

# RASSEGNA STAMPA

## DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

### DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

SABATO 21 MARZO 2015

#### SOMMARIO

##### QUOTIDIANO SANITA'.IT

- ❖ **Elezioni Fnomceo.** Urne aperte fino a domenica. **Sfida all'ultimo voto tra Chersevani e Amato.** I programmi dei due sfidanti per il "dopo" Bianco
- ❖ **Responsabilità professionale.** **Più risk management, ma senza una legge non si va avanti**
- ❖ **Responsabilità e colpa in medicina.** **Un vademecum per sottrarsi alla gogna.** Ma una nuova legge è indispensabile

##### DOCTOR 33. IT

- ❖ **Responsabilità professionale.** **De Filippo (ministero Salute): a breve una legge**
- ❖ **DIRITTO SANITARIO Assicurazione: quando "opera in eccesso rispetto a quelle personali dei medici"?**

## QUOTIDIANO SANITA'.IT

### **Elezioni Fnomceo. Urne aperte fino a domenica. Sfida all'ultimo voto tra Chersevani e Amato. I programmi dei due sfidanti per il "dopo" Bianco**

*Da ieri fino a domenica i 106 presidenti provinciali di Ordine saranno chiamati ad eleggere il nuovo Comitato centrale della Federazione nazionale dei camici bianchi. I 'rumors' danno in vantaggio Chersevani ma forte è il rischio possa nascere un esecutivo spaccato. Dal comma 566 al ruolo del medico. Le proposte dei candidati a confronto. [PROGRAMMA CHERSEVANI](#) – [PROGRAMMA AMATO](#)*

‘Costruire insieme la professione’ o ‘Ripensare la professione per innovare’? Tra temi in comune e uno stile differente **Roberta Chersevani** e **Toti Amato** sono pronti alla sfida che vedrà impegnati da oggi fino a domenica i 106 presidenti d'Ordine provinciale per il rinnovo del Comitato centrale della Federazione dei medici chirurghi ed odontoiatri.

Dal comma 566, alle nuove generazioni passando per la questione femminile e il problema della responsabilità professionale sono i punti caldi che i programmi dei due candidati trattano. Affrontati, va detto, con stili molti diversi nella stessa impostazione dei due documenti programmatici.

**‘Ripensare la professione per innovare’** è lo slogan prescelto dalla Lista guidata da **Roberta Chersevani** (Omceo Gorizia). Un programma strutturato e definito con 18 punti d’intervento: dai rapporti con le professioni sanitarie, alla questione della responsabilità professionale che viene affrontata con spirito costruttivo. La questione donne, ovviamente, la formazione medica e l’Ecm. Inoltre tra i punti si segnala una forte idea di rafforzare e allargare la platea delle relazioni della Federazione (dai sindacati, alle associazioni dei pazienti e organismi professionali internazionali) nonché spingere per un maggior coordinamento con Enpam e Onaosi.

Il programma della Lista Chersevani, che sostanzialmente rappresenta la continuità con il precedente comitato centrale entra però anche nello specifico con alcune proposte: rinnovo del Centro studi con la possibilità di creare una Fondazione ad hoc. Poi si propone una app per smartphone con i servizi e lo sbarco attivo su twitter nell’ottica di un dialogo più ‘social’ con l’opinione pubblica. Proposti anche cambiamenti in seno all’organizzazione della Federazione: Consigli nazionali monotematici su temi di alto profilo, e possibilità di consulti anche telematici. Potenziamento accoglienza telefonica e gruppo di lavoro per aggiornamento costante codice deontologico solo per citarne alcuni.

