Correnti & C.
Studio legale associato

avv. Gianni Correnti
avv. Paolo Baraggioli
avv. Carla Zucco
avv. Alberto Pellegrini
avv. Marco Fusignani
avv. Giorgio Legnazzi
avv. Marco Paffoni
dr. Silvia Piloni

Novara li 10 febbraio 2014

Ill.mo prof.
Nicola Surico
Presidente Collegio Italiano dei Chirurghi

Illustrissimo Professore,
la sottoestesa relazione, seppure ispirata a sufficiente cultura giuridica, ha inteso affrontare pragmaticamente i problemi più urgenti ed attuali della categoria da Voi rappresentata.
La vera problematica da affrontare e risolvere normativamente riguarda la natura giuridica della responsabilità medica, contrattuale o aquiliana.
Se per i professionisti privati la natura contrattuale discende dal rapporto diretto che si instaura tra paziente e sanitario, non così è per il sanitario che opera inserito in struttura pubblica o privata.
In assenza di preciso dato normativo ai fini di dare giuridico fondamento la giurisprudenza degli ultimi 20 anni ha creato quella figura contrattuale denominata da "contatto" o "contratto" sociale.
Ciò ha comportato conseguenze "devastanti" sia per i sanitari sia, soprattutto, per le aziende sanitarie pubbliche e private.
Posto che la definizione della natura giuridica della responsabilità non è di competenza esclusiva del giudice, avendone la prerogativa, il legislatore ha il diritto se non il dovere di intervenire e di disciplinare espressamente e chiaramente la materia.
Con il decreto Balduzzi (D.L. 158/12) si era tentato, per vero timidamente ed anche un poco confusamente, di ricondurre la natura della responsabilità medica alla responsabilità extracontrattuale da fatto illecito (neminem laedere) o aquiliana; tuttavia il testo oscuro e la "timidezza" hanno fatto sì che la giurisprudenza imperterrita continui a ritenere la natura contrattuale della responsabilità medica

28100 NOVARA – VIA S.FRANCESCO D'ASSISI 18/E – Tel 0321.398881 – P.Iva 01913480032 – E-mail zucco@studiolegalecorrenti.com
Monte dei Paschi di Siena – IT43Y0103010100000000693312

Correnti & C.
Studio legale associato

avv. Gianni Correnti
avv. Paolo Baraggioli
avv. Carla Zucco
avv. Alberto Pellegrini
avv. Marco Fusignani
avv. Giorgio Legnazzi
avv. Marco Paffoni
dr. Silvia Piloni

La nostra analisi ed i nostri suggerimenti si incentreranno sul DDL 1134, l'ultimo presentato, essendo questo testo una rielaborazione ed un compendio dei precedenti DDL. Specificamente saranno presi in considerazione gli articoli di rilevanza per il Collegio e per i suoi associati.
Terremo infine distinti gli aspetti penalistici da quelli civilistici.

Art. 4 comma I
Sostanzialmente corretto.
Posto che spesso e volentieri viene eccepito dai pazienti che agiscono in giudizio il difetto o l'insufficienza di valido consenso informato, aggiungeremmo alla fine dopo... **integrità psico-fisica, anche in difetto di valido consenso informato**

Comma II
Terremmo distinti così come fa il codice penale l'omicidio colposo (art. 589) dalle lesioni colpose (art. 590).
Il riferimento al dolo è fuori luogo perché si esulerebbe appunto dall'ipotesi colposa; se la preoccupazione è il dolo eventuale derivante da interventi in assenza o carenza di consenso informato, è sufficiente una previsione nella formulazione della norma.
Per la definizione della colpa è tecnicamente più appropriato richiamare l'art. 2236, 2236 bis (da introdurre) c.c.; sotto il profilo di opportunità politica e giudiziaria la descrizione contenuta nel testo potrebbe scatenare "un'alzata di scudi"; lo stesso risultato (forse migliore) si consegue (senza destare scalpori) con il richiamo alla norma che disciplina la colpa medica in sede civilistica
Proporremmo pertanto: l'introduzione dell'art. 589 bis c.p. e dell'art. 590 bis c.p. (l'attuale diventerebbe ter)
Cosi formulato: L'esercente la professione medica o sanitaria che....(testo DDL) avendo omesso o eseguito un trattamento, anche in difetto o insufficienza di valido consenso informato, per colpa in violazione dell'art. 2236 bis c.c. cagioni.....è punito ...
Aggiungeremmo **al comma I dell'art. 83 c.p.p. il comma I bis: nei processi relativi ai reati previsti e puniti dagli artt. 589 bis e 590 bis c.p. il danneggiato che intenda costituirsi parte civile deve, a pena d'inammissibilità della costituzione medesima, richiedere la citazione del responsabile civile per il fatto dell'imputato.**
L'aggiunta è necessaria al fine di evitare che il contenzioso transiti massicciamente in sede penale e quindi sia rivolto esclusivamente nei confronti dei sanitari e non delle strutture

