



## Newsletter giugno 2023

Illustri Presidenti e Consiglieri,  
si avvicina il termine del mio mandato e, in attesa d'incontrarci per fare insieme il bilancio dell'attuale situazione e dei possibili sviluppi futuri, è mio compito predisporre con voi lo svolgimento ordinato dei lavori dell'Assemblea Generale elettiva del Collegio Italiano dei Chirurghi che vi propongo di tenere il prossimo 15 settembre in Roma.

### Modifiche di Statuto e di Regolamento

Credo che sia rilevante per ottenere risultati significativi procedere ad alcune modifiche di Statuto e di Regolamento, cui hanno lavorato congiuntamente il Comitato di Presidenza del Collegio e il Consiglio Direttivo, che li ha approvati nella seduta dello scorso 23 maggio 2023. Il problema principale è stato l'ineguale distribuzione delle Società Afferenti, che stanno per giungere al numero complessivo di 60, all'interno dei raggruppamenti disciplinari. Abbiamo provveduto a riequilibrare i "cluster" che compongono l'ossatura del CIC e a predisporre un meccanismo di rappresentanza, che senza violare il principio dell'uguaglianza fra i soci, consenta di avere una composizione del Consiglio Direttivo e degli Organi del Collegio più equilibrata. Il Consiglio Direttivo ha deliberato in tal senso, ma ove esistesse un'esigenza di una diversa collocazione saremo felici di rivedere l'attribuzione di ogni singola società in modo da venire incontro alle vostre istanze.

Vi sono molte altre modifiche che fanno tutte capo alla necessità di dare efficienza e libertà d'iniziativa al nostro Collegio, nei limiti stabiliti dal mandato che ci avete conferito. In particolare, ho proposto la creazione di un ulteriore Organo rappresentato dall'Assemblea Generale, che coinvolge i Consigli Direttivi delle Società ed ha funzione d'indirizzo generale.

**“Il Consiglio Generale è costituito dai componenti dei Consigli Direttivi delle Società appartenenti. Il C.G. individua i temi di maggiore attualità e interesse su cui organizzare le attività del C.I.C. nel corso del singolo mandato presidenziale. È convocato dal Presidente entro tre mesi dalla sua elezione, con avviso e-mail inviato agli indirizzi depositati presso la Segreteria del C.I.C. , specificando la sede e l'orario della riunione e l'Ordine del Giorno dei lavori. Può essere riunito in presenza o tramite video-conferenza, ove sia garantita la possibilità d'intervento dei partecipanti; in tal caso, la convocazione deve indicare il link di riferimento per il collegamento. L'Assemblea è valida in prima convocazione con la presenza del 50%+1 degli**

**aventi diritto e in seconda convocazione qualunque sia il numero dei partecipanti. Le deliberazioni sono prese a maggioranza semplice e riportate nel verbale della riunione a cura del Segretario e a firma del Presidente. Il Presidente è tenuto a convocare il Consiglio Generale al termine del suo mandato, per riferire delle attività svolte e dello stato della loro realizzazione.”**

Lo scopo dell’istituzione di questo ulteriore organo è quello di ottenere un più ampio coinvolgimento delle Società Scientifiche afferenti.

Vi ricordo anche le regole generali delle nostre elezioni, che sono affidate al Consiglio Nazionale:

**“I membri del C.N. eleggono, proporzionalmente al numero dei propri iscritti e a maggioranza qualificata di 2/3 (due terzi), il Presidente, e a maggioranza semplice, i membri del C.D., i Revisori dei Conti, e la commissione di garanzia, rappresentativi delle diverse specialità.**

**Ogni gruppo omogeneo di appartenenza delle Società Scientifiche esprime almeno un candidato al Consiglio Direttivo. Tutte le candidature devono essere avanzate alla Presidenza del C.I.C. con almeno 30 giorni di anticipo rispetto all’Assemblea in cui si terrà la votazione. La Convocazione dell’Assemblea Elettiva deve essere proposta con almeno 60 giorni di anticipo. Per l’elezione del Presidente, qualora non si raggiungano i 2/3 (due terzi) nella prima votazione, nella ulteriore successiva si delibererà a maggioranza semplice.**

**Ciascun partecipante alle riunioni del C.N. non potrà essere portatore di più di tre deleghe. In caso di forza maggiore, l’Assemblea potrà avere luogo per via telematica: in tal caso non saranno ammesse deleghe.”**

Proporrò al Consiglio Direttivo la data dell’Assemblea Elettiva già indicata, il 15 settembre, e perciò le vostre candidature per le cariche elettive devono pervenire entro il 15 agosto 2023. La convocazione ufficiale avverrà entro la fine del mese corrente.

Vi ricordo anche i requisiti per proporre la propria candidatura al Consiglio Direttivo e alla Presidenza del Collegio Italiano dei Chirurghi:

**“Il Presidente (designato), il Consiglio Direttivo ed i Revisori dei Conti e la Commissione di Garanzia durano in carica due anni, indipendentemente dal mandato di legale rappresentante nelle rispettive Società ed Associazioni.**

**Il Presidente, il Vicepresidente non sono rieleggibili nella stessa carica.**

**I Consiglieri, i Revisori dei Conti, i componenti della Commissione di Garanzia possono essere rieletti per un secondo mandato.**

**Il Presidente è il legale rappresentante del Collegio Italiano dei Chirurghi (C.I.C.). Egli viene scelto per via elettiva dal Consiglio Nazionale con un biennio di anticipo, partecipa immediatamente ai lavori del C.D. nel ruolo di Vicepresidente e Presidente Designato, con criteri di alternanza universitari-ospedalieri.**

**Una stessa Società non può esprimere il Presidente per una seconda volta se non dopo quattro mandati.”**

Vi accludo perciò il testo attuale sia dello Statuto che del Regolamento, che sarete chiamati a esaminare e valutare prima dell’Assemblea, in modo che si possa procedere in tale sede alla loro approvazione e ratifica.

**Il contenzioso medico-legale**

Il tema del contenzioso medico legale è stato per lungo tempo ed è tuttora al centro dell'attenzione del Collegio per i suoi dirompenti effetti sulla nostra vita quotidiana. Abbiamo appreso dell'Istituzione da parte del Guardasigilli, Ministro Nordio, di una Commissione deputata allo studio delle complesse problematiche relative alla colpa medica e abbiamo chiesto di poter dare il nostro apporto. Siamo stati auditi, come Collegio Italiano dei Chirurghi, in sede ministeriale, lo scorso 23 maggio alle ore 17.30.

Ringrazio il Prof. Maira, componente della Commissione, per essersi fatto ambasciatore della nostra richiesta e di essere intervenuto insieme al Prof. Musumeci e al Prof. Scambia a favore delle nostre proposte. Era presente anche una delegazione della FISM, guidata dal suo Presidente Prof. Loreto Gesualdo, che ha integrato il nostro intervento. A lui ho dato la nostra disponibilità all'elaborazione di un futuro testo comune che rappresenti le esigenze congiunte del mondo delle Società Scientifiche di area medica e chirurgica.

Tornando all'Audizione Ministeriale, vi allego il testo del mio intervento (già depositato agli atti) che è stato valutato con attenzione dall'intera Commissione. Dalla discussione, ampia e articolata, ho tratto alcune impressioni che ora vi riporto:

- La Commissione non comprende rappresentanti del Ministero della Salute (erano presenti solo esponenti dell'Ufficio Studi, affari legali, etc. della Giustizia). Penso che questo potrà creare problemi nel trasferimento degli elaborati ai rappresentanti politici, perché probabilmente e con diverso accento anche il Ministro Schillaci dovrà/ vorrà prendere posizione;
- L'assenza di esponenti politici, espressione delle forze parlamentari, è un altro punto caratterizzante della Commissione;
- La Commissione è formata da giuristi, preoccupati d'inserire ogni cambiamento nella cornice attuale, non di modificare il perimetro in cui considerare la colpa medica;
- La richiesta di depenalizzazione, fatta da me in premessa, è stata apertamente declinata;
- Nessuna ipotesi di scudo penale, se non per il COVID ed altre situazioni emergenziali (forse anche organizzative) ma evidentemente dichiarate dalle autorità;
- Presa d'atto delle difficoltà delle Linee Guida, che però vengono considerate un elemento difensivo dei medici e perciò auspicabilmente rimodulate (come ?), ma non cancellate;
- Apertura sul tema della definizione degli esperti, di cui le Società Scientifiche dovrebbero dettare i criteri di competenza. Inoltre, si vorrebbe introdurre un criterio di rotazione nell'utilizzo da parte dei magistrati degli esperti, in modo che non si creino rapporti privilegiati;
- Proposta della certificazione del chirurgo, come criterio di garanzia per il paziente, ma nessuna pubblicità delle casistiche;
- Cauta valutazione dello strumento dell'indennizzo, sia per la possibile mancata copertura economica sia per il potenziale effetto amplificatore del contenzioso;
- Grande attenzione al tema della copertura assicurativa e alla necessità di abolizione della rivalsa da parte delle amministrazioni sui sanitari;
- **Forte fiducia nel potenziamento dello strumento della "lite temeraria" come elemento dissuasivo del contenzioso.**

La mia impressione è che la Commissione non abbia ben valutato l'effetto negativo che a livello politico innescherebbe quest'ultima proposta. Credo che potremo ottenere qualche cambiamento positivo sul tema degli esperti e della copertura assicurativa. Non credo che ci saranno proposte significative negli altri settori.