**‘Costruire insieme la professione’**. Il messaggio della lista guidata da **Toti Amato** (Omceo Palermo) è completamente diverso, più sotto forma di lettera che di un programma vero e proprio. Ma al di là di questo formalismo forte è la presenza dell’argomento della comma 566 dove si denuncia “la sudditanza” della Federazione nell’ultimo triennio e si punta forte sul recupero “vero della credibilità del ruolo medico”. La lista Amato (che ricordiamo è stato lo sfidante di Amedeo Bianco nelle precedenti due tornate elettorali) sostanzialmente propone un cambiamento con la passata gestione e annuncia anche di aver lasciato una casella delle candidature vuota per lasciare ai presidenti libertà di scelta in un’ottica di unitarietà e non di divisione.

Per quanto riguarda l’esito della tre giorni elettorale i ‘rumors’ danno in vantaggio la lista Chersevani anche se, rispetto a tre anni fa, l’esito appare più incerto e sono alte le probabilità di un Comitato centrale spaccato. Ricordiamo che il voto avverrà in proporzione al numero di iscritti (1 ogni 200) e che non sarà su una lista “bloccata”, ma che ciascun presidente dovrà esprimersi nome per nome, potendo quindi rimescolare le carte.

■ [Programma Lista Chersevani](#)

■ [Programma Lista Amato](#)

## **Responsabilità professionale. Più risk management, ma senza una legge non si va avanti**

*Da medici, manager, magistrati arriva la richiesta di un intervento legislativo, ma ora un comitato ristretto dovrebbe sintetizzare a breve in un unico testo i sette disegni di legge all’esame dell’XI Commissione Lavoro della Camera. Delle circa 30mila denunce l’anno solo il 9.4% dei contenziosi vengono decisi in sede di mediazione. Se ne è parlato ieri in un convegno alla Corte d’Appello di Roma. Revisione della definizione dell’atto medico, necessario per trovare una linea di*

confine nella medicina difensiva. Definizione delle tabelle per la valutazione economica del danno non patrimoniale alla persona. Ricorso alla giustizia penale solo in casi di estrema ratio risolvendo i contenziosi medico legali in sede civilistica o disciplinare, o anche affidandoli alla mediazione. E ancora, attivazione di cartelle cliniche elettroniche correttamente compilate e creazione di un sistema di Risk management in tutte le strutture sanitarie.

Sono queste solo alcune delle possibili soluzioni per sbrogliare la complessa matassa della responsabilità sanitaria che aspetta ormai da moltissimo tempo di essere definita in modo chiaro e univoco una cornice normativa, calmierando così gli effetti negativi del fenomeno della medicina difensiva.

Argomenti caldi sui quali si sono confrontati magistrati, giuristi, medici legali, economisti, assicuratori, manager ed esperti di rischio clinico, nel corso del convegno *“La responsabilità sanitaria. Problemi e prospettive”*. Un convegno, organizzato oggi a Roma presso la Corte di Appello, dall’Istituto di ricerca Orme - Osservatorio sulla responsabilità in medicina, dall’Università di Tor Vergata Roma, dalla Corte di Appello e dal Tribunale ordinario di Roma, da Federsanità Anci - Federazione Lazio e dall’Omceo di Roma.

Ad aprire i lavori del convegno è stato il primo presidente della Corte di Cassazione, **Giorgio Santacroce** che ha sottolineato come “ci sia una difficoltà di definire la colpa lieve e la colpa grave. E comunque il ricorso alla giustizia penale deve essere l’estrema ratio. E solo in caso di colpa gravissima del medico”.

Sul tema sono intervenuti il sottosegretario alla Salute **Vito De Filippo** e il sottosegretario alla Giustizia, **Cosimo Ferri**. “La responsabilità professionale in campo medico - ha detto De Filippo - è un problema molto sentito. Il costo della medicina difensiva negli ultimi anni si stima in oltre 10mld di euro. La legge Balduzzi ha provato a fare chiarezza ma ha dei limiti. Oggi all’esame dell’XI Commissione Lavoro della Camera ci sono sette disegni di legge che un comitato ristretto a breve dovrebbe sintetizzare in un unico testo. Parallelamente al lavoro del Parlamento anche il ministero della Salute produrrà un suo documento sulla responsabilità medica”.