28100 NOVARA – VIA S.FRANCESCO D'ASSISI 18/E – Tel 0321.398881 – P.Iva 01913480032 – E-mail zucco@studiolegalecorrenti.com
Monte dei Paschi di Siena – IT43Y0103010100000000693312

Correnti & C.
Studio legale associato

avv. Gianni Correnti
avv. Paolo Baraggioli
avv. Carla Zucco
avv. Alberto Pellegrini
avv. Marco Fusignani
avv. Giorgio Legnazzi
avv. Marco Paffoni
dr. Silvia Piloni

Art. 5

Tecnicamente errata la numerazione: **art. 2236 bis c.c. più corretta**

I comma: dopo **danno**...all'integrità psicofisica del paziente, l'esercente...è tenuto a sensi dell'art. 2043 c.c. al risarcimento dei danni,,,,

II comma

Inserire lettera D) al di fuori delle ipotesi di cui alle lettere precedenti, non costituisce colpa grave l'esecuzione di interventi, terapie, atti medici in genere in difetto di valido consenso informato

III comma

Prevedere una norma di decadenza dell'azione potrebbe essere passibile di illegittimità costituzionale, più opportuno inserire una "prescrizione breve" come quella da circolazione stradale

Lo riformuleremmo in questo senso: **l'azione di risarcimento del danno si prescrive in due anni con decorrenza dal giorno in cui il diritto può essere fatto valere (art. 2043c.c.; art. 2935c.c.; art. 2947 c.c.)**

IV comma

Da riformulare: **a sensi dell'art. 2049 c.c. il diritto al risarcimento e la relativa azione per danni conseguenti a prestazioni rese in ambito di strutture sanitarie pubbliche o private può essere esercitato esclusivamente nei confronti delle strutture stesse, esclusa pertanto ogni solidarietà e legittimazione passiva dei sanitari in esse operanti**

Art. 6

Al I comma aggiungeremmo solo come rafforzativo del concetto: **è totalmente a carico**

Art. 7

Da riformulare alla luce del precedente art. 5

Formulazione proposta alla luce dell'esperienza giudiziaria in materia

Nel giudizio instaurato a sensi dell'art. 2236 bis c.c. così come introdotto dal precedente art. 5 il sanitario non può essere chiamato in giudizio ma può intervenirvi a sensi dell'art. 105 c.p.c.

A tal fine la struttura pubblica o privata deve, nel termine perentorio di giorni 20 dall'avvenuta ricezione della notifica dell'atto introduttivo del giudizio, comunicare per iscritto al sanitario interessato la pendenza del giudizio stesso allegando nella comunicazione copia dell'atto giudiziario.

L'omessa o la tardiva comunicazione preclude ed esaurisce ogni potere disciplinare nei confronti del sanitario.

28100 NOVARA – VIA S.FRANCESCO D'ASSISI 18/E – Tel 0321.398881 – P.Iva 01913480032 – E-mail zucco@studiolegalecorrenti.com
Monte dei Paschi di Siena – IT43Y0103010100000000693312

Correnti & C.
Studio legale associato

avv. Gianni Correnti
avv. Paolo Baraggioli
avv. Carla Zucco
avv. Alberto Pellegrini
avv. Marco Fusignani
avv. Giorgio Legnazzi
avv. Marco Paffoni
dr. Silvia Piloni

Dell'esito del giudizio non potrà essere tenuto conto nell'eventuale instaurato procedimento disciplinare, fatto salvo il caso di assoluzione intervenuta sia in sede civile sia in sede penale a sensi dell'art. 652 comma I c.p.p.

Art. 8

Azione di rivalsa esercitabile soltanto da struttura privata

Per i dipendenti di strutture pubbliche la norma è pericolosissima e può rilevarsi un "boomerang"

La cosiddetta rivalsa si sovrapporrebbe all'azione della Corte dei conti, organo costituzionalmente individuato ad esercitare l'azione nei confronti dei dipendenti pubblici sanitari compresi, e avrebbe la malaugurata conseguenza, invece che di tutela, di esporre i sanitari a procedimenti disciplinari che i vertici aziendali, in ottica "difensiva" essendo a loro volta soggetti al controllo della Corte dei Conti, indiscriminatamente avvierebbero.