Vi preannuncio anche che su iniziativa della Professoressa P. Frati, il giorno 6 luglio alle ore 10, presso l'Aula Gerin Università La Sapienza, piazza del Verano 40, si terrà la Tavola Rotonda "

La Qualità della Consulenza e della Perizia. Progetto pilota per la revisione degli Albi”, cui parteciperà in rappresentanza del Collegio il nostro Presidente Eletto, Prof. M.Brausi e a cui credo possa essere utile l’apporto delle vostre Società. È un’iniziativa di FISM cui il Comitato di Presidenza ha dato la sua unanime adesione.

### **Considerazioni d’attualità**

Lo scorso 23 maggio si è tenuta anche la Conferenza Stampa del Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri e Universitari Italiani, cui ha aderito anche il nostro Collegio per richiamare l’attenzione sui problemi sempre più gravi della Sanità Italiana. Il Prof. Francesco Cognetti ha sottolineato la massa dei dati oggettivi che testimoniano il progressivo peggioramento della situazione sanitaria. Nel Servizio Sanitario Nazionale mancano 30.000 medici ospedalieri, 70.000 infermieri e circa 100.000 posti letto. In 10 anni (2011-2021), in Italia, sono stati chiusi 125 nosocomi, ben il 12%. E in soli 12 mesi eliminati quasi 21.500 posti letto. Il diritto alla salute è in grave pericolo. I medici innanzitutto: oggi sono 130mila, 60mila unità in meno della Germania e 43mila in meno della Francia. Si assiste, inoltre, a un consistente esodo di medici neolaureati e specializzandi, più di 1.000 l’anno, perché all’estero gli stipendi e le condizioni di lavoro sono nettamente migliori. In particolare, nei Pronto Soccorso la carenza di personale è quantificabile in 4.200 camici bianchi (in sei mesi, da gennaio a luglio 2022, se ne sono dimessi 600, circa 100 al mese). A fronte di ciò, sul versante economico la previsione della spesa sanitaria sul Pil per il periodo 2023-2026 registrerà già nel 2024 il ritorno al valore del 6,3% rispetto ad una media dell’8,8% dei 37 Paesi dell’Ocse e del 10% circa di Francia e Germania. Per questo, in conferenza stampa, i rappresentanti delle 30 Società Scientifiche riunite in Fossco si sono rivolti direttamente alla presidente Meloni per chiedere la completa revisione dei parametri organizzativi degli ospedali sanciti dal Decreto Ministeriale 70. L’idea è stata quella di rivolgersi direttamente alla Premier, perché le analisi del Ministero della Salute, assolutamente condivisibili, non sono state seguite da alcun provvedimento e senza una chiara correzione di rotta finiremo sicuramente in secca.

La gravità della situazione è testimoniata da numerosi altri episodi che la stampa ci segnala quasi quotidianamente:

1. A Morbegno, nell’aprile del 2022 veniva inaugurato l’Ospedale, che però non poteva essere aperto per mancanza di personale. Gli infermieri italiani sono infatti divenuti lavoratori transfrontalieri: preferiscono la Svizzera dove sono pagati molto meglio anche se trattati da stranieri. A Morbegno, quindi, sono arrivati ora infermieri peruviani, certamente pagati meglio che a casa loro, ma forse non abituati alla nostra lingua, ai nostri usi, alle nostre esigenze. Vedremo dai risultati se l’affare l’abbiamo fatto noi o gli Svizzeri.
2. A Milano, all’Ospedale Oftalmico per superare la crisi legata alla mancanza di oculisti assunti, si è fatto ricorso al contratto di cooperativa con un esborso per la struttura di 1.448 euro per un turno di 12 ore. Ciò significa realizzare un vero e proprio doping retributivo, che spinge i professionisti a migrare fuori dal sistema sanitario nazionale, certo con minore sicurezza e stabilità contrattuale ma con un vantaggio economico cui è difficile dire di no.
3. La situazione riguarda tutta la medicina di pronto soccorso che ormai è largamente gestita dai gettonisti, con un circolo vizioso deleterio che nessuno sembra in grado di stroncare.
4. Un ulteriore interessante considerazione riguarda la tutela dei sanitari dal rischio di aggressioni durante il servizio. La Regione Lombardia ha predisposto un servizio di emergenza che prevede il pronto intervento degli equipaggi delle forze dell’ordine in

alcuni pronto Soccorso cittadini, dove sarà installato un pulsante “alert” attivabile in caso di:

- a. Aggressione al personale o agli utenti del PS;
- b. Atti di violenza e danneggiamento di beni;
- c. Impossibilità di una chiamata in chiaro.

In tal modo le forze dell’ordine potranno intervenire tempestivamente a tutela dei sanitari. È lecito, però, dubitare che un intervento dopo che l’evento è avvenuto possa prevenire il danno: l’ottimismo della burocrazia non ha confini.

Nell’insieme, queste poche indicazioni danno un’idea precisa dell’incapacità del nostro sistema organizzativo di dare una risposta alle esigenze dei cittadini e dei professionisti. È nostro compito continuare a sollecitare le autorità e le forze politiche a considerare la sanità una priorità e non la ruota di scorta.

Cordialmente a tutti

Diego Foschi

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "diego foschi". The signature is written in a cursive, somewhat stylized script.



# Collegio Italiano dei Chirurghi

## **Audizione del Collegio Italiano dei Chirurghi**

Innanzi alla

**Commissione per lo studio e l'approfondimento delle varie e complesse problematiche relative alla colpa professionale medica.**

Illustre Signor Presidente, illustri Componenti della Commissione,  
Il Collegio Italiano dei Chirurghi riunisce cinquantacinque Società Scientifiche delle diverse specializzazioni afferenti a quest'area, cui fanno capo circa 40.000 professionisti. A nome di tutti loro vi ringrazio per averci convocato per presentare le nostre valutazioni in merito alle problematiche relative alla colpa professionale medica.

Da anni segnaliamo con accorato allarme la crescita del contenzioso medico-legale come elemento controproducente nell'ambito del nostro sistema sanitario, minando ad un tempo la fiducia degli utenti e la sicurezza dei professionisti. Il grande dispendio di risorse che il fenomeno ha innescato con l'induzione della cosiddetta "medicina difensiva" e l'impulso ad esami strumentali a mero scopo documentativo e non diagnostico, quello che gli stessi provvedimenti giudiziari comportano a carico delle strutture sanitarie e dei professionisti, gli oneri assicurativi che ne derivano, la forte demotivazione vocazionale delle figure professionali più esposte sono tutti elementi operativi nel determinare la grave crisi del Sistema Sanitario Nazionale. L'attuale normativa riguardo alla colpa medica non sembra rispettare i due principi dell'art.32 della Costituzione che considera contemporaneamente " il diritto dell'individuo e l'interesse della collettività" per favorire il primo rispetto al secondo. Questo squilibrio merita una correzione se si vuole evitare una diminuzione delle garanzie di universalità e di equità del nostro Sistema Sanitario.

## La dimensione del Contenzioso Medico-Legale in Italia

Ogni anno vengono intentati in Italia circa 30.000 contenziosi verso strutture sanitarie e professionisti, con un onere complessivo di 166 milioni di euro e un carico per struttura sanitaria di 831.000. La durata media delle cause è di 5 anni e il costo vivo per l'attore stimato in 20.000 euro. Il numero delle denunce alle compagnie di assicurazione nel 2018 è stato di 17.286 (cioè circa la metà di quelle stimate): la differenza è in larga parte attribuibile al fenomeno dell'auto-ritenzione del rischio delle strutture sanitarie, specie quelle pubbliche. La metà circa dei casi non ha seguito e relativamente al contenzioso penale, questo si rivela inconsistente nel 98% dei casi. Altro elemento critico è la lunghezza del tempo necessario per procedere al risarcimento: solo il 6% dei sinistri denunciati viene risarcito entro 2 anni. In ogni caso è d'obbligo accantonare le riserve di garanzia: dal 2010 al 2020, queste ammontano a 3.055 milioni di euro per 49.473 sinistri: il valore medio di accantonamento per risarcimento è quindi di 61.000 euro, inferiore a quello stimato per il 2018 in 78.000 euro.

Per quanto attiene all'attività chirurgica, dai dati ministeriali relativi al contenzioso, nel periodo 2015-2018 il numero dei sinistri aperti è stato pari a 5,1 x 10.000 dimissioni e risulta stabile anche se con significative variazioni regionali. Questa constatazione di fatto indica, a nostro parere, che il contenimento dell'errore medico certamente operativo in ragione delle misure di risk management adottate dalle strutture sanitarie, utili e da implementare, non è sufficiente a debellare in campo chirurgico il ricorso al contenzioso in caso d'insoddisfazione (soggettiva) del risultato ottenuto o d'incentivazione opportunistica (e non deontologica) da parte degli studi legali.

Nel 2020, il numero degli interventi chirurgici in Italia (rapporto SDO ministeriale) è stato di 4.460.000. Il numero dei contenziosi desumibile in base all'applicazione del tasso riportato è pari a 2.230. Supponendo che tale numero si mantenga costante nel corso di una carriera di 40 anni, tutti i chirurghi italiani si ritroverebbero in tribunale almeno 2 volte nel corso della loro vita professionale.