Non c’è una linea ben precisa del Governo su questo tema, ha affermato il sottosegretario **Cosimo Ferri**, “si sta lasciando alla giurisprudenza l’interpretazione e la definizione di alcuni punti che meriterebbero un intervento legislativo”. “Bisogna rimettere il rapporto medico paziente al centro e renderlo trasparente - ha aggiunto - la cartella clinica digitale può essere uno strumento positivo. Occorre anche capire cosa si intenda per atto medico, per questo serve una definizione più puntuale. Laddove le regole sono chiare e c’è certezza di diritto si può prevenire il contenzioso. Bisogna anche puntare su istituti alternativi alla giurisdizione, ma i dati in possesso per quanto riguarda ad esempio la mediazione non sono soddisfacenti: solo il 9.4% delle questioni vengono decise in sede di mediazione, non c’è ancora una cultura nel definirle anche stragiudizialmente”.

Comunque, nelle more di una legge che dia contorni ben precisi al tema della responsabilità sanitaria, secondo i dati del rapporto Marsh Risk Consulting, il numero delle denunce nonostante si rimasto stabile negli ultimi 5-6, si attesta intorno ai 30 mila l’anno, con 2,6 sinistri ogni mille ricoveri nel pubblico. E un’ampiezza dei

risarcimenti intorno ai 40 mila euro.

Ma come ha ricordato **Lino Del Favero**, presidente di Federsanità Anci: “Nel 60-70% dei casi, le responsabilità degli eventi sono dovuti a deficit del sistema organizzativo delle aziende e gli eventi avversi accadono dove ci sono deficit gestionali e di governo clinico. Per questo bisogna sviluppare modelli di risk management ed anche attuare una ricognizione sistematica degli eventi sentinella e di quelli avversi quotidiani e sviluppare processi di audit clinico per imparare dall'errore”.

“La gestione del rischio clinico è il core della governance, per questo si chiede al Direttore generale di avere la capacità di misurare in maniera tridimensionale tutti gli aspetti in tema di responsabilità sanitaria - ha affermato **Tiziana Fritelli**, direttore generale della Fondazione Policlinico Tor Vergata di Roma e presidente di Federsanità Anci Lazio - sul quale serve un intervento normativo immediato, ma anche un grande confronto etico e culturale per affrontare i problemi anche perché bisogna tenere conto di una serie di criticità e delle molte figure deboli da tutelare”.

Per questo è stato attivato al Policlinico Tor Vergata il Comitato di garanzia, che vede partecipare la direzione del Policlinico con l'Università Tor Vergata, per gestire e coordinare la responsabilità professionale all'interno della struttura. “Gli obiettivi del Comitato sono l'adozione di strumenti di prevenzione e di miglioramento della qualità dei processi assistenziali per la tutela dei cittadini e degli operatori sanitari - ha spiegato Fritelli - la formazione di tutti gli operatori sul piano tecnico, professionale e organizzativo; l'adozione da parte del Policlinico di efficaci protocolli per una gestione trasparente, corretta e sollecita degli eventi negativi”.

Per **Giovanni Bissoni**, sub commissario alla sanità della regione Lazio, c'è un quadro normativo insufficiente, una scarsa formazione degli operatori sanitari, una programmazione organizzazione sanitaria a volte incompleta mentre il tema della sicurezza delle buone pratiche dovrebbe essere più presente nei percorsi formativi.

Bissoni parte da alcuni dati dell'osservatorio nazionale dei sinistri errori sanitari: sono state 13mila denunce di sinistri nel 2013 nelle aziende delle 19 regioni che partecipano. Un dato stabile negli ultimi tre anni, anzi leggermente in calo nonostante l'enfaticizzazione data al problema dovuta in larga misura a una crisi generale del sistema. Numeri importanti che vanno però rapportati al volume totale delle prestazioni offerte del Ssn, ossia oltre 10mln di ricoveri l'anno e 1 mld di prestazioni specialistiche. Il conto medio dei sinistri tra il 2009 e il 2013 è di 34mila euro con un trend in aumento, dai 17 mila euro del 2009 ai 41 mila euro del 2013. Soprattutto è aumentata la durata dei contenziosi: si è passati dai 286 giorni del 2009 ai 537 del 2013. “Bisogna evitare quindi soluzioni pasticciate - ha detto - che addossino alle Ssn tutte le contraddizioni del sistema senza un quadro normativo certo che invece gli altri paesi si sono dati”.

E gli alti costi investono anche il sistema assicurativo. Come ha ricordato Bissoni, tra quello che pagano le aziende pubbliche e i professionisti si arriva ad 1 miliardo di euro a cui vanno aggiunti gli indennizzi liquidati per gestione diretta o per franchigia che rappresentano ormai circa l'85% dei sinistri.

Sta di fatto, come ha ricordato nel suo intervento **Dario Focarelli**, direttore generale dell'Ania che per l'incertezza di determinare il costo finale dei sinistri l'offerta assicurativa per la copertura dei rischi delle strutture mediche si è progressivamente rarefatta. "Oggi la maggior parte delle Regioni sono in un sistema di autoassicurazione totale o parziale - ha sottolineato Focarelli - quindi i medici lamentano una mancata copertura delle strutture dove operano. Le assicurazioni dei medici sono a prezzi accessibili, ci sono però eccezioni come i ginecologi o gli ortopedici".

L'Ania propone una sua ricetta per superare l'impasse creata dalla legge Balduzzi del 2012, che ha cercato di affrontare il tema della responsabilità sanitaria ma che ancora soffre di ritardi nell'approvazione dei decreti attuativi. "Si deve ridefinire il concetto di responsabilità civile dei medici - ha concluso Focarelli - poi si devono approvare le tabelle per i risarcimenti. A quasi tre anni dalla legge Balduzzi deve essere ancora emanato il decreto attuativo per le tabelle che farebbero chiarezza sull'entità dei danni biologici. Infine, all'interno degli ospedali andrebbe rafforzata la figura del risk management, per ridurre in maniera consistente il numero di incidenti".

## **Responsabilità e colpa in medicina. Un vademecum per sottrarsi alla gogna. Ma una nuova legge è indispensabile**

*Per capire di cosa stiamo parlando bisogna provare a ricevere un avviso di garanzia per omicidio colposo ed essere sottoposti alla gogna mediatica. Passare da indagato ad imputato e condannato prima ancora di entrare in tribunale. Questa è la realtà. Alcuni consigli per "difendersi al meglio". Ma serve subito una legge chiara*

In questi ultimi giorni è stata avviata da una nota associazione di consumatori l'ennesima campagna contro la "malasanità", che spesso vuol dire contro coloro che, come noto, sono esposti nell'esercizio della professione ad un fuoco incrociato di profili di responsabilità che gli si pongono davanti come un "plotone di esecuzione" in attesa che succeda qualche cosa. E, prima o poi, qualche cosa succede.

**Dal punto di vista penale**, l'attuale impostazione giuridica assimila il medico in tutto e per tutto al conducente di auto che ubriaco investe e uccide qualcuno, al di là delle finalità sociali dei suoi atti.

Bisogna provare a ricevere un avviso di garanzia per omicidio colposo, essere sottoposti alla gogna mediatica, passare da indagato ad imputato e condannato prima ancora di entrare in tribunale, passare anni di tormenti psicologici con il fine pena mai essendo la prescrizione illimitata. Anche se, come quasi sempre accade, il

processo si concluderà in assoluzione, chi ci restituirà il tempo passato in tormento, la perdita di immagine, l'indelebile traccia che lascerà questo evento nella nostra psiche? E tutto questo solo per avere svolto il proprio lavoro.

