



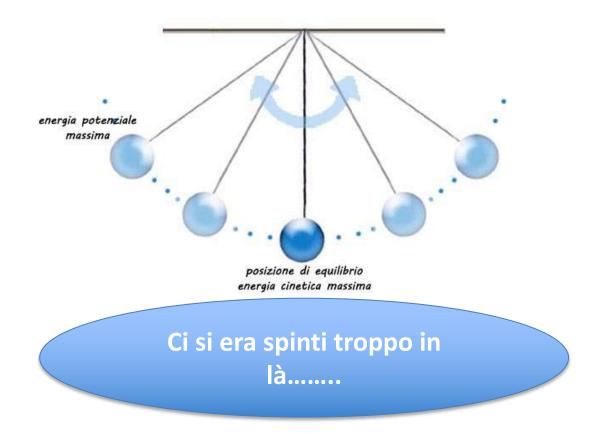


SICUREZZA DELLE CURE Evento on-line accreditato ECM PROFESSIONALE

La legge n. 24/2017 a cinque anni dall'entrata in vigore

LA SANITA' RESPONSABILE E SOSTENIBILE.





L' esigenza di riportare in asse la relazione tra medico e paziente

Cass., sez. III, sent. 16 ottobre 2007, n. 21619

«mutazione genetica della figura del professionista, un tempo genius loci ottocentesco, oggi ambita preda risarcitoria».

-



John Taylor?



"una rara combinazione fra un uomo di seria scienza e un ciarlatano nella pratica quotidiana".





IL MEDICO ...IN TRINCEA





LA PROMESSA DI IMPUNITA'....E CRITOBULO, ALLA FINE, OPERO' ALESSANDRO MAGNO

ALLA RICERCA DI UN BARICENTRO....L'ART. 2236 DEL CODICE CIVILE

«Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo e colpa grave».

Vi si coglie una precisa ratio, ben espressa nella relazione del Guardasigilli al codice civile: la norma mira, da un lato, a «non mortificare l'iniziativa del professionista col timore di ingiuste rappresaglie da parte del cliente in caso di insuccesso» e, dall'altro, a «non indulgere verso non ponderate decisioni o riprovevoli inerzie del professionista».

Anteporre la sicurezza al rimedio...

La "concept Law" n. 24/2017

dalla

RESPONSABILITÀ sanitaria

alla

SANITÀ responsabile



La *"responsabilità sanitaria"* crea costi, umani ed economici.

La sanità responsabile li riduce riportando in asse l'alleanza terapeutica.

IL RISCHIO (CLINICO) COME VALORE

- IL RISCHIO COME MATRICE ESPERIENZIALE
- L'ASSUNZIONE DEL RISCHIO (RESPONSABILE) COME CATEGORIA MORALE
- RISCHIO E ASSICURAZIONE





Art. 1 Legge Gelli Sicurezza delle cure in sanità

- 1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.
- 2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.
- 3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.



Art. 3 Legge Gelli

Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità

- 1. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente Legge......e' istituito, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità
- 2. L'Osservatorio acquisisce dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, di cui all'articolo 2, i dati regionali relativi ai rischi ed eventi avversi nonche' alle cause, all'entita', alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso e, anche mediante la predisposizione, con l'ausilio delle societa' scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie di cui all'articolo 5, di linee di indirizzo, individua idonee misure per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario e il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure nonche' per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie.

CHIARE TENDENZE EVOLUTIVE: IL (MINOR) "PESO" DELLA RESPONSABILITA'



Art. 7. (Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria)

- 1. <u>La struttura</u> sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata <u>che</u>, nell'adempimento della propria obbligazione, <u>si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.</u>
- 2. La disposizione di cui al comma 1 si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina.
- 3. L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente. Il giudice, nella determinazione del risarcimento del danno, tiene conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria ai sensi dell'articolo 5 della presente legge e dell'articolo 590-sexies del codice penale, introdotto dall'articolo 6 della presente legge.
- 4. <u>Il danno conseguente all'attività della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, integrate, ove necessario, con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti alle attività di cui al presente articolo.</u>
- 5. Le disposizioni del presente articolo costituiscono norme imperative ai sensi del codice civile.