Sulla base di queste considerazioni, i limiti dell'attuale normativa risiedono in:

- Eccesso del contenzioso, specie penale, in relazione sia agli esiti ex post di colpevolezza dei sanitari, sia alla possibilità di un contenzioso doppio (penale e civile contemporaneamente senza alcun criterio di esclusività);
- Indeterminatezza della definizione degli elementi "concreti" di colpa, così come emerge anche dalla sentenza CC Penale, Sezioni Unite, n. 8770, 22 febbraio 2018 ;
- Inadeguatezza della definizione dei Collegi Peritali;
- Lunghezza dei processi esagerata;

- Immobilizzo improduttivo di capitali e conseguenze negative su assicurazioni e assicurati;
- Tempi di risarcimento troppo lunghi;
- Nessuna possibilità d'indennizzo.

Prescindendo dalla possibilità di ridurre il volume del contenzioso attraverso programmi di potenziamento del "risk management" che richiedono provvedimenti normativi e d'indirizzo da parte del Ministero della Salute e relativi stanziamenti, e i cui effetti saranno prevedibilmente nulli visto che già sono operativi e che il tasso di ricorso al contenzioso è rimasto costante almeno nell'area chirurgica, la soluzione dei problemi sul tappeto richiede una profonda revisione della Legge 24/2017 per provvedere a una semplificazione della definizione degli elementi di valutazione nel giudizio, operando con un criterio di selezione dei casi predittivo degli elementi di colpevolezza sia in campo penale che civile.

### **Ridefinizione degli elementi costitutivi della colpa medica**

La soluzione più semplice sarebbe la depenalizzazione dell'atto medico, fatto salvo il caso di dolo, considerando gli effetti deleteri per il SSN dell'attuale normativa e ritenendo il processo civile sufficiente garanzia per i pazienti. Ma se si conferma che anche per ciò che attiene all'atto medico, la querela per lesioni o omicidio colposo è un diritto della persona offesa o di chi per lei ne abbia titolo e che perché si proceda contro chi abbia "presuntivamente" causato il danno è sufficiente la descrizione del fatto-reato e l'espressione di volontà a procedere del querelante, è opportuno riconoscere le peculiarità dell'atto medico modificando sostanzialmente il secondo comma dell'articolo 6 della Legge 24/2017. L'atto medico, infatti, manca del requisito della discrezionalità del medico (che è obbligato alla cura) e ne subordina l'attività alle esigenze di tutela della salute del cliente-paziente, così come descritte negli atti relativi all'episodio di cura. Sotto questo profilo, il medico risponde ad una esigenza di cura, proponendo un protocollo (consenso informato) in cui vengono stabiliti indicazione (motivo), modo, tempi, sviluppo delle cure, obiettivi e risultati presumibilmente conseguibili in un contesto ideale. In tal modo viene a stabilirsi un'obbligazione di mezzi, ma resta esclusa l'obbligazione di risultato. Quest'ultimo è, invece, l'elemento portante del giudizio del cliente che in caso d'insoddisfazione procede all'accusa identificando il mancato conseguimento del risultato soggettivamente atteso con il danno.

Allo stato attuale, il contratto è previsto esplicitamente e il contraente ( in genere la struttura sanitaria rappresentata da un medico ) assume in modo paternalistico l'obbligo di garantire l'espletamento delle procedure diagnostiche e terapeutiche secondo gli standard più appropriati. Manca, tuttavia, ogni riferimento normativo al riguardo venendo fatto coincidere il contratto con il consenso informato, che ha requisiti di conoscenza delle procedure ma non di obbligatorietà di mezzi. L'adeguatezza delle procedure viene ad essere così elemento di valutazione in sede giudiziale e non prerequisito della valutazione. È chiaro che il venire meno all'obbligazione di mezzi, dopo averla prevista, è di per sé elemento di censura e diviene elemento di presumibile colpa (salvo cause di forza maggiore) ove sia intercorso un danno dimostrabile e quantificabile.

Nel caso dell'atto medico è necessario superare l'elemento della soggettività della valutazione della querela e prevedere che essa contenga una motivata esposizione degli elementi di lesività, dolosamente o colposamente commessi in forma di imprudenza, negligenza o imperizia nel causare il danno (definito su base documentale)

Tutto ciò non ridurrà il diritto alla querela, ma provvederà a semplificare l'iter procedurale successivo.

### **Il fallimento delle Linee Guida e la proposta di sostituzione con Istruzioni Operative di Buona Pratica Clinica**

Secondo la Legge Gelli-Bianco, l'adeguatezza dei comportamenti che definiscono la perizia del clinico può essere considerata con benevolenza ove si seguano le indicazioni generali delle Linee Guida emesse dalla Società Scientifiche accreditate, validate e pubblicate dall'Istituto Superiore di Sanità. Tuttavia, deve essere accettato che le Linee Guida non hanno come scopo la validazione della pratica clinica sotto il profilo medico legale, ma di stabilire quali siano i comportamenti più adeguati rispetto alle attuali conoscenze e alla loro spendibilità sul campo con il fine di favorire il progresso della medicina e l'uniformità delle cure. Si tratta di accettare il fatto che le Linee Guida redatte secondo le pratiche correnti di validazione scientifica sono punti di riferimento generali dell'attività e delle sue tendenze evolutive ma non rappresentano standard minimi di attività applicati a casi concreti. In più la combinazione di due elementi e cioè i livelli di evidenza che derivano dall'analisi delle conoscenze scientifiche fissate nella letteratura e la forza delle raccomandazioni degli esperti generano un ampio spettro (discrezionale) di scelte rispetto alle quali è poi impossibile esprimere un giudizio di certezza rispetto al caso concreto. Di fatto le Linee Guida come elemento di valutazione della colpa hanno fallito lo scopo sia perché nel corso dei 5 anni di

adozione della norma nel campo della chirurgia(tutta) sono state licenziate solo 3 LG sia perché nello stabilire gli elementi del Consenso Informato (che ad oggi ha assunto il valore di contratto) esse sono superate dai PDTA adottati dalle singole strutture od operatori sanitari, che le adattano alla concretezza delle situazioni. Perciò, ritornando al tema delle norme di comportamento e superando lo spirito delle LG e delle buone pratiche cliniche è opportuno che ad esse si affianchino delle “Istruzioni Operative”, emesse dalle Società Scientifiche ed utili a fissare i requisiti minimi “qualitativi” cui i sanitari si devono attenere nelle varie situazioni cliniche in relazione alla patologia salvo documentate situazioni eccezionali, d'emergenza, urgenza o necessità in cui vale il principio della motivazione della migliore scelta possibile per il paziente.

### **La riduzione dei tempi del processo penale**

L'accorciamento dei tempi del processo sarà possibile inserendo il riconoscimento del crimine conseguente all'atto medico all'interno di un procedimento preliminare, stabilito per legge con durata limitata, che esamina gli elementi oggettivi esposti nella querela e ne determina l'ammissibilità. Dovrebbe essere consentita al magistrato la facoltà di avvalersi di un collegio tecnico d'ufficio, designando esperti di alta competenza specialistica, certificati dalla Società Scientifiche, e in attività di servizio.

Questa fase dell'istruttoria dovrebbe essere utile a una rapida definizione circa la sussistenza dell'ipotesi di reato, e dovrebbe concludersi o con l'archiviazione del caso o con l'identificazione e il rinvio a giudizio della persona o delle persone cui viene ascritta l'ipotesi di reato. Successivamente a ciò l'iter istruttorio segue le procedure attualmente in atto.

Gli elementi utili al giudizio di ammissibilità sono la mancata esecuzione del contratto in funzione degli elementi di contestazione dell'attore, e la sussistenza del danno, inteso come riduzione dello stato di salute rispetto a quanto mediamente atteso e definito su base statistica per l'atto medico contestato.

### **Ruolo dei CTU e valutazione dei risultati**

La chirurgia ha dimostrato una grandissima capacità evolutiva sia culturale che tecnica, dando origine a numerosissime “super-specializzazioni” che però non

sono state codificate come branche specialistiche. Nella definizione di Chirurgia Generale, perciò, ricadano ad un tempo la senologia, la chirurgia bariatrica, la chirurgia della parete, la chirurgia oncologica ed altre, anche se le competenze necessarie per esercitarle sono solo di una parte limitata dei chirurghi. L'offerta spontanea di collaborazione ai fini della consulenza tecnica non consente di valutare il profilo tecnico di riferimento ed è talora forviante. In più è possibile che professionisti che hanno cessato l'attività persistano a volere partecipare al giudizio senza avere più un'esperienza diretta sul campo, elemento di grave distorsione nella valutazione tecnica. È opportuno stabilire la disponibilità di albi tecnici "superspecialistici" validati dalle Società Scientifiche.

Nella valutazione dei risultati, poi, dovrebbe essere considerato che in medicina è necessario comparare i risultati ottenibili fra di loro e non con un parametro assoluto. Di fatto si deve sempre considerare il risultato medio e lo scostamento che nella popolazione si verifica con quest'ultimo: entro limiti definiti, un risultato può essere considerato accettabile anche se non corrisponde al massimo risultato possibile. Si tratta di un criterio di valutazione preliminare che potrebbe avere un ruolo semplificativo nella fase di ammissibilità della denuncia.

