

# “La responsabilità medica: l’Europa e l’Italia”

Avvocato Biancamaria Cataldo (Foro di Perugia) Consigliere nazionale AMAMI

*Intervento al IV Congresso nazionale AMAMI*

*Roma, 26-27 settembre 2008*

---

Occorre premettere che l’argomento affidatomi è talmente vasto che è impossibile svolgerlo compiutamente nei 15 minuti di tempo a mia disposizione.

Per offrire un panorama completo di tutte le varie normative esistenti in tutti i Paesi di Europa in materia di responsabilità medica, ci vorrebbe, infatti, un intero convegno organizzato ad hoc trattato, per singoli argomenti, da un pool di esperti.

Mi cimenterò, dunque, ad aprire soltanto uno spiraglio, spero significativo, sulle normative esistenti in ambito europeo.

## **1) FRANCIA :**

La responsabilità medica, in questo Paese si articola su due binari:

**A) la responsabilità valutabile secondo il diritto privato. Essa è applicabile a studi privati, cliniche private e cure private in ospedali.**

La Giurisdizione appartiene al Giudice civile e la responsabilità civile sorge in virtù di un rapporto di diritto privato tra il medico – libero professionista ed il Paziente, inteso come cliente del professionista medico.

Il cliente – paziente può citare dinanzi al Giudice civile personalmente il medico e/o la clinica privata in cui è avvenuto il trattamento sanitario.

Ogni professionista ha una sua Assicurazione per responsabilità civile professionale.

La prescrizione è di 30 anni ed i Giudici liquidano, generalmente, indennizzi maggiori di quelli che liquida il Giudice Amministrativo in ipotesi di evento verificatosi in strutture pubbliche di cui si dirà di seguito.

I PRINCIPI : RESPONSABILITA’ CONTRATTUALE quale OBLIGAZIONE DI MEZZI, in cui l’obbligazione principale è data dalle cure del malato « les soins au malade ».

Obbligazioni accessorie sono quelle di sicurezza ed informazione.

- ERRORE, letteralmente FAUTE, consiste nello « inadempimento (lett: mancanza) all'obbligazione di mezzi »
- la prova dell'errore è a carico del malato
- ECCEZIONE. Responsabilità delittuosa (da delitto)

La giurisprudenza è in evoluzione verso un aggravamento della responsabilità del medico, riconosciuta per colpa (errore) incerta, per colpa (errore) virtuale, presunzione di colpa (errore); con ampia obbligazione di informazione ed obbligazione di sicurezza di risultato (ad esempio, per le infezioni nosocomiali).

Si assiste anche ad una evoluzione verso l'obbligazione di risultati e verso un rovesciamento dell'onere della prova.

**B) la responsabilità valutabile sotto il profilo del diritto pubblico. Essa è applicabile in caso di prestazioni sanitarie rese da ospedali ed altre strutture pubbliche.**

Molto diverso è il discorso concernente la responsabilità dei sanitari che operano in strutture pubbliche.

In questo caso, la Giurisdizione appartiene al Giudice Amministrativo e la responsabilità è amministrativa e, quindi, non è modellata sulla responsabilità professionale dei privati professionisti.

Il Paziente è, infatti, visto come utente di un servizio pubblico.

Questi può citare in giudizio la struttura, ma non i sanitari i quali non assumono alcuna responsabilità diretta e personale verso l'utente.

L'Assicurazione per le strutture pubbliche è obbligatoria.

La Prescrizione è di soli 4 anni e l'indennizzo viene riconosciuto in misura minore a quanto sarebbe liquidato in sede di responsabilità civile verso un medico libero professionista.

Anche qui il paziente – utente è onerato di PROVARE la “FAUTE” (errore).

Il principio è che L'ERRORE (faute) è del SERVIZIO PUBBLICO che non ha funzionato, o ha funzionato male o con ritardo ed è GENERALMENTE ESCLUSA LA RESPONSABILITA' PERSONALE del sanitario.

Quest'ultima può sussistere quando il sanitario abbia commesso un errore particolarmente grave o un reato oppure quando il fatto sia avvenuto senza alcuna attinenza con il servizio.

Stante la difficoltà per il paziente di provare l'errore, la giurisprudenza va anche qui evolvendosi verso una responsabilità senza errore.