*****

Alleghiamo il testo del DDL con le modifiche proposte.

Resto a disposizione per ogni ulteriore chiarimento e voglia gradire i più cordiali saluti.

avv. Gianni Correnti

28100 NOVARA – VIA S.FRANCESCO D'ASSISI 18/E – Tel 0321.398881 – P.Iva 01913480032 – E-mail zucco@studiolegalecorrenti.com
Monte dei Paschi di Siena – IT43Y0103010100000000693312

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Sicurezza delle cure)

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

2. La sicurezza delle cure si realizza mediante l'insieme di attività organizzative, formative, educative, relazionali, gestionali, valutative e di sviluppo continuo delle competenze tecniche e non tecniche degli operatori, finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso alla erogazione di prestazioni mediche e sanitarie.

Art. 2.

(Unità di prevenzione e gestione del rischio clinico e osservatori per la valutazione dei contenziosi)

1. Al fine di garantire che le organizzazioni sanitarie e gli esercenti una professione sanitaria svolgano in condizioni di sicurezza le attività mediche e ogni altra attività connessa alla erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, nell'ambito delle proprie competenze, assumono provvedimenti finalizzati a individuare, in ogni azienda sanitaria, presidio o ente dei servizi sanitari regionali, una struttura o funzione di prevenzione e gestione del rischio clinico alla quale compete:

a) individuare, in collaborazione con gli organi di prevenzione interni indicati dalle vigenti disposizioni in materia di sicurezza

e salute dei lavoratori, le situazioni e le prestazioni sanitarie potenzialmente rischiose, anche sotto il profilo dell'organizzazione del lavoro, indicando le soluzioni da adottare per il loro superamento;

b) operare in maniera integrata con tutti i soggetti coinvolti nella sicurezza dei pazienti e con gli esercenti una professione sanitaria al fine di ridurre gli eventi avversi, anche attraverso sistemi di segnalazione anonima di errori o quasi-errori e attività di revisione tra pari sulla sicurezza delle cure, e con l'assicuratore ogni qualvolta si verifichi un fatto che comporti l'attivazione della copertura assicurativa;

c) operare quale organo di consulenza in materia assicurativa, di analisi del rischio e di adozione di presìdi o procedure per il suo superamento a vantaggio delle strutture sanitarie e di quanti, nel loro ambito, siano dotati di poteri decisionali;

d) produrre rapporti annuali sulle attività di gestione del rischio clinico svolte, da inviare agli osservatori regionali di cui al comma 4;

e) programmare e predisporre affinché ciascun professionista sanitario svolga in ciascun triennio attività di educazione continua in medicina (ECM) sul tema della sicurezza delle cure per un equivalente di almeno 20 crediti formativi.

2. Le disposizioni di cui al comma 1, lettera *e)*, si applicano anche ai liberi professionisti.

3. Gli atti eventualmente prodotti nel corso delle attività di cui al comma 1, lettera *b)*, non facenti parte della cartella clinica, hanno carattere confidenziale e sono indisponibili e inutilizzabili in un eventuale giudizio.

4. Al fine di implementare le pratiche di valutazione dei contenziosi, le regioni istituiscono osservatori regionali dei contenziosi e degli errori nelle pratiche sanitarie, con adeguate rappresentanze delle associazioni dei pazienti. Presso tali osservatori convergono

le segnalazioni relative a violenze, verbali o fisiche, minacciate o attuate nei confronti degli operatori sanitari. Gli osservatori, oltre ai flussi informativi relativi ai contenziosi, agli errori e ai quasi-errori, producono rapporti annuali al Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES) del Ministero della salute, sullo stato delle attività di prevenzione e gestione del rischio clinico e dei contenziosi.

5. La mancata individuazione o l'insufficiente attivazione delle strutture e delle funzioni di cui al comma 1 costituiscono elementi di valutazione negativa per il responsabile gestionale delle strutture sanitarie pubbliche e condizione ostativa per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture private.

Art. 3.

(Attività mediche e sanitarie)

1. Le attività mediche e sanitarie di carattere preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo sono dirette alla tutela della salute degli individui e della collettività e sono garanti di tale obiettivo.

