

LEGGE 8 MARZO 2017, N. 4 (DISPOSIZIONI IN MATERIA DI SICUREZZA DELLE CURE E DELLA PERSONA ASSISTITA, NONCHÉ IN MATERIA DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE) – ATTUAZIONE, CRITICITÀ E PROBLEMI APPLICATIVI

1.LEGGE 8 MARZO 2017, N. 24 (LEGGE GELLI BIANCO) – RIFLESSIONI SU ALCUNI TRATTI QUALIFICANTI – RUOLO DEL DIFENSORE CIVICO IN CAMPO SANITARIO

La 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), meglio nota come legge Gelli Bianco (dal nome dei proponenti il relativo disegno di legge), è entrata in vigore il 1° aprile 2017 ed ha come tema centrale il profilo della "sicurezza delle cure" coesistente alla realizzazione del valore costituzionale della tutela della salute.

La riforma operata dalla legge 24/2017 realizza un'organica disciplina in materia di tutela del diritto alla salute, con (facoltativa) attribuzione al Difensore Civico del ruolo di garante per il diritto alla salute a fronte di un'innovativa disciplina in ordine alla responsabilità penale (art. 6) e civile delle strutture e degli esercenti la professione sanitaria (art. 7). L'obiettivo è quello di assicurare la centralità del paziente in un contesto connotato da efficienza, evitando al contempo il diffondersi di una medicina difensiva, tesa a tutelare il medico e le strutture sanitarie (1).

La legge chiarisce all'articolo 1 che *"la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività."* La sicurezza delle cure rientra, quindi, nella tutela costituzionale di cui all'art. 32 della Carta fondamentale, secondo cui *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti"*. Il legislatore ha voluto includere nel perimetro del diritto

1) NICOLA POSTERARO La "reviviscenza" dell'istituto della difesa civica alla luce della legge Gelli-Bianco: il Difensore civico regionale quale garante del diritto alla salute, in FEDERALISMI.IT 2018 "Il suo scopo principale [della legge Gelli-Bianco] è stato quello di risolvere il problema della medicina difensiva, quel sistema, cioè, in cui i medici, al fine di mettersi al riparo da possibili contenziosi con i pazienti, "propongono" cure numerose (e spesso inappropriate, perché inutili), col solo fine di proteggersi da qualsiasi addebito inerente alla mancata prescrizione di qualcosa che avrebbe potuto essere anche solo di qualche utilità per il paziente".

previsto dall'art. 32 Cost., protetto nella sua rilevanza individuale e collettiva, anche tale contenuto - ulteriore rispetto ai variegati profili da esso implicati, puntualmente dettagliati dalla giurisprudenza. Trattasi di contenuto da porre in diretta connessione con l'esigenza di ogni persona ad essere destinataria non solo di adeguate prestazioni sanitarie ma anche di disporre di strumenti di tutela delle proprie pretese in caso di contenzioso, ivi compresi quelli di natura non giurisdizionale e precontenziosa ascrivibili alle cd. ADR – Alternative Dispute Resolution.

La possibilità di ricorrere a queste forme di tutela, quale componente imprescindibile del diritto alla salute, contribuisce, in altri termini, a garantire la completezza e la qualità delle prestazioni sanitarie, dilatando gli ambiti in cui il Difensore civico può tradizionalmente svolgere funzioni di mediazione, conciliazione, terzietà attiva anche in funzione della ricomposizione dei conflitti in sede extragiudiziale a fronte di *"segnalazioni di disfunzioni del sistema dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria"* involgenti questioni relative all'appropriatezza clinica ed organizzativa delle prestazioni sanitarie.

Di particolare interesse è la disciplina dettata dalla legge 24/2017 in materia di trasparenza (art. 4). 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 d. lgs. 196/2003 (comma 1).

L'accesso alla documentazione sanitaria soggiace ad una disciplina derogatoria rispetto alla legge sul procedimento amministrativo quanto ai termini per l'acquisizione della stessa (cartella clinica o altri documenti integrativi della stessa come, ad esempio, la cartella infermieristica o la cartella ostetrica), posto che *"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."*

Trattasi di disciplina oggetto di delicato ragguaglio con i rimedi giustiziali di cui alle ll.pp. 23/1992 e 4/2014, attribuenti al Difensore civico la cognizione dei ricorsi

avverso i dinieghi espressi o taciti in materia di accesso agli atti, ivi compresa la documentazione sanitaria ⁽²⁾.

A suggello dell'indicato principio di trasparenza la legge 24/2017 prevede che le strutture sanitarie pubbliche e private rendano 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) (art. 4, comma 3).

La riforma operata dalla legge 24/2017 va nella direzione di definire un'organica disciplina, tesa a regolamentare la tutela del diritto alla salute con l'attribuzione (facoltativa) al Difensore civico del ruolo di garante per il diritto alla salute, introducendo innovativi elementi nel campo della responsabilità penale e civile degli esercenti la professione sanitaria (e delle strutture sanitarie). L'obiettivo è quello di mettere il paziente al centro del sistema in un contesto organizzativo che assicuri efficienza anche attraverso la previsione della responsabilità degli enti ospedalieri e del personale sanitario (medici e altri operatori) in caso di cosiddetta malpractice, che può rilevare come errore del medico operatore sanitario o della struttura ospedaliera nei trattamenti sanitari dei pazienti.