**C) LEGGE 4/3/2002 di indennizzo automatico.**

Questa legge ha introdotto il principio che **“I medici e le strutture NON sono responsabili delle conseguenze degli atti di prevenzione, di diagnosi e cura CHE in caso di FAUTE (errore)”**.

**L’Assicurazione E’ obbligatoria.**

**ECCEZIONI alla regola sopra enunciata da cui deriva, quindi, la responsabilità senza errore (faute) sono:LE INFEZIONI NOSOCOMIALI, I DANNI DALL’USO di prodotti farmaceutici, GLI INCIDENTI sopravvenuti dopo una ricerca biomedica, AIDS da trasfusioni.**

**In tutti questi casi, è previsto un indennizzo senza “faute”: il termine è traducibile in italiano sia con il sostantivo “errore” che con il sostantivo “colpa”, quindi potrebbe ritenersi “errore colpevole”.**

La legge citata ha introdotto una forma di indennizzo degli incidenti attraverso la solidarietà nazionale in assenza di “faute”.

E’ il caso dell’alea terapeutica (rischio medico a prescindere da colpe o errori).

L’indennizzo è erogato da un sistema collettivo finanziato con l’assicurazione sulle malattie (o di malattia).

Sono stati creati:

A) l’Ufficio Nazionale d’Indennizzo degli Incidenti Medici (O.N.I.A.M.), Istituto pubblico che opera sotto la sorveglianza del Ministero della salute, che ha il ruolo di pagare l’indennizzo alle vittime dell’alea terapeutica nei casi in cui l’Ufficio dovrà sostituirsi all’Assicurazione.

B) le Commissioni Regionali di Conciliazione dell’Indennizzo (C.R.C.I.), che hanno il compito di ricevere le domande d’indennizzo, esaminare la ricevibilità della pratica, predisporre la perizia per stabilire se vi è stato errore o alea terapeutica e la gravità della malattia, formulare un’offerta d’indennizzo.

C) la Commissione Nazionale d’Indennizzo degli Incidenti medici (C.N.I.A.M.), che ha il ruolo di fare una lista di esperti nazionali, controllarne la formazione, controllare le Commissioni regionali, vegliando sull’omogeneità delle procedure.

Le commissioni, quindi, accertano tramite una consulenza che è gratuita, se il danno è derivato da un errore oppure da alea terapeutica.

Se il danno è uguale o superiore al 23%, le Commissioni curano la conciliazione affinché il danno venga risarcito dall'Assicurazione, se c'è errore, oppure dall'Ufficio Pubblico, se il paziente è vittima di alea terapeutica.

Ovviamente, se il paziente non accetta o la conciliazione non riesce, può rivolgersi al Giudice.

## **2) AUSTRIA**

### **A) Responsabilità penale**

I processi non si instaurano mai d'ufficio, ma solo su denuncia al Procuratore della repubblica da parte dei parenti o dell'anatomo patologo dell'Ospedale.

L'autopsia è disposta per ordine della P.A. o del Giudice se vi è pubblico interesse o in caso di diagnosi incerta.

Le lesioni che non portano alla morte non sono punibili se non derivano da grossa negligenza (errore grossolano) e se non comportano una malattia superiore a 14 giorni.

Nota di costume: Le denunce sono fatte raramente dai parenti e sono ben ponderate. I PM spesso archiviano, se non sono ben provate.

E' richiesto un fondato e particolare sospetto che il delitto sia avvenuto.

### **B) Responsabilità civile**

Sostanzialmente è extracontrattuale, ma del danno risponde la STRUTTURA in cui operano i sanitari.

I medici rispondono solo se svolgono attività privata (pazienti privati).

E' prevista l'applicazione rigorosa del principio di soccombenza.

In Germania occorre anche che il paziente offra documenti dettagliati atti a dimostrare che non si sarebbe sottoposto all'intervento se fosse stato informato delle conseguenze.

### **C) Conciliazione.**

Molte Regioni e molte "Camere dei Medici" hanno introdotto l'Ufficio di Conciliazione, in cui vengono esaminati i casi di malpractice e si tenta la conciliazione, tramite una figura di conciliatore (OMBUDSMAN) simile ad un difensore civico, che valuta le richieste dei pazienti (o dei sui parenti) e li assiste fino alla conciliazione, adoperandosi affinché si raggiunga detta conciliazione.

