AVVIDASA

Associazione Avvocati Vittime di Danno alla Salute

PROPOSTA DI LEGGE

di iniziativa dell'Associazione AVVIDASA

«Disposizioni per la facilitazione della composizione conciliativa delle controversie in materia di responsabilità sanitaria. Attribuzione all'AGENAS delle funzioni di nomina dei consulenti tecnici e di parere sulle proposte conciliative nei procedimenti di mediazione, istituzione dell'Elenco nazionale dei consulenti specializzati e dell'Unità centrale di recupero delle prestazioni, modifiche alla legge 8 marzo 2017, n. 24 e disposizioni in materia di patrocinio a spese dello Stato per le vittime di danno alla salute in età perinatale»

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

Onorevoli Legislatori. — La legge 8 marzo 2017, n. 24 (c.d. legge Gelli-Bianco) è stata concepita con il dichiarato obiettivo di ridurre il contenzioso fra pazienti e strutture sanitarie, di contenere il fenomeno della medicina difensiva e di abbreviare tempi e costi dei giudizi risarcitori. A quasi un decennio dalla sua entrata in vigore, quell'obiettivo deve dirsi conseguito solo in minima parte. Il tentativo obbligatorio di conciliazione di cui all'articolo 8 — imperniato sulla consulenza tecnica preventiva ai fini della composizione della lite ex articolo 696-bis del codice di procedura civile ovvero, in alternativa, sul procedimento di mediazione — si è progressivamente ridotto, nella prassi dei tribunali, a mero adempimento formale: la fase conciliativa che segue il deposito della relazione peritale si esaurisce, nella larghissima maggioranza dei casi, senza alcuna offerta seria da parte delle strutture sanitarie e delle imprese di assicurazione, e il danneggiato è costretto a instaurare il giudizio di merito, con duplicazione di attività istruttorie, di costi e di tempi.

Le ragioni di tale insuccesso sono note agli operatori e possono essere ricondotte a quattro fattori strutturali: (i) l'assenza di un presidio pubblico, terzo e specializzato, dell'istruttoria tecnica nella fase conciliativa, che le conferisca autorevolezza e la sottragga alla logica puramente dilatoria della resistenza assicurativa; (ii) l'assenza di un sistema di conseguenze processuali effettive a carico della parte che rifiuti, senza giustificato motivo, una proposta conciliativa congrua, confidando nella tenuità del costo del tempo processuale; (iii) la posizione dell'esercente la professione sanitaria, il quale, esposto al rischio di azioni di rivalsa e di regresso anche anticipate rispetto al pagamento, ha un interesse oggettivo a ostacolare la conciliazione, che percepisce come anticamera della propria responsabilità personale; (iv) l'incertezza sui costi complessivi della definizione del sinistro, determinata dalla pluralità e dalla imprevedibilità delle azioni di surroga e di regresso degli enti previdenziali, assistenziali e

sanitari (INPS, INAIL, Servizio sanitario nazionale), che scoraggia le imprese dal chiudere transattivamente e, quando la surroga sopravviene, erode il ristoro effettivo del danneggiato.

La presente proposta di legge, elaborata dall'Associazione AVVIDASA sulla base dell'esperienza maturata nella tutela delle vittime di danno alla salute, muove da tali constatazioni e interviene con un pacchetto organico di sei misure, ispirate ai due modelli europei che hanno conseguito i migliori risultati nella composizione stragiudiziale del contenzioso sanitario: il modello francese dell'ONIAM e il modello inglese di NHS Resolution, quest'ultimo integrato dal meccanismo della Compensation Recovery Unit. Rispetto a tali modelli, la proposta non si limita a una recezione acritica: essa muove da un esame puntuale dei costi che quei sistemi pongono a carico della parte debitrice e delle critiche che gli avvocati delle parti danneggiate muovono, in Francia e in Inghilterra, al funzionamento concreto di quegli organismi, allo scopo di trasporre nell'ordinamento italiano ciò che ha funzionato e di non replicare gli errori che l'esperienza applicativa ha fatto emergere.

1. I modelli di riferimento: l'ONIAM francese e NHS Resolution. Il regime dei costi a carico della parte debitrice.

In Francia, la legge 4 marzo 2002, n. 2002-303 (c.d. loi Kouchner) ha istituito l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), ente pubblico amministrativo posto sotto la vigilanza del Ministero della salute, e una rete di commissioni di conciliazione e di indennizzo (CCI) a competenza regionale o interregionale. Il sistema si fonda su tre capisaldi: (a) una procedura amichevole gratuita per la vittima, attivabile con semplice domanda e senza obbligo di assistenza tecnica; (b) l'istruttoria affidata a esperti indipendenti iscritti in un elenco nazionale di specialisti in materia di incidenti medici, selezionati sulla base di comprovata esperienza e soggetti a obblighi di formazione e di aggiornamento; (c) un parere reso in termini serrati, cui segue l'obbligo dell'assicuratore del responsabile di formulare un'offerta di indennizzo entro un termine perentorio, con meccanismi di sostituzione dell'ONIAM e sanzioni maggiorative in caso di inerzia.

Quanto ai costi, il sistema francese è costruito su una precisa allocazione: l'introduzione della domanda dinanzi alla CCI è *totalmente gratuita* per la vittima — nessun diritto di segreteria, nessun contributo, nessuna anticipazione — e i costi dell'expertise, ossia degli specialisti designati dalla commissione, sono anticipati dall'ONIAM e non sono mai ripetibili nei confronti della vittima, neppure in caso di esito negativo. Il peso economico della procedura è però trasferito, in caso di accertata responsabilità, sulla parte debitrice: ai sensi dell'articolo L. 1142-14 del code de la santé publique, l'assicuratore che formula l'offerta di indennizzo è tenuto a rimborsare all'ONIAM i costi dell'expertise che l'Ufficio ha sostenuto; il ritardo nel pagamento dell'indennizzo accettato oltre il termine di un mese produce di diritto interessi al doppio del tasso legale; e, se il giudice, adito dalla vittima che abbia rifiutato l'offerta, la ritiene manifestamente insufficiente, condanna l'assicuratore a versare all'ONIAM una penale sino al

15 per cento dell'indennità liquidata, oltre al risarcimento dovuto alla vittima. Analogamente, ai sensi dell'articolo L. 1142-15, in caso di silenzio o di rifiuto dell'assicuratore di formulare l'offerta, l'ONIAM si sostituisce ad esso, indennizza la vittima e, surrogatosi nei suoi diritti, recupera dal responsabile o dal suo assicuratore le somme versate, i costi dell'expertise e una penale sino al 15 per cento dell'indennità. Il costo dei consulenti tecnici, dunque, grava in via definitiva sul debitore ogniqualvolta la responsabilità sia riconosciuta, mentre resta a carico della solidarietà nazionale nei soli casi di rigetto o di aléa terapeutico.

In Inghilterra, NHS Resolution (già NHS Litigation Authority) gestisce in forma accentrata, per conto delle strutture del National Health Service e mediante schemi di contribuzione obbligatoria degli enti aderenti (Clinical Negligence Scheme for Trusts), le pretese risarcitorie per responsabilità clinica. La strategia dichiarata dell'ente — *keeping patients and staff out of court* — privilegia sistematicamente la definizione precoce dei sinistri, il ricorso alla mediazione e alle forme di risoluzione alternativa, la trasparenza verso il danneggiato e l'apprendimento organizzativo dagli eventi avversi; la larghissima maggioranza delle pretese è definita senza che si giunga ad un giudizio contenzioso.

Anche in questo caso l'allocazione dei costi merita attenzione. La presentazione della pretesa a NHS Resolution, secondo il pre-action protocol, non comporta alcun costo di introduzione per il danneggiato: l'intero apparato è finanziato dai contributi obbligatori delle strutture aderenti agli schemi, sicché il costo di gestione del sinistro grava, in via mediata, sulla parte debitrice. Nel servizio di mediazione dei sinistri (claims mediation service), affidato da NHS Resolution a fornitori indipendenti convenzionati, le regole di schema prevedono che il compenso del mediatore e le relative spese siano ripartiti in parti eguali fra le parti, salvo che siano posti integralmente a carico di NHS Resolution quando la responsabilità sia stata ammessa, in tutto o in parte, ovvero quando il danneggiato non sia assistito da un difensore; in ogni caso, il compenso del mediatore e le spese legali delle parti costituiscono, salvo diverso accordo, *costs in the case*, cioè seguono la soccombenza. Poiché nel sistema inglese vige la regola della ripetibilità delle spese dalla parte soccombente, i costi dei consulenti medico-legali di parte attrice — che nel modello inglese istruiscono la pretesa sin dalla fase stragiudiziale — sono recuperati dal danneggiato vittorioso a carico di NHS Resolution insieme alle spese legali. In sintesi: in entrambi i modelli la parte debitrice, ove la pretesa risulti fondata, sopporta in via definitiva tanto i costi della procedura quanto quelli della consulenza tecnica, mentre la vittima accede alla procedura senza alcun onere di introduzione.

2. Le criticità emerse nell'esperienza francese e inglese e gli accorgimenti adottati per non replicarle.

La trasposizione di un modello straniero è utile solo se accompagnata dalla consapevolezza dei suoi difetti. Gli avvocati delle parti danneggiate hanno formulato, in Francia e in Inghilterra, critiche precise e documentate, che la presente proposta ha assunto come altrettanti vincoli di progettazione.

Nel sistema francese, le critiche si appuntano anzitutto sulla *non vincolatività dell'avis* della CCI nei confronti dell'ONIAM: la giurisprudenza del Conseil d'État (10 ottobre 2007) e della Cour de cassation (Civ. 1re, 6 maggio 2010 e 4 maggio 2012) ha stabilito che il parere della commissione non vincola l'Ufficio, il quale si è così arrogato il potere di riesaminare i dossier — in via unilaterale, segreta e non contraddittoria, pur sedendo esso stesso in commissione — e di discostarsi da pareri favorevoli alla vittima, sino a rifiutare l'indennizzo raccomandato. In secondo luogo, si critica il *référentiel indemnitaire* dell'ONIAM: una tabella costruita non sui precedenti giurisprudenziali ma sugli importi delle transazioni concluse dallo stesso Ufficio, spesso con vittime prive di assistenza legale, con l'effetto di consolidare valori sistematicamente inferiori a quelli liquidati dai giudici civili e amministrativi. In terzo luogo, la *soglia di gravità* di accesso (atteinte permanente non inferiore al 24 per cento, o criteri alternativi parimenti severi) esclude dalla procedura amichevole la grande maggioranza delle vittime. In quarto luogo, l'expertise disposta dalla CCI è stata talora dichiarata *inopponibile* nel successivo giudizio alla parte che non vi aveva formalmente partecipato, costringendo la vittima, dopo mesi di procedura amichevole fallita, a ricominciare da capo con una nuova consulenza giudiziale. In quinto luogo, la gratuità della procedura si è rivelata in parte illusoria: la vittima non assistita da un avvocato e da un medico di parte — i cui onorari restano a suo carico e non sono rimborsati — si presenta in condizioni di grave asimmetria dinanzi ad assicuratori e all'Ufficio strutturalmente attrezzati. Infine, il rapporto della Cour des comptes del febbraio 2017 ha censurato gravi disfunzioni gestionali dell'ONIAM — ritardi nei pagamenti, tassi elevati di mancato seguito dei pareri favorevoli, carenze organizzative — concludendo che il dispositivo amichevole non risultava più vantaggioso, per la vittima, del contenzioso ordinario.

Nel sistema inglese, la critica ricorrente degli avvocati dei danneggiati (in particolare di Action against Medical Accidents e della Society of Clinical Injury Lawyers) investe la persistenza di una cultura del *deny and defend*: pretese fondate vengono negate e difese troppo a lungo prima di essere transatte — è stato documentato che oltre l'80 per cento delle cause di responsabilità clinica iscritte a ruolo in Inghilterra nel 2019/20 si è chiuso in favore del danneggiato — con la conseguenza che le occasioni di definizione precoce vengono sistematicamente mancate e i costi legali lievitano senza necessità. Si critica inoltre il ricorso tattico e tardivo alla mediazione, proposta quando le posizioni si sono già irrigidite e i costi sono maturati; l'introduzione di regimi di spese fisse recuperabili (fixed recoverable costs) per le pretese di minor valore, percepita come una compressione dell'accesso alla giustizia che riduce, insieme, l'incentivo dell'ente ad apprendere dagli errori; e la progressiva erosione del patrocinio a spese dello Stato in materia di responsabilità clinica, che ha spostato sul danneggiato il rischio economico dell'istruzione della pretesa.

La presente proposta tiene conto di ciascuna di tali criticità con altrettante scelte normative: (a) la relazione del collegio di consulenti nominato dall'AGENAS è resa all'esito di un procedimento pienamente contraddittorio, cui partecipano tutte le parti e le rispettive imprese di

assicurazione, e il parere dell'Agenzia sulla proposta del mediatore è motivato e comunicato alle parti, sicché relazione e parere sono acquisiti al successivo giudizio e liberamente valutati dal giudice, senza che possa mai porsi una questione di inopponibilità e senza che alcun soggetto pubblico possa riesaminarli in via unilaterale e segreta; (b) la quantificazione del danno avviene secondo i criteri di cui agli articoli 138 e 139 del codice delle assicurazioni private, richiamati dall'articolo 7, comma 4, della legge n. 24 del 2017, cioè secondo i medesimi parametri tabellari applicati dal giudice, e non secondo un referenziale interno dell'Agenzia o dell'organismo di mediazione suscettibile di consolidare prassi liquidative al ribasso; (c) non è prevista alcuna soglia di gravità: la procedura è accessibile a ogni danneggiato, quale che sia l'entità del danno lamentato; (d) l'asimmetria che ha viziato il modello francese — la vittima sola dinanzi ad assicuratori e uffici strutturalmente attrezzati — è superata alla radice: il danneggiato propone la domanda, a pena di inammissibilità, con l'assistenza di un proprio avvocato e di un proprio consulente medico, e tali spese di assistenza, che restano a suo carico quando la pretesa risulti infondata, sono poste a carico della parte debitrice, nella misura determinata secondo i parametri professionali, quando la vertenza si chiuda con conciliazione o con accettazione dell'offerta, secondo la logica inglese della ripetibilità; l'obbligo di assistenza tecnica, oltre a garantire la parità delle armi, opera come primo filtro contro le iniziative temerarie, poiché nessun difensore e nessun consulente serio asseconderà una pretesa manifestamente infondata sapendo che il relativo costo resterà a carico del proprio assistito; (e) i costi del collegio consulenziale, anticipati dall'AGENAS, sono rimborsati dalla parte debitrice quando la responsabilità sia riconosciuta, sul modello dell'articolo L. 1142-14 del code de la santé publique, sicché il sistema non premia la resistenza; quando invece il parere escluda la responsabilità, essi restano definitivamente a carico dell'AGENAS — che vi fa fronte con la quota dei recuperi dell'Unità centrale di cui all'articolo 9, senza mai gravare sulla vittima incolpevole della fase conciliativa — salva la facoltà del giudice di porli a carico del danneggiato che, nonostante il parere negativo, abbia egualmente promosso il giudizio di merito vedendosi respingere la domanda; (f) contro la cultura del diniego pregiudiziale e del ricorso tattico alla lite, opera il nuovo apparato di conseguenze processuali di cui all'articolo 5 della proposta, che rende economicamente e personalmente rischioso, per la parte debitrice, tanto il rifiuto di offrire quanto il rifiuto ingiustificato di una proposta congrua formulata dal danneggiato, secondo la logica della Part 36 delle Civil Procedure Rules inglesi; (g) all'erosione del patrocinio a spese dello Stato che in Inghilterra ha lasciato prive di assistenza quasi tutte le vittime di negligenza clinica, la proposta risponde muovendo in direzione opposta: il sesto pilastro estende il patrocinio, in deroga ai limiti di reddito, alle vittime di danno grave in età perinatale, secondo quanto illustrato al paragrafo 8.

3. Il primo pilastro: il presidio pubblico dell'istruttoria tecnica nella mediazione. Le funzioni dell'AGENAS e l'Elenco nazionale dei consulenti specializzati (articoli 2, 3 e 4).

Gli articoli 2, 3 e 4 non istituiscono un nuovo organismo pubblico di conciliazione, ma innestano una funzione pubblica di garanzia tecnica nel procedimento di mediazione che

l'articolo 8, comma 2, della legge n. 24 del 2017 già prevede, in alternativa alla consulenza tecnica preventiva, quale condizione di procedibilità della domanda risarcitoria. La scelta risponde a una valutazione realistica. Gli organismi di mediazione iscritti nel registro tenuto dal Ministero della giustizia ai sensi dell'articolo 16 del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, costituiscono una rete già operante, capillarmente diffusa sul territorio nazionale, sottoposta a vigilanza pubblica e dotata di regolamenti di procedura, di mediatori formati e di una disciplina — quella del decreto legislativo n. 28 del 2010, come riformato dal decreto legislativo 10 ottobre 2022, n. 149 — che già assicura la riservatezza del procedimento, l'efficacia esecutiva dell'accordo, la facoltà del mediatore di formulare una proposta di conciliazione e un apparato di conseguenze processuali per la parte che la rifiuti. Istituire accanto ad essa un organismo nuovo avrebbe comportato tempi di avvio, costi di struttura e il rischio di una duplicazione di sedi conciliative, e avrebbe riproposto, sul versante organizzativo, le disfunzioni gestionali che il rapporto della Cour des comptes ha censurato nell'ONIAM. Ciò che manca alla mediazione in materia sanitaria non è la sede, ma l'attendibilità tecnica: nella prassi il mediatore — che di regola non dispone di competenze medico-legali — sceglie l'eventuale esperto, ai sensi dell'articolo 8, comma 7, del decreto legislativo n. 28 del 2010, tra gli iscritti agli albi dei consulenti presso i tribunali senza alcuna garanzia di specializzazione, con compensi rimessi al regolamento dell'organismo e posti a carico delle parti, e con una relazione producibile in giudizio soltanto se le parti vi consentano; ne deriva che le strutture e le imprese di assicurazione non riconoscono alla mediazione alcuna capacità di anticipare l'esito del giudizio e la trattano come un adempimento formale, preferendo attendere la consulenza tecnica preventiva.

La proposta interviene esattamente su questo punto, attribuendo all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) tre funzioni, da esercitare in condizioni di indipendenza, imparzialità e terzietà, in tutti i procedimenti di mediazione — comunque instaurati — aventi ad oggetto controversie di responsabilità sanitaria. In primo luogo, gli organismi di mediazione hanno l'obbligo di notificare all'AGENAS, a mezzo di piattaforma telematica, l'avvio di ogni procedimento in materia: la notifica assicura che nessuna controversia sanitaria sia trattata al di fuori del presidio pubblico e consente, in uno, la raccolta sistematica dei dati sugli eventi avversi. In secondo luogo, all'AGENAS compete in via esclusiva la scelta e la nomina dei consulenti tecnici: instaurato il contraddittorio, il mediatore non può avvalersi di esperti diversi da quelli nominati dall'Agenzia, la quale designa — secondo criteri di rotazione e di trasparenza, tra gli iscritti nell'Elenco nazionale di cui all'articolo 3 — un collegio composto, in conformità all'articolo 15 della legge n. 24 del 2017, da un medico legale e da uno o più specialisti nella disciplina attinente al caso, ne formula i quesiti e ne liquida i compensi. In terzo luogo, l'AGENAS esprime un parere motivato sulla proposta di conciliazione che il mediatore, ove l'accordo non sia raggiunto, formuli all'esito della procedura ai sensi dell'articolo 11 del decreto legislativo n. 28 del 2010: il parere ne verifica la congruità rispetto alle risultanze della relazione del collegio e ai criteri legali di liquidazione del danno, e conferisce alla proposta l'autorevolezza di un giudizio tecnico pubblico, senza sostituire l'Agenzia al mediatore nella

conduzione della procedura né alle parti nella decisione. La scelta dell'AGENAS non è casuale: presso l'Agenzia opera già, ai sensi dell'articolo 3 della legge n. 24 del 2017, l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, sicché l'attribuzione di tali funzioni consente di valorizzare un patrimonio informativo e tecnico esistente e di chiudere il circuito virtuoso fra composizione dei sinistri, monitoraggio del rischio clinico e prevenzione degli eventi avversi, secondo la logica di apprendimento organizzativo propria del modello di NHS Resolution.

Il procedimento così integrato conserva i tratti che hanno fatto la forza del modello francese e ne corregge i difetti. È gratuito per il danneggiato quanto ai costi dell'istruttoria tecnica, che sono anticipati dall'AGENAS e non sono mai ripetibili nei suoi confronti; per l'indennità di mediazione resta ferma la disciplina del decreto legislativo n. 28 del 2010, con la previsione che essa gravi sulla parte debitrice quando la vertenza si chiuda con la conciliazione. Deve concludersi entro il termine di sei mesi che l'articolo 6 del decreto legislativo n. 28 del 2010 già assegna alla mediazione — in simmetria con quello previsto dall'articolo 8, comma 3, della legge n. 24 del 2017 per la consulenza tecnica preventiva — sospeso per il solo tempo occorrente al parere dell'Agenzia. A differenza del modello francese, l'accesso non è subordinato ad alcuna soglia di gravità del danno; a differenza della prassi francese, però, il danneggiato non accede da solo: la domanda di mediazione è proposta, a pena di inammissibilità, con l'assistenza di un avvocato e di un consulente medico di sua fiducia. La previsione assolve una duplice funzione. Sul piano della tutela, garantisce che la vittima partecipi all'istruttoria tecnica e alla negoziazione ad armi pari con controparti professionalmente organizzate, evitando la deriva — censurata in Francia — delle transazioni concluse con vittime non assistite e sistematicamente sottostimate. Sul piano deflattivo, costituisce il primo e più efficace filtro contro le iniziative temerarie: il vaglio preventivo di un difensore e di un consulente medico di parte, i cui onorari restano a carico del danneggiato ove la pretesa risulti infondata e divengono ripetibili solo in caso di esito favorevole, scoraggia in radice la proposizione di domande manifestamente prive di fondamento, che oggi intasano la fase conciliativa e i ruoli di merito.

La legittimazione passiva nel procedimento di mediazione è modellata sul regime della responsabilità disegnato dall'articolo 7 della legge n. 24 del 2017. Il danneggiato può convenire la struttura sanitaria o sociosanitaria, che risponde a titolo contrattuale delle condotte degli esercenti di cui si avvale, ovvero l'esercente la professione sanitaria con il quale abbia concluso direttamente il contratto d'opera professionale; non può invece convenire direttamente, nella sede conciliativa, l'esercente che abbia operato all'interno della struttura senza un proprio rapporto contrattuale con il paziente e della cui condotta la struttura risponde ai sensi dell'articolo 7, comma 1, della medesima legge. La scelta risponde a una duplice ragione. Sul piano sistematico, evita che la procedura conciliativa divenga la sede di un'azione extracontrattuale diretta contro il singolo professionista — soggetta a un regime probatorio e prescrizionale deteriore per il danneggiato e, per ciò stesso, di scarsa utilità pratica — e

concentra la conciliazione sul soggetto che la legge ha voluto quale centro di imputazione della responsabilità e dell'obbligo assicurativo. Sul piano dell'effettività, rimuove alla radice il fattore di ostruzione descritto al paragrafo 5: il sanitario che non è convenuto non ha ragione di contrastare la conciliazione.

La regola conosce un'eccezione, che ne costituisce al tempo stesso il completamento. Quando la condotta del sanitario presenti i caratteri della colpa grave, l'esclusione del professionista dalla procedura si tradurrebbe in un mero rinvio dell'accertamento alla successiva sede di rivalsa, con duplicazione di consulenze e con il rischio di esiti contrastanti. La proposta prevede pertanto che l'AGENAS, con l'atto di nomina, formuli in ogni caso al collegio, accanto ai quesiti sulla responsabilità e sul danno, uno specifico quesito sulla configurabilità della colpa grave degli esercenti coinvolti, e che i consulenti, ove ravvisino tale possibilità nel corso delle operazioni e prima del deposito della relazione, sospendano le operazioni e ne informino il mediatore e l'AGENAS; il mediatore ha l'obbligo — non la facoltà — di estendere il procedimento all'esercente cui la colpa grave è contestabile e all'impresa presso la quale questi ha stipulato la polizza obbligatoria per colpa grave di cui all'articolo 10, comma 3, della legge n. 24 del 2017. L'esercente e il suo assicuratore partecipano così all'accertamento tecnico nel pieno contraddittorio, con facoltà di ottenere la rinnovazione delle operazioni cui non hanno potuto assistere, e la relazione si pronuncia espressamente sul quesito. Ne deriva un accertamento unitario, reso in un'unica sede e nel contraddittorio di tutti gli interessati, che governa tanto il rapporto fra danneggiato e struttura quanto quello, interno, fra struttura e sanitario. A tutela del professionista si stabilisce infine che, nell'eventuale autonomo procedimento di rivalsa, di regresso o di responsabilità amministrativa promosso nei suoi confronti, la relazione del collegio possa essere da lui prodotta e utilizzata anche quando egli non abbia partecipato al procedimento e anche quando — e soprattutto quando — i consulenti abbiano escluso la colpa grave: l'accertamento tecnico terzo che scagiona il sanitario non può restare confinato nella sede conciliativa, ma deve poter essere speso a sua difesa, mentre non può essere utilizzato in suo pregiudizio ove egli non sia stato parte, in coerenza con l'articolo 9, commi 3 e 7, della medesima legge.

Elemento qualificante del sistema è l'Elenco nazionale dei consulenti specializzati in responsabilità sanitaria, tenuto dall'AGENAS. Vi possono essere iscritti soltanto i professionisti che, oltre a essere iscritti negli albi dei consulenti tecnici d'ufficio di cui all'articolo 15 della legge n. 24 del 2017, dimostrino una esperienza giudiziaria effettiva e recente, attestata dall'avere ottenuto un numero minimo di incarichi di consulenza tecnica d'ufficio in procedimenti di responsabilità sanitaria nell'ultimo triennio. Il requisito — mutuato dalla logica selettiva dell'elenco nazionale francese degli esperti in incidenti medici — assicura che la valutazione tecnica affidata al collegio nominato dall'AGENAS abbia la medesima attendibilità di quella che le parti otterrebbero in sede giudiziaria, e che la relazione resa costituisca, per ciò stesso, una credibile anticipazione dell'esito del giudizio: è questa

attendibilità, e non la coazione, a rendere razionale per tutte le parti la composizione conciliativa.

L'indipendenza dei consulenti è presidiata con criteri realistici. La proposta non esclude dall'Elenco i professionisti che svolgano incarichi fiduciari per imprese di assicurazione: una preclusione siffatta priverebbe l'AGENAS di gran parte degli specialisti più esperti — nel mercato italiano della consulenza medico-legale l'attività fiduciaria per le compagnie è diffusa proprio fra i professionisti di maggiore esperienza giudiziaria — e riprodurrebbe la scarsità di esperti che ha afflitto il sistema francese. La garanzia è collocata, più efficacemente, al livello del singolo incarico, mediante una tipizzazione espressa delle cause di incompatibilità. Non possono essere designati, e sono comunque tenuti ad astenersi a pena di decadenza dall'incarico: i componenti in servizio dei comitati di valutazione sinistri delle aziende sanitarie pubbliche; coloro che nel biennio antecedente hanno avuto rapporti economici di qualsiasi natura con una delle parti del procedimento, ivi comprese le imprese di assicurazione che vi partecipano; coloro che, nel medesimo biennio, hanno avuto rapporti economici con una azienda o struttura sanitaria, pubblica o privata, avente sede nella medesima provincia in cui ha sede la struttura convenuta. Quest'ultima previsione, di portata territoriale, muove dalla constatazione che nei bacini provinciali la contiguità professionale fra il consulente e l'ambiente sanitario locale — incarichi presso strutture concorrenti o collegate, rapporti di collaborazione con i medesimi professionisti, appartenenza alle stesse reti cliniche — costituisce un fattore di condizionamento non meno insidioso del rapporto diretto con la parte, e non sarebbe intercettata da una clausola limitata ai soli soggetti coinvolti nel procedimento; la ricusazione ne diviene lo strumento di verifica, ma la regola opera ex ante e in via oggettiva, senza che occorra dimostrare in concreto una parzialità. Il consulente designato dichiara, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 445 del 2000 e a pena di decadenza dall'incarico, l'insussistenza delle cause di incompatibilità, indicando i rapporti economici intrattenuti nel biennio; la dichiarazione è comunicata alle parti, che possono proporre ricusazione, e la sua falsità o incompletezza comporta la cancellazione dall'Elenco. Resta assoluta, in ragione della natura del ruolo, l'esclusione dei componenti in servizio dei comitati di valutazione sinistri — o di analoghi organismi di gestione e liquidazione dei sinistri — istituiti presso le aziende sanitarie pubbliche e le altre aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale: chi siede nell'organo che, per conto della parte debitrice pubblica, istruisce e delibera sulle pretese risarcitorie, specie nei regimi di autoritenzione del rischio, non può contemporaneamente rivestire il ruolo di perito terzo nella sede conciliativa chiamata a valutare pretese della medesima natura; la sopravvenuta assunzione dell'incarico comporta la sospensione dall'Elenco per tutta la sua durata. Sul versante economico, il compenso dei consulenti è parametrato, per espressa previsione, nella medesima misura e secondo i medesimi criteri stabiliti per i consulenti tecnici d'ufficio nominati dal tribunale dagli articoli 49 e seguenti del testo unico delle spese di giustizia e dalle relative tabelle, con divieto di determinazioni al ribasso: la parità di trattamento economico rispetto alla sede giudiziaria garantisce che gli stessi professionisti che servono i tribunali siano disponibili ad accettare gli

incarichi conferiti dall'AGENAS, e scongiura la scarsità di esperti qualificati che ha afflitto il sistema francese, nel quale la remunerazione inadeguata delle expertises ha progressivamente impoverito gli elenchi e allungato i tempi delle procedure.

All'esito dell'istruttoria, il collegio deposita una relazione motivata sulla sussistenza della responsabilità e sulla quantificazione del danno secondo i criteri di cui agli articoli 138 e 139 del codice delle assicurazioni private, richiamati dall'articolo 7, comma 4, della legge n. 24 del 2017, con espresso divieto, per il collegio, per il mediatore e per l'Agenzia, di adottare referenziali o tabelle diversi. Ricalcando il congegno francese, l'impresa di assicurazione e la struttura sono tenute, in caso di relazione favorevole al danneggiato, a formulare offerta entro novanta giorni ovvero a comunicare in forma scritta e motivata le ragioni del diniego; l'inerzia o il diniego immotivato rilevano ai fini delle sanzioni già previste dall'articolo 8, comma 4, della legge n. 24 del 2017, della segnalazione all'IVASS e della valutazione della responsabilità aggravata ex articolo 96 del codice di procedura civile nel successivo giudizio. Ove l'accordo non sia raggiunto, il mediatore può formulare, sulla base della relazione, la proposta di conciliazione prevista dall'articolo 11 del decreto legislativo n. 28 del 2010 e la trasmette all'AGENAS, che entro trenta giorni esprime un parere motivato sulla sua congruità, indicando, ove la ritenga incongrua, la misura corretta; il mediatore può conformare la proposta al parere, e la proposta definitiva è comunicata alle parti unitamente al parere, dalla cui comunicazione decorre il termine per l'accettazione. Il parere non vincola le parti né il giudice, ma qualifica la proposta: quella assistita da parere favorevole costituisce il parametro delle conseguenze processuali di cui all'articolo 5 della proposta e concorre con il regime delle spese già previsto dall'articolo 13 del decreto legislativo n. 28 del 2010. L'accordo di conciliazione costituisce titolo esecutivo ai sensi dell'articolo 12 del medesimo decreto.

Il regime di efficacia della relazione e del parere è completato da una previsione diretta a rendere effettiva, e non puramente formale, la partecipazione delle aziende sanitarie, degli esercenti e delle imprese di assicurazione al procedimento. Il rischio, altrimenti, è speculare a quello che affligge l'attuale fase conciliativa: la parte debitrice che investa seriamente nel procedimento — partecipando all'istruttoria, sostenendo il contraddittorio tecnico, formulando offerta — vedrebbe vanificato ogni sforzo ove una parte creditrice, regolarmente invitata, scegliesse di disertare la procedura per neutralizzarne l'esito e riservarsi un accertamento tecnico ex novo in sede giudiziale. Per scongiurare tale condotta opportunistica, la proposta stabilisce che la relazione del collegio e il parere dell'AGENAS sono utilizzabili e opponibili anche nei confronti della parte creditrice che, regolarmente invitata al procedimento con comunicazione contenente l'espresso avvertimento di tale conseguenza, non vi abbia preso parte senza giustificato motivo. La regola — simmetrica, sul versante creditorio, alle sanzioni che l'articolo 8, comma 4, della legge n. 24 del 2017 già commina alle parti resistenti che non partecipano — garantisce alla parte debitrice che la propria leale partecipazione produca comunque un risultato tecnico spendibile nel successivo giudizio, e rimuove così l'ultimo disincentivo alla presenza attiva di strutture e sanitari nel procedimento di mediazione; al

contempo, la subordinazione dell'effetto al rituale invito, al previo avvertimento e all'assenza di giustificato motivo preserva pienamente il diritto di difesa del creditore, il quale è posto in condizione di partecipare e consapevolmente avvertito delle conseguenze della diserzione. A tal fine, in deroga alla regola generale dell'articolo 8, comma 7, del decreto legislativo n. 28 del 2010, che subordina al consenso delle parti la producibilità in giudizio della relazione dell'esperto, la relazione del collegio e il parere dell'AGENAS sono sempre acquisiti al giudizio, fermo restando il regime di riservatezza delle dichiarazioni rese e delle informazioni acquisite nel corso della mediazione.

Il regime dei costi dell'istruttoria tecnica è costruito su un circuito chiuso, che non grava mai sulla vittima incolpevole della fase conciliativa e non premia la resistenza del debitore. I costi del collegio sono sempre anticipati dall'AGENAS, a valere su un apposito fondo alimentato dal contributo delle imprese di assicurazione e delle strutture in regime di autoritenzione del rischio. Quando la responsabilità è riconosciuta e la vertenza si chiude con conciliazione o con accettazione dell'offerta, la parte debitrice li rimborsa all'AGENAS, sul modello dell'articolo L. 1142-14 del code de la santé publique, e sopporta altresì le spese di assistenza legale e medico-legale del danneggiato, nella misura determinata secondo i parametri professionali, e l'indennità di mediazione. Quando invece il parere esclude la responsabilità, i costi del collegio restano definitivamente a carico dell'AGENAS: la relativa provvista non proviene dalla fiscalità generale, bensì — ed è questo il raccordo sistematico con il quinto pilastro — da una quota delle somme che l'Unità centrale per il recupero delle prestazioni sociali e sanitarie, istituita dall'articolo 9, recupera annualmente dai responsabili e dai loro assicuratori: sono dunque gli stessi autori degli illeciti sanitari a finanziare, in via mediata, l'accertamento tecnico gratuito anche dei casi in cui la responsabilità non sussiste. A chiusura del sistema, e a presidio contro le liti temerarie, se il danneggiato, nonostante il parere che abbia escluso la responsabilità, promuove egualmente il giudizio di merito e la sua domanda è rigettata, il giudice può porre a suo carico, con la sentenza, il rimborso all'AGENAS dei costi del collegio: chi ha ricevuto gratuitamente un accertamento tecnico qualificato di segno negativo, e ha scelto di non tenerne conto, risponde del costo che ha reso inutile.

4. Il secondo pilastro: le conseguenze processuali, a carico della parte debitrice, del rifiuto ingiustificato della proposta conciliativa formulata dalla parte creditrice o dal mediatore con il parere favorevole dell'AGENAS (articolo 5).

Gli strumenti sanzionatori vigenti colpiscono la sola mancata partecipazione alla fase conciliativa, ma non governano l'esito delle proposte che in quella fase vengono formulate. La presente proposta introduce, sul modello della *Part 36* delle Civil Procedure Rules inglesi — che, sul versante dell'offerta del danneggiato (claimant's offer), commina al convenuto che l'abbia rifiutata, ove la sentenza si riveli per l'attore almeno altrettanto vantaggiosa, conseguenze aggravate in punto di interessi, di spese e di somme aggiuntive — un meccanismo di responsabilizzazione della parte debitrice che rifiuti, senza giustificato motivo, una proposta

conciliativa formulata dalla parte creditrice. Se il danneggiato formula, nell'ambito o all'esito dei procedimenti conciliativi, una proposta seria e quantificata, e la struttura sanitaria, l'esercente o l'impresa di assicurazione la rifiutano per poi essere condannati in giudizio al pagamento di una somma non inferiore a quella proposta, il rifiuto si rivela, con giudizio ex post ancorato a un parametro oggettivo, la causa esclusiva della prosecuzione di un processo inutile, che ha costretto la vittima ad anni di attesa per conseguire ciò che le era stato offerto di riconoscerle sin dall'inizio: di quel processo la parte debitrice deve allora sopportare le conseguenze, mediante condanna ai sensi dell'articolo 96, terzo comma, del codice di procedura civile, ferma restando la regola sulle spese già dettata dall'articolo 91, primo comma, secondo periodo, del medesimo codice.

La sanzione non è rimessa alla determinazione puramente equitativa del giudice, che l'esperienza applicativa dell'articolo 96, terzo comma, del codice di procedura civile ha mostrato produrre liquidazioni erratiche, spesso simboliche e perciò prive di reale efficacia deterrente. La proposta adotta un criterio di commisurazione temporale entro una forbice edittale espressa in denaro: la condanna è determinata in misura giornaliera — non inferiore a euro 20 e non superiore a euro 60 — per ogni giorno trascorso dalla scadenza del termine di novanta giorni dalla comunicazione della proposta sino all'effettivo pagamento del risarcimento, con il limite complessivo dell'importo liquidato in sentenza e con aggiornamento biennale all'indice ISTAT, secondo la tecnica già sperimentata dall'articolo 139 del codice delle assicurazioni private. Le cifre non sono arbitrarie: esse corrispondono all'applicazione di un'aliquota giornaliera compresa fra lo 0,2 e lo 0,5 per mille al liquidato medio per sinistro di responsabilità sanitaria, che le più recenti rilevazioni di mercato (XV Report MedMal Italia di Marsh, 2025, su un campione di ottantasette strutture nel periodo 2013-2023) collocano intorno a euro 114.000, con un costo medio complessivo per pratica prossimo a euro 128.000. Su tale base, la forbice equivale a un aggravio annuo compreso, in cifra tonda, fra euro 7.300 e euro 21.900 — ossia fra il 6 e il 19 per cento circa del risarcimento medio — e, per un giudizio di merito di durata triennale, fra euro 21.900 e euro 65.700: misura che supera sensibilmente il beneficio finanziario che il debitore trae dal differimento del pagamento e che, per ciò stesso, rende non conveniente il rifiuto. La scelta di una somma fissa, anziché di una percentuale, garantisce che la sanzione operi con la medesima incisività nei sinistri di minore valore — nei quali una percentuale produrrebbe importi irrisori e privi di deterrenza — mentre il limite dell'importo liquidato ne assicura la proporzionalità nei casi di durata anomala; nei sinistri di maggior valore la deterrenza è affidata al concorso della condanna con la regola sulle spese e con la responsabilità erariale. Il termine di novanta giorni coincide con quello che l'articolo 4, comma 4, della proposta assegna all'impresa e alla struttura per formulare l'offerta all'esito della relazione del collegio, e con il termine ordinario di riscontro delle richieste risarcitorie nella prassi assicurativa: la parte debitrice dispone dunque di uno spazio congruo per esaminare la proposta, decorso il quale il silenzio equivale a rifiuto. Il parametro giornaliero traduce in termini esatti la ratio della misura: ogni giorno di ritardo oltre quel termine è un giorno di processo inutile imposto alla vittima e un giorno di beneficio finanziario che il debitore trae dal

differimento del pagamento; la sanzione cresce con il ritardo, decorre sino al pagamento e non sino alla sola pronuncia — così da scoraggiare anche le resistenze in fase esecutiva — e consente alla parte debitrice di calcolare ex ante, al momento della ricezione della proposta, il costo atteso di ogni giorno di rifiuto ingiustificato: è questa calcolabilità, più della severità, a orientare i comportamenti. All'interno della forbice, la determinazione della misura giornaliera è affidata a criteri legali tipizzati: anzitutto il rapporto tra l'importo liquidato e quello della proposta rifiutata, poiché quanto più la sentenza supera la proposta, tanto più il rifiuto si rivela ingiustificato e vantaggiosa sarebbe stata per lo stesso debitore l'accettazione; quindi la condotta complessiva tenuta nei procedimenti conciliativi e nel giudizio, con specifico rilievo della reiterazione del rifiuto in più sedi conciliative, della mancanza di motivazione del diniego e della formulazione soltanto tardiva di offerte, quando ormai i costi della lite erano maturati — condotta, quest'ultima, che riproduce esattamente il ricorso tattico e tardivo alla composizione censurato nell'esperienza inglese; infine la gravità delle condizioni di salute del danneggiato e la natura del pregiudizio, poiché costringere al processo chi versa in condizioni di particolare vulnerabilità aggrava il disvalore del rifiuto.

La medesima disciplina si applica quando la proposta rifiutata sia stata formulata dal mediatore ai sensi dell'articolo 11 del decreto legislativo n. 28 del 2010, abbia ricevuto il parere favorevole dell'AGENAS ai sensi dell'articolo 4, comma 3, della proposta e sia stata accettata dal danneggiato. In tal caso il rifiuto non frustra soltanto l'aspettativa della vittima, ma vanifica l'investimento pubblico nell'istruttoria tecnica e nel parere: il giudice condanna pertanto la parte debitrice al pagamento di una somma di eguale ammontare anche in favore dell'AGENAS, secondo la logica della penale che l'articolo L. 1142-14 del code de la santé publique commina in favore dell'ONIAM. Le somme così riscosse concorrono al finanziamento delle funzioni dell'Agenzia ai sensi dell'articolo 2, comma 4, chiudendo il circuito per cui è la resistenza ingiustificata del debitore, e non la fiscalità generale, a sostenere il costo del sistema conciliativo. Resta fermo, per la proposta del mediatore, il regime delle spese di cui all'articolo 13 del decreto legislativo n. 28 del 2010, con il quale la nuova disposizione concorre.

Il congegno è costruito con i necessari contrappesi. La condanna presuppone che il rifiuto sia privo di giustificato motivo, sicché resta impregiudicata la posizione del debitore che abbia rifiutato sulla base di un ragionevole dissenso tecnico, di elementi sopravvenuti o della necessità di accertamenti ulteriori; il parametro di congruità non è l'astratta contestazione, ma il confronto oggettivo fra la somma proposta dal creditore e quella liquidata in sentenza; e la misura si salda con gli obblighi di offerta già gravanti sul debitore ai sensi dell'articolo 4, comma 4, della presente proposta, completando un sistema che rende conveniente, per la parte resistente, esaminare nel merito e per tempo ogni proposta congrua, e per il danneggiato formulare proposte serie e realistiche sin dalla fase conciliativa: la proposta sopravvalutata, infatti, non produce alcun effetto sanzionatorio, poiché la condanna consegue soltanto ove il giudizio ne confermi integralmente la congruità.

La disposizione assume poi uno specifico rilievo quando la parte debitrice sia un'amministrazione pubblica o un ente pubblico: si pensi alle aziende sanitarie locali, alle aziende ospedaliere, agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico e, in generale, alle strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale, tanto più ove operino in regime di autoritenzione del rischio mediante le analoghe misure di cui all'articolo 10, comma 1, della legge n. 24 del 2017, sicché il risarcimento grava direttamente sui loro bilanci. In tali casi, il rifiuto ingiustificato di una proposta congrua del danneggiato, seguito da una condanna per un importo non inferiore a quello proposto, si traduce in un aggravio di spese legali, di interessi e di sanzioni processuali che grava sulla finanza pubblica: un danno erariale potenziale, imputabile alla scelta di chi, per l'ente, ha respinto la proposta. La norma prevede pertanto che, in caso di condanna ex articolo 96 di una parte debitrice pubblica, il giudice disponga la trasmissione degli atti alla procura regionale della Corte dei conti competente per territorio, ai fini della valutazione della responsabilità amministrativo-contabile dei soggetti cui il rifiuto sia imputabile. La prospettiva del vaglio contabile costituisce, per i direttori generali, i responsabili degli uffici legali e sinistri e i comitati di valutazione delle strutture pubbliche, un incentivo potente ad esaminare nel merito le proposte conciliative ricevute, anziché respingerle per inerzia burocratica o per prassi difensiva, e capovolge la distorsione oggi ricorrente per cui la scelta di transigere espone il funzionario al timore del giudizio contabile mentre la resistenza passiva, ancorché più costosa per l'erario, appare la condotta amministrativamente più sicura: con la disposizione in esame è il diniego immotivato, non la conciliazione congrua, a costituire fonte di possibile responsabilità erariale.

5. Il terzo pilastro: l'esclusione dell'azione anticipata di regresso nei confronti dell'esercente la professione sanitaria, l'equiparazione delle azioni di rivalsa e di regresso e il correlativo obbligo assicurativo (articolo 6).

Uno dei più insidiosi fattori di ostruzione della conciliazione è interno alla parte resistente: l'esercente la professione sanitaria, esposto ad azioni di rivalsa, di regresso o di responsabilità amministrativa promosse — o anche solo minacciate — dalla struttura o dall'impresa in via anticipata rispetto al pagamento del risarcimento, ha un interesse oggettivo a negare ogni addebito e a contrastare qualunque ipotesi transattiva, poiché percepisce l'accordo conciliativo come implicito accertamento della propria colpa e come presupposto della successiva aggressione patrimoniale nei suoi confronti. Ne deriva una singolare eterogenesi dei fini: il professionista, che la legge n. 24 del 2017 ha inteso proteggere dalla medicina difensiva, diviene il primo oppositore della conciliazione che la medesima legge vorrebbe promuovere.

L'articolo 9 della legge n. 24 del 2017 già dispone che l'azione di rivalsa possa essere esercitata solo a seguito di avvenuto pagamento e nei limiti temporali ivi previsti; la prassi conosce tuttavia iniziative anticipate, in forma di domande di regresso o di manleva proposte nel medesimo giudizio risarcitorio o in via cautelare, che vanificano la garanzia. L'articolo 6 della presente proposta introduce nell'articolo 9 un comma 1-bis che esclude espressamente, in

pendenza dei procedimenti conciliativi e del giudizio risarcitorio, e comunque prima dell'avvenuto pagamento, l'esercizio nei confronti dell'esercente di qualsiasi azione di rivalsa, di regresso o di manleva, anche in via anticipata o cautelare, sanzionandone la violazione con l'improcedibilità rilevabile d'ufficio. Si prevede inoltre che l'adesione dell'esercente alla conciliazione, la sua partecipazione al procedimento e le dichiarazioni ivi rese non costituiscano riconoscimento di responsabilità e non siano utilizzabili nei successivi giudizi di rivalsa o di responsabilità amministrativa, in coerenza con la garanzia già apprestata dall'articolo 9, comma 3, della medesima legge, secondo cui la decisione pronunciata nel giudizio promosso contro la struttura o contro l'impresa di assicurazione non fa stato nel giudizio di rivalsa se l'esercente non ne è stato parte. Liberato dal timore dell'aggressione anticipata, il sanitario non ha più ragione di ostacolare la definizione bonaria del sinistro.

Il medesimo articolo 6 chiarisce, inoltre, un punto che la prassi applicativa della legge n. 24 del 2017 ha reso incerto, con effetti pregiudizievoli tanto per il sanitario quanto per la conciliazione. La pluralità di denominazioni sotto le quali la struttura o il suo assicuratore possono agire nei confronti dell'esercente — rivalsa, regresso ai sensi dell'articolo 2055 del codice civile, surrogazione ai sensi dell'articolo 1916 del codice civile, responsabilità amministrativa dinanzi alla Corte dei conti — ha alimentato la tesi che la disciplina garantistica dell'articolo 9 (limitazione ai casi di dolo e colpa grave, esercizio solo dopo l'avvenuto pagamento, termine di decadenza, limite quantitativo) e la copertura assicurativa obbligatoria dell'articolo 10, comma 3, riguardino la sola azione formalmente qualificata come rivalsa, sicché la medesima pretesa, diversamente denominata, potrebbe sfuggire all'una e all'altra. Il nuovo comma 1-ter dell'articolo 9 equipara espressamente, quanto a presupposti, condizioni, termini e limiti, tutte le azioni di recupero, comunque denominate, esercitabili nei confronti dell'esercente la professione sanitaria che operi a qualunque titolo — in regime di dipendenza o di collaborazione — presso una struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata; e ne trae la conseguenza necessaria sul piano assicurativo, modificando l'articolo 10, comma 3, nel senso che la polizza obbligatoria per colpa grave, che l'esercente stipula con oneri a proprio carico, deve coprire indistintamente la rivalsa, il regresso, la surrogazione e la responsabilità amministrativa, con nullità delle clausole che limitino la garanzia ad alcune soltanto di tali azioni. L'equiparazione ha un riflesso diretto sulla procedura conciliativa: è l'impresa che presta tale copertura ad essere chiamata a partecipare al procedimento di mediazione quando il collegio nominato dall'AGENAS ravvisi la possibilità di una colpa grave, ai sensi dell'articolo 4, comma 3-bis, sicché la conciliazione può definire, in un'unica sede, l'intero assetto dei rapporti fra danneggiato, struttura, sanitario e rispettivi assicuratori.

6. Il quarto pilastro: l'udienza di verifica della consulenza tecnica preventiva e la mediazione demandata (articolo 7).

Nella prassi applicativa dell'articolo 696-bis del codice di procedura civile, il deposito della relazione peritale segna troppo spesso la fine, anziché il culmine, della fase conciliativa: il

consulente esperisce un tentativo di conciliazione meramente rituale e il procedimento si chiude senza che il giudice — il quale pure dispone, a quel punto, di un accertamento tecnico completo — eserciti alcun ruolo propulsivo. L'articolo 7 introduce nell'articolo 8 della legge n. 24 del 2017 un comma 2-bis che valorizza il momento successivo al deposito della relazione: il giudice fissa apposita udienza, nella quale, verificata la regolarità formale e sostanziale della consulenza, la completezza delle risposte ai quesiti e l'osservanza del contraddittorio tecnico, ove il tentativo di conciliazione non sia riuscito può, con ordinanza motivata, demandare le parti alla mediazione ai sensi dell'articolo 5-quater del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28.

La misura persegue un duplice risultato. Sul piano della qualità dell'accertamento, l'udienza di verifica consente di depurare subito la consulenza da vizi e lacune — che oggi emergono soltanto nel giudizio di merito, imponendo rinnovazioni e supplementi che dilatano i tempi — e conferisce alla relazione una stabilità che ne accresce il valore di anticipazione dell'esito della lite. Sul piano conciliativo, la mediazione demandata dal giudice all'esito di una consulenza verificata e stabilizzata si svolge nelle condizioni ideali: le parti negoziano su una base tecnica ormai consolidata, con la consapevolezza che il successivo giudizio ne recepirà verosimilmente le conclusioni, e sotto l'ombrello degli incentivi e delle sanzioni propri del sistema della mediazione, cui si aggiungono le conseguenze processuali del rifiuto ingiustificato delle proposte conciliative previste dal nuovo comma 5 dell'articolo 8 della legge n. 24 del 2017, introdotto dall'articolo 5 della presente proposta. Anche nella mediazione demandata operano le funzioni attribuite all'AGENAS dagli articoli 2 e 4 della proposta: l'organismo di mediazione ne notifica l'avvio all'Agenzia e la proposta del mediatore è sottoposta al suo parere, mentre la nomina di un nuovo collegio è di regola esclusa, essendo acquisita al procedimento la consulenza già verificata dal giudice, salvo che l'Agenzia, su richiesta motivata del mediatore, ne disponga l'integrazione.

7. Il quinto pilastro: l'Unità centrale di recupero delle prestazioni, sul modello della Compensation Recovery Unit (articolo 9).

Da ultimo, la proposta affronta un ostacolo alla conciliazione tanto concreto quanto trascurato: l'incertezza sul costo pubblico del sinistro. Il medesimo evento lesivo genera, accanto al credito risarcitorio del danneggiato, una pluralità di crediti restitutori di enti pubblici — la surroga dell'assicuratore sociale ex articolo 1916 del codice civile, il regresso e la surroga dell'INAIL, l'azione dell'INPS per le prestazioni erogate, la ripetizione dei costi delle prestazioni sanitarie — che vengono azionati in tempi, sedi e forme diverse e imprevedibili. L'impresa di assicurazione che intenda transigere non è in grado di conoscere l'esposizione complessiva e teme di pagare due volte; il danneggiato che abbia transatto teme la decurtazione successiva del proprio ristoro; e la giurisprudenza in materia di cumulo e di defalco (a partire da Cass., Sez. Un., nn. 12564-12567 del 2018) ha reso ineludibile un coordinamento che oggi manca del tutto.

In Inghilterra, il sistema è completato dalla Compensation Recovery Unit (CRU), istituita in seno al Department for Work and Pensions ai sensi del Social Security (Recovery of Benefits)

Act 1997 e delle disposizioni in materia di recupero dei costi sanitari: chi è tenuto al risarcimento deve richiedere, prima del pagamento, un certificato unico delle prestazioni recuperabili (benefici previdenziali e assistenziali erogati alla vittima e costi delle cure sostenuti dal servizio sanitario in conseguenza del fatto lesivo); il pagamento delle somme certificate a un'unica unità centrale ha effetto liberatorio verso tutti gli enti pubblici creditori. Il compensatore conosce così, in via preventiva e con certezza, il costo pubblico complessivo del sinistro, e la vittima è sottratta al rischio di azioni di surroga tardive che ne decurtino il ristoro.

L'articolo 9 istituisce, sul modello della Compensation Recovery Unit britannica, l'Unità centrale per il recupero delle prestazioni sociali e sanitarie, quale sportello unico dei crediti restitutori pubblici nascenti da responsabilità sanitaria. Il soggetto tenuto al risarcimento deve richiedere all'Unità, prima del pagamento o della sottoscrizione dell'accordo, il certificato unico delle prestazioni recuperabili, che l'Unità rilascia entro trenta giorni previa interlocuzione telematica con INPS, INAIL e con le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale; il pagamento all'Unità delle somme certificate ha effetto liberatorio verso tutti gli enti creditori, che provvedono poi al riparto interno; il decorso del termine senza rilascio del certificato, o l'omessa indicazione di una prestazione, preclude ogni successiva azione di surroga, di regresso o di ripetizione per le somme non certificate. Il compensatore conosce così ex ante, e con effetto tombale, il costo pubblico complessivo della definizione; il danneggiato riceve un ristoro non più esposto a decurtazioni postume; gli enti pubblici recuperano in via amministrativa, tempestiva e senza costi di lite, crediti che oggi disperdono in contenziosi frammentari. L'Unità svolge, inoltre, una funzione di finanziamento interna al sistema: una quota delle somme annualmente recuperate è destinata, oltre che alla copertura dei costi di funzionamento dell'Unità medesima, all'AGENAS, per fare fronte ai costi dei collegi consulenziali che restano definitivamente a suo carico nei procedimenti di mediazione conclusi con relazione di esclusione della responsabilità. Il quinto pilastro alimenta così il primo: i recuperi conseguiti nei confronti dei responsabili degli illeciti sanitari finanziano la gratuità dell'accertamento tecnico per tutte le vittime, comprese quelle la cui pretesa risulti infondata, senza oneri per la fiscalità generale.

8. Il sesto pilastro: l'accesso alla giustizia delle vittime di danno alla nascita. L'ammissione al patrocinio a spese dello Stato in deroga ai limiti di reddito (articolo 8).

L'esperienza inglese offre, in materia di accesso alla giustizia, una lezione tanto istruttiva quanto ammonitrice. Quando il Legal Aid, Sentencing and Punishment of Offenders Act 2012 (LASPO), in vigore dall'aprile 2013, ha operato il più drastico taglio del patrocinio pubblico della storia recente europea, espellendo dal suo perimetro la generalità delle controversie di negligenza clinica, il legislatore britannico ha nondimeno giudicato irrinunciabile la conservazione di una sola categoria, disciplinata dal paragraph 23 della Part 1, Schedule 1 («*Clinical negligence and severely disabled infants*»): le prestazioni legali civili relative a domande risarcitorie per negligenza clinica che abbia causato una lesione neurologica in

conseguenza della quale la vittima è gravemente disabile, a condizione che la negligenza si sia verificata mentre la vittima era nel grembo materno ovvero durante o dopo la nascita ma entro le otto settimane successive — con la precisazione, a tutela dei nati pretermine, che per i nati prima della trentasettesima settimana di gravidanza il termine di otto settimane decorre dal primo giorno di quella che sarebbe stata tale settimana — e che le prestazioni siano rese alla vittima o, in caso di decesso, al suo rappresentante. La ratio della conservazione è trasparente: le controversie da danno alla nascita presentano le istruttorie causali più costose dell'intero contenzioso sanitario, hanno ad oggetto danni permanenti destinati ad accompagnare l'intera esistenza della vittima, e riguardano il soggetto strutturalmente più vulnerabile e incapace di autotutela che l'ordinamento conosca. Persino il legislatore che tagliava tutto il resto ha riconosciuto che qui il patrocinio pubblico non poteva essere sacrificato.

Gli avvocati dei danneggiati inglesi non censurano l'esistenza della previsione, ma la sua angustia: la limitazione alle sole lesioni neurologiche e il rigido termine delle otto settimane escludono vittime di menomazioni perinatali gravissime ma di diversa natura o di manifestazione appena successiva, con esiti percepiti come arbitrari. La trasposizione italiana che la presente proposta opera assume dunque dal modello inglese la categoria — il danno grave in età perinatale come ipotesi privilegiata di accesso al patrocinio pubblico — e ne corregge, in coerenza con il metodo seguito nell'intero articolato, i difetti applicativi censurati.

Sul versante interno, l'istituto del patrocinio a spese dello Stato di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 2002, n. 115, presenta un'architettura speculare a quella inglese: perimetro universale per materia, ma rigoroso test reddituale, con limite oggi fissato in euro 13.659,64 di reddito imponibile annuo dal decreto ministeriale 22 aprile 2025. Il punto di frizione, per il danno alla nascita, è l'articolo 76, comma 2, del medesimo testo unico: poiché rileva la somma dei redditi di tutti i componenti del nucleo familiare convivente, il neonato gravemente menomato — per definizione convivente con i genitori — vede computato il reddito dell'intero nucleo, sicché è sufficiente una famiglia monoreddito appena sopra la soglia, o bireddito modesta, per escludere dal beneficio proprio la vittima paradigmatica; né l'eccezione del solo reddito personale di cui al comma 4 copre con certezza l'azione risarcitoria del minore promossa dai genitori quali rappresentanti legali. Il sistema italiano conosce peraltro già la tecnica normativa idonea a rimuovere l'ostacolo: il comma 4-ter dello stesso articolo 76 ammette al patrocinio, in deroga ai limiti di reddito, le vittime di determinati reati di particolare allarme, in ragione della sola appartenenza alla categoria protetta.

L'articolo 8 della proposta combina la categoria inglese con la tecnica italiana, introducendo nell'articolo 76 un comma 4-quinquies che ammette al patrocinio, in deroga ai limiti di reddito, la persona che abbia subìto, per effetto di condotte sanitarie colpose verificatesi durante la gestazione, durante il parto ovvero nel periodo neonatale, una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica dalla quale derivi una condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo. Rispetto al modello, la trasposizione opera cinque adattamenti consapevoli:

(a) la nozione indeterminata di grave disabilità è sostituita dal rinvio alla condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, come sostituito dal decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62 (che, all'articolo 4, ha espunto dall'ordinamento la precedente formula della «connotazione di gravità»), categoria già presidiata da una procedura di verifica esistente e familiare alle famiglie interessate; (b) è eliminata la limitazione alle sole lesioni neurologiche, censurata in Inghilterra, sicché rilevano tutte le menomazioni permanenti gravi di origine perinatale; (c) il rigido termine delle otto settimane è sostituito dal riferimento al periodo neonatale, nozione medico-legale che incorpora naturalmente la correzione per l'età gestazionale dei nati pretermine, secondo la medesima logica cui il legislatore inglese ha dovuto provvedere con apposita disposizione; (d) il beneficio è espressamente esteso ai procedimenti conciliativi di cui all'articolo 8 della legge n. 24 del 2017 — nei quali, per effetto della presente proposta, l'assistenza di un avvocato e di un consulente medico costituisce condizione di ammissibilità della domanda di mediazione — con anticipazione erariale anche dell'onorario del consulente medico di parte; (e) in caso di decesso della vittima, il beneficio spetta agli eredi per l'azione iure hereditatis, in parallelo alla previsione inglese sul rappresentante del defunto, mentre per gli altri danneggiati dal medesimo evento opera la regola residuale del computo del solo reddito personale. Il raccordo con il restante articolato contiene, infine, l'impatto sulla finanza pubblica: quando la conciliazione riesce, le spese di assistenza gravano sulla parte debitrice ai sensi dell'articolo 4, comma 8, e nulla resta in via definitiva a carico dell'erario; quando il giudizio si conclude con la vittoria del danneggiato ammesso, lo Stato recupera dalla parte soccombente ai sensi dell'articolo 133 del testo unico; il patrocinio opera dunque come garanzia di ultima istanza, destinata ad attivarsi definitivamente nei soli casi di pretesa infondata, che l'obbligo di assistenza tecnica e la relazione del collegio nominato dall'AGENAS già concorrono a filtrare.