Per quanto attiene la responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria la legge n. 24 del 2017 ha introdotto nel codice penale l'art. 590 sexies riguardante la responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario, il quale prevede che *“Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 – rispettivamente omicidio colposo e lesioni personali colpose – sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste”*. Principale elemento di novità introdotto dall'art. 590 sexies c.p. è costituito dalla previsione di una causa di esclusione della punibilità del sanitario, *“qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia”* e il medesimo abbia *“rispettato le raccomandazioni previste dalle linee*

2) Relativamente al principio di trasparenza di cui all'art. 4 legge 24/2017 e all'accesso a perizie medico legali nella possibile commistione con atti inerenti a strategia difensiva dell'amministrazione vedasi Consiglio di Stato, Sez. Terza, 23 gennaio 2020, n. 808 in cui afferma che “deve rilevarsi che gli atti del CVS [Comitato di valutazione sinistri], insieme alle propedeutiche perizie medico-legali, si inseriscono,nell'ambito di un procedimento funzionale alla individuazione di una soluzione compositiva della potenziale controversia risarcitoria: essi, quindi, pur non essendo direttamente funzionali alla difesa in giudizio dell'Amministrazione, possono effettivamente contenere valutazioni di ordine strategico-difensivo, sottratte in quanto tali al regime ostensivo sulla scorta della giurisprudenza citata, ulteriori rispetto a quelle di carattere strettamente ricognitivo (della dinamica degli eventi) o valutativo (dei profili medico-legali della vicenda). Conseguentemente...che l'esibizione dei documenti in oggetto dovrà avvenire mediante l'impiego degli opportuni accorgimenti (stralcio, omissis ecc.), atti ad assicurare la salvaguardia del diritto di difesa dell'Amministrazione appellante, accompagnati dalla attestazione da parte del responsabile del procedimento che le parti omesse o stralciate contengono effettivamente valutazioni di carattere difensivo dell'Amministrazione elaborate in funzione del contenzioso instaurato in sede civile”.

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”.

Va da sé che nell'ipotesi di colpa da negligenza o imprudenza, la causa di non punibilità è destinata a non operare.

Quanto alla responsabilità civile degli esercenti le professioni sanitarie e le strutture sanitarie l'art. 7 della legge 24/2017 ha tracciato in modo puntuale una linea di demarcazione. In particolare:

- al comma 1, ha confermato la natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria, stabilendo che *"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"* ⁽³⁾;

- al comma 3, respingendo la teoria del cd. "contatto sociale" ⁽⁴⁾, ha ricondotto nell'alveo della responsabilità extracontrattuale l'attività dell'operatore sanitario, prevedendo che *"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"*.

Ciò premesso, le conseguenze derivanti dall'esplicita qualificazione della responsabilità civile del professionista sanitario come extracontrattuale comporta delle differenze di disciplina rispetto alla responsabilità contrattuale della struttura sanitaria ⁽⁵⁾. Tali differenze incidono essenzialmente su tre profili: la prescrizione

3) In tema di onere della prova vedasi Cass. civ., sez. III civ, sentenza 13 ottobre 2017, n. 24073, la quale ha affermato il principio secondo cui "in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e di responsabilità professionale da contatto sociale del medico, ai fini del riparto dell'onere probatorio l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo invece a carico del debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato, ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante".

4) Per contatto sociale si intende il rapporto, privo di base contrattuale, che intercorre tra due soggetti, dei quali uno fa affidamento in un dovere di diligenza gravante in capo al secondo a fronte delle sue specifiche competenze tecniche e professionali. Ne consegue che il rapporto intervenuto tra i due soggetti configurerebbe un rapporto idoneo a produrre obbligazioni ai sensi dell'art. 1173 cc, nella parte in cui fa riferimento ad "ogni altro atto o fatto idoneo a produrle in conformità dell'ordinamento giuridico".

5) La Corte di Cassazione ha avuto modo di pronunciarsi sui rapporti fra contratto e illecito (vedasi Cassazione civile sez. un., 26.06.2007, n. 14712), ribadendo costantemente il principio secondo cui "la distinzione tra responsabilità contrattuale ed extracontrattuale sta essenzialmente nel fatto che quest'ultima consegue dalla violazione di un dovere primario di non ledere ingiustamente la sfera di interessi altrui, onde essa nasce con la stessa obbligazione risarcitoria, laddove quella contrattuale presuppone l'inadempimento di uno specifico obbligo giuridico già preesistente e volontariamente assunto nei confronti di un determinato soggetto (o di una determinata cerchia di

della domanda di risarcimento del danno, la ripartizione dell'onere della prova del nesso causale, la determinazione dei danni risarcibili ⁽⁶⁾).

2. IL DIFENSORE CIVICO QUALE GARANTE PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

L'articolo 2 della legge 24/2017 ha attribuito alle regioni e province autonome la facoltà di affidare la funzione di garante per il diritto alla salute al difensore civico (regionale o provinciale) e disciplinare la relativa struttura organizzativa e il supporto tecnico (comma 1), ferma restando l'operatività della clausola di salvaguardia di cui all'art. 17 della legge 24/2017 ⁽⁷⁾.

Si tratta, quindi, di una norma meramente facoltizzante. La scelta se affidare o meno al Difensore civico le funzioni di Garante per il diritto alla salute e il compito di stabilire l'articolazione dei poteri e delle facoltà del Difensore civico in veste di Garante per il diritto alla salute - quale organo di tutela dei cittadini che ritengono di essere vittime di abusi o disservizi nel campo sanitario (cd. malpractice) – nonché la definizione dell'assetto organizzativo della struttura di cui l'Ufficio si avvarrà per svolgere gli ulteriori compiti è stata, quindi, rimessa dal legislatore statale alle autonome scelte che regioni e province autonome riterranno di adottare (art. 2, comma 3, legge n. 24/2017).

In buona sostanza trattasi di una "*disposizione cedevole, derogabile o 'adattabile' da parte delle regioni, capace di aprire a soluzioni differenziate financo alternative al modello proposto dal legislatore statale*" ⁽⁸⁾, tenendo conto del ruolo di mediazione, di conciliazione, di terzietà attiva che peculiarmente connota la difesa civica.

soggetti)".

6) Le differenze tra la responsabilità contrattuale (artt. 1218 e ss. c.c.) e quella extracontrattuale (artt. 2043 c.c.) sono riconducibili al regime dell'onere della prova a carico del debitore-danneggiante nella responsabilità contrattuale, a carico del danneggiato nella responsabilità extracontrattuale, alla prescrizione dell'azione risarcitoria, decennale in caso di responsabilità contrattuale, quinquennale in caso di responsabilità extracontrattuale, nonché al danno risarcibile, limitato a quello prevedibile nella responsabilità contrattuale potenzialmente illimitato nella responsabilità extracontrattuale.