### **La necessità dell'unicità del processo**

L'apertura di un contenzioso per querela in sede penale può essere accompagnata da una contemporanea richiesta di risarcimento in sede civile; in tal modo si duplica il contenzioso nella speranza di spingere ad una conciliazione nell'ambito del secondo, come premessa del ritiro della querela nel primo. Ciò rappresenta un criterio di ineguaglianza fra le parti e di illogicità nell'iter. L'apertura di un procedimento penale deve essere prioritaria nella definizione delle responsabilità in tale sede e deve essere premessa per una successiva definizione del risarcimento in sede civile, che deve essere possibile solo ove il giudice la ritenga giustificata. È possibile richiedere un risarcimento in sede civile se in sede penale il fatto non sussiste?

Nello stesso tempo dovrebbe essere evitata l'istruttoria penale contro il sanitario se precedentemente è stata avanzata una richiesta di risarcimento verso la struttura, per evitare la possibilità di un tentativo strumentale di condizionamento del giudizio.

### **La definizione della colpa**

La definizione della colpa come "grave" o "lieve" esclusivamente per i casi di danno legato ad imperizia risulta assai artificiosa perché vuole legare l'errore medico ad un insieme di elementi soggettivi che è difficile definire. Nella realtà dei fatti un errore medico che conduce a un danno, sia esso categorizzato come lieve o grave,

è di per sé stesso efficiente e come tale deve essere valutato. Il problema è come definire l'errore medico, efficiente il danno, come "colpa punibile" e perciò nell'attuale accezione "grave" per l'imperizia e anche "lieve" per la negligenza e l'imprudenza. In tutti i casi deve essere riconosciuta una chiara trasgressione delle norme di buona pratica clinica, calate nell'applicazione al caso concreto.

E perciò sarà necessario fare riferimento:

- allo stato delle conoscenze scientifiche al momento del fatto sulle patologie, la cui eventuale limitatezza potrà incidere sull'individuazione tanto dell'esatto quadro patologico quanto, e conseguentemente, delle più appropriate terapie; ciò sulla base delle ipotizzate disposizioni operative, delle norme di buona pratica clinica e delle Linee Guida, che rappresentano elementi normativi che attengono allo specifico caso concreto e al quadro culturale-scientifico di riferimento.
- alle concrete condizioni di lavoro e alla disponibilità delle risorse umane e materiali in relazione al numero dei casi da trattare, la cui eventuale scarsità potrà poi riflettersi sull'adeguata gestione e cura dei pazienti;
- al grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale impiegato per affrontare una situazione di urgenza ed emergenza, che si riverbera sulla misura soggettiva di rimproverabilità (a titolo esemplificativo, si pensi al minor grado di esperienza e conoscenza posseduto da personale non specializzato impiegato allorché l'urgenza o l'emergenza non siano altrimenti fronteggiabili: la mancanza di adeguata specializzazione da parte del sanitario chiamato a prestare servizio in un contesto siffatto non potrà essere valutata alla stregua degli stessi indici di gravità della colpa per assunzione valevoli in contesti ordinari);
- al tipo di rischio da gestire e alla concreta situazione operativa;
- alle carenze strutturali e organizzative, che se gravi possono incidere sul grado di rimproverabilità individuale e che devono invece essere ascritte totalmente alle strutture.

Abbiamo bisogno di fare riferimento, come già specificato, non a LG generiche ma a disposizioni operative specifiche, applicabili nella situazione clinica di fatto, rilasciate da Società Scientifiche per obbligo di legge, aggiornate periodicamente, registrate nell'ambito delle buone pratiche cliniche da parte dello ISS e utilizzate per la stesura dei contratti fra strutture sanitarie e pazienti.

## **Il Consenso Informato può essere sostituito da un Contratto ?**

Il Consenso Informato, attuale strumento di definizione dei rapporti fra strutture sanitarie-professionisti e paziente, è per sua natura ispirato ad un concetto paternalistico e asimmetrico degli obblighi reciproci esistenti fra prestatore d'opera e committente. Il primo è tenuto a informare il secondo della patologia in atto, delle misure diagnostiche e terapeutiche maggiormente idonee a garantire prestazioni adeguate ed efficaci nel contesto della descrizione-proposta di un meta-modello che prescinde largamente dal caso concreto. Il secondo accetta la proposta in modo fiduciale, senza assumere obbligazioni di accettazione di un risultato diverso da quello ideale e senza obbligo di contribuire al risultato, che è oggetto di una previsione su base statistico-probabilistica di popolazione e non riferita al singolo soggetto o al relativo contesto operativo. In tal modo, seppure sussistano i presupposti di una valida informazione e dell'acquisizione di una utile conoscenza delle opzioni possibili (che non sempre corrispondono), non è garantita la libertà di scelta dell'utente in quanto non sono obbligatoriamente notificati quali risultati gli possono essere offerti. In concreto, il committente non viene obbligatoriamente informato dei risultati che nella sua attività l'operatore fornisce. Queste informazioni sono già disponibili per alcune patologie ed interventi e in linea di principio recuperabili per gli utenti che vogliono informarsi sul Portale Trasparenza di AGENAS, ma risultano di difficile accesso e comunque non vengono riportati come elementi specifici nel consenso informato.

È evidente che nessuno può conoscere il risultato di una singola prestazione sanitaria, ma la previsione di risultato è riconducibile alla casistica della struttura e ai suoi elementi di definizione. Un volume elevato d'interventi, una bassa incidenza di complicanze, di mortalità e di reinterventi o di decorsi prolungati non sono elementi di certezza ma certamente di previsione di un risultato positivo.

Perciò, la definizione della colpa potrà avere elementi di riscontro oggettivi se corrisponde alla violazione di un contratto dove sono definiti il quadro di riferimento, gli obblighi di prestazione da parte dell'operatore, l'accettazione dei rischi conseguenti da parte del committente. È un dato di fatto che la maggioranza dei contenziosi è derivato dalla percezione di un mancato raggiungimento di un risultato teorico e non dalla contestazione della mancata o errata esecuzione di elementi obbligatori della prestazione.

Il passaggio da consenso informato e rapporto fiduciario a contratto con esposizione degli elementi di giudizio clinico è la base per stabilire quando per il venir meno dell'obbligazione di mezzi si configuri la colpa sanitaria.

## Considerazioni assicurative

È noto che la Legge Gelli Bianco sul punto non sia stata ancora attuata. Come Collegio Italiano dei Chirurghi sentiamo di esprimere un principio chiaro, per alcuni versi banale e ovvio, cioè quello per il quale le assicurazioni devono coprire il rischio che il medico possa essere chiamato a rispondere civilmente. Per quanto banale e ovvio possa sembrare tale principio, è noto come invece taluni contratti non siano formulati in tale direzione.

Non facciamo riferimento al solo tema della claim's made impura che dà luogo ad evidenti buchi di copertura, ma anche a quello delle assicurazioni dei medici pubblici che presentano criticità nei casi in cui si limitano ad operare per il caso di condanna da parte della Corte dei conti o di condanna in sede di rivalsa proposta dalla struttura sanitaria nei confronti del medico. Però, questo tipo di assicurazione non si concilia con il fatto che nel giudizio civile il danneggiato può chiamare in giudizio non solo la struttura sanitaria ma anche il medico e quindi può ottenere una condanna in solido, azionabile in sede esecutiva nei confronti del medico. Ebbene, in questa particolare ipotesi, le assicurazioni non possono trincerarsi dietro una presunta inoperatività della polizza, perché altrimenti la polizza perderebbe ogni significato. Perciò le assicurazioni devono prestare una copertura assicurativa adeguata alle esigenze del singolo operatore. In caso di copertura assicurativa inadeguata alle esigenze del singolo, desunte queste ultime dall'attività svolta attualmente e in precedenza e da ogni circostanza utile, la clausola nulla è sostituita di diritto dalla norma imperativa per la quale la copertura assicurativa deve essere adeguata.

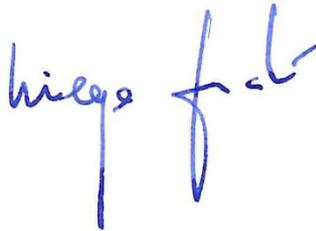
Un ulteriore elemento da considerare è che la Legge Gelli Bianco, superando il contatto sociale qualificato ha previsto un regime più vantaggioso per il medico e dal punto di vista della rilevanza della colpa e dal punto di vista della prescrizione.

Però non è del tutto scongiurato il rischio che il medico venga coinvolto in giudizio dal paziente. Non si vuole negare la proponibilità dell'azione diretta ma si chiede alla Commissione di riflettere sull'opportunità di disincentivare l'azione diretta quante volte il danneggiato abbia già una azione utile nei confronti della struttura. Dato che la struttura risponde pacificamente per il fatto del medico, ebbene se la struttura è capiente, manca un interesse del paziente ad agire nei confronti anche del medico. Da tale punto di vista potrebbe pensarsi ad un beneficio di preventiva escussione oppure ad una condanna al pagamento di una somma a titolo di pena privata, sul modello dell'art. 96 comma III c.p.c., laddove l'azione nei confronti del medico risulti inutile.