**Decisamente più complicato risulta il profilo della responsabilità civile**, in cui l'onere della prova è invertito, quindi spetterà al medico (fino ad oggi?) dimostrare di non avere fatto errori e di avere rispettato tutti gli “obblighi contrattuali” posti in essere quando un paziente si presenta presso una struttura sanitaria pubblica. Nella procedura civile molto spesso il giudice tende a condannare al risarcimento della presunta parte lesa. Quando ci sono di mezzo i soldi incominciano i meccanismi “perversi”. Chi paga, e quanto? Ciò che interessa al giudice è che il danno venga risarcito. Il danno soprattutto nella nostra giurisprudenza è sia di tipo patrimoniale (cioè derivante sostanzialmente dalla capacità di produrre reddito) che extra patrimoniale, con una sfilza notevole di opzioni.

Spesso, proprio per l'atteggiamento “paternalistico” e “pietistico” del giudice, l'entità stessa dei risarcimenti, in alcuni casi, diventa totalmente fuori dal controllo e difficile da prevedere. Se il medico, o l'equipe di medici coinvolti, lavorano in regime di libera professione, ovviamente saranno chiamati a risarcire in prima persona o tramite le loro assicurazioni nella speranza che offrano una copertura il più possibile ampia. Per i medici dipendenti dal SSN, la situazione negli anni si è modificata. Qualche anno fa, l'obbligo contrattuale della copertura era soddisfatto dalle aziende tramite polizze assicurative. Ma negli anni le assicurazioni, visto il proliferare delle cause (e forse l'atteggiamento punitivo con cui erano condotte le stesse), si sono progressivamente “ritirate” da un ricco mercato lasciando delle situazioni di scoperto. A questo punto ogni regione, e spesso ogni ASL, ha fatto a modo suo, in regime di autoassicurazione parziale o totale.

**Il che apre la strada ad una altra tipologia di danno ed ad un altro profilo di responsabilità, quello erariale.** Poniamo che o in sede giudiziale o stragiudiziale la azienda sanitaria decida di liquidare il danno.

**Primo caso:** dopo un processo civile viene stabilito che il risarcimento del danno “x” è quantificato in 500.000 euro. La mia ASL paga in prima istanza. Se la liquidazione arriva direttamente da una assicurazione (cosa al giorno d'oggi molto improbabile) la mia posizione è di relativa sicurezza: danno liquidato, la ASL non ha tirato fuori un centesimo, probabilmente nessuno mi chiederà più nulla. Se però i soldi sono direttamente dell'ASL o di un fondo regionale, insomma se sono soldi “pubblici”, l'amministrazione è tenuta a mandare il fascicolo alla corte dei conti la quale potrà chiedermi conto di quell'esborso, intentando eventualmente un vero e proprio processo con caratteristiche simili al processo penale. Se posseggo una assicurazione personale che mi copre anche questo profilo di responsabilità andrò ad accendere un cero, se non ho però questa tipologia di assicurazione, verrà intaccato il mio patrimonio personale. Insomma verrò letteralmente rovinato.

**Secondo caso:** in assenza di processo, in sede stragiudiziale, senza che mi venga comunicato ufficialmente alcunché, la mia azienda decide di liquidare il presunto

danno. Allo stesso modo del caso precedente verrà inviata informativa alla corte dei conti e da quel momento il mio destino è esattamente uguale al caso precedente ma la aggravante è che io non so nulla.

**Tanto per “allentare” un po' la tensione, ricordiamo la**

**responsabilità disciplinare.** La legge Brunetta ha introdotto nuove norme di regolamentazione disciplinare nella P.A. e questo tipo di procedimento, svolgendosi al di fuori dei tribunali, va gestito, in modo molto attento, possibilmente rivolgendosi ad un legale, poiché tra i suoi possibili esiti vi è anche il licenziamento.

Inoltre, grazie al nostro titolo “onorifico” di dirigenti, “godiamo” anche del profilo di responsabilità di tipo dirigenziale che prevede una serie di obblighi e quindi di relative sanzioni.

**Come difendersi:**

Scrivere tutto quello che si fa nella cartella clinica e nei vari referti. La ricostruzione dei fatti avviene in primis tramite la cartella clinica e, se non scritto, sarà decisamente più difficile dimostrare che avete detto o fatto quella determinata azione.

In un DEA vista l'intensità di lavoro, è possibile scrivere tutto ciò che si vorrebbe scrivere? Ovviamente no. Si cominciano a valutare le priorità che sono la vita del paziente e la necessità di valutare più persone possibile. E la medicina difensiva? Questa si commenta da se.

E se fossi consapevole che le condizioni in cui mi trovo ad operare (vuoi per gli eccessivi carichi di lavoro, vuoi per la mancanza di strumenti fondamentali) sono potenzialmente rischiose per il paziente e lo segnalassi nelle sedi competenti (ad esempio: direttore di struttura, direzione medica, dipartimento ecc.) il mio profilo di responsabilità si attenuerebbe? Paradossalmente la mia posizione si aggrava perché pur sapendo che avrei potuto sbagliare, non ho fatto nulla per evitarlo e quindi dovrei rifiutarmi di lavorare in quelle condizioni e addirittura licenziarmi. Figurarsi!

Una polizza assicurativa per la rivalsa da parte di Regione o Corte dei Conti è ormai diventata un utilissimo ferro del mestiere.

Sia ben chiaro, ogni medico che fa il suo lavoro con coscienza sa, che se sbaglia, dovrà pagare l'equo prezzo del suo errore, come ogni cittadino, ma spesso è il concetto di equità che sfugge.

Allora, serve una nuova sentenza o è la dolosa inerzia del legislatore che deve essere sanata?

La sentenza n. 1430 del 2 dicembre 2014 del Tribunale di Milano ribadisce l'orientamento già espresso con due pronunce della scorsa estate, e cioè il carattere extracontrattuale della responsabilità del medico dipendente di una struttura ospedaliera che, in ragione della propria condotta, cagioni un danno al paziente. Ma, a noi sembra che ribadire qualcosa non metta al riparo nessuno, anzi spesso può condurre la giurisprudenza a dividersi. Serve una Legge! Ed in tempi rapidi!