## **3) PAESI SCANDINAVI**

### **Responsabilità medica per malpractice e sistemi di assicurazione dei pazienti**

## **A) SVEZIA**

L'assicurazione dei pazienti nasce in Svezia negli anni '70, e più precisamente dal 1 gennaio 1975 sulla base di un accordo contrattuale volontario.

Dal 1 gennaio del **1997** l'assicurazione è divenuta **obbligatoria**.

## **FINLANDIA**

L'assicurazione dei pazienti è **obbligatoria** dal **1987**.

## **NORVEGIA**

Dal 1988 l'assicurazione dei pazienti è valida solamente per i ricoveri ed interventi avvenuti in ospedale.

## **DANIMARCA**

Dal primo luglio del **1992** è divenuta **obbligatoria**.

## **B) Ragioni ed obiettivi**

Le ragioni alla base dell'introduzione dell'assicurazione obbligatoria dei pazienti nei Paesi Scandinavi sono essenzialmente da ricercare nelle grosse difficoltà di ottenere risarcimenti congrui da parte dei pazienti danneggiati, nei lunghi tempi di legge per le azioni contro i casi di malpractice medica, e nei problemi legati alla determinazione del soggetto cui spetta l'onere della prova.

Gli obiettivi di questo tipo di assicurazione sono di ottenere risarcimenti congrui tramite la esatta valutazione delle ripercussioni delle azioni dannose dei medici, rendere la chiusura delle richieste di risarcimento **più semplice, più veloce e meno costosa** in generale, **alleviare il carico di lavoro dei tribunali evitando inutili contenziosi**.

### **Ma come funzionano in effetti queste assicurazioni?**

Sono essenzialmente caratterizzate da tre parti in causa, ed includono elementi propri di assicurazioni contro gli infortuni e di assicurazioni per responsabilità.

Il titolare della polizza (ad esempio l'associazione delle autorità provinciali) stipula un contratto con l'assicuratore (molto spesso trattasi di una associazione mutua assicuratrice), al quale vanno indirizzate le richieste di risarcimento dei pazienti danneggiati.

Il premio da pagare per questo tipo di polizze dipende essenzialmente dalla popolazione assicurata. In Svezia ad esempio dipende dalla popolazione della provincia che si vuole assicurare.

## **C) Tipi di coperture**

### **1. Errori nella cura medica**

Le richieste di risarcimento possono derivare da un rischio per la salute del paziente dovuto ad uno specifico trattamento che è stato adottato per quel caso, ma non sono contemplate nel caso in cui ci fossero già in partenza dei rischi dovuti allo stato di salute proprio del paziente.

### **2. Errori nelle diagnosi**

Tali errori si dividono in due gruppi, a seconda che l'errore derivi da un uso improprio di mezzi tecnici (una ricerca al microscopio, ad esempio, non condotta correttamente) o da una errata interpretazione dei sintomi identificati.

### **3. Infezioni**

Se le infezioni sono generate a seguito dell'intervento chirurgico allora è possibile formulare la richiesta di risarcimento, tranne nel caso in cui già sussistesse una infezione interna, non dipendente dunque dall'operato del medico-chirurgo.

### **4. Incidenti**

Esempi di incidenti possono essere la caduta da un letto in corsia non adeguatamente fornito di mezzi di sicurezza per il paziente, oppure danni causati da azioni negligenti del personale medico e paramedico.

#### **Ambito d'azione dei risarcimenti.**

Il risarcimento contempla le seguenti voci *addizionali*:

- **perdita di guadagni dovuti al ricovero**
- **costo delle cure mediche**
- **costo dell'assistenza infermieristica**
- **dolore e sofferenze**
- **vitalizio (nel caso di invalidità permanente).**

In **Svezia** le richieste di risarcimento derivano per il **60%** da danni legati alle conseguenze di interventi chirurgici, per il **20%** da incidenti, per un altro **20%** da errori nella cura prescritta, mentre il restante **10%** da errori nelle diagnosi effettuate.

*Aspetti sociali e legali.*

Le conseguenze della malpractice dei medici sono sopportate nei Paesi Scandinavi **dalla comunità sociale piuttosto che individualmente**, così che i **medici sono effettivamente**

**sollevati dal peso della responsabilità per malpractice, con tutte le considerazioni che derivano in merito ad una maggiore serenità di azione per gli stessi.**

Dal punto di vista dei pazienti, il vantaggio consiste nell'avere risarcimenti più veloci e più frequenti, con i **medici che aiutano i loro pazienti nel dare la prova della validità del loro diritto (di cui chiedono il riconoscimento).**

L'unico svantaggio cui può andare incontro il paziente è quello di risarcimenti **standardizzati**, non formulati dunque sul singolo caso specifico.