Infine, ove si accetti che la gradazione della colpa non ha ragione d'essere se vi è una trasgressione non giustificata (pagina 6 primo capoverso) delle disposizioni operative e del contratto (unico criterio di punibilità), la possibilità di rivalsa per colpa viene meno e non dovrebbe più essere esercitata

Prof. Diego Foschi

Presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "diego foschi". The signature is written in a cursive, somewhat stylized script.



# Collegio Italiano dei Chirurghi

## REGOLAMENTO DEL COLLEGIO ITALIANO DEI CHIRURGI

### AMBITO DI APPLICAZIONE

#### **Articolo 1 - Ordinamento**

1. Il presente Regolamento è volto a disciplinare compiutamente, nel rispetto delle norme statutarie, l'organizzazione, il funzionamento e l'attività del Collegio Italiano dei Chirurghi (C.I.C.). Il Regolamento, come da Art. 9 dello Statuto, è approvato dal C.D. e da questo sottoposto, autonomamente, alle modifiche attuative che si rendono necessarie, nel rispetto delle norme statutarie.

#### **SOCI**

#### **Articolo 2 – Requisiti**

1. In applicazione dell'Art. 3 dello Statuto, possono diventare Soci del Collegio Italiano dei Chirurghi le Società ed Associazioni di Chirurgia a carattere nazionale. Potranno essere riconosciuti come affiliati al CIC organismi ed enti morali inerenti alla chirurgia, a carattere nazionale, senza diritto di voto e di elettorato attivo e passivo e senza versamento di quota annuale.

#### **Articolo 3 – Ammissione**

1. La domanda di ammissione al C.I.C. deve essere corredata da idonea certificazione e firmata dal Legale Rappresentante della Società richiedente.
2. L'ammissione di una Società od Associazione deve essere accettata da parte del Consiglio Direttivo con la maggioranza semplice in convocazione unica. L'accettazione della nuova Società, valida con effetto immediato dal punto di vista operativo, sarà ratificata successivamente dal C.N. a maggioranza semplice. Le medesime norme valgono per l'affiliazione.

#### **Articolo 4 – Quota Sociale**

1. A norma dell'art. 5 dello Statuto, le Società od Associazioni associate al CIC sono tenute al pagamento della quota sociale annuale anticipata, proporzionalmente al numero degli Iscritti alle singole Società od Associazioni. La quota sociale versata consente l'attribuzione di un numero di voti corrispondenti, ai fini del computo della



# Collegio Italiano dei Chirurghi

validità assembleare del Consiglio Nazionale e delle votazioni o delle elezioni in questo ambito effettuate, secondo lo schema seguente:

- € 500,00 per Società od Associazioni che abbiano meno di 500 Iscritti in regola con gli obblighi contributivi (1 voto)
- € 1.000,00 per Società od Associazioni che abbiano da 501 a 1000 Iscritti in regola con gli obblighi contributivi (2 voti)
- € 1.500,00 per Società od Associazioni che abbiano da 1001 a 2000 Iscritti in regola con gli obblighi contributivi (3 voti)
- € 2.000,00 per Società od Associazioni che abbiano da 2001 a 4000 Iscritti in regola con gli obblighi contributivi (4 voti)
- € 2.500,00 per Società od Associazioni che abbiano più di 4000 Iscritti in regola con gli obblighi contributivi (5 voti).

Nell'ambito del Consiglio Direttivo, invece, il voto espresso è unitario, a prescindere dal numero degli iscritti.

2. La quota annuale è decisa dal Consiglio Nazionale del C.I.C.
3. Il Consiglio Direttivo, per esigenze di bilancio, può proporre la modifica della quota sociale. La delibera va assunta con la maggioranza dei due terzi del Consiglio Nazionale ed ha effetto a decorrere dall'anno finanziario successivo.
4. Ogni eventuale contributo, in misura fissa o percentuale, in situazioni straordinarie può essere deliberato dal Consiglio Direttivo.
5. Gli organismi ed enti morali affiliati sono esentati dal pagamento della quota sociale (a fronte del mancato godimento del diritto di voto e dell'elettorato attivo e passivo)

## **Articolo 5 – Diritti**

I Legali rappresentanti delle Società od Associazioni o i loro Delegati temporanei, in regola con il pagamento delle quote sociali, hanno diritto a:

- Prendere parte alle adunanze del Consiglio Nazionale ed esprimere il loro voto;
- Prendere parte alle adunanze del Consiglio Direttivo ed esprimere il loro voto, se eletti;
- Eleggere, secondo quanto previsto nell'Art.4 del Regolamento comma 1, il Vice Presidente (Presidente Designato), a maggioranza qualificata dei 2/3, e, a maggioranza semplice, i Membri del Consiglio Direttivo, i Revisori dei Conti ed i Membri della Commissione di Garanzia;



# Collegio Italiano dei Chirurghi

- Rappresentare, con non più di tre deleghe, altre Società od Associazioni aderenti al C.I.C. nelle riunioni in presenza. Non sono ammesse deleghe nelle riunioni telematiche. Nel Consiglio Direttivo, invece, non sono ammesse deleghe;
- Partecipare gratuitamente ad eventuali lavori congressuali o Corsi di aggiornamento e ad ogni altra attività culturale e scientifica del Collegio;
- Ricevere le eventuali pubblicazioni del Collegio.

## **Articolo 6 - Morosità**

1. I Rappresentanti legali o i loro Delegati temporanei di Società od Associazioni possono esercitare il diritto di voto solo se in regola con il pagamento della quota sociale, almeno fino all'anno solare precedente. Dopo due anni di morosità la Società od Associazione viene dichiarata decaduta con delibera del C.D.
2. La Società od Associazione decaduta per morosità può essere successivamente riammessa per semplice delibera del C.D. previo pagamento di tutte le quote sociali insolute ovvero può presentare domanda di nuova ammissione secondo quanto stabilito dall'Art. 3 del Regolamento.

## **Articolo 7 - Revoca**

1. Il Consiglio Nazionale può revocare, per gravi motivi e su proposta del C.D., lo status di Socio ad una Società od Associazione.
2. Sulla proposta di revoca il C.D. delibera con la maggioranza dei 2/3, previa istruttoria della Commissione di garanzia.

## **ORGANI**

### **Articolo 8 - Consiglio Nazionale**

1. Il Consiglio Nazionale è costituito esclusivamente dai Legali rappresentanti pro tempore delle singole Società od Associazioni o dai loro Delegati temporanei che fanno parte del Consiglio Direttivo delle rispettive Società. I Membri del Consiglio Nazionale durano in carica fino alla successiva Assemblea elettiva.
2. Il Presidente dispone la convocazione del Consiglio Nazionale, a norma dell'art. 5 dello Statuto, almeno una volta l'anno; il Consiglio Nazionale può essere convocato su proposta di almeno un quinto, calcolato secondo quanto disposto dall'Art. 4 comma 1 del Regolamento, delle Società od Associazioni rappresentate nel Collegio.
3. La prima e la seconda convocazione del Consiglio Nazionale debbono essere effettuate mediante unico avviso, contenete l'indicazione del giorno, dell'ora e del



# Collegio Italiano dei Chirurghi

- luogo delle due adunanze, che non possono avvenire nello stesso giorno, e l'elenco degli argomenti da trattare, almeno dieci giorni prima della prima convocazione.
4. Un Rappresentante del Consiglio Nazionale può farsi rappresentare in Assemblea da altro Membro del Consiglio Direttivo della Società od Associazione di appartenenza, mediante delega scritta, a meno che l'adunanza non avvenga per via telematica.
  5. Il Consiglio Nazionale elegge il Vicepresidente (Presidente designato), il Consiglio Direttivo, i Revisori dei Conti e la Commissione di garanzia secondo le modalità previste nell'Art.5 del Regolamento.
  6. Il Consiglio Nazionale elegge ogni due anni otto Consiglieri scelti tra i Candidati designati dalle Società afferenti al Collegio, secondo le modalità previste nell'Art.5 del presente Regolamento.
  7. Sono eletti componenti del Consiglio Direttivo gli otto Membri del Consiglio Nazionale, che hanno riportato il maggior numero di voti, possibilmente rappresentanti ciascuno di una diversa specialità.
  8. I Membri del Consiglio Nazionale possono avanzare candidature per l'elezione al Consiglio Direttivo, senza per questo vincolare la volontà sovrana del Consiglio Nazionale.
  9. Il Vicepresidente, il Consiglio Direttivo, i Revisori dei Conti e la Commissione dei Garanti durano in carica due anni e non sono rieleggibili .
  10. Il Vicepresidente (Presidente designato) del biennio precedente diventa Presidente del C.I.C. e dura in carica due anni. Non è rieleggibile
  11. Il Consiglio Nazionale verifica ed approva la eventuale suddivisione delle Società aderenti al CIC in "Gruppi omogenei" ("cluster") per affinità specialistica, per particolari ragioni di opportunità operativa in ambiti particolari e specifici, su proposta del C.D.
  12. Ad oggi la suddivisione in raggruppamenti omogenei è la seguente:

*Chirurgia Generale di base:*

*ACS- American College of Surgeons – Italy Chapter  
Collegio dei Professori Ordinari e Straordinari di Chirurgia  
Società Italiana Endoscopia di Area Chirurgica  
Società Italiana di Chirurgia Endoscopica e Nuove Tecnologie  
Società Italiana di Chirurgia nell'Ospedalità Privata  
SIFIPAC-Società Italiana di Fisiopatologia Chirurgica  
SIRC-Società Italiana di Ricerche in Chirurgia  
SPIGC-Società Polispecialistica Italiana dei Giovani Chirurghi  
ACIT- Associazione Chirurgica Italiana Tecnologica  
ANTHEC Academy of non Transfusional Hemo-Components  
SIC-Società Italiana di Chirurgia*



# Collegio Italiano dei Chirurghi

## *Chirurgia Generale applicata:*

*CUDS- Club delle Unità di Day Surgery*  
*SICADS- Società Italiana di Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery*  
*SIGC- Società Italiana di Chirurgia Geriatrica*  
*SICO- Società Italiana di Chirurgia Oncologica*  
*SICP- Società Italiana di Chirurgia Pediatrica*  
*SICUT- Società Italiana di Chirurgia d'urgenza e del Trauma*  
*SIVI- Società Italiana di Videochirurgia Infantile*

## *Chirurgia Specialistica d'apparato :*

*SICT- Società Italiana di Chirurgia Toracica*  
*SIET- Società Italiana di Endoscopia Toracica*  
*SICPRE- Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica*  
*SICVE- Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare*  
*SIPAD- Società Italiana di Chirurgia dell'Apparato Digerente*  
*SICOb- Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità*  
*SIUEC – Società Italiana Unitaria di Endocrinochirurgia*

## *Chirurgia Specialistica d'organo:*

*SICCH- Società Italiana di Chirurgia Cardiaca*  
*SITO- Società Italiana Trapianti di organi*  
*SICCR- Società Italiana di Chirurgia Coloretale*  
*SIUCP- Società Italiana Unitaria di Coloproctologia*  
*ISHAWS- Italian Society of Hernia and Abdominal Wall Surgery*

## *Chirurgia testa-collo:*

*AOOI- Associazione Otorinolaringoiatri Ospedalieri Italiani*  
*AUORL- Associazione Universitaria Otorinolaringologi*  
*SICMF- Società Italiana di Chirurgia Maxillo-facciale*  
*SINch- Società Italiana di Neurochirurgia*  
*SIOeChCF- Società Italiana di Otorinolaringologia e chirurgia cervico-facciale*  
*ANPO- Collegio Italiano Primari Ospedalieri Odontoiatria, Odontostomatologia e Chirurgia maxillo-facciale*  
*GOAL- Gruppo oculisti ambulatoriali liberi*

## *Ginecologia e Ostetricia:*

*AOGOI- Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani*  
*AGUI- Associazione Ginecologi Universitari Italiani*  
*SEGI- Società Italiana di Endoscopia Ginecologica*  
*SIGO- Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia- Federazione Italiana*  
*AGITE- Associazione Ginecologi Territoriali*  
*SIOG- Società Italiana di Oncologia Ginecologica*



# Collegio Italiano dei Chirurghi

## *Ortopedia e traumatologia:*

*AIR- Associazione Italiana di Riprotesizzazione*

*SICV&GIS. Società Italiana di Chirurgia Vertebrale*

*SICPiede- Società Italiana della Caviglia e del Piede*

*SICSeG- Società Italiana Chirurgia Spalla e Gomito*

*SIdA- Società Italiana dell'Anca*

*SIAGSCOT- Società Italiana di Artroscopia, Ginocchio, Arto Superiore, Sport, Cartilagine, Tecnologie Ortopediche*

*SIOT – Società Italiana Ortopedia e Traumatologia*

## *Urologia:*

*SIU – Società Italiana di Urologia*

*SIUP- Società Italiana di Urologia Pediatrica*

*CLU- Club della Litiasi Urinaria*

*IEA- Associazione Italiana Endourologia*

*AURO- Associazione Urologi Italiani*

*SIA- Società Italiana di Andrologia*

## **Articolo 9 - Consiglio Direttivo**

1. Il Consiglio Direttivo è composto dal Presidente, dal Vice Presidente (Presidente designato) e da 8 Consiglieri.
2. Il C.D. è validamente costituito con la presenza della maggioranza assoluta dei Membri aventi diritto al voto ed assume le sue deliberazioni con la maggioranza assoluta dei votanti, salvo che per le proposte di modifica dello Statuto, per le proposte di revoca dello status di Socio del Collegio, e per le proposte di modifica della quota sociale, che devono essere approvate dalla maggioranza assoluta dei componenti e poi sottoposte alla ratifica dell'Assemblea Nazionale.
3. In caso di più di due assenze ripetute, anche giustificate, di un membro del CD nel corso dell'anno, questi viene dichiarato decaduto e sostituito come da Statuto.
4. Il C.D. approva e modifica il Regolamento attenendosi alle norme contenute nello Statuto.
5. Il C.D., in caso di impedimento del Presidente, ne affida ad interim le funzioni al Vicepresidente (Presidente designato) e in sua assenza al Consigliere più anziano per appartenenza al C.I.C.
6. In caso d' impedimento del Segretario Generale o del Segretario Tesoriere il C.D. ne affida ad interim le funzioni ad un Consigliere.
7. Il C.D. attua le deliberazioni del Consiglio Nazionale, assume tutte le decisioni organizzative, amministrative, gestionali e scientifiche e le iniziative di politica societaria necessarie a perseguire utilmente gli scopi istituzionali, nella scrupolosa



# Collegio Italiano dei Chirurghi

osservanza dello Statuto della Società. Il C.D. adotta tutte le misure volte alla tutela del patrimonio e dell'immagine del Collegio.

8. E' Membro di diritto del C.D. il Past President, con diritto di voto.
9. Per particolari ragioni di opportunità operativa, il C.D. può istituire Commissioni di studio, in ognuna delle quali deve essere presente almeno un componente del Consiglio Direttivo. Inoltre, il C.D. può proporre ed organizzare la suddivisione delle Società aderenti al CIC in "Gruppi omogenei" ("cluster") per affinità specialistica, cui delegare la rappresentanza di area specialistica nell'ambito di contrattazioni o di studio di particolari problematiche. Il C.N. ratificherà tale organizzazione operativa nella prima riunione utile.

## **Articolo 10 - Presidente**

1. Ai sensi dell'art. 8 dello Statuto, ogni due anni, il Consiglio Nazionale elegge il Vice Presidente (Presidente designato), con criteri di alternanza universitaria-ospedaliero, secondo la modalità previste dall'Art. 5 del Regolamento. Alla scadenza del suo mandato di due anni, il Vice Presidente (Presidente designato) diventa Presidente per il successivo biennio. Il Presidente non è rieleggibile. Un Rappresentante della stessa Società non può essere rieletto Presidente se non dopo quattro mandati. Solo in prima applicazione del presente Regolamento il C.N. eleggerà anche il Presidente con elezione diretta.
2. Il Presidente rappresenta il Collegio come legale Rappresentante, presiede il Consiglio Direttivo ed il Consiglio Nazionale, è responsabile della ordinaria Amministrazione e delle attività societarie, firma i mandati di pagamento, le autorizzazioni alla riscossione e gli atti ufficiali.
3. Il Presidente può delegare la firma concernente i pagamenti e le riscossioni al Segretario Tesoriere.
4. Il Presidente dispone il calendario e l'ordine del giorno delle riunioni del C.D., da comunicare agli altri Membri, almeno una settimana prima della data fissata; convoca e presiede il Consiglio Nazionale al quale relaziona sullo stato e l'attività del Collegio, almeno una volta all'anno; presiede le Commissioni, eventualmente istituite dal Consiglio Direttivo su proposta del Consiglio Nazionale.

## **Articolo 11 - Presidente emerito**

1. Al termine del mandato al Past President può essere conferito il titolo di Presidente Emerito su proposta ed approvazione del Consiglio Direttivo, ratificata dal Consiglio Nazionale.

Il Presidente Emerito può partecipare, su convocazione, alle riunioni del Consiglio Direttivo senza diritto di voto.



# Collegio Italiano dei Chirurghi

## **Articolo 12 - Ufficio di Presidenza**

1. L'ufficio di Presidenza è costituito dal Presidente in carica, dal Vicepresidente (Presidente designato), dal Past-President, dal Segretario Generale e dal Segretario Tesoriere e da un rappresentante del C.D. identificato dal Presidente. Esso viene convocato dal Presidente, quando necessario, per argomenti di gestione ordinaria e straordinaria. Le relative decisioni dovranno essere preliminarmente delegate o successivamente ratificate dal Consiglio Direttivo.

## **Articolo 13. – Norme finali**

Ogni ulteriore eventuale necessità organizzativa meritevole di regolamentazione verrà provvisoriamente normata dal Consiglio Direttivo per essere poi sottoposta a ratifica da parte del Consiglio Generale.

Roma, li

Il Presidente

Il Segretario Generale



# Collegio Italiano dei Chirurghi

## - STATUTO DEL COLLEGIO ITALIANO DEI CHIRURGI -

### **Articolo 1. Ragione Sociale**

Il Collegio Italiano dei Chirurghi (C.I.C.) è un ente morale apolitico, apartitico, aconfessionale, senza fini di tutela sindacale né di lucro, con sede in Roma, Viale Tiziano 19, finché la Società Italiana di Chirurgia (SIC) farà parte del C.I.C.