***Dario Amati***

*Coordinatore Macroarea Nord Settore Anaaio Giovani*

***Domenico Montemurro***

*Responsabile Nazionale Settore Anaaio Giovani*

### Responsabilità professionale. De Filippo (ministero Salute): a breve una legge

«La responsabilità professionale in campo medico è un problema molto sentito. Il costo della medicina difensiva negli ultimi anni si stima in 10mld di euro. La legge Balduzzi ha provato a fare chiarezza ma ha dei limiti. Oggi all'esame dell' XI Commissione Lavoro della Camera ci sono 7 disegni di legge che un comitato ristretto a breve dovrebbe sintetizzare in un unico testo. Parallelamente al lavoro del Parlamento anche il ministero della Salute produrrà un suo documento sulla responsabilità medica». Ad affermarlo è stato il sottosegretario al ministero della Salute, **Vito De Filippo**, nel suo intervento a Roma al convegno "La responsabilità sanitaria: problemi e prospettive", promosso dalla Corte d'Appello di Roma, l'Istituto Orme e l'Università Tor Vergata di Roma. «Oggi l'80% del mercato assicurativo su questo tema - ha aggiunto De Filippo - è in mano a compagnie estere, spesso di dubbia provenienza». Tanti i temi trattati nel corso della giornata: dagli aspetti civili, penali e contabili della responsabilità professionale medica fino alle nuove problematiche del rischio clinico, quindi gestione e aspetti medico legali ed anche colpa e diligenza professionale. E ancora, i costi della medicina difensiva e come i medici vivono questo fenomeno. Secondo Roberto Lala, presidente dell'Ordine provinciale dei medici di Roma, «oggi è il giovane medico a rischiare di più, perché ha maggiori difficoltà a sobbarcarsi una polizza, ma anche più necessità a farlo. E questo è gravissimo». **Tiziana Fritelli**, direttore generale della Fondazione Policlinico Tor Vergata di Roma e presidente di Federsanità Anci Lazio, ha spiegato come funziona il Comitato di garanzia, che vede partecipare la direzione del Policlinico con l'Università Tor Vergata, per gestire e coordinare la responsabilità professionale all'interno della struttura. Il dato certo è che il numero delle denunce che riguardano i medici è più che raddoppiato negli ultimi 20 anni e piuttosto stabile negli ultimi 5-6, attestandosi intorno ai 30 mila all'anno. Secondo i dati del rapporto Marsh Risk Consulting, la media delle denunce annuale tra il 2004 e il 2013 è stata di 17 procedimenti ogni 100 camici bianchi. Mentre ogni 1000 ricoveri nel pubblico ci sono stati 2,6 casi di sinistri e ogni degenza costa assicurativamente 107 euro. Una cifra molto alta. L'ampiezza dei risarcimenti è intorno ai 40 mila euro. È la fotografia scattata da **Dario Focarelli**, direttore generale dell'Ania, intervenuto al convegno di Roma. «Oggi la maggior parte delle Regioni sono in un sistema di autoassicurazione totale o parziale - ha sottolineato Focarelli - Quindi i medici lamentano una mancata copertura delle strutture dove operano. Le assicurazioni dei medici sono a prezzi accessibili, ci sono però eccezioni come i ginecologi o gli ortopedici». Ad aprire i lavori del convegno, il primo presidente della Corte di Cassazione, **Giorgio Santacroce** che ha sottolineato come «il ricorso alla giustizia penale deve essere l'estrema ratio. E solo in caso di colpa gravissima del medico». L'Ania, intanto, propone una sua ricetta per superare l'impasse creata dalla legge Balduzzi del 2012, che ha cercato di affrontare il tema della responsabilità sanitaria ma che ancora soffre

di ritardi nell'approvazione dei decreti attuativi. «Si deve ridefinire il concetto di responsabilità civile dei medici - ha concluso Focarelli - poi si devono approvare le tabelle per i risarcimenti. A quasi tre anni dalla legge Balduzzi deve essere ancora emanato il decreto attuativo per le tabelle che farebbero chiarezza sull'entità dei danni biologici. Infine, all'interno degli ospedali andrebbe rafforzata la figura del risk management, per ridurre in maniera consistente il numero di incidenti».

## **DIRITTO SANITARIO Assicurazione: quando "opera in eccesso rispetto a quelle personali dei medici"?**

La distinzione tra assicurazione (della responsabilità civile) per fatto proprio e per fatto altrui si fonda sul titolo della responsabilità dedotta ad oggetto del contratto. Nel primo caso (assicurazione della r.c. per fatto proprio) l'assicuratore copre il rischio di impoverimento derivante da una condotta tenuta personalmente dall'assicurato; nel secondo caso (assicurazione della r.c. per fatto altrui) l'assicuratore copre il rischio di impoverimento dell'assicurato derivante da fatti commessi da persone del cui operato quello debba rispondere. L'assicurazione della responsabilità civile si dirà dunque per conto proprio od altrui a seconda di quale sia l'interesse assicurato; si dirà invece per fatto proprio o per fatto altrui a seconda di quale sia il rischio assicurato. Nel contratto di assicurazione della propria responsabilità civile stipulato da un ospedale (assicurazione per conto proprio), la clausola la quale preveda che la copertura assicurativa "operi in eccesso rispetto alle assicurazioni personali dei medici" ivi operanti va interpretata nel senso che, ferma restando la copertura a primo rischio della responsabilità dell'ospedale, la medesima polizza copra altresì a secondo rischio la responsabilità personale dei medici, secondo lo schema dell'assicurazione per conto altrui (art. 1891 c.c.) ([www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net))

**RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA**

**ADDETTO STAMPA OMCEOSS [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584**