2. Le attività di cui al comma 1 sono assicurate secondo i princìpi di autonomia e responsabilità dei medici e degli esercenti la professione sanitaria nell'ambito delle rispettive competenze definite dai percorsi formativi, dagli specifici profili professionali e dalle funzioni assegnate e svolte secondo le buone pratiche e le regole dell'arte fondate sullo stato delle conoscenze acquisite e delle migliori evidenze scientifiche disponibili.

3. Fatti salvi altri diritti o doveri costituzionalmente protetti o sanciti, le norme generali e le discipline derivate connesse alle esigenze organizzative e gestionali dei servizi sanitari e socio-sanitari operano nel rispetto dei princìpi di cui ai commi 1 e 2.

Art. 4.

(Responsabilità penale dell'esercente la professione medica o sanitaria)

1. Le prestazioni mediche e sanitarie erogate per oggettive e documentate finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative ed eseguite nel rispetto delle buone pratiche e delle regole dell'arte da esercenti la professione medica o sanitaria o da altri professionisti legalmente autorizzati allo scopo non costituiscono offese all'integrità psico-fisica **anche se effettuate in difetto di valido consenso informato**

2. Dopo l'articolo 589 del codice penale è inserito il seguente:

«Art. 589-bis - *(Morte come conseguenza di condotta colposa in ambito medico e sanitario).* – L'esercente la professione medica o sanitaria che in presenza di esigenze preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, avendo **omesso o eseguito** un trattamento, **anche in difetto o insufficienza di valido consenso informato, per colpa in violazione dell'art. 2236 bis c.c.,** cagioni la morte del paziente èpunito....(si riprende il testo dell'art. 589)

Art. 590 bis

Analoga formulazione per le lesioni

3. **dopo il comma I dell'art. 83c.p.p. è inserito il seguente**

Comma I bis: nei processi relativi ai reati previsti e puniti dagli artt. 589 bis e 590 bis c.p. il danneggiato che intenda costituirsi parte civile deve, a pena d'inammissibilità della costituzione medesima, richiedere la citazione del responsabile civile per il fatto dell'imputato.

Art. 5.

(Responsabilità civile del medico e dell'esercente una professione sanitaria)

1. Dopo l'articolo **2236** del codice civile è inserito il seguente:

«Art. **2236-*bis***. - *(Responsabilità dell'esercente la professione medica o sanitaria).* – In considerazione della natura altamente rischiosa delle attività mediche e sanitarie di carattere preventivo, diagnostico, terapeu-

tico e riabilitativo, quando dallo svolgimento di tali attività derivi causalmente un danno **all'integrità psicofisica del** paziente, l'esercente la professione medica o sanitaria che le ha rese è tenuto **a sensi dell'art. 2043 c.c.** al risarcimento **dei danni** se il fatto lesivo è conseguenza di colpa grave o dolo.

Costituiscono colpa grave:

a) l'errore determinato da inescusabile negligenza dell'operatore;

b) l'imprudente inosservanza delle regole dell'arte, dei regolamenti e delle leggi dalla quale sia derivato un rischio irragionevole ed inescusabile per la salute psico-fisica del paziente, che ne sia rimasta menomata;

c) l'esecuzione di atti preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitavi caratterizzati da grave imperizia e dai quali sia derivata una lesione al paziente.

d) **Al di fuori delle ipotesi di cui alle lettere precedenti, non costituisce colpa grave l'esecuzione di interventi, terapie, atti medici in genere in difetto di valido consenso informato**

L'azione di risarcimento del danno **si prescrive in due anni con decorrenza dal giorno in cui il diritto può essere fatto valere (art. 2043 c.c.; art. 2935 c.c.; art.2947 c.c.)**

A sensi dell'art. 2049 c.c. il diritto al risarcimento e la relativa azione per danni conseguenti a prestazioni rese in ambito di strutture sanitarie pubbliche o private può essere esercitato esclusivamente nei confronti delle strutture stesse, esclusa pertanto ogni solidarietà e legittimazione passiva dei sanitari in esse operanti

Art. 6.

(Responsabilità civile per danni occorsi in strutture sanitarie)

1. La responsabilità civile per danni a persone occorsi nell'erogazione delle prestazioni, in una azienda sanitaria o in un ente o presidio del Servizio sanitario nazionale (SSN), ovvero in altra struttura pubblica o privata autorizzata ad erogare prestazioni sanitarie, operante in regime autonomo o di

convenzione con il SSN, è **totalmente** a carico della struttura stessa.