Se non interverranno proroghe, il Collegio cesserà il trentuno dicembre duemila novantanove (31.12.2099).

### **Articolo 2. Scopi**

Scopo del Collegio è quello di contribuire a migliorare i livelli di cura dei pazienti e di promuovere gli interessi scientifici, culturali ed organizzativi dell'area chirurgica. A tale fine, il C.I.C. promuove il coordinamento e la collaborazione fra le Società Scientifiche aderenti in modo che esse possano agire con reciproco vantaggio nello svolgimento delle proprie attività, particolarmente per quanto riguarda le iniziative utili a promuovere l'assistenza chirurgica nel contesto dell'organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale.

Il Collegio tutela la dignità professionale e i legittimi interessi di categoria di tutti gli iscritti alle Società Scientifiche che aderiscono al CIC. Il Collegio svolge una costante azione di sensibilizzazione e di proposta, coinvolgendo gli operatori e le associazioni dei pazienti, presso le sedi istituzionali deputate allo sviluppo delle politiche sanitarie: Ministero della Salute, Commissioni Parlamentari, Conferenza Stato-Regioni, AGENAS, CNEL, con interventi diretti o attraverso le Società aderenti, promuovendo incontri, dibattiti o riunioni scientifiche, eventualmente in forma di Congresso, anche attraverso l'organizzazione di eventi formativi nell'ambito del programma nazionale di formazione continua in medicina (ECM), con l'intento di migliorare la qualità dei livelli organizzativi, assistenziali e di sicurezza degli utenti e degli operatori, in considerazione della peculiarità del lavoro chirurgico. È compito del CIC dare la massima diffusione mediatica delle attività svolte.

### **Articolo 3. Patrimonio**

Le attività sociali sono finanziate attraverso i contributi annuali delle Società Associate, come stabilito annualmente dal Consiglio Direttivo. Il Collegio può accettare, previa delibera del Consiglio Direttivo, le elargizioni, comprese le donazioni e le disposizioni testamentarie, di enti pubblici o privati o di soggetti privati, effettuati senza vincolo di destinazione, disposti ed erogati secondo quanto previsto dalla legge.

Le cariche sociali non sono retribuite.

Le attività ECM sono svolte attraverso l'autofinanziamento dei soci, che afferiscono alle Società Scientifiche aderenti, partecipanti agli eventi o nel caso per sostegno delle industrie farmaceutiche e di dispositivi medici, nel rispetto dei criteri e dei limiti stabiliti dalla Commissione Nazionale per la formazione medica continua.

È vietata la distribuzione, anche indiretta, di utili e avanzi di gestione o di riserve comunque denominate ai membri della Fondazione. È ammesso il rimborso delle spese documentate sostenute per fini



# Collegio Italiano dei Chirurghi

istituzionali ai soli partecipanti all'Ufficio di Presidenza, ove non sostenuti dalle singole Società di appartenenza.

L'attività del CIC è disciplinata dal presente Statuto e rendicontata secondo quanto stabilito dal Codice civile e dalla normativa applicabile in campo fiscale per gli Enti senza finalità di lucro.

## **Articolo 4. Soci**

Il Collegio è costituito dalle Società ed Associazioni di Chirurgia a carattere nazionale che mantengono la loro piena autonomia scientifica, amministrativa e di legale rappresentanza.

Le singole Società ed Associazioni costituiscono il Collegio in maniera paritetica, partecipandovi ciascuna con i componenti del proprio Consiglio Direttivo. Ognuna delle Società è rappresentata dal Presidente in carica o da un suo delegato per tutta la durata del mandato del Consiglio Direttivo del Collegio.

Le Società sono comprese in gruppi omogenei di appartenenza, in numero di otto, sulla base degli interessi specialistici espressi e includono: la Chirurgia Generale di base e la Chirurgia Generale applicata, la Chirurgia Specialistica d'apparato, la Chirurgia Specialistica d'organo, la Chirurgia della Testa e del Collo, Ginecologia e Ostetricia, Ortopedia e Traumatologia, Urologia. Ciascun raggruppamento omogeneo propone almeno un candidato al ruolo di Consigliere nel Consiglio Direttivo. L'attribuzione di ogni Società Scientifica al relativo raggruppamento avviene a richiesta su deliberazione del Consiglio Direttivo, ratificata dal Consiglio Nazionale.

La composizione del C.I.C. potrà essere modificata nel tempo con l'adesione di altre Società ed Associazioni Scientifiche Chirurgiche a carattere nazionale che ne faranno richiesta, dopo accettazione da parte del Consiglio Direttivo in convocazione unica con maggioranza semplice. L'accettazione della nuova Società, valida con effetto immediato dal punto di vista operativo, è soggetta a ratifica da parte del C.N. a maggioranza semplice.

Potranno essere riconosciuti come affiliati al CIC organismi ed enti morali inerenti alla chirurgia, a carattere nazionale, senza diritto di voto e di elettorato attivo e passivo e senza versamento di quota annuale.

## **Articolo 5. Organi**

Sono organi del C.I.C. il Consiglio Generale (C.G.), il Consiglio Nazionale (C.N.), il Consiglio Direttivo (C.D.), il Presidente ed i Revisori dei Conti, la Commissione di Garanzia.

## **Articolo 6. Consiglio Generale**

Il Consiglio Generale è costituito dai componenti dei Consigli Direttivi delle Società appartenenti. Il C.G. individua i temi di maggiore attualità e interesse su cui organizzare le attività del C.I.C. nel corso del singolo mandato presidenziale. È convocato dal Presidente entro tre mesi dalla sua elezione, con avviso e-mail inviato agli indirizzi depositati presso la Segreteria del C.I.C., specificando la sede, l'orario della riunione e l'Ordine del Giorno dei lavori. Può essere riunito in presenza o tramite video-conferenza, ove sia garantita la possibilità d'intervento dei partecipanti; in tal caso, la convocazione deve indicare il link di riferimento per il collegamento. L'Assemblea è valida in prima convocazione con la presenza del 50%+1 degli aventi diritto e in seconda convocazione qualunque sia il numero dei partecipanti. Le deliberazioni sono prese a maggioranza semplice e riportate nel verbale della riunione a cura del Segretario e a firma



# Collegio Italiano dei Chirurghi

del Presidente. Il Presidente è tenuto a convocare il Consiglio Generale al termine del suo mandato, per riferire delle attività svolte e dello stato della loro realizzazione.

## **Articolo 7. Consiglio Nazionale**

Il Consiglio Nazionale (C.N.) è permanente ed è composto dai legali rappresentanti delle singole Società o da loro delegati che fanno parte dei relativi Consigli Direttivi. I membri del C.N. durano in carica per la durata di un biennio, fino alla successiva Assemblea elettiva del C.N.

Il C.N. elegge fra i suoi membri il Presidente, il Consiglio Direttivo ed i Revisori dei Conti e la Commissione di Garanzia.

Il Presidente eletto dal C.N. assume la veste di Presidente Designato e di Vicepresidente; egli assumerà automaticamente l'incarico di Presidente alla scadenza di mandato del Presidente in carica.

Il C.N. approva i bilanci, ratifica l'ammissione di altre Società od Associazioni già accettate dal C.D. e l'ammissione di organizzazioni ed enti morali affiliati, nonché con la maggioranza di 2/3 (due terzi) decreta le modifiche dello Statuto e lo scioglimento del Collegio.

Il C.N. delibera altresì la proroga del Collegio.

Il C.N., sulla base delle linee programmatiche approvate dal C.G. verifica gli obiettivi formulati nel rispetto degli ambiti e dell'autonomia delle singole Società ed Associazioni componenti il Collegio e la congruità degli adempimenti messi in atto dal C.D.

Il C.N. fissa la quota annuale da versare al Collegio da parte delle Società ed Associazioni che lo compongono.

Il C.N. è convocato dal Presidente almeno una volta l'anno, eventualmente anche in riunione telematica. La convocazione deve essere inviata con un preavviso di dieci giorni e deve contenere l'indicazione della sede, della data e dell'ora della riunione e l'ordine del giorno; ove la riunione sia tenuta in forma telematica, deve essere altresì indicato il link per realizzare la connessione. Deve comunque essere garantita la possibilità d'intervento dei singoli partecipanti. In prima convocazione la riunione è valida se almeno 2/3 degli aventi diritto è presente, in seconda convocazione qualunque sia il numero dei partecipanti. In tale occasione il C.N. discute ed approva il bilancio. La seconda convocazione non può avere luogo nello stesso giorno della prima convocazione. Il C.N. può essere convocato da un quinto delle rappresentanze del Collegio in seno al C.N. stesso.

Al CN possono partecipare senza diritto di voto ed elettorato attivo e passivo gli organismi ed enti morali affiliati.

## **Articolo 8. Elezione degli organi del Collegio.**

I membri del C.N. eleggono, proporzionalmente al numero dei propri iscritti e a maggioranza qualificata di 2/3 (due terzi), il Presidente, e a maggioranza semplice, i membri del C.D., i Revisori dei Conti, e la commissione di garanzia, rappresentativi delle diverse specialità. Ogni gruppo omogeneo di appartenenza delle Società Scientifiche esprime almeno un candidato al Consiglio Direttivo. Tutte le candidature devono essere avanzate alla Presidenza del C.I.C. con almeno 30 giorni di anticipo rispetto all'Assemblea in cui si terrà la votazione. La Convocazione dell'Assemblea Elettiva deve essere proposta con almeno 60 giorni di anticipo. Per l'elezione del Presidente, qualora non si raggiungano i 2/3 (due terzi) nella prima votazione, nella ulteriore successiva si delibererà a maggioranza semplice.