9. Conclusioni.

Le sei misure descritte formano un sistema: l'innesto dell'AGENAS nella mediazione — quale autorità pubblica che nomina i consulenti tecnici e si pronuncia sulla proposta del mediatore — offre, senza creare nuovi apparati, un presidio pubblico, gratuito e tecnicamente attendibile della conciliazione, depurato — grazie agli accorgimenti mutuati dall'esame critico dei modelli stranieri — dai difetti che ne hanno indebolito gli archetipi francese e inglese; l'elenco dei consulenti selezionati sulla base dell'esperienza giudiziaria effettiva ne garantisce l'autorevolezza; le conseguenze processuali, a carico della parte debitrice, del rifiuto ingiustificato delle proposte conciliative del danneggiato, con il corredo della responsabilità erariale per le strutture pubbliche debitrici, rendono economicamente e personalmente irrazionale tanto la resistenza ostruzionistica quanto il diniego per inerzia; l'esclusione dell'azione anticipata di regresso rimuove l'opposizione interna dell'esercente; l'udienza di verifica e la mediazione demandata restituiscono al giudice un ruolo propulsivo nel momento in cui l'accertamento tecnico è compiuto; l'Unità centrale di recupero dà certezza al costo

complessivo del sinistro e protegge l'integrità del risarcimento; l'ammissione al patrocinio a spese dello Stato in deroga ai limiti di reddito garantisce che la tutela giurisdizionale delle vittime più fragili — i bambini gravemente menomati alla nascita — non dipenda dal censo del nucleo familiare. È il complesso di questi incentivi, e non alcuno di essi isolatamente considerato, che può restituire effettività alla finalità deflattiva della legge n. 24 del 2017, nell'interesse convergente delle vittime, degli esercenti le professioni sanitarie e della finanza pubblica.

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

(Finalità)

1. La presente legge, in attuazione degli articoli 3, 24, 32 e 97 della Costituzione, detta disposizioni dirette a favorire la composizione conciliativa delle controversie in materia di responsabilità sanitaria, a ridurre la durata e i costi del relativo contenzioso e a garantire l'effettività e l'integrità del risarcimento dovuto al danneggiato, integrando e modificando la legge 8 marzo 2017, n. 24.

Art. 2.

(Funzioni dell'AGENAS nei procedimenti di mediazione in materia di responsabilità sanitaria)

1. Nei procedimenti di mediazione aventi ad oggetto controversie di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria, comunque instaurati, che si svolgono dinanzi agli organismi di mediazione iscritti nel registro tenuto dal Ministero della giustizia ai sensi dell'articolo 16 del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), operando in condizioni di indipendenza, imparzialità e terzietà, esercita le seguenti funzioni:

a) la scelta e la nomina dei consulenti tecnici incaricati dell'istruttoria tecnica, ai sensi dell'articolo 4, comma 2;

b) il parere sulla proposta di conciliazione formulata dal mediatore all'esito del procedimento, ai sensi dell'articolo 4, comma 3;

c) la tenuta dell'Elenco nazionale dei consulenti specializzati in responsabilità sanitaria di cui all'articolo 3.

2. Gli organismi di mediazione di cui al comma 1 notificano all'AGENAS, a mezzo della piattaforma telematica di cui al comma 5 ed entro cinque giorni dal deposito, l'avvio di ogni procedimento di mediazione avente ad oggetto le controversie di cui al medesimo comma, trasmettendo copia della domanda di mediazione. L'omessa o tardiva notifica è segnalata

dall'AGENAS al Ministero della giustizia ai fini dell'esercizio dei poteri di vigilanza di cui all'articolo 16 del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28. Nei procedimenti di cui al comma 1 il mediatore non può avvalersi di esperti diversi dai consulenti nominati dall'AGENAS ai sensi dell'articolo 4, comma 2; non si applica l'articolo 8, comma 7, primo e secondo periodo, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28.

3. Per l'esercizio delle funzioni di cui al comma 1 è istituita presso l'AGENAS un'apposita struttura, che opera in raccordo con l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità di cui all'articolo 3 della legge 8 marzo 2017, n. 24, al quale trasmette annualmente, in forma anonima e aggregata, i dati relativi ai procedimenti notificati, alle tipologie di eventi avversi riscontrate e agli esiti conciliativi, ai fini del monitoraggio del rischio clinico e della prevenzione. Il parere di cui al comma 1, lettera b), è reso da un comitato composto da un medico specializzato in medicina legale e da un esperto giuridico, entrambi di comprovata esperienza in materia di responsabilità sanitaria, designati dal direttore generale dell'AGENAS; ai componenti del comitato si applicano le cause di incompatibilità di cui all'articolo 3, comma 2-bis, lettere a) e b), con riferimento alle parti del procedimento e alle imprese di assicurazione che vi partecipano.

4. Agli oneri derivanti dall'esercizio delle funzioni di cui al comma 1, ivi compresa l'anticipazione dei costi dei collegi di consulenti di cui all'articolo 4, comma 2, si provvede mediante un apposito fondo istituito presso l'AGENAS, alimentato da un contributo annuale posto a carico delle imprese di assicurazione autorizzate all'esercizio dei rami di responsabilità civile sanitaria e delle strutture che abbiano assunto misure analoghe ai sensi dell'articolo 10, comma 1, della legge 8 marzo 2017, n. 24, determinato con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, in misura proporzionale ai premi raccolti ovvero agli accantonamenti effettuati, nonché dai rimborsi di cui all'articolo 4, comma 6, dalle somme attribuite all'AGENAS ai sensi dell'articolo 8, comma 5, della legge 8 marzo 2017, n. 24, introdotto dall'articolo 5 della presente legge, e dalla quota delle somme recuperate dall'Unità centrale per il recupero delle prestazioni sociali e sanitarie di cui all'articolo 11, comma 1, della presente legge.

5. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro della giustizia, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti le modalità organizzative della struttura di cui al comma 3, le caratteristiche della piattaforma telematica per la notifica di cui al comma 2 e per le comunicazioni fra gli organismi di mediazione e l'AGENAS, i criteri di rotazione e di trasparenza per la nomina dei consulenti e le modalità di comunicazione alle parti degli atti dell'AGENAS.

Art. 3.

(Elenco nazionale dei consulenti specializzati in responsabilità sanitaria)

1. Presso l'AGENAS è istituito l'Elenco nazionale dei consulenti specializzati in responsabilità sanitaria, di seguito denominato «Elenco», al quale possono essere iscritti, a domanda, i medici legali e gli specialisti che documentino il possesso congiunto dei seguenti requisiti:

a) iscrizione negli albi dei consulenti tecnici d'ufficio di cui all'articolo 15 della legge 8 marzo 2017, n. 24, come integrati ai sensi del medesimo articolo;

b) avere ottenuto, nel triennio antecedente alla domanda di iscrizione, un numero di incarichi di consulenza tecnica d'ufficio in procedimenti civili o penali in materia di responsabilità sanitaria non inferiore a cinque, attestato dai capi degli uffici giudiziari conferenti ovvero risultante dalle annotazioni di cui all'articolo 23, secondo comma, delle disposizioni per l'attuazione del codice di procedura civile, di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, e dall'elenco nazionale dei consulenti tecnici di cui all'articolo 24-bis delle medesime disposizioni;

c) assolvimento degli obblighi di formazione e aggiornamento continuo in materia medico-legale e di responsabilità sanitaria;

d) assenza di rapporti di lavoro subordinato con imprese di assicurazione operanti nei rami di responsabilità civile sanitaria, dichiarata ai sensi degli articoli 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445. Lo svolgimento di incarichi fiduciari, di consulenza o di perizia per imprese di assicurazione non preclude l'iscrizione nell'Elenco, fermo restando quanto previsto dal comma 2-bis;

e) non rivestire, in costanza di incarico, la qualità di componente di comitati di valutazione sinistri o di altri organismi comunque denominati di gestione e liquidazione dei sinistri istituiti presso le aziende sanitarie pubbliche e presso le altre aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale. I componenti in servizio di tali comitati e organismi non possono in alcun caso essere nominati consulenti dall'AGENAS; la sopravvenuta assunzione dell'incarico è comunicata senza ritardo all'AGENAS e comporta la sospensione dall'Elenco per tutta la sua durata.

2. L'Elenco è aggiornato con cadenza triennale. La permanenza dell'iscrizione è subordinata alla verifica del mantenimento dei requisiti di cui al comma 1. Gli incarichi sono conferiti dall'AGENAS secondo criteri predeterminati di rotazione, trasparenza e competenza specialistica, con obbligo di dichiarazione di assenza di conflitti di interessi per ciascun incarico.

2-bis. Non possono essere designati quali consulenti nel singolo procedimento e, ove designati, sono tenuti ad astenersi, a pena di decadenza dall'incarico:

a) i componenti in servizio dei comitati di valutazione sinistri, o di altri organismi comunque denominati di gestione e liquidazione dei sinistri, istituiti presso le aziende

sanitarie pubbliche e presso le altre aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale, di cui al comma 1, lettera e);

b) coloro che, nel biennio antecedente alla designazione, hanno avuto rapporti economici di qualsiasi natura, ivi compresi rapporti di lavoro subordinato o autonomo, incarichi fiduciari, di consulenza o di perizia, con una delle parti del procedimento, comprese le imprese di assicurazione che vi partecipano;

c) coloro che, nel medesimo biennio, hanno avuto rapporti economici di qualsiasi natura, come individuati alla lettera b), con una azienda o struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, avente sede nella medesima provincia in cui ha sede la struttura sanitaria o sociosanitaria nei cui confronti è proposta la domanda di mediazione.

2-ter. Il consulente nominato dall'AGENAS dichiara, ai sensi degli articoli 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, prima dell'inizio delle operazioni e a pena di decadenza dall'incarico, l'insussistenza delle cause di incompatibilità di cui al comma 2-bis, indicando i rapporti economici intrattenuti nel biennio antecedente con aziende o strutture sanitarie o sociosanitarie e con imprese di assicurazione operanti nei rami di responsabilità civile sanitaria. La dichiarazione è comunicata alle parti, per il tramite del mediatore, e le parti possono proporre istanza di ricusazione all'AGENAS entro dieci giorni dalla comunicazione; sull'istanza l'AGENAS provvede entro i successivi dieci giorni. La falsità o l'incompletezza della dichiarazione comporta la cancellazione dall'Elenco, ferme restando le ulteriori responsabilità previste dalla legge.

3. Ai consulenti iscritti all'Elenco spetta, per ciascun incarico conferito dall'AGENAS, un compenso determinato nella medesima misura e secondo i medesimi criteri previsti per i consulenti tecnici d'ufficio nominati dall'autorità giudiziaria dagli articoli 49 e seguenti del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 2002, n. 115, e dalle relative tabelle attuative, liquidato con provvedimento motivato dell'AGENAS. È vietata ogni pattuizione o determinazione del compenso in misura inferiore, anche ad opera dei regolamenti di procedura degli organismi di mediazione.

Art. 4.

(Istruttoria tecnica e proposta di conciliazione nei procedimenti di mediazione in materia di responsabilità sanitaria)

1. Nelle controversie di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria, il procedimento di mediazione di cui all'articolo 8, comma 2, della legge 8 marzo 2017, n. 24, si svolge dinanzi agli organismi di cui all'articolo 2, comma 1, secondo le disposizioni del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, integrate da quelle del presente articolo, quale che sia l'entità del danno lamentato. Il procedimento è gratuito per il danneggiato quanto ai costi dell'istruttoria

tecnica e non è subordinato ad alcuna soglia di gravità del danno. La domanda di mediazione è proposta, a pena di inammissibilità, con l'assistenza di un avvocato iscritto all'albo e di un consulente medico di fiducia del danneggiato, che lo assistono in ogni fase del procedimento e, in particolare, nelle operazioni del collegio di cui al comma 2; il mediatore verifica la sussistenza del requisito al primo incontro e, in difetto, assegna un termine non superiore a venti giorni per la regolarizzazione. Restano fermi gli effetti della domanda di mediazione sulla prescrizione e sulla decadenza previsti dall'articolo 8, comma 2, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28.

1-bis. La domanda è proposta nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria che risponde ai sensi dell'articolo 7, commi 1 e 2, della legge 8 marzo 2017, n. 24, ovvero nei confronti dell'esercente la professione sanitaria che abbia agito nell'adempimento di un'obbligazione contrattuale assunta direttamente con il paziente ai sensi dell'articolo 7, comma 3, della medesima legge. Nei casi in cui la struttura risponde delle condotte dell'esercente la professione sanitaria ai sensi dell'articolo 7, comma 1, della legge n. 24 del 2017, la domanda non può essere proposta direttamente nei confronti dell'esercente, la cui partecipazione al procedimento ha luogo esclusivamente nei casi e con le modalità previsti dal comma 3-bis. La domanda proposta in violazione del presente comma è dichiarata inammissibile dal mediatore, limitatamente alla parte nei cui confronti è proposta.

2. Instaurato il contraddittorio con la struttura sanitaria o sociosanitaria, con l'esercente la professione sanitaria eventualmente convenuto ai sensi del comma 1-bis e con le rispettive imprese di assicurazione, alle quali si applicano l'obbligo di partecipazione e le sanzioni di cui all'articolo 8, comma 4, della legge 8 marzo 2017, n. 24, il mediatore ne dà comunicazione all'AGENAS, che entro quindici giorni nomina, scegliendoli tra gli iscritti all'Elenco di cui all'articolo 3 secondo criteri di rotazione, trasparenza e competenza specialistica, i componenti di un collegio composto da un medico specializzato in medicina legale e da uno o più specialisti nella disciplina che abbia specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento, e formula i quesiti ai sensi del comma 3-bis. Il mediatore invita altresì a partecipare al procedimento ogni altra parte creditrice nota, compresi gli ulteriori danneggiati e aventi diritto e gli enti titolari di diritti di surroga, di regresso o di rivalsa in relazione al medesimo evento; l'invito è comunicato con mezzo idoneo ad attestarne la ricezione e contiene l'espresso avvertimento delle conseguenze della mancata partecipazione previste dal comma 5. I costi del collegio sono anticipati dall'AGENAS a valere sul fondo di cui all'articolo 2, comma 4, e non sono in alcun caso ripetibili nei confronti del danneggiato. Quando la mediazione è demandata dal giudice ai sensi dell'articolo 8, comma 2-bis, della legge 8 marzo 2017, n. 24, introdotto dall'articolo 7 della presente legge, ovvero quando sul medesimo evento è già stata espletata consulenza tecnica preventiva ai sensi dell'articolo 696-bis del codice di procedura civile, la nomina del collegio è omessa e la relazione del consulente d'ufficio è acquisita al procedimento; l'AGENAS può nominare il collegio, su richiesta motivata del mediatore, soltanto per l'integrazione delle indagini.

3. Il collegio redige, nel termine assegnato dall'AGENAS, non superiore a novanta giorni e prorogabile una sola volta per gravi motivi, una relazione nel rispetto del contraddittorio tecnico delle parti, contenente la valutazione motivata sulla sussistenza della responsabilità e sulla quantificazione del danno secondo i criteri di cui all'articolo 7, comma 4, della legge 8 marzo 2017, n. 24. Quando l'accordo non è raggiunto e il mediatore formula la proposta di conciliazione ai sensi dell'articolo 11 del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, la proposta è formulata sulla base delle risultanze della relazione ed è trasmessa all'AGENAS, che entro trenta giorni esprime parere motivato sulla sua congruità rispetto alle risultanze della relazione e ai criteri di cui al primo periodo, indicando, in caso di parere non favorevole, la misura ritenuta congrua. Ricevuto il parere, il mediatore può modificare la proposta conformandola al parere; la proposta definitiva è comunicata alle parti unitamente al parere e dalla comunicazione decorre il termine di cui all'articolo 11, comma 2, del medesimo decreto legislativo. Il termine di durata del procedimento di mediazione di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, è sospeso per il tempo occorrente al parere. È fatto divieto al collegio, al mediatore e all'AGENAS di adottare referenziali o tabelle di liquidazione diversi dai criteri di cui al primo periodo.

3-bis. Con l'atto di nomina l'AGENAS formula in ogni caso al collegio, oltre ai quesiti relativi alla sussistenza della responsabilità e alla quantificazione del danno, lo specifico quesito se nella condotta degli esercenti la professione sanitaria coinvolti nell'evento siano ravvisabili elementi idonei a configurare la colpa grave ai sensi dell'articolo 9 della legge 8 marzo 2017, n. 24. Se, nel corso delle operazioni e prima del deposito della relazione, il collegio ravvisa la possibilità che sia configurabile la colpa grave di uno o più esercenti la professione sanitaria che non siano già parti del procedimento, sospende le operazioni e ne dà immediata comunicazione motivata al mediatore e all'AGENAS. Il mediatore, entro quindici giorni dalla comunicazione, estende obbligatoriamente il procedimento all'esercente la professione sanitaria al quale la colpa grave è contestabile e all'impresa di assicurazione con la quale questi ha stipulato la polizza di cui all'articolo 10, comma 3, della legge n. 24 del 2017, invitandoli a parteciparvi con le modalità e con l'avvertimento di cui al comma 2 e assegnando loro un termine, non inferiore a trenta giorni, per costituirsi e per nominare un consulente di fiducia; all'esercente e alla sua impresa di assicurazione si applicano l'obbligo di partecipazione e le sanzioni di cui all'articolo 8, comma 4, della legge n. 24 del 2017. Decorso il termine, le operazioni riprendono; l'esercente e la sua impresa di assicurazione hanno diritto di partecipare alle operazioni successive e di ottenere, a richiesta, la rinnovazione di quelle già compiute alle quali non hanno potuto partecipare. Il termine assegnato al collegio ai sensi del comma 3 e il termine di durata del procedimento di mediazione di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, sono prorogati di novanta giorni. Nella relazione il collegio si pronuncia espressamente sul quesito relativo alla colpa grave.

3-ter. Nel procedimento di rivalsa, di regresso o di responsabilità amministrativa promosso, ai sensi dell'articolo 9 della legge 8 marzo 2017, n. 24, dalla struttura sanitaria o sociosanitaria,

dall'impresa di assicurazione ovvero dal pubblico ministero presso la Corte dei conti nei confronti dell'esercente la professione sanitaria, la relazione del collegio di cui al comma 3 può essere prodotta e utilizzata dall'esercente, anche se questi non è stato parte del procedimento di mediazione e anche quando il collegio ha escluso la configurabilità della colpa grave, ed è liberamente valutata dal giudice. La relazione non può essere utilizzata in pregiudizio dell'esercente che non sia stato parte del procedimento. Restano ferme le disposizioni dell'articolo 9, commi 3 e 7, della legge n. 24 del 2017 e la garanzia di cui al comma 1-bis, ultimo periodo, del medesimo articolo 9, introdotto dall'articolo 6 della presente legge.

4. In caso di relazione del collegio che riconosca, in tutto o in parte, la fondatezza della pretesa, l'impresa di assicurazione e, nei casi di cui all'articolo 10, comma 1, secondo periodo, della legge 8 marzo 2017, n. 24, la struttura formulano al danneggiato un'offerta di risarcimento entro novanta giorni dalla comunicazione della relazione, ovvero comunicano entro lo stesso termine, in forma scritta, i motivi specifici del diniego. L'omessa formulazione dell'offerta e il diniego immotivato o manifestamente incongruo sono segnalati all'IVASS e sono valutati dal giudice nel successivo giudizio ai fini di cui agli articoli 91 e 96, terzo comma, del codice di procedura civile.

5. L'accordo di conciliazione sottoscritto dalle parti e dagli avvocati costituisce titolo esecutivo ai sensi dell'articolo 12 del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28. In caso di mancata conciliazione, la domanda giudiziale deve essere proposta, a pena di improcedibilità, entro novanta giorni dal deposito del verbale conclusivo della mediazione presso la segreteria dell'organismo ai sensi dell'articolo 11, comma 4, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28; la relazione del collegio e il parere dell'AGENAS, resi nel contraddittorio di tutte le parti, sono acquisiti al giudizio anche in deroga all'articolo 8, comma 7, terzo periodo, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, sono liberamente valutati dal giudice e sono opponibili alle parti che hanno partecipato al procedimento; resta fermo, per le dichiarazioni rese e le informazioni acquisite nel corso del procedimento di mediazione, quanto previsto dagli articoli 9 e 10 del medesimo decreto legislativo. Essi sono altresì utilizzabili e opponibili nei confronti della parte creditrice che, regolarmente invitata ai sensi del comma 2 con l'avvertimento ivi previsto, non abbia preso parte al procedimento senza giustificato motivo; la mancata partecipazione è inoltre valutata dal giudice ai sensi degli articoli 91 e 96 del codice di procedura civile.

6. Quando la relazione del collegio riconosce, in tutto o in parte, la fondatezza della pretesa e il procedimento si conclude con la conciliazione ovvero con l'accettazione dell'offerta di cui al comma 4, l'impresa di assicurazione o la struttura tenuta al risarcimento rimborsa all'AGENAS i costi del collegio di cui al comma 2.

7. Quando la relazione del collegio esclude la sussistenza della responsabilità, i costi del collegio restano definitivamente a carico dell'AGENAS, che vi provvede, a valere sul fondo di cui all'articolo 2, comma 4, mediante la quota delle somme recuperate dall'Unità centrale per il

recupero delle prestazioni sociali e sanitarie ad esso destinata ai sensi dell'articolo 11, comma 1, e non possono in alcun caso essere richiesti al danneggiato in sede conciliativa. Tuttavia, se il danneggiato, nonostante la relazione di cui al primo periodo, promuove il giudizio di merito e la domanda è rigettata, il giudice, con la sentenza che definisce il giudizio, può porre a carico del danneggiato medesimo il rimborso in favore dell'AGENAS dei costi del collegio, tenuto conto della condotta processuale delle parti e delle ragioni della decisione.

8. In caso di conciliazione ovvero di accettazione dell'offerta di cui al comma 4, le spese di assistenza legale e di assistenza medico-legale sostenute dal danneggiato ai sensi del comma 1, nella misura determinata secondo i parametri vigenti per le prestazioni professionali forensi e medico-legali, e l'indennità di mediazione dovuta dal danneggiato ai sensi dell'articolo 17 del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, sono poste a carico della parte tenuta al risarcimento, in aggiunta all'importo risarcitorio; l'offerta di cui al comma 4 e la proposta di cui al comma 3 ne tengono conto. Negli altri casi, dette spese restano a carico del danneggiato, salvo quanto statuito dal giudice nel successivo giudizio di merito.

Art. 5.

(Conseguenze processuali del rifiuto ingiustificato della proposta conciliativa formulata dalla parte creditrice o dal mediatore con il parere favorevole dell'AGENAS. Introduzione del comma 5 all'articolo 8 della legge 8 marzo 2017, n. 24)

1. All'articolo 8 della legge 8 marzo 2017, n. 24, dopo il comma 4 è aggiunto il seguente:

> *«5. Quando la parte creditrice ha formulato, nell'ambito o all'esito del procedimento di consulenza tecnica preventiva di cui all'articolo 696-bis del codice di procedura civile ovvero del procedimento di mediazione di cui al decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, una proposta conciliativa determinata nel suo ammontare, ovvero ha accettato la proposta di conciliazione formulata dal mediatore ai sensi dell'articolo 11 del medesimo decreto legislativo sulla quale l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali ha espresso parere favorevole, e la struttura sanitaria o sociosanitaria, l'esercente la professione sanitaria o l'impresa di assicurazione l'ha rifiutata senza giustificato motivo, il giudice, se accoglie la domanda per un importo non inferiore a quello della proposta, condanna la parte debitrice che l'ha rifiutata, anche d'ufficio, al pagamento in favore della parte creditrice, a titolo di responsabilità aggravata ai sensi dell'articolo 96, terzo comma, del codice di procedura civile, di una somma determinata in misura giornaliera, non inferiore a euro 20 e non superiore a euro 60, per ogni giorno decorso dalla scadenza del termine di novanta giorni dalla comunicazione della proposta sino alla data dell'effettivo pagamento del risarcimento, e comunque non superiore, nel suo ammontare complessivo, all'importo liquidato in sentenza. Ai fini del presente comma, il mancato riscontro alla proposta entro il termine di novanta giorni equivale a rifiuto. La misura giornaliera è determinata tenendo conto: a) del rapporto tra l'importo liquidato*

in sentenza e quello della proposta rifiutata; b) della condotta tenuta dalla parte debitrice nei procedimenti conciliativi e nel giudizio, anche con riguardo alla reiterazione del rifiuto in più sedi conciliative, alla mancata motivazione del rifiuto e all'eventuale formulazione soltanto tardiva di offerte; c) della gravità delle condizioni di salute del danneggiato e della natura del pregiudizio. Quando la proposta rifiutata è stata formulata dal mediatore con il parere favorevole dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, il giudice condanna altresì la parte debitrice al pagamento di una somma di eguale ammontare in favore dell'Agenzia medesima. Resta ferma l'applicazione dell'articolo 91, primo comma, secondo periodo, del codice di procedura civile e dell'articolo 13 del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28. Quando la parte debitrice condannata ai sensi del primo periodo è un'amministrazione pubblica o un ente pubblico, ovvero una struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, anche ove abbia assunto le analoghe misure di cui all'articolo 10, comma 1, il giudice dispone altresì, con la sentenza, la trasmissione degli atti alla procura regionale della Corte dei conti competente per territorio, ai fini della valutazione della responsabilità amministrativo-contabile dei soggetti ai quali il rifiuto della proposta è imputabile».

Art. 6.

(Esclusione dell'azione anticipata di regresso nei confronti dell'esercente la professione sanitaria, equiparazione delle azioni di rivalsa e di regresso e correlativo obbligo assicurativo. Modifiche agli articoli 9 e 10 della legge 8 marzo 2017, n. 24)

1. All'articolo 9 della legge 8 marzo 2017, n. 24, dopo il comma 1 sono inseriti i seguenti:

«1-bis. In pendenza del tentativo obbligatorio di conciliazione di cui all'articolo 8, ivi compreso il procedimento di mediazione comunque instaurato, nonché del giudizio di risarcimento promosso dal danneggiato, e in ogni caso prima dell'avvenuto pagamento del risarcimento in favore del danneggiato sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale, non può essere esercitata né proseguita nei confronti dell'esercente la professione sanitaria alcuna azione di rivalsa, di regresso, di manleva o di responsabilità amministrativa, neppure in via anticipata, incidentale o cautelare. La domanda proposta in violazione del presente comma è improcedibile e l'improcedibilità è rilevata anche d'ufficio dal giudice. L'adesione dell'esercente la professione sanitaria alla conciliazione, la sua partecipazione ai procedimenti conciliativi e le dichiarazioni dallo stesso ivi rese non costituiscono riconoscimento di responsabilità e non possono essere utilizzate nei giudizi di rivalsa, di regresso o di responsabilità amministrativa».

«1-ter. Ai fini della presente legge, le azioni di rivalsa, di regresso e di surrogazione, comunque denominate, esercitate dalla struttura sanitaria o sociosanitaria ovvero dalla relativa impresa di assicurazione nei confronti dell'esercente la professione sanitaria che operi a qualunque titolo presso la struttura, in regime di dipendenza o di

collaborazione, nonché l'azione di responsabilità amministrativa di cui al comma 5, sono soggette alla medesima disciplina quanto ai presupposti, alle condizioni, ai termini e ai limiti stabiliti dal presente articolo e possono essere esercitate soltanto nei casi di dolo o colpa grave. L'obbligo di assicurazione di cui all'articolo 10, comma 3, garantisce l'esercente la professione sanitaria indistintamente rispetto a ciascuna delle azioni di cui al primo periodo».

2. All'articolo 10, comma 3, della legge 8 marzo 2017, n. 24, dopo le parole: «di un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave» sono aggiunte, in fine, le seguenti: «, a copertura di tutte le azioni di rivalsa, di regresso, di surrogazione e di responsabilità amministrativa, comunque denominate, di cui all'articolo 9, comma 1-ter, esercitabili nei suoi confronti dalla struttura sanitaria o sociosanitaria, dalla relativa impresa di assicurazione o dal pubblico ministero presso la Corte dei conti, nonché della partecipazione dell'esercente ai procedimenti conciliativi di cui all'articolo 8. Sono nulle le clausole che limitino la garanzia ad alcune soltanto di tali azioni».

Art. 7.

(Udienza di verifica della consulenza tecnica preventiva e mediazione demandata. Modifiche all'articolo 8 della legge 8 marzo 2017, n. 24)

1. All'articolo 8 della legge 8 marzo 2017, n. 24, dopo il comma 2 è inserito il seguente:

«2-bis. Nel procedimento di consulenza tecnica preventiva di cui all'articolo 696-bis del codice di procedura civile, depositata la relazione del consulente, il giudice fissa entro trenta giorni apposita udienza di verifica. All'udienza il giudice, sentite le parti, accerta la regolarità formale e sostanziale della consulenza, la completezza delle risposte ai quesiti e l'osservanza del contraddittorio tecnico, disponendo, ove necessario, la rinnovazione o l'integrazione delle operazioni peritali. Accertata la regolarità della consulenza, ove il tentativo di conciliazione non sia riuscito, il giudice, valutate la natura della controversia, le risultanze della relazione e la condotta delle parti, può, con ordinanza motivata, demandare le parti alla mediazione ai sensi dell'articolo 5-quater del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28. Ai fini della formulazione della proposta conciliativa del mediatore, la relazione del consulente è acquisita al procedimento di mediazione».

2. Al comma 3 dell'articolo 8 della legge 8 marzo 2017, n. 24, dopo le parole: «entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso» sono inserite le seguenti: «, fermo restando quanto previsto dal comma 2-bis,».

Art. 8.

(Accesso al patrocinio a spese dello Stato per le vittime di danno alla salute in età perinatale. Modifiche all'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 2002, n. 115)

1. All'articolo 76 del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di spese di giustizia, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 2002, n. 115, dopo il comma 4-quater, introdotto dall'articolo 1, comma 1, della legge 11 gennaio 2018, n. 4, è aggiunto il seguente:

> *«4-quinquies. La persona che ha subìto, per effetto di condotte sanitarie colpose verificatesi durante la gestazione, durante il parto ovvero nel periodo neonatale, una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica dalla quale derivi una condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, può essere ammessa al patrocinio in deroga ai limiti di reddito previsti dal presente decreto, per l'azione di risarcimento del danno e per i procedimenti conciliativi di cui all'articolo 8 della legge 8 marzo 2017, n. 24; in tali procedimenti sono anticipati dall'erario, ai sensi dell'articolo 131, anche l'onorario e le spese del consulente medico di parte la cui assistenza costituisca condizione di ammissibilità della domanda di mediazione. In caso di decesso della persona danneggiata, il beneficio spetta, alle medesime condizioni, agli eredi per l'azione proposta iure hereditatis. Negli altri casi di danno derivante dai medesimi fatti, ai fini della determinazione dei limiti di reddito si tiene conto del solo reddito personale del danneggiato».*

Art. 9.

(Istituzione dell'Unità centrale per il recupero delle prestazioni sociali e sanitarie)

1. È istituita presso il Ministero della salute, d'intesa con l'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) e con l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL), l'Unità centrale per il recupero delle prestazioni sociali e sanitarie, di seguito denominata «Unità», con il compito di gestire in forma accentrata i crediti restitutori degli enti previdenziali e assistenziali, delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale derivanti da eventi di responsabilità sanitaria.

2. Il soggetto tenuto al risarcimento del danno da responsabilità sanitaria, ovvero la relativa impresa di assicurazione, prima del pagamento del risarcimento o della sottoscrizione dell'accordo conciliativo o transattivo, richiede all'Unità il rilascio del certificato unico delle prestazioni recuperabili, recante l'indicazione delle prestazioni previdenziali e assistenziali erogate o da erogare al danneggiato in conseguenza dell'evento e dei costi delle prestazioni sanitarie sostenuti dal Servizio sanitario nazionale in conseguenza del medesimo evento, per i quali gli enti eroganti vantino diritto di surroga, di regresso o di ripetizione.

3. L'Unità rilascia il certificato entro trenta giorni dalla richiesta, previa acquisizione telematica dei dati presso gli enti interessati. Il pagamento all'Unità delle somme indicate nel certificato ha effetto liberatorio nei confronti di tutti gli enti creditori, ai quali l'Unità provvede a ripartire le somme riscosse secondo modalità stabilite con il decreto di cui al comma 5.

4. Il decorso del termine di cui al comma 3 senza il rilascio del certificato, ovvero l'omessa indicazione nel certificato di una prestazione, preclude nei confronti del soggetto che ha effettuato il pagamento ogni successiva azione di surroga, di regresso o di ripetizione per le somme non certificate, anche ai sensi dell'articolo 1916 del codice civile, dell'articolo 142 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, e dell'articolo 14 della legge 12 giugno 1984, n. 222. Restano ferme le prestazioni erogate successivamente al rilascio del certificato per aggravamenti non prevedibili.

5. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabilite le modalità organizzative e di funzionamento dell'Unità, i flussi informativi con gli enti interessati, i criteri di riparto e le modalità di richiesta e di rilascio del certificato, anche mediante piattaforma telematica.

Art. 10.

(Disposizioni di coordinamento)

1. Le disposizioni degli articoli 2, 3 e 4 si applicano a tutti i procedimenti di mediazione aventi ad oggetto controversie di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria, quale che sia il titolo in base al quale sono instaurati, ivi compresi quelli promossi ai sensi dell'articolo 8, comma 2, della legge 8 marzo 2017, n. 24, quale condizione di procedibilità della domanda, quelli demandati dal giudice ai sensi dell'articolo 5-quater del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, e dell'articolo 8, comma 2-bis, della legge 8 marzo 2017, n. 24, e quelli promossi su base volontaria. Esse prevalgono sulle disposizioni del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, e dei regolamenti di procedura degli organismi di mediazione con esse incompatibili; per quanto non previsto dalla presente legge si applica il medesimo decreto legislativo.

2. Gli organismi di mediazione adeguano i propri regolamenti di procedura alle disposizioni della presente legge entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto di cui all'articolo 2, comma 5. Il Ministero della giustizia verifica l'adeguamento nell'esercizio dei poteri di cui all'articolo 16 del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28.

Art. 11.

(Disposizioni finanziarie, transitorie ed entrata in vigore)

1. Agli oneri derivanti dall'esercizio delle funzioni attribuite all'AGENAS dalla presente legge si provvede mediante il fondo di cui all'articolo 2, comma 4, alimentato dal contributo ivi

previsto, dai rimborsi di cui all'articolo 4, commi 6 e 7, nonché dalle somme attribuite all'AGENAS ai sensi dell'articolo 8, comma 5, della legge 8 marzo 2017, n. 24, introdotto dall'articolo 5. Ai costi dei collegi consulenziali che restano definitivamente a carico dell'AGENAS ai sensi dell'articolo 4, comma 7, si provvede mediante una quota, non superiore al tre per cento, delle somme annualmente recuperate dall'Unità ai sensi dell'articolo 9, trasferita all'AGENAS con le modalità stabilite dal decreto di cui all'articolo 9, comma 5. Agli oneri derivanti dall'istituzione e dal funzionamento dell'Unità si provvede nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente presso le amministrazioni interessate, nonché mediante una ulteriore quota, non superiore al due per cento, delle somme annualmente recuperate ai sensi dell'articolo 9.

2. Le disposizioni di cui agli articoli 2, 3 e 4 si applicano ai procedimenti di mediazione instaurati decorsi novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto di cui all'articolo 2, comma 5. Le disposizioni di cui agli articoli 5 e 7 si applicano ai giudizi nei quali il procedimento di consulenza tecnica preventiva ai sensi dell'articolo 696-bis del codice di procedura civile, ovvero il procedimento di mediazione sia stato instaurato successivamente alla data di entrata in vigore della presente legge. Le disposizioni di cui all'articolo 6 si applicano anche ai procedimenti pendenti alla medesima data, ad eccezione di quelle relative all'obbligo assicurativo di cui all'articolo 10, comma 3, della legge 8 marzo 2017, n. 24, come modificato dall'articolo 6, comma 2, che si applicano ai contratti di assicurazione stipulati o rinnovati successivamente alla data di entrata in vigore della presente legge; i contratti in corso sono adeguati alla prima scadenza annuale. Le disposizioni di cui all'articolo 8 si applicano alle istanze di ammissione al patrocinio presentate successivamente alla data di entrata in vigore della presente legge, anche in relazione a fatti anteriori. Le disposizioni di cui all'articolo 9 si applicano ai pagamenti e agli accordi conclusi decorsi centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto di cui all'articolo 9, comma 5.

3. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.