7) 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.

8) VINCENZO ANTONELLI, *Attribuzione della funzione di garante per il diritto alla salute al Difensore civico provinciale o regionale e istituzione dei Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente*, in A.A.V.V., *Guida alle nuove norme sulle responsabilità nelle professioni sanitarie*, Torino, 2017, pag. 44.

Vero è che la possibilità di ricorrere a strumenti di tutela non giurisdizionale nell'ambito del sistema delle Alternative dispute resolution è da tempo annoverata tra le misure demandate al Difensore civico (accanto ai ricorsi in materia di accesso agli atti) per contrastare i casi di cattiva amministrazione nei diversi settori della vita pubblica, ferma restando la possibilità di ricorrere al Giudice ordinario ⁽⁹⁾.

La giurisprudenza costituzionale ha, tra l'altro, chiarito come le regioni possano strutturare autonomamente modelli di soluzione stragiudiziale delle controversie in campo sanitario, a condizione che essi non abbiano i caratteri della obbligatorietà e della vincolatività della pronuncia ⁽¹⁰⁾.

Ciò premesso, passando ad una verifica ricognitiva degli strumenti di tutela dei diritti degli utenti dei servizi pubblici sanitari, si rileva che anche in provincia di Trento opera la Commissione mista conciliativa (CMC), che assolve alla funzione di favorire la presenza e l'attività degli organismi di volontariato e di tutela dei cittadini all'interno dell'Azienda Sanitaria ⁽¹¹⁾.

9) Sul piano processuale la l. n. 24/2017 ha introdotto (art. 8) il tentativo obbligatorio di conciliazione. La disposizione prevede che chi intende esercitare innanzi al giudice civile un'azione relativa ad una controversia di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria è tenuto a proporre preliminarmente ricorso ai sensi dell'art. 696-bis c.p.c.; in alternativa è possibile esperire la mediazione civile ex art. 5, comma 1-bis, d.lgs. n. 28/2010; nessun cenno è fatto alla negoziazione assistita di cui alla l. n. 162/2014

10) Corte costituzionale sentenza 14 maggio 2010, n. 178 "È evidente che negoziazioni volontarie possono sorgere nei più diversi campi e rientrare pertanto in differenti materie, di competenza legislativa dello Stato o delle Regioni, o di entrambi, a seconda dei casi. Sarà, volta per volta, necessario valutare il titolo di competenza che abilita le Regioni ad intervenire con proprie norme allo scopo di predisporre servizi di supporto a tali negoziazioni. Per quanto riguarda la materia delle richieste di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica, si deve sottolineare che tale area di intervento è esplicitamente contemplata dall'art. 5 del d.lgs. n. 28 del 2010, con riguardo alla conciliazione obbligatoria, con la riserva contenuta nel citato art. 2, comma 2, che consente discipline non statali con riferimento a negoziazioni «volontarie e paritetiche», tali cioè da escludere qualsiasi posizione autoritativa di organi di mediazione non statali, da cui possano discendere effetti limitativi del diritto di azione. Del resto, nell'ambito delle attività di leale collaborazione tra Stato e Regioni, è stata stipulata, in sede di Conferenza Stato-Regioni, l'Intesa del 20 marzo 2008, che, al punto 6, indica «l'opportunità di promuovere iniziative, anche di carattere normativo nazionale e regionale finalizzate a consentire l'adozione, presso le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliero-universitarie, i policlinici universitari a gestione diretta e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, nei limiti delle risorse finanziarie, umane e strumentali complessivamente disponibili, di misure organizzative atte a garantire la definizione stragiudiziale delle vertenze aventi ad oggetto danni derivanti da prestazioni fornite da operatori del Servizio sanitario nazionale, fermo restando il contenimento delle spese connesse al contenzioso, tenendo conto dei seguenti criteri: previsione della non obbligatorietà della conciliazione, quale strumento di composizione stragiudiziale delle controversie; garanzia della imparzialità, professionalità, celerità delle procedure e adeguata rappresentatività delle categorie interessate, con la esplicita esclusione della possibilità di utilizzare gli atti acquisiti e le dichiarazioni della procedura di conciliazione come fonte di prova, anche indiretta, nell'eventuale successivo giudizio e con la previsione che, in caso di accordo tra le parti, la conciliazione sia definita con un atto negoziale, ai sensi degli articoli 1965 e seguenti del codice civile».

11) vedasi d. lgs 502/1992 (art. 14, comma 7) che prevede di favorire la presenza e l'attività degli organismi di volontariato e di tutela all'interno delle strutture sanitarie nello specifico obiettivo della tutela dell'utente e il D.P.C.M. 19 maggio 1995 (Schema generale di riferimento della «Carta dei servizi pubblici sanitari») art. 8 che affida la presidenza della commissione mista conciliativa al Difensore civico o a figura esterna all'ASL.

Compiti e modalità di funzionamento della Commissione, presieduta dal Difensore civico, sono disciplinati da un Regolamento (¹²). In particolare l'indicata Commissione *"ha la finalità di valutare in modo partecipato e propositivo l'applicazione dei principi e degli standard stabiliti dalla carta dei servizi dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari [ed in particolare] di valutare segnalazioni, proposte e reclami di cittadini singoli o associati che siano rappresentativi di istanze e problemi di carattere generale, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità dei servizi [fermo restando che alla commissione] non compete esprimere valutazioni sugli aspetti scientifici e metodologici dell'assistenza sanitaria erogata"* (art. 1 Regolamento).

La Commissione, tramite il servizio Rapporti con il pubblico, trasmette in forma scritta le proprie proposte e valutazioni al Direttore Generale per l'assunzione delle decisioni e degli interventi di competenza, che vengono comunicati agli interessati entro il termine di 30 giorni (art. 4 Regolamento).