# Collegio Italiano dei Chirurghi

Ciascun partecipante alle riunioni del C.N. non potrà essere portatore di più di tre deleghe. In caso di forza maggiore, l'Assemblea potrà avere luogo per via telematica: in tal caso non saranno ammesse deleghe.

## **Articolo 9. Durata del mandato e criteri di non eleggibilità.**

Il Presidente (designato), il Consiglio Direttivo ed i Revisori dei Conti e la Commissione di Garanzia durano in carica due anni, indipendentemente dal mandato di legale rappresentante nelle rispettive Società ed Associazioni.

Il Presidente, il Vicepresidente non sono rieleggibili nella stessa carica.

I Consiglieri, i Revisori dei Conti, i componenti della Commissione di Garanzia possono essere rieletti per un secondo mandato.

## **Articolo 10. Il Presidente**

Il Presidente è il legale rappresentante del Collegio Italiano dei Chirurghi (C.I.C.). Egli viene scelto per via elettiva dal Consiglio Nazionale con un biennio di anticipo, partecipa immediatamente ai lavori del C.D. nel ruolo di Vicepresidente e Presidente Designato, con criteri di alternanza universitari-ospedalieri.

Una stessa Società non può esprimere il Presidente per una seconda volta se non dopo quattro mandati.

Il Presidente convoca e presiede il Consiglio Nazionale almeno una volta l'anno e stabilisce l'Ordine del Giorno. Il Presidente convoca altresì il Consiglio Direttivo almeno quattro volte l'anno, fissandone l'Ordine del Giorno. Egli provvede unitamente al C.D. all'ordinaria amministrazione, ed attua insieme al Segretario Generale le delibere. Firma i verbali delle riunioni e gli atti ufficiali del Collegio.

In caso di urgenza adotta provvedimenti di emergenza, assoggettandoli a ratifica successiva del Consiglio Direttivo

Il Presidente, in accordo con il Segretario Tesoriere, presenta al C.N. il bilancio preventivo e consuntivo per l'approvazione. Il Presidente può delegare a rappresentarlo solamente un membro del C.D. Nel caso di impedimento protratto, dimissioni o decesso, il Presidente viene sostituito dal Vicepresidente (Presidente designato).

## **Articolo 11. Presidente Emerito**

Chi abbia dato un contributo assai elevato alle attività del Collegio Italiano dei Chirurghi e abbia ricoperto la carica di Presidente durante il periodo di appartenenza al Collegio Italiano dei Chirurghi, può essere designato dal Consiglio Direttivo, su proposta del Presidente in carica, come Presidente Emerito. La nomina avverrà per acclamazione nella successiva Assemblea Generale. I Presidenti Emeriti possono partecipare, ad invito, al Consiglio Direttivo, senza diritto di voto.

## **Articolo 12. Consiglio Direttivo**

Il Consiglio Direttivo è composto da otto membri, proposti da ciascuno dei raggruppamenti omogenei, e dal Vice Presidente (Presidente Designato), rappresentanti di diverse specialità, eletti dal C.N. tra i suoi componenti, oltre che dal Presidente e dal Past President, e nomina fra i suoi membri un Segretario Generale ed un Segretario Tesoriere.

Il Consiglio Direttivo cura il perseguimento degli scopi istituzionali, sovrintende alla gestione e indirizza l'attività del Collegio, ne amministra le sostanze e ne promuove l'incremento ed adempie ad ogni altro obbligo contemplato nello Statuto per attuare gli obiettivi del Collegio.



# Collegio Italiano dei Chirurghi

Il Consiglio Direttivo approva il regolamento attuativo dello statuto.

Alle riunioni del C.D. partecipa con diritto di voto il Past President e possono partecipare, senza diritto di voto, i Presidenti Emeriti.

Il Consiglio Direttivo entra in carica al termine della riunione dell'Assemblea Generale che l'ha eletto e vi resta fino alla successiva Assemblea Generale elettiva, che si tiene secondo regolamento dopo due anni di mandato.

Il Consiglio Direttivo viene convocato dal Presidente o da almeno 5 Consiglieri con apposito avviso, inoltrato via e-mail con almeno 8 giorni di anticipo. La convocazione deve contenere il luogo, la data e l'ora della convocazione oltre che l'Ordine del Giorno. Ove la riunione si tenga per via telematica, deve essere incluso il link per consentire il collegamento. In assenza del Presidente della Società, presiede il Vicepresidente o comunque il Consigliere più anziano di nomina .

Il C.D. può ordinare apposite Commissioni, incaricate dell'istruttoria dei lavori su cui redigere i documenti d'indirizzo del Collegio. I verbali delle riunioni delle Commissioni vengono pubblicate sul sito del Collegio.

L'approvazione dei provvedimenti avviene a maggioranza semplice; in caso di parità dei voti, prevale la mozione sostenuta dal Presidente della riunione.

In caso di vacanza della carica ricoperta da uno dei Consiglieri, per qualunque motivo, prima della scadenza naturale del mandato, l'eventuale integrazione avviene per cooptazione da parte del Consiglio Direttivo stesso. Tutti i membri del Consiglio Direttivo possono decadere in conseguenza di perdita dell'onorabilità, per palese conflitto d'interessi, per gravi violazioni o irregolarità negli adempimenti del loro ufficio, sulla base di una delibera del Consiglio Direttivo ratificata dal Consiglio di Garanzia. Qualora venga meno il quorum del Consiglio, i membri rimasti in carica debbono convocare l'Assemblea Generale perché provveda al totale rinnovo delle cariche sociali.

## **Articolo 13. Segretario Generale**

Il Segretario Generale:

- collabora con il Presidente nella predisposizione dell'O.d.g.;
- pone in esecuzione le delibere del C.D.;
- redige verbali delle riunioni del C.N. e del C.D. e provvede alla loro custodia;
- cura i supporti tecnici e la logistica delle riunioni

Nel lavoro di segreteria egli può essere coadiuvato da un ufficio tecnico, retribuito a carico del Collegio previa approvazione del C.D.

## **Articolo 14. Tesoriere**

Il Segretario Tesoriere è depositario dei beni e dei documenti contabili, predisporre e presenta il bilancio al Consiglio Nazionale previa approvazione dei Revisori dei Conti e del Consiglio Direttivo e può essere delegato dal Presidente per la firma su conti correnti, bonifici bancari, etc.

Egli può farsi coadiuvare da professionisti e consulenti del settore, retribuiti a carico del Collegio.

È obbligo del Tesoriere curare la pubblicazione, sul sito web del Collegio, dei bilanci una volta approvati dall'Assemblea Generale.



# Collegio Italiano dei Chirurghi

## **Articolo 15**

Il Collegio dei Revisori dei Conti è composto da due membri effettivi e un supplente, eletti dal Consiglio Nazionale con gli stessi criteri del Presidente. Esso controlla ed approva i bilanci del Collegio.

I Revisori dei Conti possono partecipare, su invito, alle riunioni del Consiglio Direttivo senza diritto di voto.

## **Articolo 16. Commissione di garanzia**

La Commissione di Garanzia è composta dal Past President uscente del Collegio, che la presiede, e da due membri eletti tra i rappresentanti del C.N.

Essa è deputata all'esame di tutte le controversie che possano sorgere in seno al Collegio, valuta i requisiti di onorabilità, i conflitti d'interesse e le violazioni eventualmente commesse dai soci. Essa e vigila affinché il Collegio stesso non leda gli interessi legittimi e l'onorabilità delle singole Società ed Associazioni.

## **Articolo 17**

Il patrimonio del C.I.C. è costituito dalle quote annualmente versate dalle Società ed Associazioni componenti il Collegio, dai contributi volontari, dai lasciti e dalle donazioni, nonché dai proventi per le prestazioni rese a terzi. Le quote associative versate annualmente non sono trasmissibili e rivalutabili.

## **Articolo 18**

Ciascuna Società od Associazione può rinunciare alla sua partecipazione al Collegio dandone notizia scritta attraverso il suo legale rappresentante. Il C.N. può decidere per gravi motivi l'esclusione dal Collegio di una di queste, previo parere della Commissione di Garanzia.

Il C.N. decide l'esclusione dal Collegio di una Società o Associazione, per morosità della stessa nel pagamento della quota di iscrizione al C.I.C. secondo le norme previste nel regolamento

## **Articolo 19**

Nel caso il C.N. decidesse lo scioglimento del Collegio, il C.D. provvederà a nominare un liquidatore, specificandone i poteri conferiti, la durata dell'incarico e l'onorario previsto. In Caso di fondi residui, questi saranno devoluti ad istituzioni di beneficenza o con finalità analoghe a quelle del CIC.

## **Articolo 20**

Per quanto non previsto dagli articoli del presente statuto valgono le norme del Regolamento e le disposizioni di legge vigenti in materia.

Approvato dall'Assemblea Generale del  
Collegio Italiano dei Chirurghi  
Roma,

Il Presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi