

Quale significato attribuire a questo rinvio? Il **legislatore** ha voluto **riportare indietro** la lancetta della **responsabilità medica** sulla **responsabilità aquiliana**?

Sul punto si sono confrontati **tre orientamenti** che analizzeremo nel paragrafo successivo.

4.1. La natura giuridica della responsabilità medica di cui all'art. 3

a) Tesi del carattere innovativo

Un **primo indirizzo giurisprudenziale** ritiene che il legislatore abbia voluto **modificare la natura giuridica** della responsabilità medica, riportandola nell'alveo del **torto aquiliano**, abbandonato dopo la svolta giurisprudenziale del 1999, con la sentenza della Cassazione n. 589.

È evidente che **l'adesione ad un modulo siffatto contribuisce a realizzare la finalità perseguita dal legislatore** (contrasto alla medicina difensiva) in quanto viene alleggerito **l'onere probatorio del medico** e viene fatto gravare sul paziente anche l'onere (non richiesto dall'art. 1218 c.c.) di offrire la dimostrazione giudiziale dell'elemento soggettivo di imputazione della responsabilità. L'adesione al modello di responsabilità ex art. 2043 c.c. ha, anche, come effetto, quello di ridurre i **tempi di prescrizione**: non più 10 anni, bensì 5.

b) Tesi del carattere parzialmente innovativo. La tesi del doppio binario

In un secondo filone si distinguono quelle voci (giurisprudenziali e dottrinali) che hanno sostanzialmente **differenziato talune posizioni**.

Così, per il **Tribunale di Torino** (26 febbraio 2013), la rilevanza applicativa dell'art. 3 primo comma e del riferimento ivi contenuto all'art. 2043 c.c. varrebbe **solo per i medici pubblici dipendenti e le strutture pubbliche**. Sarebbero perciò escluse le strutture private.

Altra tesi (CAJAZZO, MARZANO) sostiene che la **responsabilità extracontrattuale** debba operare **solo nelle ipotesi di colpa lieve** (dato che la norma recita «in tali casi»), mentre in quelle di **colpa grave o di dolo** dovrebbe permanere il più rigido regime della **responsabilità contrattuale**. Questa opinione, pur supportata dal tenore letterale della norma, è soggetta a critiche (CARBONE), in quanto farebbe dipendere il regime di responsabilità dal comportamento assunto dall'operatore sanitario, anziché dal relativo regime delle fonti (art. 1173 cod. civ.).

Altri ancora (SCOVAZZI) affermano che la norma abbia voluto, col riferimento all'art. 2043 cod. civ., semplicemente **richiamare la risarcibilità**

del solo danno patrimoniale, qualora non sia ravvisabile un **reato**: in altri termini, nei casi di assenza di rilevanza penale, dovrebbe operare l'art. 2043 cod. civ. e il risarcimento del danno patrimoniale; mentre nei casi in cui il medico fosse incorso in responsabilità penale (non avendo rispettato le linee guida e le buone pratiche accreditate, o non vertendo in colpa lieve) troverebbe applicazione l'art. 2059 cod. civ., in combinato disposto con l'art. 185 cod. pen. (con conseguente risarcimento anche del danno non patrimoniale). **In senso contrario**, si è tuttavia evidenziato (QUERCI) che l'art. 2043 cod. civ. opera in ogni caso di violazione del *neminem laedere* e che l'interpretazione di cui sopra confligge con la consolidata distinzione fra danno «evento» e danno «conseguenza».

Un'ulteriore **opinione** (CAPECCHI), facendo sul disposto dell'ultimo periodo dell'art. 3, sottolinea che la finalità della norma sarebbe piuttosto quella di **incidere sul risarcimento del danno**, consentendo di tenere conto delle circostanze del caso concreto (ed in particolare dell'osservanza delle linee guida e della colpa lieve).

Venendo alla giurisprudenza di merito, secondo il **Tribunale di Enna** (18 maggio 2013, n. 252), invece, si avrebbe un **doppio binario di responsabilità**: contrattuale per la struttura ed extracontrattuale per il medico dipendente.

Quest'ultima ricostruzione è stata condivisa da un recente e autorevole arresto giurisprudenziale del **Tribunale di Milano** (sentenza del **17 luglio 2014, n. 9693**, giudice ed estensore Gattari).

La **tesi del doppio binario** è stata fatta propria non solo da una parte della giurisprudenza di merito, ma è stata condivisa **anche da alcuni esponenti** in letteratura.

In particolare si è opinato (DE MATTEIS) che «il legislatore a) con il testuale ed esclusivo riferimento all'esercente una professione sanitaria ed alla colpa, come criterio di imputazione per la responsabilità civile, ha inteso fare capo ad un modello di responsabilità che per il medico deve ispirarsi al paradigma della responsabilità professionale, superando le partizioni della responsabilità civile (in ciò, il senso del rinvio nell'art. 3 all'art. 2043 cod. civ. sulla base di un suo stretto collegamento, supposto ma non esplicitato, con gli artt. 1176 e 2236 del codice civile); b) con l'omessa menzione delle strutture sanitarie, tra i soggetti destinatari della norma, ha diversamente inteso ribadire quel regime di responsabilità, ex art. 1218, che si è affermato per le strutture sanitarie ad opera della giurisprudenza, quale si è venuta ad oggi delineando dopo il *revirement* del 2004».

In altri termini, l'art. 3, riferendo la responsabilità ex art. 2043 cod. civ. al solo «esercente le professioni sanitarie» (e non alla struttura), andrebbe ad intaccare l'unitarietà di regime fra medico e struttura e le loro responsabilità correrebbero su binari paralleli, secondo sistemi diversi. La **responsabilità del medico (extracontrattuale)** sarebbe fondata sulla colpa e sulle regole

di responsabilità professionale (come responsabilità da *status*); mentre la **struttura** risponderebbe (**contrattualmente**) secondo **regole di responsabilità semioggettiva**, dovendo provare – per liberarsi da responsabilità – l'evento straordinario.

Pertanto l'assenza di colpa in capo al medico escluderebbe la responsabilità di quest'ultimo e quella solidale della struttura ex art. 1228 cod. civ.; ma non sarebbe, invece, di per sé, tale da esonerare da responsabilità la struttura anche a norma dell'art. 1218 cod. civ., essendo quest'ultima tenuta a dare la prova dell'evento eccezionale e straordinario, che ha cagionato il danno alla salute del paziente o l'insuccesso del relativo intervento.

c) Tesi del carattere non innovativo. La responsabilità medica resta di tipo contrattuale da contatto sociale

Infine, secondo un **ultimo orientamento**, la **responsabilità del medico e della struttura** rimarrebbero **entrambe di natura contrattuale**.

Una prima argomentazione è di tipo letterale: il legislatore si è voluto riferire meramente all'«obbligo risarcitorio», «restando ferma» l'evoluzione giurisprudenziale precedente; per cui il rinvio all'art. 2043 cod. civ. dovrebbe intendersi «in senso atecnico», quale mero richiamo al *neminem laedere*.

Parte della dottrina (GRAZZINI), che aderisce alla tesi dell'irrelevanza, spiega, inoltre, **il richiamo al solo art. 2043 c.c.** nella necessità del legislatore di **imputare anche a titolo aquiliano la responsabilità del medico per colpa lieve** che, in ambito contrattuale, discende dall'applicazione dell'art. 2236 c.c. Tale impostazione partirebbe dall'assunto che quest'ultima disposizione non si applichi alla responsabilità aquiliana: di qui, potrebbe argomentarsi, la necessità di precisare che la responsabilità ex art. 2043 c.c. resta ferma anche per colpa lieve, e la superfluità di questa precisazione quanto alla responsabilità contrattuale dove vi è norma specifica applicabile ovverosia proprio l'art. 2236 c.c. (che, infatti, veniva richiamato nel d.l. ma non è riprodotto nel testo convertito).

Altra dottrina (BUFFONI) aggiunge che, ove si dovesse ritenere che con detta norma il legislatore abbia voluto – per le ipotesi di colpa generica lieve – garantire il diritto al risarcimento del danno in sede civile, essa brillerebbe per la sua inutilità, posto che espressamente il primo periodo limita l'esonero da responsabilità alla sola responsabilità penale. In sostanza, **anche eliminando la norma in commento il risarcimento del danno in sede civile sarebbe comunque garantito**.

L'autore ritiene oltretutto che **non debba caricarsi di particolare significato il richiamo** contenuto nella nuova disposizione all'«**obbligo di cui**

all'art. 2043 c.c.”, che deve essere **inteso in senso atecnico** e riferito ad un generico obbligo di risarcire il danno. Opinando diversamente dovrebbe ritenersi che **nell'ipotesi di colpa generica lieve non sia risarcibile il danno non patrimoniale** (ad es. quello biologico), ormai **pacificamente ricondotto dalla giurisprudenza della S.C. nell'alveo dell'art. 2059 c.c.** Né ancor più, – prosegue la dottrina – da una disposizione francamente infelice sotto il profilo della tecnica normativa, può desumersi che il legislatore abbia voluto superare la teorica del contatto sociale qualificato e la conseguente contrattualizzazione della responsabilità medica.

Secondo il pensiero richiamato, inoltre, a favore della soluzione patrocinata militerebbe il dettato del nuovo art. 3, secondo cui “il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo”: merita solo osservare che **se la ratio della disposizione fosse quella di limitare sotto il profilo del quantum debeatur il danno risarcibile in ragione della levità della colpa**, si sarebbe **di fronte ad una deroga al principio della integralità del risarcimento del danno** – precipitato della concezione riparatoria del rimedio risarcitorio – per abbracciare una diversa concezione sanzionatoria estranea al sistema civilistico.

Una portata meno eversiva della disposizione in commento – si prosegue – potrebbe aversi ove se ne limitasse l'ambito applicativo al solo settore penale.

Nella **giurisprudenza di merito** si segnalano un paio di pronunce del Tribunale di Arezzo (14 febbraio 2013) e di Cremona (19 settembre 2013) per le quali il secondo periodo del primo comma dell'art. 3 deve essere interpretato in stretta correlazione con il periodo precedente al quale espressamente si collega in virtù dell'*incipit* «**In tali casi**».

La norma del secondo periodo avrebbe, cioè, la funzione di chiarire che **l'esclusione della responsabilità penale non fa venir meno l'obbligo di risarcire il danno**, consentendo, in tal modo, il **riconoscimento del danno non patrimoniale anche in assenza di reato**. Il richiamo all'art. 2043 c.c. sarebbe, dunque, limitato all'individuazione dell'obbligo di risarcire il danno (e non all'intera disciplina in punto di r.c. extracontrattuale) senza condizionare i criteri da applicare nell'accertamento della responsabilità, fatto salvo il parametro del rispetto delle linee guida. Secondo il giudicante, un diverso ragionamento implicherebbe, tra le altre cose, di dover applicare il supposto modello extracontrattuale anche ad ipotesi pacificamente contrattuali dal momento che l'esenzione penale riguarda tutte le ipotesi di condotte sanitarie idonee ad integrare reato e non solo quelle derivanti dal c.d. contatto sociale.

Il **Tribunale di Caltanissetta** (1 luglio 2013) invece, dopo aver precisato che il riferimento all'art. 2043 c.c. non può significare che tale norma sia l'unica applicabile stante anche il principio del cumulo di azioni di re-

sponsabilità, ritiene che sia comunque più corretto interpretare la norma in **modo conforme ai principi che regolano la materia** così come fatti propri dalla giurisprudenza di legittimità e di merito tanto da costituire «diritto vivente».

Il **Tribunale di Rovereto** (29 dicembre 2013), ha ritenuto invece che nessuna portata innovatrice deriverebbe dalla legge Balduzzi in merito alla responsabilità civile del medico in quanto **il richiamo all'art. 2043 c.c.**, contenuto nell'art. 3, andrebbe riferito **solo al giudice penale per il caso di esercizio dell'azione civile** in sede penale, mentre la responsabilità civile del medico andrebbe comunque ricondotta al disposto dell'art. 1218 c.c. in caso di inadempimento e/o inesatto adempimento dell'obbligazione "legale" gravante anche sul singolo operatore sanitario e che troverebbe fonte nella legge istitutiva del S.S.N. (L. n. 833 del 1978).

A tali conclusioni, tuttavia, il Tribunale di Milano ha obiettato non solo il riferimento all'individuazione della fonte legale (legge istitutiva del S.S.N) dell'obbligazione del medico di agire (con le ragioni esposte nel paragrafo precedente), ma ha **contestato** anche l'assunto per cui il riferimento alla norma cardine della responsabilità aquiliana vale solo per il giudice penale e ciò **in quanto l'art. 3 disciplina vari aspetti** della "responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie" compresa la **responsabilità risarcitoria**, di cui si occupa espressamente non solo nel comma 1, con il richiamo all'obbligo di cui all'art. 2043 e con la previsione di tener conto nella determinazione del risarcimento del danno del fatto che il responsabile si è attenuto alle linee guida, ma anche nel comma 3, che introduce un criterio legale di liquidazione del danno biologico mediante il rinvio alle tabelle previste negli artt. 138 e 139 del D.Lvo n. 209/2005 (cod. ass.), e, in qualche modo, nel comma 5, ove è previsto l'aggiornamento periodico e l'inserimento di specialisti nell'albo dei CTU. Peraltro, – aggiunge il giudice lombardo – oltre che non rispondente ai comuni criteri ermeneutici, l'interpretazione secondo cui l'art. 3 comma 1 sarebbe "legge penale" o "eccezionale" destinata in quanto tale a disciplinare ex art. 14 delle preleggi solo i casi dalla stessa espressamente previsti – esonerò dalla responsabilità penale del medico in colpa lieve che si è attenuto alle linee guida e responsabilità risarcitoria ex art. 2043 c.c. dello stesso professionista solo in caso di proscioglimento/assoluzione in sede penale – porrebbe forti dubbi di legittimità costituzionale, per l'ingiustificata ed irragionevole disparità di trattamento e diversità di disciplina che verrebbero a crearsi a seconda che una determinata condotta illecita del medico (causativa di danni risarcibili) venga preventivamente vagliata dal giudice penale oppure no.

In seno a questo **terzo orientamento**, si evidenziano **anche ragioni di ordine costituzionale** nella **salvaguardia del regime giuridico** della responsabilità medica disegnato dalla giurisprudenza, prima della novella legislativa del 2012.

Si osserva, al riguardo, che, a voler *riportare* la responsabilità *de qua* nell'ambito aquiliano, **si violerebbero diversi precetti costituzionali**: a) **l'art. 77 Cost.**, in quanto sono estranei al decreto legge i limiti alle azioni esperibili; b) **gli artt. 24 e 32 Cost.** in quanto si comprimerebbe la tutela della salute per mere ragioni di contenimento della spesa pubblica; c) **l'art. 3 Cost.**, perché in tal modo i medici beneficerebbero di un regime giuridico più favorevole rispetto agli altri professionisti, con **un'ingiustificata disparità** di trattamento (si pensi agli insegnanti per i quali continuerebbe ad applicarsi la responsabilità contrattuale da contatto sociale per i danni cagionati dagli allievi a sé stessi); d) **l'art. 3 Cost.**, **per irragionevolezza** di un intervento del legislatore di tipo autoritativo nella qualificazione di un fenomeno giuridico la cui determinazione, invece, spetta ai giudici.

Anche la **Corte di Cassazione** civile è intervenuta con un paio di pronunce sulla questione del ruolo svolto dal rinvio all'art. 2043 in punto di natura giuridica della responsabilità del medico.

Orbene in una prima decisione (19 febbraio **2013**, n. **4030**) ha rilevato, seppure in un *obiter*, che «*la responsabilità civile segue le sue regole consolidate, e non solo per la responsabilità aquiliana del medico, ma anche per la c.d. responsabilità contrattuale del medico e della struttura, da contatto sociale*». Per questo, la Cassazione ha **applicato l'onere della prova discendente dall'art. 1218 cod. civ.**, richiamandosi ai principi da essa già affermati nel 2008 e ai contratti di protezione, affermando che spettava ai medici ed alla struttura dimostrare l'esistenza di una complicità non prevedibile e non prevenibile.

In una **seconda sentenza** (Cass. 17 aprile **2014**, n. **8940**), invece, la Suprema Corte ha *expressis verbis* affermato che al **rinvio all'art. 2043**, contenuto nell'art. 3 della legge Balduzzi, non debba essere **attribuito alcun rilievo** che possa indurre a superare l'orientamento giurisprudenziale "tradizionale" in tema di responsabilità medica.

Nel motivare la sua decisione la Cassazione afferma che l'art. 3 comma 1 L. 189/2012 "(...) poiché omette di precisare in che termini si riferisca all'esercente la professione sanitaria e concerne nel suo primo inciso solo la responsabilità penale, comporta che la norma dell'inciso successivo, quando dice che resta comunque fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 c.c., dev'essere interpretata, conforme al principio per cui *in lege aquilia et levissima culpa venit*, nel senso che il legislatore si è soltanto preoccupato di escludere l'irrelevanza della colpa lieve anche in ambito di responsabilità extracontrattuale civilistica", come ricordato dalla dottrina richiamata in apertura. La Corte conclude affermando che «deve, viceversa, escludersi che con detto inciso il legislatore abbia inteso esprimere un'opzione a favore di una qualificazione della responsabilità medica necessariamente come responsabilità extracontrattuale (...)», per poi affermare in conclusione che

– sulla base della suddetta interpretazione del secondo inciso dell'art. 3 comma 1 – «deve, pertanto, ribadirsi che alla norma nessun rilievo può attribuirsi che induca il superamento dell'orientamento tradizionale sulla responsabilità medica come responsabilità da contatto sociale e sulle sue implicazioni (...)».

5. Il ddl Gelli di riforma della responsabilità medica

5.1. Viene accolta dal legislatore (art. 7) la tesi del doppio binario: responsabilità contrattuale per la struttura e aquiliana per l'esercente la professione sanitaria

Nonostante la recente legge del 2012, il **legislatore** ha scelto di **intervenire nuovamente** per regolare la materia con un il cd DDL Gelli, di prossima approvazione, dal nome del relatore della Commissione affari sociali della Camera, On. Federico Gelli: il provvedimento ha ad oggetto «disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie».

Le **ragioni della novella legislativa** sono ben illustrate nella relazione curata dalla commissione guidata dal prof. **Alpa** alla quale è stato affidato il compito di redigere il nuovo testo normativo.

Ancora una volta la *ratio* sottesa riposa nell'esigenza di porre un **freno al fenomeno** della cd **medicina difensiva**, intendendosi, con tale espressione, la condotta dei medici che, per non essere esposti al rischio di pretese risarcitorie, prescrivono esami diagnostici, dispongono il ricovero presso ospedali pubblici, talvolta non necessari, con un significativo costo per il Servizio Sanitario Nazionale (di oltre dieci miliardi di euro l'anno secondo il Ministero della Salute).

Per perseguire tale finalità la relazione citata evidenzia come la commissione si sia preoccupata, innanzitutto, della **ridefinizione dei confini della responsabilità civile** e della responsabilità penale, avendo quale **punto di riferimento l'art. 3 della legge Balduzzi** di cui si è riferito *supra*.

La commissione chiarisce subito come **la menzione dell'art. 2043 del cod.civ. ivi contenuta** sia riferita alla **natura (aquiliana) della responsabilità dell'esercente la professione** sanitaria, nonostante gran parte della dottrina (e parte della giurisprudenza di merito e di legittimità), come riferito in precedenza, abbia tentato, con argomenti giudicati poco persuasivi, di riconciliare il nuovo testo con l'orientamento uniformemente sviluppatosi alla fine del secolo scorso, volto ad imputare all'esercente (in realtà, al medico) una responsabilità di tipo contrattuale fondata o sul contatto sociale o sull'obbligo di protezione del terzo, o sulla responsabilità per violazione

di una obbligazione senza prestazione: tutte costruzioni che, come visto, avevano lo scopo di invertire l'onere della prova, presumere la colpa dell'esercente la professione sanitaria, e ribaltare su di questo il rischio della causa ignota.

Senza contare – prosegue la relazione di accompagnamento al DDL in esame – i sospetti di legittimità costituzionale che sono stati mossi all'art. 3 L. 182/2012, respinti dalla Consulta, a conferma della conformità della norma alla Costituzione.

Queste premesse consentono di comprendere quanto disposto dall'art. 7 del DDL in esame che ha sostanzialmente **positivizzato** le conclusioni cui era pervenuta la **tesi del doppio binario**, proprio al fine (come esplicitamente riferito dalla relazione di accompagnamento) di «evitare il riproporsi di una problematica derivante innanzitutto da equivoci di natura interpretativa ingenerati dall'inciso del secondo periodo dell'art. 3 della l. cit., ma volendo anche definire univocamente e conclusivamente le problematiche inerenti la natura e ambito della responsabilità dell'esercente la professione sanitaria».

Va aggiunto che ulteriore ragione, sottesa alla scelta legislativa del duplice livello di responsabilità, risiede altresì nella considerazione per la quale il danno da *malpractice* non sia mai ascrivibile alla semplice condotta del singolo medico, ma vada spesso ricondotto ad un *deficit* organizzativo che giustifichi la responsabilità del plesso sanitario, al quale, soprattutto per le attività svolte *intra moenia*, il paziente corrisponde il pagamento della prestazione ricevuta.

Quindi **l'esercente la professione sanitaria** dipendente o convenzionato risponde in sede civile esclusivamente ai sensi e per gli effetti dell'art. **2043 cod.civ.**, mentre la struttura sanitaria risponde sempre in sede civile per effetto del rapporto contrattuale con il paziente **ex art. 1218 e 1228 cod. civ.**

Sotto questo profilo si è evidenziato (CARDONA) come la disposizione costituisca **la traduzione normativa di un consolidato indirizzo giurisprudenziale** secondo il quale il **rapporto tra paziente e struttura** sanitaria debba essere ricondotto nell'alveo del **contratto atipico di ospedalità**. A ciò consegue l'applicazione della disciplina propria della responsabilità contrattuale *ex art. 1218 c.c.*; in particolare, il termine di prescrizione è decennale e il regime probatorio è favorevole al paziente-danneggiato. Una volta riconosciuta l'esistenza del negozio di ospedalità ed allegata la circostanza dell'avvenuto inadempimento, sarà l'istituto di cura che dovrà dimostrare l'esatto adempimento o che l'inadempimento è dovuto a causa a esso non imputabile, di quella serie di prestazioni che sorgono in capo alla struttura sanitaria in seguito all'accettazione del paziente.

Tale disposizione, con riferimento alla responsabilità del medico, come opportunamente rilevato (CARDONA), segna **l'epilogo della teoria**

del contatto sociale qualificato tra medico e paziente. A tal fine occorre riferire quanto contenuto nella **relazione della commissione Alpa che respinge l'automatismo**, patrocinato dalla giurisprudenza e da non pochi esponenti della dottrina, secondo cui la **configurazione del rapporto come "contatto sociale"** implichi di per sé **l'applicazione di regole di natura contrattuale.**

L'applicazione della **disciplina aquiliana** alla responsabilità medica presenta ricadute applicative di non secondaria importanza.

Trova, innanzitutto, applicazione il **più breve termine di prescrizione quinquennale** di cui all'art. 2947 c.c., mentre sul piano dell'**onere probatorio**, il **paziente** non potrebbe più limitarsi all'allegazione della circostanza dell'avvenuto inadempimento, ma dovrebbe **dimostrare la condotta, l'evento dannoso, il nesso di causalità** e, soprattutto, la **colpa del medico.**

Tale opzione normativa, secondo un primo commentatore (CARDONA), ossia la riconduzione dell'illecito civile dell'esercente la professione sanitaria nell'alveo della responsabilità aquiliana, potrebbe comportare almeno **due benefici.**

In primo luogo (a) si potrebbe assistere alla **riduzione della conflittualità** del rapporto tra paziente e medico. Come visto in precedenza, infatti, la *mission* del progetto di legge è diminuire le pratiche di medicina difensiva, con le quali il professionista si mette al riparo dal rischio di azioni legali tramite un comportamento eccessivamente cautelativo. Ne consegue che ricondurre l'azione del danneggiato contro il medico alla disciplina di cui all'art. 2043 c.c., comporta che il professionista non dovrà preoccuparsi di preconstituire elementi di prova, in previsione di un futuro contenzioso ove avrà l'onere di dimostrare l'esatto adempimento della prestazione sanitaria, ma potrà indirizzare le proprie risorse esclusivamente sulla prestazione sanitaria, sempre a seguito degli accertamenti risultanti necessari e mai superflui.

Ulteriormente, (b) il diverso regime giuridico potrebbe portare a un **complessivo miglioramento delle prestazioni sanitarie**: la (sperata) **riduzione delle spese** (che si aggirano come riferito in oltre dieci miliardi di euro l'anno) **incrementerebbe il livello delle prestazioni** sanitarie e, quindi, sul piano giuridico, diminuirebbe il rischio di lesione del diritto alla salute del paziente ex art. 32 della Costituzione.

Infine l'art. 9 del Ddl prevede che «**l'azione di rivalsa** nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata **solo in caso di dolo o colpa grave**». La norma limita, quindi, la possibilità che la struttura sanitaria condannata per l'operato dei propri dipendenti o, comunque, di chi opera all'interno della stessa, possa rivalersi sul medico, con ciò introducendo **un'ulteriore garanzia per il professionista.**