemi sanitari nel loro complesso, per massimizzare la probabilità di esiti di salute favorevoli attraverso pratiche cliniche consistenti con le migliori evidenze disponibili, e promuovere la sicurezza, l'equità, l'efficienza e l'appropriatezza- in una parola, la qualità- delle cure.



Procedure per la proposta di inserimento di linee guida nel Sistema Nazionale Linee Guida

Manuale operativo

**Centro Nazionale Eccellenza
Clinica Qualità e Sicurezza delle Cure**



Versione 2.0 (20-4-2018)

Sommario

Premessa.....	3
1. Requisiti e modalità di invio delle LG	4
A. Requisiti	4
B. Modalità di invio e tracciatura delle LG in fase di valutazione	5
Raccomandazioni	6
Invio della versione finale della LG e relativi allegati necessari per la valutazione.....	7
2. Procedura di Valutazione delle LG proposte per il SNLG	8
3. Strumenti di Valutazione della qualità delle Linee Guida	10
4. Adempimenti per i proponenti di LG pubblicate nell'SNLG	10
<i>Allegato A - Modulo per richiesta di pubblicazione nell'SNLG di una LG in fase di progettazione-sviluppo ...</i>	<i>12</i>
<i>Allegato B - AGREE Reporting Checklist 2016</i>	<i>14</i>
<i>Allegato C - AGREE II versione italiana.....</i>	<i>25</i>

Premessa

In questo manuale sono riportate le modalità di invio e la procedura di valutazione delle Linee Guida (LG) per la pubblicazione nell'SNLG in linea con la legge n° 24/2017 e relativi decreti attuativi.

Gli enti e le istituzioni pubbliche e private, le società scientifiche e le associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con DM 2 agosto 2017 (GU n.186 del 10-8-2017) propongono al CNEC la LG da pubblicare nell'SNLG.

Il CNEC verifica in primo luogo l'eleggibilità della LG in base a requisiti di priorità e non ridondanza e, successivamente, valuta la LG con criteri espliciti in termini di qualità del reporting, metodologia adottata e rilevanza delle raccomandazioni rispetto alle evidenze citate, offre eventuale feedback al proponente per correzioni e aggiustamenti e pubblica la LG nell'SNLG se essa supera la valutazione.

[🏠](#) > [Archivio per categoria "Comunicati CNEC"](#)

Archivi categoria: *Comunicati CNEC*

News



LINEE GUIDA

- In considerazione dell' emergenza epidemiologica da Covid-19 è **prevista una proroga di sei mesi**, rispetto alla data programmata, per il completamento dei lavori di **tutte le LG sottomesse dopo il 31 gennaio u.s.**
- È online la Linea Guida AIOM "**Neoplasie della mammella**" ([vai alla pagina LG SNLG per scaricare i file](#))
- È online il **documento contenente le raccomandazioni 1, 2, 3 e 4 della LG**: "Modello integrato per la gestione del trauma maggiore dalla scena dell'evento alla cura definitiva" ([vai alla pagina LG SNLG per scaricare i file](#))
- Sono online altre due raccomandazioni draft relative alla LG Trauma Maggiore ([vai alla pagina](#))
- È disponibile la **nuova versione 3.02** del "*Manuale operativo ISS- Procedure di invio e valutazione di Linee Guida per la pubblicazione nell'SNLG*" Le **principali novità** riguardano la sezione "*Invio della versione finale della LG e relativi allegati necessari per la valutazione*" pagg. 11-12 ([scarica file](#))

BUONE PRATICHE

- **Il punto di vista del CNEC in merito alla Medicina Tradizionale Cinese** ([scarica file](#))



[Home](#) > [LG SNLG](#) > Archivio per categoria "Produzione"

Archivi categoria: *Produzione*

Strumenti per gli sviluppatori di LG

In questa sezione sono riportati gli **standard metodologici di riferimento** che il CNEC raccomanda per la produzione e la valutazione critica di LG destinate a essere pubblicate nel sito SNLG.

Manuale metodologico ISS per la produzione di LG: rappresenta il nuovo manuale di riferimento per la produzione di LG dell'Istituto Superiore di Sanità. Incorpora la metodologia GRADE e tiene conto dell'esperienza maturata nella produzione di LG da parte delle maggiori organizzazioni internazionali dedicate allo scopo, adattata al contesto italiano.

E' disponibile una nuova versione del manuale [[v. 1.3.2, scarica qui](#)]. Rispetto alla v. 1.3, sono state apportate delle modifiche, tra cui:

- aggiornamento Sezione 6.1

Il metodo GRADE [[scarica file](#)]: è il metodo adottato da un numero sempre maggiore di organizzazioni internazionali e agenzie di sanità pubblica quale standard di riferimento per la valutazione della qualità delle prove e la produzione di raccomandazioni cliniche che tengano conto in modo esplicito dei diversi fattori che, oltre alla qualità delle evidenze, condizionano la forza e la direzione delle raccomandazioni, incluso un chiaro bilancio dei rischi e dei benefici delle opzioni alternative, i valori e le preferenze dei pazienti e l'impiego delle risorse. Nelle sue recenti estensioni (DECIDE) il metodo GRADE valuta la diversificazione delle raccomandazioni sulla base della prospettiva delle LG (se orientate al paziente individuale, a gruppi di pazienti, o per fini di salute pubblica/politica sanitaria), nonché la possibilità di adattamento di LG esistenti seguendo un percorso altrettanto rigoroso (Ad-o-lopment GRADE). Il metodo GRADE non esaurisce tutti gli aspetti metodologici inerenti la produzione di una linea guida (come la scelta della priorità e dello scoping della LG, la designazione del panel, gestione conflitto interessi) la revisione esterna della linea guida e le modalità di partecipazione degli utenti e degli stakeholder alla produzione delle raccomandazioni. È il framework metodologico raccomandato dal CNEC per la produzione di LG destinate all'SNLG.

GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLPMENT

Holger J. Schünemann^{a,b,*}, Wojtek Wiercioch^a, Jan Brozek^{a,b}, Itziar Etxeandia-Ikobaltzeta^a, Reem A. Mustafa^{a,c,d}, Veena Manja^{c,f}, Romina Brignardello-Petersen^{g,h}, Ignacio Neumann^{a,i}, Maicon Falavigna^{j,k}, Waleed Alhazzani^{a,b}, Nancy Santesso^a, Yuan Zhang^a, Jörg J. Meerpohl^{l,m}, Rebecca L. Morgan^a, Bram Rochwerf^a, Andrea Darzi^d, Maria Ximenes Rojasⁿ, Alonso Carrasco-Labra^{a,i}, Yaser Adi^o, Zulfa AlRayees^p, John Riva^{q,r}, Claudia Bollig¹, Ainsley Moore^{a,q}, Juan José Yepes-Núñez^a, Carlos Cuello^{a,r}, Reem Waziry^{s,t}, Elie A. Akl^{a,s}

^aDepartment of Clinical Epidemiology and Biostatistics, McMaster University, 1280 Main Street West, Hamilton, Ontario L8N 4K1, Canada

^bDepartment of Medicine, McMaster University, 1280 Main Street West, Hamilton, Ontario L8N 4K1, Canada

^cDepartment of Internal Medicine/Nephrology, University of Missouri-Kansas City, 2301 Holmes Street, Kansas City, MO 64108, USA

^dDepartment of Biomedical and Health Informatics, University of Missouri-Kansas City, 2411 Holmes Street, Kansas City, MO 64108, USA

^eDivision of Cardiology, Department of Medicine, Veterans Affairs Medical Center, 3495 Bailey Avenue, Buffalo, NY 14215, USA

^fDepartment of Internal Medicine, University at Buffalo, The State University of New York, 3435 Main street, Buffalo, NY 14214, USA

^gInstitute of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto, 155 College St, Toronto, ON M5T 3M6, Canada

^hEvidence-Based Dentistry Unit, Faculty of Dentistry, Universidad de Chile, Sergio Livingstone Pohlhammer 943, Independencia, Santiago 8380492, Chile

ⁱDepartment of Internal Medicine, Pontificia Universidad Católica de Chile, Alameda 340, Santiago 8331150, Chile

^jHospital Moínhos de Venó, Rua Ramiro Barcelos 910, Bairro Moínhos de Venó, Porto Alegre, Brazil

^kNational Institute of Science and Technology for Health Technology Assessment, Federal University of Rio Grande do Sul, Rua Ramiro Barcelos, No. 2359, 90035-903 Porto Alegre, RS, Brazil

^lCochrane Germany, Medical Center—University of Freiburg, Breisacher Strasse 153, Freiburg 79110, Germany

^mCentre de Recherche Épidémiologie et Statistique Sorbonne Paris Cité—U1153, Inserm/Université Paris Descartes, Cochrane France, Hôpital Hôtel-Dieu, 1 place du Parvis Notre Dame, 75181 Paris Cedex 04, France

ⁿDepartment of Clinical Epidemiology and Biostatistics, Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario de San Ignacio, Cx 740-02 2nd Floor, Bogotá, Colombia

^oKing Faisal Specialist Hospital and Research Centre, Zahrawi Street, Al Maathaf P.O. Box 3354 Riyadh 11211, Saudi Arabia

^pSaudi Centre for Evidence Based Health Care, Ministry of Health, King Abdulaziz Road, Riyadh 11176, Saudi Arabia

^qDepartment of Family Medicine, McMaster University, David Braley Health Sciences Centre, 100 Main Street West, 6th Floor, Hamilton, Ontario L8P 1H6, Canada

^rTecnologico de Monterrey School of Medicine, Avda. Morones Prieto 3000 pte. CP 64710 Monterrey, Nuevo León, Mexico

^sDepartment of Internal Medicine, Faculty of Health Sciences, American University of Beirut, P.O. Box 11-0236, Riad-El-Sohh Beirut 1107 2020, Beirut, Lebanon

^tThe Kirby Institute, University of New South Wales, Wallace Warth Building, University of New South Wales, Sydney, New South Wales 2052, Australia

Accepted 1 September 2016; Published online 3 October 2016

Abstract

Background: Guideline developers can: (1) adopt existing recommendations from others; (2) adapt existing recommendations to their own context; or (3) create recommendations de novo. Monetary and nonmonetary resources, credibility, maximization of uptake, as well as logical arguments should guide the choice of the approach and processes.

Objectives: To describe a potentially efficient model for guideline production based on adoption, adaptation, and/or de novo development of recommendations utilizing the Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) Evidence to Decision (EtD) frameworks.

Study Design and Setting: We applied the model in a new national guideline program producing 22 practice guidelines. We searched for relevant evidence that informs the direction and strength of a recommendation. We then produced GRADE EtDs for guideline panels to develop recommendations.

Results: We produced a total of 80 EtD frameworks in approximately 4 months and 146 EtDs in approximately 6 months in two waves. Use of the EtD frameworks allowed panel members understand judgments of others about the criteria that bear on guideline recommendations and then make their own judgments about those criteria in a systematic approach.

Conclusion: The “GRADE-ADOLPMENT” approach to guideline production combines adoption, adaptation, and, as needed, de novo development of recommendations. If developers of guidelines follow EtD criteria more widely and make their work publicly available, this approach should prove even more useful. © 2016 The Author(s). Published by Elsevier Inc. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords: Clinical practice guidelines; Adaptation; GRADE; Evidence to Decision framework; Evidence-based medicine; Recommendation

the first one...

the only one

and now 15!

[Home](#) > [Linee guida](#) > Archivio per categoria "Consultazione"

Archivi categoria: *Consultazione*

LG SNLG

In questa sezione sono riportate le **LG nazionali** proposte da società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con DM 2 agosto 2017, e dagli enti e istituzioni pubbliche e private previste dalla legge n° 24/2017.

Le LG qui pubblicate, incluse quelle presenti nella precedente versione dell'SNLG non più vecchie di tre anni, hanno superato il processo di valutazione previsto dalla suddetta legge.

Le LG sono consultabili e scaricabili dagli utenti in formato PDF.

Visualizza elementi

Cerca:

Area	Titolo	Produttore	Data immissione nell'SNLG	Link a full text LG	Valutazione complessiva LG con AGREE II
Ginecologia	Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla	Istituto Superiore di Sanità	Settembre 2017	Scarica file	Qualità complessiva: 6/7 Si raccomanda l'utilizzo della LG

Vista da 1 a 15 di 15 elementi

[◀ Precedente](#) [Successivo ▶](#)

work in progress...



News



LINEE GUIDA

- È disponibile la **nuova versione 3.0** del *"Manuale operativo ISS- Procedure di invio e valutazione di Linee Guida per la pubblicazione nell'SNLG"* ([scarica file](#))
- È [online](#) l'avviso di consultazione pubblica sulla prima raccomandazione preliminare della LG sul Trauma Maggiore
- È online la prima raccomandazione draft della Linea Guida sul Trauma Maggiore ([vai alla pagina](#))
- È online la nuova [Piattaforma SNLG](#)
- È [online](#) l'avviso di consultazione pubblica sulle raccomandazioni della LG Autismo nei bambini e adolescenti. **IMPORTANTE:** **Considerata la concomitanza del periodo di consultazione pubblica con le festività natalizie, il CTS ha deciso di prorogare la scadenza al 10 gennaio 2020.**

BUONE PRATICHE

- [Diagnosi e terapia della broncopneumopatia cronica ostruttiva negli adulti](#) ([scarica file](#))
- È stata aggiornata la pagina [Choosing Wisely edizione italiana](#)
- Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni, 2018 ([scarica file](#))

ma...

"... letto di procuste insuperabile"?

"... non regole cautelari codificate"?

Capo I - Preleggi

Delle fonti del diritto

Art. 1 — Indicazione delle fonti

Art. 2 — Leggi

Art. 3 — Regolamenti

Art. 4 — Efficacia delle norme corporative [ABROGATO]

Art. 5 — Norme corporative [ABROGATO]

Art. 6 — Formazione ed efficacia delle norme corporative

Art. 7 — Limiti della disciplina corporativa

Art. 8 — Usi

Art. 8 Usi

Nelle materie regolate dalle leggi e dai regolamenti gli usi hanno efficacia solo in quanto sono da essi richiamati.

(secondo comma abrogato)

Art. 9 Raccolte di usi

Gli usi pubblicati nelle raccolte ufficiali degli enti e degli organi a ciò autorizzati si presumono esistenti fino a prova contraria.

Capo I - Preleggi

Delle fonti del diritto

Art. 1 — Indicazione delle fonti

Art. 2 — Leggi

Art. 3 — Regolamenti

efficacia delle norme corporative [ABROGATO]
Una corporativa [ABROGATO]

Art. 6 — Formazione ed ef

Art. 7 — Limiti della discipl

Art. 8 — Usi

Dispositivo dell'art. 8 Preleggi

Fonti → Preleggi → Capo I - Delle fonti del diritto

Nelle materie regolate dalle leggi e dai regolamenti [3] gli usi ⁽¹⁾ hanno efficacia solo in quanto sono da essi richiamati ⁽²⁾.

analoghe), durata nel tempo (c.d. diuturnitas); b) l'elemento psicologico o soggettivo, consistente nel convincimento di uniformarsi ad un precetto giuridico (c.d. opinio iuris ac necessitatis).

(2) Nel nostro ordinamento, dunque, gli usi occupano l'ultimo posto nella gerarchia delle fonti [v. 1]: essi pertanto, possono regolare o materie non disciplinate da leggi e regolamenti (efficacia praeter legem), o materie già disciplinate da tali fonti scritte qualora queste facciano espresso rinvio agli usi (efficacia secundum legem).

Note

(1) Elementi costitutivi degli usi sono: a) l'elemento materiale o oggettivo, consistente nella generalità dell'uso (occorre che il comportamento sia tenuto dalla generalità dei consociati), costanza dell'uso (uniformità e continuità degli atti compiuti in situazioni

analoghe), durata nel tempo (c.d. diuturnitas); b) l'elemento psicologico o soggettivo, consistente nel convincimento di uniformarsi ad un precetto giuridico (c.d. opinio iuris ac necessitatis).

“I problemi che abbiamo oggi non saranno mai risolti all'interno della stessa cultura che li ha generati”