Dal punto di vista del medico, i vantaggi consistono, come visto, nella mancanza di una effettiva necessità di assicurarsi per la responsabilità professionale, così come in un basso pericolo di compromissione della reputazione dovuto alle citazioni in giudizio.

Dal punto di vista dell'assicuratore, infine, si sono avuti ottimi risultati nel rapporto sinistri/premi, e ciò è in parte dovuto alla grande flessibilità che consente una pronta adattabilità degli importi risarciti sulla base della esperienza passata.

#### **4) Possiamo ora a disegnare in estrema sintesi cosa accade in ITALIA:**

Il sanitario ha le seguenti responsabilità.

##### **A) responsabilità penale (reclusione) come qualunque altro cittadino.**

Reati colposi (lesioni ed omicidio) da valutare secondo le norme del codice penale per reati comuni. Non esiste una normativa specifica per i reati commessi nell'esercizio dell'attività medica ed i sanitari vengono valutati con i criteri della colpa: negligenza, imprudenza, imperizia. Parte della dottrina e della giurisprudenza hanno anche ipotizzato in passato che qualunque intervento che interferisca sulla integrità fisica dell'essere umano sia astrattamente configurabile quale lesione (si pensi all'incisione di tessuti provocata con il bisturi durante un intervento operatorio) e che ciò che scrimina tale comportamento è il consenso dell'avente diritto e l'esercizio di un dovere (quello del medico) di apprestare una cura, cioè di procurare una lesione quale rimedio di un male peggiore all'integrità della persona, alla sua vita ed alla sua salute.

Ma non solo...."Commette reati di abuso d'ufficio, truffa aggravata e violazioni al dovere di fedeltà alla p.a. il medico che "consiglia" il ricovero presso una clinica privata del paziente proveniente dalla struttura pubblica. La manifestazione della necessità di accertamenti e interventi tempestivi unita a quella dei lunghi tempi della struttura pubblica,

accompagnata dal diniego della possibilità di sollecito ricovero presso di essa, costituisce un argomento certamente idoneo ad indurre la parte interessata, gravemente preoccupata per un possibile esito letale, ad accettare la prospettiva dell'imputato di ricorrere alla struttura privata". (Cass. pen., Sez. II, 13/01/2003, n. 960).

Il reato di falso, inoltre, è per i sanitari sempre in agguato: basti all'uopo ricordare che la cartella clinica è atto pubblico!

La prova della responsabilità penale incombe sul Magistrato Pubblico Ministero.

## **B) responsabilità civile:**

**1) extracontrattuale:** art. 2043 C.C. (qualunque fatto doloso o colposo che cagiona un danno ingiusto, obbliga chi lo ha commesso a risarcire il danno).

Questa responsabilità può sempre essere dedotta in sede civile, qualora si deduca un fatto illecito, a prescindere dalla celebrazione di un processo penale per il delitto di omicidio o di lesioni colpose ed a prescindere anche dall'astratta configurabilità del fatto come reato.

La prescrizione è di 5 anni, salva la maggior durata della prescrizione penale. Sull'attore (paziente) incombe l'onere probatorio di dare la prova del fatto, dell'azione e del danno con il relativo nesso causalità.

**2) contrattuale:** derivante da "contatto" o "contratto" sociale.

Trattasi di una vera e propria creazione giurisprudenziale che, in estrema sintesi, nasce dalla considerazione che il medico è un professionista – ancorché dipendente di una struttura pubblica – che entra in "contatto" con il paziente, che si rivolge al sistema sanitario.

Come ogni professionista, il sanitario risponde, quindi, contrattualmente non solo per inadempimento, ma anche per inesatto adempimento.

Conseguenza di questo tipo di responsabilità è l'applicazione di un termine di prescrizione più lungo (10 anni) ed un rovesciamento dell'onere probatorio. Detto onere è, infatti, ripartito nel senso che il paziente deve provare il fatto dannoso, non l'inadempimento del sanitario, mentre il medico deve provare il suo esatto adempimento.

Questa invenzione giurisprudenziale di responsabilità è, inoltre, "costituzionalmente orientata", poiché privilegia in modo assoluto il diritto alla salute, in quanto garantito dalla Carte costituzionale.

Alcuna considerazione viene prestata dalla giurisprudenza al fatto che il sanitario che opera in una struttura pubblica, NON è un libero professionista, perché non può scegliersi i suoi

collaboratori, né gli strumenti, né è libero di organizzare i reparti ed il suo stesso lavoro. Egli non percepisce compensi liberi professionali, ma un semplice stipendio, derivante dal rapporto di lavoro subordinato.

Questo importantissimo aspetto della tutela dei lavoratori dipendenti, che nell'ambito dei dipendenti pubblici è particolarmente tenuta presente dall'ordinamento (D.P.R. n. 3/1957), svanisce completamente quando si tratta di responsabilità del medico.

### **C) responsabilità contabile**

“In tema di responsabilità amministrativa degli amministratori e dipendenti pubblici per danni cagionati ad amministrazioni od enti diversi da quelli di appartenenza, la giurisdizione del giudice contabile sussiste tutte le volte in cui tra l'autore del danno e l'amministrazione od ente pubblico danneggiato sia ravvisabile un rapporto, non solo di impiego in senso proprio o ristretto, ma anche di servizio, per quest'ultimo intendendosi la sussistenza di una relazione funzionale caratterizzata dall'inserimento del soggetto nell'iter procedimentale o nell'apparato organico dell'ente, tale da rendere il primo compartecipe dell'attività amministrativa del secondo” . (Cass. civ., Sez. Unite, 27/11/2002, n. 16829).

Quando si tratta di aggiungere delle responsabilità, lo Stato si ricorda che i medici sono dipendenti pubblici e, quindi, rispondono anche contabilmente: per danno al servizio Pubblico!

### **D) responsabilità disciplinare**

Come ogni iscritto all'Albo, i sanitari sono soggetti a responsabilità disciplinare verso l'Ordine di appartenenza.

In aggiunta, essi rispondono disciplinarmente verso la struttura pubblica in cui lavorano, verso la quale sussistono vari obblighi, tra i quali spicca quello di fedeltà.

Si noti che, da un lato, la giurisprudenza afferma che: “La responsabilità e i doveri del medico non riguardano solo l'attività propria e dell'eventuale equipe, che a lui risponda, ma si estende allo stato di efficienza e al livello di dotazioni della struttura sanitaria in cui presta la sua attività, e si traduce in un ulteriore dovere di informazione del paziente. Il consenso informato, personale del paziente o di un proprio familiare, in vista di un intervento chirurgico o di altra terapia specialistica o accertamento diagnostico invasivi, non riguardano soltanto i rischi oggettivi e tecnici in relazione alla situazione soggettiva e allo stato dell'arte della disciplina, ma riguardano anche la concreta, magari

momentaneamente carente situazione ospedaliera, in rapporto alle dotazioni e alle attrezzature, e al loro regolare funzionamento, in modo che il paziente possa non soltanto decidere se sottoporsi o meno all'intervento, ma anche se farlo in quella struttura ovvero chiedere di trasferirsi in un'altra". (Cass. civ., Sez. III, 30/07/2004, n. 14638); dall'altro, la legge dice che "Nei rapporti con il pubblico, il comportamento dell'impiegato deve essere tale da stabilire completa fiducia e sincera collaborazione tra i cittadini e l'Amministrazione" (art. 13 DPR n. 3/1957) e che "Quando, nell'esercizio delle sue funzioni, l'impiegato rilevi difficoltà od inconvenienti, derivanti dalle disposizioni impartite dai superiori per l'organizzazione o lo svolgimento dei servizi, deve riferirne per via gerarchica, formulando le proposte a suo avviso opportune per rimuovere la difficoltà o l'inconveniente. Parimenti per via gerarchica deve essere inoltrata ogni altra comunicazione od istanza dell'impiegato" (art. 16 stesso D.P.R.)!

**Il discorso sarebbe molto più lungo e più ampio, ma qui non vi è il tempo per dilungarsi ancora: quando si è detto vuol essere soltanto uno spunto, spero utile, di riflessione.**

## **5) EUROPA – Comunità Europea**

Vige il principio di sussidiarietà (ogni Stato membro è libero di organizzare il proprio sistema sanitario), ma l'Europa ha un occhio attento alla salute.

Esistono Piani triennali che si occupano di prevenzione, stili di vita salutari, lotta alla droga, all'alcoolismo, al tabagismo, di cure transnazionali, libera circolazione dei pazienti e dei sanitari, standard dei servizi, (carta del paziente da fare staccata a quella dei servizi), uniformazione delle legislazioni (politica generale) nel rispetto delle direttive europee, collaborazione e scambio informazioni tra Stati, medicina on line.

**L'atto più importante è senza dubbio la CONVENZIONE DI OVIEDO del 4 aprile 1997 recepita in Legge 28/03/2001 n. 145**

**LO STATO ITALIANO HA IMPIEGATO 4 ANNI A RECEPIRE la convenzione e dopo altri 7 anni è rimasta lettera morta!**

Art. 3 co 1 della L. 145/2001: "Il Governo è delegato ad adottare, entro sei mesi (prorogati al 31/7/2003 con L. 16/1/2003 n. 3) dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi recanti ulteriori disposizioni occorrenti per l'adattamento

dell'ordinamento giuridico italiano ai principi e alle norme della Convenzione e del Protocollo di cui all'articolo 1”.

**DEI DECRETI AD OGGI NON SI PARLA NEPPURE!**

ART. 24 della Convenzione di Oviedo recepita dalla L. 145/2001: “ Réparation d'un dommage injustifié.

La personne ayant subi un dommage injustifié résultant d'une intervention a droit à une réparation équitable dans les conditions et selon les modalités prévues par la loi ».

Tradotto in italiano, la Convenzione dice: « RIPARAZIONE DI UN DANNO (ma anche nocumento, indennizzo) INGIUSTIFICATO.

La persona che abbia subito un danno (nocumento) ingiustificato risultante da un intervento (nell'ambito delle cure della sanità), ha diritto ad una riparazione equa alle condizioni e secondo le modalità previste dalla legge”.

Art. 4 della Convenzione di Oviedo (come recepita): “Obligations professionnelles et règles de conduite.

Toute intervention dans le domaine de la santé, y compris la recherche, doit être effectuée dans le respect des normes et obligations professionnelles, ainsi que des règles de conduite applicables en l'espèce ». Traduzione : « Obblighi professionali e regole di condotta.

Ogni intervento in ambito sanitario, ivi compresa la ricerca, deve essere effettuato nel rispetto delle norme e degli obblighi professionali, oltre che delle regole di condotta applicabili alla fattispecie ».

Quale migliore occasione per stabilire cos'è l'atto medico e definire una volta per tutte quali sono le regole di condotta dei sanitari, i loro obblighi professionali ecc. ecc?

NULLA è stato fatto, ma tutto potrebbe farsi!

Occorre, peraltro, tener conto che da più di 10 anni la giurisprudenza della Corte di Giustizia Europea raccomanda agli Stati di uniformare le normative, e, quindi, anche sotto questo profilo sarebbe più che opportuno armonizzare la normativa italiana con quella degli altri Paesi d'Europa.

**PROPOSTE:**

**1) Istituire un sistema di Assicurazioni obbligatorie ed efficienti sul modello dei Paesi Scandinavi.**

**2) Introdurre Sistemi di conciliazione** (che solo in Italia NON esistono) sul modello francese e prevedere un indennizzo dell'alea terapeutica da parte di apposite strutture pubbliche.

**3) Riformare il diritto civile** in materia di responsabilità dei sanitari, introducendo norme chiare, che non si prestino a fantasiose interpretazioni costituzionalmente orientate (!) del Giudice che moltiplichino le responsabilità, inventandosi contratti.... forzati mai in realtà stipulati tra medico e paziente!

Introduzione di una chiara responsabilità delle STRUTTURE in cui lavorano i sanitari, escludendo la responsabilità dei medici che vi operano, salve ipotizzabili azioni di regresso, circoscritte alle ipotesi di DOLO o di COLPA GRAVE (come, del resto, prevede l'art. 22 del TU dei dipendenti Stato, di cui al D.P.R. n. 3/1957, per TUTTI I DIPENDENTI pubblici).

Occorre, inoltre, tener conto della Responsabilità del paziente che non segue le prescrizioni cliniche e comunque igieniche e le prescrizioni post operatorie.

**4) Riformare il sistema penale**, con l'introduzione di norme specifiche per i reati dei sanitari commessi nell'esercizio delle loro funzioni

**5) Dare finalmente attuazione alla convenzione di Oviedo**, come sopra evidenziato.

Grazie per l'attenzione

Avv. Biancamaria Cataldo