Merita, tra l'altro, ricordare - nell'alveo degli strumenti di tutela alternativa a quella giudiziaria - la Camera conciliativa, quale organo deputato a garantire la tutela del cittadino avverso atti o comportamenti incidenti negativamente sulla fruizione delle prestazioni di assistenza sanitaria. È disciplinata dalla legge provinciale n. 16/2010 (art. 12) ed è preposta (diversamente dalla CMC) anche alla trattazione di questioni di responsabilità medica.

Essa ha il compito *"di agevolare la risoluzione in via non contenziosa di controversie derivanti dall'erogazione di prestazioni sanitarie in provincia di Trento"* e di contribuire *"alla tutela dei diritti dei cittadini, favorendone l'accertamento in tempi certi e contenuti, concorrendo a ridurre la conflittualità fra paziente e professionista sanitario e a mantenere un clima di fiducia nei loro rapporti"*.

Compete alla Giunta provinciale disciplinare con regolamento la composizione e il funzionamento della camera conciliativa, il procedimento davanti ad essa e i relativi oneri.

Il regolamento (ad oggi non approvato) si ispira ai seguenti principi e criteri direttivi:

- a) facoltatività, volontarietà e gratuità del procedimento conciliativo;
- b) carattere non preclusivo del ricorso all'autorità giudiziaria competente;
- c) imparzialità e celerità del procedimento conciliativo, che deve comunque concludersi entro centottanta giorni dal suo avvio;

12) il regolamento è stato approvato con deliberazione del Direttore generale dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari n. 424/2004.

d) definizione della conciliazione, in caso di accordo fra le parti, con un atto negoziale di diritto privato;

e) indipendenza e terzietà dei componenti della camera conciliativa.

La mancata approvazione del regolamento ha inciso sull'operatività di tale organo, in buona sostanza mai decollato. È da ritenere che l'approvazione della disciplina regolamentare, atteso l'inscindibile intreccio con la legge provinciale (16/2010) di cui costituisce attuazione, contribuirebbe, tra l'altro, a definire il quadro normativo in termini di completezza ed effettività, dettagliando alcuni profili di netto rilievo per quanto attiene il procedimento conciliativo e la presenza (o meno) del Difensore civico quale componente in seno al suddetto organo a fronte del silenzio del legislatore provinciale.

Ciò premesso, è di palmare evidenza che le novità apportate dalla legge Gelli-Bianco arricchiscono il quadro delle competenze del Difensore civico, quale garante dell'imparzialità e del buon andamento della p.a., tipizzate come competenze di impulso, stimolo, sollecitazione nei confronti degli organi di amministrazione attiva che si concretizzano nella segnalazione, su richiesta o di propria iniziativa, di abusi, disfunzioni, carenze e ritardi, come competenze di tipo paragiurisdizionali, su richiesta dell'interessato, per quanto riguarda l'accesso agli atti e come competenze processuali per quanto attiene la costituzione di parte civile nel processo penale relativo a reati che abbiano come vittime soggetti disabili (legge 104/1992).

Passando all'esame della legge 24/2017, e nello specifico alla sua articolazione procedurale, essa prevede che il Difensore civico, nella sua funzione di garante per il diritto alla salute, possa 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 (art. 2, comma 2) ⁽¹³⁾. La legge prevede, inoltre, che il difensore civico acquisisca, anche digitalmente, gli atti relativi alla segnalazione pervenuta e, qualora abbia verificato la fondatezza della segnalazione, intervenga a tutela del diritto lesa con i poteri e le modalità stabiliti dalla legislazione regionale/provinciale (art. 2, comma 3).

13) NICOLA POSTERARO (vedasi nota 1) "la legge stabilisce che ciascun destinatario di prestazioni sanitarie può segnalare una disfunzione del sistema di assistenza sanitaria e socio-assistenziale: proprio alla luce della disposizione suddetta, si ritiene che la disfunzione da segnalare sia quella che incide negativamente sul diritto alla salute inteso nella sua accezione di diritto sociale-qualche diritto, cioè, a ottenere cure adeguate, a pretendere l'erogazione di prestazioni sanitarie-; il segnalante potrà lamentare, quindi, la sussistenza di inefficienze che inibiscano la completa fruizione delle prestazioni, ovvero limitino, rendendolo difficoltoso, l'accesso ai servizi -liste d'attesa, applicazione del ticket, problematiche legate ai percorsi assistenziali per determinate patologie-"

La segnalazione potrà riguardare solo le prestazioni sanitarie erogate da soggetti pubblici o comunque convenzionati (i cui costi siano cioè imputati alla finanza pubblica).

Quanto al vaglio della fondatezza nel merito della segnalazione ricevuta, è verosimile ritenere che il Difensore civico dovrebbe compiere una puntuale attività istruttoria e, a tali fini, avvalersi di una collaborazione tecnico-professionale con operatori sanitari (si tratterà di medici legali dipendenti da aziende sanitarie od ospedaliere o da cliniche universitarie), attivando apposite convenzioni, affinché queste possano fornire al difensore civico il supporto tecnico tramite i propri medici legali.

3. IL DIFENSORE CIVICO QUALE GARANTE PER IL DIRITTO ALLA SALUTE – LEGISLAZIONE REGIONALE

Passando all'esame delle leggi regionali che hanno dato "attuazione" alla legge 24/2017, è agevole rilevare che solo una regione - la Campania - ha adottato un'apposita legge regionale (l.r. n. 16/2018), finalizzata a disciplinare l'attribuzione al Difensore civico regionale del ruolo di Garante per il diritto alla salute ai sensi della legge n. 24/2017.

L'art. 1 della citata l.r. campana, rubricato (Attribuzione della funzione di Garante per il diritto alla salute al Difensore civico regionale), prevede (comma 3) che "*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 lesso, sia invitando il rappresentante legale dell'amministrazione interessata a provvedere tempestivamente a garantire il rispetto delle normative vigenti, sia con i poteri e le modalità stabiliti dagli articoli 2, 3 e 4 della legge regionale 11 agosto 1978, n. 23 (Istituzione del Difensore civico presso la Regione Campania). Nell'esercizio della sua funzione di Garante del diritto alla salute il Difensore civico può compiere visite ispettive oppure avvalersi della collaborazione della struttura amministrativa regionale competente in materia di servizio ispettivo sanitario e socio-sanitario regionale.*"

In linea generale si può dire che il legislatore regionale si è limitato a riprendere, in forma più o meno pedissequa, principi e modalità procedurali di intervento contenuti nella legge n. 24/2017 (in particolare art. 2).

Vedasi ad es. art. 37 l.r. Liguria 29/2018 *"Spetta al Difensore Civico, oltre alle funzioni assegnategli dalle leggi speciali, la funzione di Garante per il diritto alla salute prevista dall'articolo 2 della legge [n. 24/2017] al fine di favorire l'accesso alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie e l'efficacia nell'erogazione dei servizi."*

Nell'esercizio di tali funzioni *"può procedere, quale Garante del diritto alla salute, ad accertamenti nel caso in cui vengano segnalate gravi disfunzioni o carenze"*.

Contenuti più o meno analoghi presenta la legislazione della regione Friuli Venezia Giulia.

Con l.r. 9/2019 ha previsto (art. 106) che *"In applicazione di quanto stabilito dall'articolo 2, commi da 1 a 3, della legge [n. 24/2017]...., è affidata al Difensore civico regionale la funzione di garante per il diritto alla salute. Qualora il Difensore civico verifichi la fondatezza della segnalazione pervenuta sulla disfunzione del sistema dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, interviene a tutela del diritto lesso con le modalità di intervento di cui ai commi da 1 a 13 [dell'art. 1 della l.r. n. 9/2014] dandone altresì comunicazione all'Ente interessato nonché alla Direzione centrale competente, tenute a dare tempestivo riscontro al seguito di competenza per garantire il pieno esercizio del diritto."*

Rileva, peraltro, quale elemento di significativa differenziazione con la normazione toscana la previsione (comma 13) dell'esclusione dell'intervento del Difensore civico in materia di responsabilità sanitaria.

Per quanto riguarda la regione Piemonte la l.r. 19/2018 (modificativa della L.R. 50/1981) prevede (art. 153) che *"In applicazione di quanto stabilito all'articolo 2 della [n. 24/2017], è affidata al Difensore civico la funzione di Garante per il diritto alla salute, nell'esercizio della quale è chiamato a verificare che venga soddisfatto dall'Amministrazione l'interesse alla qualità, all'efficienza e al buon funzionamento dei servizi apprestati dal sistema sanitario regionale, ivi compresi quelli erogati da privati in regime di convenzione. Il Difensore civico può altresì intervenire, con le modalità e i poteri disciplinati dalla legge, a tutela di diritti, di aspettative o di interessi legittimi in materia sanitaria o socio sanitaria qualora un atto o un provvedimento dell'Amministrazione neghi o limiti la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria o socio sanitaria." È, altresì, previsto (art. 154) che "In materia sanitaria, il Difensore civico ha facoltà di visita nelle strutture sanitarie afferenti al Sistema sanitario nazionale e in quelle private in regime di convenzione inserite nel territorio regionale con lo scopo di vigilare su eventuali violazioni della dignità della persona con riferimento a soggetti ivi ricoverati".*

Con legge regionale n. 37/2017 (art. 5) la regione Lombardia ha modificato la l.r. n. 18/2010

(Disciplina del Difensore regionale), inserendo all'art. 8 il comma 4-bis., che così recita:

"In qualità di Garante per il diritto alla salute, il Difensore, qualora verifichi la fondatezza delle segnalazioni pervenutegli, interviene nei confronti dell'amministrazione regionale, degli enti pubblici regionali, delle unità d'offerta sanitaria e sociosanitaria, nonché dei soggetti gestori pubblici e privati accreditati, per assicurare l'accesso alle prestazioni e l'efficacia nell'erogazione dei servizi".

4. L'ESPERIENZA DELLA REGIONE TOSCANA

In ambito regionale rileva per la spiccata valenza innovativa la disciplina della regione Toscana (l.r. L. 27 aprile 2009, n. 19 "Disciplina del Difensore civico regionale") che, al Capo III, rubricato "*La difesa civica in ambito sanitario*" (artt. 15-18), prevede un articolato sistema di tutela in campo sanitario anche attivabile su iniziativa del difensore civico, ispirata ad una logica di interrelazione sinergica e costante tra enti sanitari e Difensore civico, attribuendo al medesimo incisivi poteri che travalicano il tradizionale contesto di moral suasion. Trattasi di legge che potremmo definire pioniera, posto che essa è stata approvata in epoca antecedente alla legge Gelli-Bianco, anticipandone i principi da un lato, dilatandone i contenuti dall'altro.

Rileva la reciproca trasmissione da parte del Difensore civico e da parte delle Asl dei reclami in materia sanitaria con obbligo per le Asl di trasmettere al Difensore civico tutti i reclami ricevuti aventi ad oggetto ipotesi di responsabilità professionale e le relative risposte fornite (artt. 16 e 17).

Il Difensore civico collabora con la Regione, le aziende sanitarie, l'università, gli ordini e i collegi professionali e le associazioni di tutela per promuovere la definizione, in sede di conciliazione, degli aspetti risarcitori dei reclami ricevuti (art. 17).

Quanto alla gestione dei reclami tecnico-professionali la legge regionale prevede che il difensore civico, nell'istruttoria delle pratiche, oltre all'esercizio degli ordinari poteri di intervento possa approfondire la questione, avvalendosi della collaborazione tecnico-professionale di operatori sanitari, con particolare riferimento

ai medici legali dipendenti da azienda diversa da quella coinvolta, anche attivando apposite convenzioni (art. 18).

Ciò premesso, preme evidenziare che avvalendosi della facoltà di cui al citato art. 18, il Difensore civico può sottoporre la valutazione del caso oggetto del reclamo ad azienda diversa da quella coinvolta, al fine di acquisire un riscontro sulla fondatezza o meno dell'istanza in vista di una soluzione non contenziosa di potenziali controversie.

Laddove risulti la fondatezza del reclamo l'Azienda interpellata (con cui è stata sottoscritta convenzione) si impegna, altresì, se necessario a chiamare a visita la persona coinvolta, fornendo un'indicazione circa la possibile quantificazione del danno.

La struttura di Medicina Legale competente all'esame procede, altresì, a rivalutare il caso alla luce di eventuali argomentazioni contrarie alla fondatezza dell'istanza avanzate da parte della struttura Medico Legale dell'Azienda di riferimento, o ad una diversa valutazione del danno, collaborando con l'ufficio del Difensore Civico nella procedura di accordo fra le parti, nelle forme che sono meglio valutate congiuntamente di caso in caso, anche di concerto con l'Azienda coinvolta ⁽¹⁴⁾.

Quindi se in un primo tempo, a fronte di una richiesta del Difensore civico, la valutazione del reclamo da parte di medici legali dipendenti da ASL diversa da quella coinvolta avveniva sulla base del mero riscontro documentale (senza visita del paziente interessato), oggi il Difensore civico toscano può formulare richiesta di valutazione della fondatezza dei reclami (con sottoposizione a visita del paziente), promuovendo, tra l'altro, la definizione, in sede di conciliazione, degli aspetti risarcitori dei reclami stessi ⁽¹⁵⁾.

14) Vedasi Convenzioni tra Consiglio regionale della Toscana – Difensore civico ed Azienda Ospedaliero universitaria Senese e l'Università di Pisa.

15) Sul sito del Difensore civico Toscano (FAQ) è reperibile l'interessante approfondimento, che si riporta integralmente:

"Grazie alle previsioni della L.R. 19/2009 e ad un'esperienza ormai ventennale il Difensore civico della Toscana ha la possibilità di approfondire anche questo tipo di segnalazioni. Dal 2010 inoltre le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Toscana non sono più assicurate e gestiscono direttamente le richieste di risarcimento dei danni. Ai sensi della Delibera della Regione 1234/2011 del 27 dicembre 2011 ha inoltre sancito che l'Ufficio del Difensore Civico faciliti e promuova "l'incontro tra le parti" anche nella fase di gestione diretta del contenzioso. La legge inoltre fornisce al Difensore civico competenza anche nei rapporti con le Strutture private. Il Difensore civico a fronte di un reclamo in cui l'utente ritiene di essere stato vittima di un errore chiede chiarimenti alla Struttura Coinvolta, acquisisce la documentazione clinica e sottopone il caso alla valutazione di consulenti medico legali pubblici appartenenti ad Azienda Sanitaria o Ospedaliera diversa da quella coinvolta per fornire all'utente un'indicazione medico legale terza, basata solo sui riscontri documentali (la persona non è sottoposta a visita, si valutano solo i documenti). A seguito degli sviluppi con la delib. GR 1234/2011 il Difensore civico può gestire anche la fase successiva aiutando l'utente a redigere la domanda di risarcimento e accompagnandolo (sempre mantenendo il suo ruolo terzo) per favorire l'accordo fra le parti. Il Difensore civico in questi casi ha un ruolo di riesame anche quando l'utente presenta la propria protesta direttamente all'Azienda se non è soddisfatto della proposta ricevuta. In questo caso

Nel 2019 sono state attivate le convenzioni con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Siena e con l'Università di Pisa per le consulenze medico legali e nel 2020 sarà ripensato anche il rapporto con la Medicina Legale dell'Università di Firenze ⁽¹⁶⁾. Si tratta di poteri incisivi, il cui innesto nella disciplina attuativa della legge regionale n. 19/2009, porta ad una ricalibratura delle competenze del Difensore civico che, non più confinate al mero ruolo di stimolo, impulso, sollecitazione in un contesto di moral suasion, vengono ridefinite in un orizzonte più ampio, teso ad una tutela ad ampio raggio del diritto alla salute, la cui protezione costituzionale non è circoscritta alla sfera delle pretese soggettive implicate dal diritto in esame, rilevando, anzi, una dimensione superindividuale del bene salute.

5. DIFENSORE CIVICO DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO - RUOLO DI GARANTE PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

Ciò premesso, è pacifico che nell'esercizio delle funzioni del Difensore civico, come disciplinate dalla l.p. 28/1982, rientrano a tutto tondo anche le funzioni di Garante per il diritto alla salute a fronte di una competenza generale involgente tutti i settori della Pubblica amministrazione, di carattere pressoché universale e trasversale, tenendo, comunque, conto della formulazione, per certi versi superata, dell'art. 2 della citata l.p., che (al comma primo) così dispone:

"Spetta al difensore civico seguire, su richiesta degli interessati, l'adozione degli atti e lo svolgimento dei procedimenti posti in essere dalla Provincia, nonché degli enti titolari di delega, limitatamente, questi ultimi, alle funzioni delegate, ad eccezione dei comuni, in modo che ne siano assicurate la tempestività e la regolarità,

l'intervento del Difensore civico è subordinato alla fine dell'istruttoria da parte dell'Azienda che deve concludersi in teoria entro sessanta giorni (90 se vi sono particolari complicazioni delle quali l'Azienda deve informare l'utente). Il Difensore civico può sollecitare al rispetto dei termini. L'azione del Difensore civico in questo settore non si limita a fornire una risposta all'utente sul suo caso concreto, ma si cerca di svolgere un'opera di monitoraggio più ampia su aspetti organizzativi generali, anche segnalando il caso alle Strutture della Regione Toscana che seguono particolari problematiche a seconda dei casi (Centro Regionale Rischio Clinico, Istituto Toscano Tumori etc.) Le procedure risarcitorie di cui alla D.G.R.T. 1234/2011 devono concludersi entro un anno dalla richiesta. In questo particolare settore va ricordato che: 1. Il diritto a chiedere il risarcimento si prescrive in dieci anni, per cui queste pratiche non hanno un particolare regime di urgenza, rispetto ad altre con scadenze o con esigenze di ottenere cure e prestazioni rapidamente. 2. Le valutazioni medico legali sono "terze" anche per il Difensore civico, che non ha modo di sindacarle anche se non sono soddisfacenti per l'utente. 3. I tempi di esame dei casi a volte possono essere lunghi, perché è necessario studiare il caso, mirare la richiesta di chiarimenti e poi trasmettere tutto ai medici legali".

16) Relazione Difensore civico Toscana 2019 pp. 60-61

segnalando altresì al Presidente della Giunta provinciale eventuali ritardi, irregolarità e disfunzioni, nonché le cause delle stesse".

È evidente che, al fine di ricomporre in modo organico il quadro normativo di riferimento, occorre una sagace opera di coordinamento con la legge provinciale n. 3/2006 - cd. legge di riforma istituzionale medio tempore intervenuta – che, nell'enucleare le agenzie e gli enti strumentali rientranti nell'ampia galassia dell'amministrazione provinciale, ha incluso in apposito elenco ricognitivo degli stessi (cd. Allegato A) anche l'Azienda provinciale per i servizi sanitari.

Rileva, inoltre, la l.p. 16/2010, cd. legge provinciale sulla tutela della salute. L'art. 27 della citata l.p. 16/2010 include l'Azienda provinciale per i servizi sanitari tra gli enti strumentali della Provincia dotata di autonomia imprenditoriale e di personalità giuridica di diritto pubblico "*preposta alla gestione coordinata delle attività sanitarie e socio-sanitarie per l'intero territorio provinciale, secondo quanto disposto dal piano provinciale per la salute, dal programma sanitario e socio-sanitario provinciale, dagli indirizzi e dalle disposizioni della Giunta provinciale*". L'art. 23 della l.p. 16/2010 prevede, inoltre, che l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a carico del servizio sanitario provinciale da parte di soggetti accreditati è subordinata alla stipulazione di accordi contrattuali con l'Azienda provinciale per i servizi sanitari.

Né rilevano criticità sul piano delle competenze statutarie e della loro lettura combinata con il quadro costituzionale, novellato a seguito della riforma costituzionale del 2001. È, tra l'altro, noto che, secondo consolidato indirizzo della giurisprudenza costituzionale, in ambito sanitario non vengono in rilievo le norme dello statuto speciale del Trentino-Alto Adige/Südtirol (o delle relative disposizioni di attuazione), bensì l'art. 117 Cost., in quanto la competenza legislativa concorrente concernente la "*tutela della salute*", assegnata alle regioni ordinarie dall'art. 117, terzo comma, Cost., è "*assai più ampia*" di quella, attribuita alle province autonome dallo statuto speciale, in materia di "*igiene e sanità, ivi compresa l'assistenza sanitaria e ospedaliera* [di cui all'art. 9, comma primo, n. 10 Stat.]" ⁽¹⁷⁾. Ne consegue che per le province autonome trova applicazione la clausola di favore contenuta nell'art. 10 della legge cost. n. 3 del 2001 e che di conseguenza il regime delle competenze provinciali in materia sanitaria è quello fissato dall'art. 117, terzo comma, Cost., per la materia della "*tutela della salute*" ⁽¹⁸⁾.

17) Corte costituzionale sentenza 8 maggio 2007, n. 162; nello stesso senso, sentenze n. 134 del 2006 e n. 270 del 2005

18) Corte costituzionale sentenza 26.05.2017, n. 126

Appare, quindi, pacifico, sulla base dell'ampio orizzonte competenziale sopra enucleato, che da sempre il Difensore civico può formulare i propri interventi – d'ufficio o su richiesta dei cittadini – anche nel campo sanitario, come in qualunque altro ambito riconducibile (in senso lato) a competenze provinciali a prescindere da un'espressa previsione in tal senso, nel rispetto dell'articolato quadro procedimentale previsto dalla legge provinciale istitutiva della difesa civica (l.p. 28/1982).

Premesso che si rileva la contrarietà ad istituire un autonomo Garante per il diritto alla salute, posto che si tradurrebbe in una sovrapposizione (rectius polverizzazione) di funzioni già di competenza del Difensore civico, che mal tollerano un loro frazionamento a scapito di imprescindibili esigenze di unitarietà in assenza, tra l'altro, di nette linee di confine, va detto che l'esercizio dei compiti in materia di tutela della salute con l'ampiezza dei poteri che la regione Toscana (l.r. 19/2009) ha, ad es. provveduto a ritagliare per la difesa civica, presuppone adeguate risorse umane e finanziarie.

Del resto il legislatore statale è stato pienamente consapevole dell'importanza del profilo inerente alla collaborazione tecnico-professionale con operatori sanitari a supporto dell'operato del Difensore civico in materia, come si può agevolmente inferire dalla formulazione dell'art. 2 della legge 24/2017 che, nell'attribuire alle regioni e province autonome la facoltà di "*affidare all'ufficio del Difensore civico la funzione di garante per il diritto alla salute*" ha esteso agli enti territoriali in modo simmetrico la facoltà di "*disciplinarne la struttura organizzativa e il supporto tecnico*".

Disgiungere questi due profili significa vanificare, svilire, compromettere l'efficacia degli interventi attribuiti dal legislatore statale al difensore civico, quale organo a difesa di cittadini che ritengono di essere vittime di abusi o disservizi nel contesto dei servizi sanitari.

Ne consegue quale logico corollario operativo la necessità di sottoscrivere apposite convenzioni con ASL o aziende ospedaliere di altre regioni o con cliniche universitarie, affinché queste possano fornire al Difensore stesso un supporto tecnico qualificato nell'esame dei reclami presentati avverso la medical malpractice. Teniamo, inoltre, conto che i contenuti delle convenzioni vengono definiti di volta in volta in base alla latitudine della tutela sanitaria avuta di mira (limitata al riscontro documentale o estesa all'indagine sulla fondatezza del reclamo - senza visita del paziente nel primo caso con visita del medesimo nel secondo caso) in cui potrà

dispiegarsi l'attività di terzietà (attiva) del Difensore civico per promuovere la definizione, in sede di conciliazione, degli aspetti risarcitori dei reclami ricevuti (vedasi art. 17 l.r. Toscana 19/2009).

L'attribuzione di tale facoltà al Difensore civico trentino necessita, laddove rilevi una volontà di muoversi in tale direzione, di una specifica regolamentazione normativa non necessariamente legislativa, rilevando a tali fini anche la fonte regolamentare. Serrando le fila del discorso, a modesto avviso di chi scrive, sono questi i profili rilevanti in ordine al recepimento della legge Gelli-Bianco o, comunque, ad essa collegati, la cui trasposizione a livello provinciale, lo si ripete – in via del tutto facoltativa e, comunque non necessariamente in termini simmetrici – potrebbe introdurre nel sistema normativo locale ulteriori forme di tutela del diritto alla salute⁽¹⁹⁾, inteso (anche) come diritto alla fruizione di assistenza e consulenza qualificata fuori dall'ambito giudiziale senza oneri per il cittadino, nel solco di procedure ascrivibili alle cd. ADR – Alternative Dispute Resolution.

Teniamo, peraltro, conto, al fine di evitare un'acritica e pedissequa riproposizione del modello toscano in ambito provinciale che le Aziende sanitarie della Regione Toscana provvedono in via diretta alla gestione del rischio per responsabilità civile senza trasferire il medesimo ad una compagnia di assicurazioni⁽²⁰⁾. In ogni azienda sanitaria è costituito il Comitato Gestione Sinistri per la trattazione, definizione e liquidazione dei sinistri in via transattiva⁽²¹⁾.

Ciò posto, è auspicabile che il legislatore provinciale (in una prospettiva de iure condendo) eviti, sulla scia di quanto frettolosamente fatto da altre regioni⁽²²⁾, una

19) Vedasi Corte costituzionale 20 novembre 2000, n. 509 "secondo un principio desumibile dalla giurisprudenza di questa Corte, il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute è "garantito ad ogni persona come un diritto costituzionalmente condizionato all'attuazione che il legislatore dovesse ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti" (ex plurimis sentenze n. 267 del 1998, n. 304 del 1994, n. 218 del 1994). Bilanciamento che, tra l'altro, deve tenere conto dei limiti oggettivi che il legislatore incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone, restando salvo, in ogni caso, quel "nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana" (sentenze n. 309 del 1999, n. 267 del 1998, n. 247 del 1992), il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto".

20) In ambito locale la procedura per la gestione dei sinistri approvata con deliberazione dell'APSS di data 14 agosto 2013 n. 444 è di tipo misto, prevedendo che la valutazione dei casi di medical malpractice quantificabili sul piano risarcitorio indicativamente fino ad una fascia massima di valore di € 500.000,00 sia di competenza del Comitato Valutazione Sinistri in composizione ridotta (Comitato Ristretto).

21) Con deliberazione della Giunta regionale n. 1234/11 la Regione Toscana nel disciplinare la procedura di gestione diretta del contenzioso da parte delle Aziende Sanitarie Locali ha affidato al Difensore civico anche il ruolo di facilitatore dell'accordo tra il cittadino e l'ASL in ipotesi di trattativa volta alla determinazione del quantum risarcitorio in un contesto spinto di valorizzazione di misure organizzative di risoluzione stragiudiziale delle controversie di tipo sanitario.

22) Vedasi leggi regionali citate al par. 3.

pedissequa e tautologica, quanto ridondante ripetizione di principi contenuti nella legge 24/2017 (in particolare nell'art. 2), risolvendosi in definitiva nella riscrittura di funzioni e modalità di intervento in materia sanitaria che la legge provinciale già prevede in capo al Difensore civico a fronte di una competenza generale involgente interi settori della Pubblica amministrazione, assorbente in modo implicito anche le funzioni in esame. Laddove, invece, il legislatore provinciale dovesse spingersi verso incisive forme di intervento nell'esame dei reclami avverso la medical malpractice, va precisato che non si può prescindere da un qualificato supporto tecnico che affianchi il Difensore civico nell'esercizio delle suddette funzioni e dalla destinazione di specifiche risorse non solo umane ma anche finanziarie.

Né pare marginale l'adozione di una disciplina regolamentare, tesa a definire in termini di completezza ed organicità - a fronte di una scarna disciplina legislativa (art. 12 l.p. n. 16/2010) - l'articolazione del procedimento davanti alla camera conciliativa nell'ottica di garantire la tutela del cittadino avverso atti o comportamenti incidenti in modo negativo o limitativo sulla fruizione delle prestazioni di assistenza sanitaria involgenti la responsabilità medico-sanitaria, nel rispetto di puntuali principi e criteri direttivi enucleati dal legislatore provinciale - vincolanti l'organo esecutivo in sede di normazione secondaria - di netto rilievo per quanto attiene la soluzione conciliativa (v. Par. 2).

Rilevo, da ultimo, che occorre, comunque, tener conto del contesto organizzativo sanitario provinciale e delle conseguenze in ordine all'innesto su di esso di strumenti di risoluzione stragiudiziale delle controversie sanitarie affidati al Difensore civico che, ancorché oggetto di positiva e rodata sperimentazione in altre realtà regionali, richiedono un'attenta calibratura in ambito locale al fine di evitare il rischio di attenuarne se non svilirne le potenzialità innovative.

IL DIFENSORE CIVICO

Gianna Morandi

17.11.2020