2. Per le strutture sanitarie pubbliche, la responsabilità civile riguarda tutte le prestazioni erogate in regime di ricovero, ambulatoriali, domiciliari e libero professionali intramoenia ricomprese nei livelli essenziali di assistenza di cui all'allegato 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002, e successive modificazioni, salve le diverse normative regionali vigenti all'epoca della prestazione.

Art. 7.

(Intervento dell'esercente la professione medica o sanitaria nel giudizio)

1. **Nel giudizio instaurato a sensi dell'art. 2236 bis c.c. così come introdotto dal precedente art. 5 il sanitario non può essere chiamato in giudizio ma può intervenirvi a sensi dell'art. 105 c.p.c..**

2. **A tal fine la struttura pubblica o privata deve, nel termine perentorio di giorni 20 dall'avvenuta ricezione della notifica dell'atto introduttivo del giudizio, comunicare per iscritto al sanitario interessato la pendenza del giudizio stesso allegando nella comunicazione copia dell'atto giudiziario.**

3. **L'omessa o la tardiva comunicazione preclude ed esaurisce ogni potere disciplinare nei confronti del sanitario.**

4. **Dell'esito del giudizio non potrà essere tenuto conto nell'eventuale instaurato procedimento disciplinare, fatto salvo il caso di assoluzione intervenuta sia in sede civile sia in sede penale a sensi dell'art. 652 comma I c.p.p.**

Art. 8.

(Azione di rivalsa e sua misura)

1. L'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione medica o sanitaria a qualunque titolo operante in una struttura **privata** può essere esercitata entro un anno dal risarcimento avvenuto sulla base di un titolo giudiziale divenuto inoppugnabile o di titolo stragiudiziale stipulato con il soggetto danneggiato e nella misura mas- sima pari a tre annualità della retribuzione o del reddito professionale, al netto delle trattenute fiscali e previdenziali, percepiti al tempo in cui è stata proposta l'azione di risarcimento.

2. L'esecuzione della rivalsa, effettuata mediante trattenute sulla retribuzione, non può comportare il pagamento per rate mensili in misura superiore al quinto della retribuzione, al netto delle trattenute fiscali e previdenziali.

3. La transazione non è opponibile all'esercente la professione medica o sanitaria nel giudizio di rivalsa e nel giudizio disciplinare.

Art. 9.

(Assicurazione per garantire l'azione di rivalsa)

1. Al fine di garantire efficacia all'azione di rivalsa di cui all'articolo 8, ciascun esercente la professione medica o sanitaria operante a qualunque titolo in presìdi sanitari pubblici o nelle aziende del SSN o in strutture private deve provvedere alla stipula, con oneri a proprio carico, di una idonea po-

lizza di assicurazione, rispondente ai requisiti di cui all'articolo 3, comma 2, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

Art. 10.

(Tutela obbligatoria per responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera delle strutture sanitarie)

1. Senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, è fatto obbligo a ciascuna azienda sanitaria o ente o presidio del SSN, a ciascuna struttura o ente privato operante in regime di convenzione con il SSN e a ciascuna struttura privata che, a qualunque titolo, renda prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, di prevedere una tutela obbligatoria per responsabilità civile nelle seguenti modalità:

a) copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi (RCT) e per responsabilità civile verso prestatori d'opera (RCO);

b) fondo di garanzia, su base regionale o provinciale per le province autonome di Trento e di Bolzano, per la responsabilità civile del personale verso terzi (RCT) e verso i prestatori di opera (RCO) di tutte o parte delle aziende sanitarie, enti o presìdi ubicati nel territorio di ciascuna regione e provincia autonoma, sostitutivo o integrativo delle polizze assicurative, destinando a tal fine direttamente le risorse finanziarie necessarie. Le polizze assicurative sostituite cessano alla scadenza e comunque non oltre due anni dall'istituzione del fondo di garanzia. Tale fondo non è assoggettabile a misure di esecuzione forzata, né può essere oggetto di valutazione di danno erariale fino a concorrenza del massimale definito.

2. In prima applicazione, il fondo di garanzia di cui al comma 1, lettera *b)*, per ciascuna regione e provincia autonoma non può essere inferiore, per ciascun anno, all'1,5 per cento della spesa relativa al personale dipendente e a rapporto convenzionale. Il massimale per le garanzie di cui al medesimo

comma 1, lettera *b)*, è fissato dalle regioni

e dalle province autonome di Trento e di Bolzano con cadenza biennale; in prima applicazione, esso non può essere inferiore a euro 2.000.000 per singolo sinistro.

3. La stipula e la vigenza della polizza assicurativa sono condizioni per l'autorizzazione, l'accreditamento e la convenzione di enti o strutture private.

4. L'assicuratore non può opporre al terzo eccezioni di carattere contrattuale, tranne che si tratti di mancato versamento del premio; in tale ipotesi, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 1901 del codice civile.

Art. 11.

(Contenuto della garanzia assicurativa delle strutture sanitarie)

1. Oggetto della copertura assicurativa di cui all'articolo 10, comma 1, lettera *a)*, e del fondo di garanzia di cui all'articolo 10, comma 1, lettera *b)*, è il risarcimento del danno che, per effetto di inadempimento o di altro comportamento, di natura colposa, sia derivato a terzi.

2. La garanzia ricomprende altresì il risarcimento del danno o l'indennizzo che spetta allo Stato, all'ente territoriale di riferimento, all'azienda, ente o struttura privata, limitatamente al rapporto di accreditamento o convenzione, per fatto colposo che determini un pregiudizio di natura patrimoniale.

3. La garanzia RCO vale per i soggetti che, a qualunque titolo, svolgano attività lavorativa presso le aziende, enti e strutture per i quali sia prevista l'iscrizione obbligatoria all'assicurazione INAIL, a prescindere dal fatto che l'attività stessa sia stata effettivamente svolta. Sono espressamente ricompresi nella medesima garanzia assicurativa i soggetti che, a titolo precario e senza corrispettivo, frequentino, anche occasionalmente, gli ambiti suddetti a meri fini di apprendimento e formazione.

4. Ai fini della presente legge, i beneficiari della garanzia RCO sono terzi tra loro e verso il soggetto giuridico di appartenenza.

5. La garanzia RCT-RCO di cui all'articolo 10 è obbligatoriamente estesa alla responsabilità personale del singolo operatore presso le strutture di cui all'articolo 6, comma 1.

Art. 12.

(Misure incidenti sul rapporto di lavoro)

1. Nell'ambito delle specifiche aree negoziali e negli accordi nazionali sono definite le misure incidenti sul rapporto di lavoro, fatto salvo quanto già espressamente previsto dalle leggi vigenti. Parimenti è affidata alla disciplina contrattuale la regolamentazione delle azioni incidenti sul rapporto di lavoro in caso di responsabilità in pendenza di azione giudiziale o extragiudiziale.

Art. 13.

(Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio)

1. In tutte le cause di responsabilità professionale medica e sanitaria, la nomina dei consulenti tecnici d'ufficio ai sensi dell'articolo 61 del codice di procedura civile deve essere effettuata attingendo agli albi individuati ai sensi del comma 5 dell'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

2. È consentito il conferimento dell'incarico ad un consulente iscritto all'albo di un'altra regione. Per il conferimento di incarichi a persone non iscritte in alcun albo il giudice, qualora non vi sia accordo tra le parti, deve chiedere l'autorizzazione al presidente del tribunale competente indicando i motivi della scelta. Il presidente, se ritiene fondati i motivi, provvede con ordinanza.

3. Qualora la vertenza riguardi una mate- ria specialistica, salvo che non sia disposto dal giudice, ciascuna parte ha diritto di chie- dere con apposita istanza che la nomina av- venga tra gli iscritti agli albi regionali e pro- vinciali con specifica competenza nella di- sciplina oggetto del contenzioso, salvaguar- dando la presenza di una competenza me- dico-legale.

4. In caso di controversie sulla sussistenza dei requisiti di cui al comma 3, ovvero su quale sia la disciplina specialistica oggetto del giudizio, decide il giudice con ordinanza.

5. Dopo l'articolo 73 delle norme di at- tuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, è inserito il seguente:

«Art. 73-*bis*. - *(Collegio peritale nei pro- cedimenti per morte o lesioni come conse- guenza di condotta colposa in ambito me- dico e sanitario)*. – *1*. Nei procedimenti per morte o lesioni come conseguenza di condotta colposa in ambito medico e sanita- rio, ai sensi dell'articolo 590-*ter* del codice penale, il giudice, a pena di nullità, affida con ordinanza motivata l'espletamento della perizia a un collegio composto da uno spe- cialista in medicina legale e da uno o più specialisti nelle singole materie oggetto del procedimento, da scegliere negli albi indivi- duati ai sensi del comma 5 dell'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189».