TRIBUNALE DI ROMA - 1 febbraio 2018 - Moriconi

"Recupero" del 2236 c.c

In epoca più recente, la **giurisprudenza della S.C. ha svalutato alquanto la portata della norma**, ritenendola implicante "solamente una valutazione della colpa del professionista in relazione alle circostanze del caso concreto " (così Cass. 13/4/2007, n. 8826)

Si tratta di un *understatement* che si iscrive nella diffusa ed ampia tendenza, espressa negli ultimi decenni, della S.C. <u>ad aggravare sotto ogni profilo ed anche con estremizzazioni difficilmente condivisibili</u> (di cui sono esempi la costruzione della responsabilità per c.d. contatto sociale, l'applicazione tutta particolare per la <u>responsabilità medica</u> dell'istituto del danno da perdita di chances etc.), la <u>responsabilità del medico</u>.

Il tutto, con il rischio di esondare rispetto alla <u>funzione nomofilattica (ma non creativa)</u> che la Costituzione assegna al Supremo organo della giurisdizione ordinaria



TRIBUNALE DI ROMA - 1 febbraio 2018 - Moriconi

"Recupero" del 2236 c.c.

Occorre, anche nello spirito riequilibratore operato dalla recente legge 24/2017, dare il corretto significato a tale norma che non è stata mai abrogata, pur avendo subito nel tempo interpretazioni mutevoli.



L'orientamento della Cassazione

Anche la Cassazione ha in qualche modo sentito la necessità di rendersi interprete di un approccio più equilibrato, in termini generali, ed allineato alla ratio di fondo della legge 24/2017: il tutto rivedendo il proprio orientamento in punto onere della prova del nesso causale (Cass. civ., n. 18392/2017) e confermando detto mutamento di indirizzo anche nelle sentenze di San Martino 2019, «(..) nelle obbligazioni di diligenza professionale, la prestazione oggetto dell'obbligazione non è la guarigione dalla malattia o la vittoria della causa, ma il perseguimento delle leges artis nella cura dell'interesse del creditore» (Cass. civ., Sez. III, 11 novembre 2019 n. 28891 e n. 28892).



DOPPIO CICLO CAUSALE (Cass 26905/2020)

La Cassazione ha quindi definitivamente precisato che "pertanto, è necessario ricorrere alla regola generale, che impone al danneggiato di fornire la prova (eventualmente presuntiva) anche del nesso di causalità materiale, tra la condotta (che vìola l'interesse strumentale) e l'evento lesivo della salute, che costituisce l'oggetto dell'interesse primario; tale precisazione si rende necessaria in quanto, diversamente opinando, si dovrebbe riconoscere all'esecuzione della prestazione terapeutica la "certezza del raggiungimento del risultato" della guarigione e_r consequentemente, al suo inadempimento, la certezza della mancata attuazione del risultato terapeutico sperato [..]



DOPPIO CICLO CAUSALE (Cass 26905/2020)

Tale ricostruzione non corrisponde alla realtà delle cose ed è in contrasto con la natura dell'obbligazione del medico, che appartiene alla categoria delle «obbligazioni di diligenza professionale», nelle quali il sanitario può e deve porre in essere una condotta conforme alle "leges artis", ma generalmente non è in grado di garantire l'esito della cura; le conseguenze giuridiche di tale ricostruzione sono sintetizzate nel "doppio ciclo causale": -solo dopo che il paziente ha dimostrato che tra il peggioramento della salute o la mancata quarigione e la condotta tenuta dal medico (indipendentemente dall'elemento soggettivo di imputazione della responsabilità) sussiste il nesso di derivazione causale" incombe sulla struttura l'onere di fornire la prova della riconducibilità dell'inadempimento a una causa autonoma ad essa struttura non imputabile (Cass. civ. 28989/2019).



Da ciò ne consegue che:

"...se resta ignota anche mediante l'utilizzo di presunzioni la causa dell'evento di danno, le conseguenze sfavorevoli ai fini del giudizio ricadono sul creditore della prestazione professionale, se invece resta ignota la causa impossibilità sopravvenuta della prestazione di diligenza professionale, ovvero resta indimostrata l'imprevedibilità ed inevitabilità di tale causa, le conseguenze sfavorevoli ricadono sul debitore...". (tra le altre, Cass. civ. 28989/2019).



Dalla causa ignota all'ALEA TERAPEUTICA L'act medical n'echappe pas a l'imprevisible, a l'Alea L'antecedente Transalpino: la loi kouchner del 4 marzo 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé L'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des Affections latrogènes et des Infections Nosocomiales (ONIAM) est un établissement qui a pour mission d'organiser le dispositif d'indemnisation – amiable, rapide et gratuit - des victimes d'accidents médicaux.

Dalla causa ignota all'ALEA TERAPEUTICA – L'ONIAM

Grâce à ce dispositif la victime d'un accident médical grave peut être indemnisée lorsqu'il y a eu **une faute** par l'assurance du professionnel ou de l'établissement de santé; lorsqu'il n'y a pas eu de faute et que l'accident médical est anormal par l'ONIAM. Il s'agit des dommages occasionnés par :

un accident médical ou des dommages imputables à une activité de **recherche** biomédicale,

une affection iatrogène (effet secondaire lié à un traitement médical), une **infection nosocomiale** (infection contractée dans un établissement de santé)

ONIAM – service missions spécifiques **vaccinations obligatoires**

Spunti prospettici COVID E VACCINI (legge 210/92)

L'articolo 20 del DI 4/2022 stabilisce che l'indennizzo spetta anche a chi abbia riportato un danno biologico permanente «a causa della vaccinazione anti Sars-Cov2 raccomandata». Quella obbligatoria non è menzionata, perché già inclusa nel perimetro della legge210/1992.



Un progressivo spostamento del "fuoco"...

DALLE RESPONSABILITA' DA MALPRACTICE MEDICA DELL'OPERATORE ALLA RESPONSABILITA' ORGANIZZATIVA DELLA STRUTTURA



Una regola di base: UBI COMMODA IBI INCOMMODA

potere di governo del proprio rischio giustifica l'applicazione della responsabilità contrattuale (tanto per la struttura quanto per il medico); responsabilità contrattuale alla quale è correlato - normalmente l'obbligo di assicurarsi in proprio, a tutela del (proprio) paziente.



La tenuta della Legge "Gelli" e l'urto pandemico

Perché le emergenze e le catastrofi uniscono, inizialmente. Stimolano il bisogno di unire solidalmente le nostre fraglità.

Ma quando diminuisce la paura il rischio è che si passi dagli applausi del balcone alla caccia alle streghe e al capro espiatorio.



Corona Virus e Responsabilità (medica e sociale)

E' il concetto stesso di *emergenza* a marcare la "differenza".

La sentenza del 10.06.2014 n. 24528 (Cass. pen. est. Blaiotta), facendo riferimento all'art. 2236 cc., si occupa a chiare lettere della necessità di valutare, proprio al filtro di quella norma, la particolare "temperie" nella quale un determinato intervento sanitario viene effettuato, specie se in un contesto di "pressante emergenza

Corona Virus e Responsabilità (medica e sociale)

Occorre porre in luce i contesti che per la loro difficoltà possono giustificare una valutazione benevola del comportamento del sanitario: da un lato le contingenze in cui si sia in presenza di difficoltà o novità tecnicoscientifiche; e dall'altro (aspetto mai prima enucleato esplicitamente) le situazioni nelle quali il medico si trovi ad operare in emergenza e quindi in quella temperie intossicata dall'impellenza che "rende quasi sempre difficili anche le cose facili."

TRA PANDEMIA, EMERGENZA, ASSENZA DI LINEE GUIDA E CRISI DEL TERRITORIO

LA MISSIONE 6, il PNRR, L'UTILIZZO APPROPRIATO (E TEMPESTIVO) DELLE RISORSE DISPONIBILI.

TELEMEDICINA E NUOVI SCENARI



SOSTENIBILITA' E COSTI RISARCITORI

PRANCA AFFERMAZIONE DEL

DIRITTO DELLE

RESPONSABILITA'

OBBLIGATORIAMENTE

ASSICURATE



Art. 7 Legge Gelli Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria

- 4. Il danno conseguente all'attività della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, integrate, ove necessario, con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti alle attività di cui al presente articolo.
- 5. Le disposizioni del presente articolo costituiscono norme imperative a sensi del codice civile.



LE REGOLE PROPRIE DELLA RESPONSABILITÀ OBBLIGATORIAMENTE ASSICURATA Principio del contemperamento

PRESIDI A TUTELA DEL PATRIMONIO DEL RESPONSABILE

Vs
ACCETTAZIONE SOLIDALE DI REGOLE RISARCITORIE A
SÉ STANTI (il patto sociale si allarga....)



Sentenza n. 235/2014 (ART. 139 CAP) I principi chiave nella rc auto:

- 4 <u>Il diritto all'integralità del risarcimento del danno alla persona</u> non costituisce un valore assoluto e intangibile, bensì controbilanciabile, con ragionevolezza, da altri valori;
- 5 Il **sistema vigente della R.c. auto**, in quanto obbligatoriamente assicurato, **persegue anche fini solidaristici** e postula che l'interesse risarcitorio particolare del danneggiato si misuri con quello, generale e sociale, **degli assicurati ad avere un livello accettabile e sostenibile dei premi assicurativi**.

E NELLA RESPONSABILITA' SANITARIA VALGONO GLI STESSI RAGIONAMENTI?



Cass. civ. 08/11/2019, n. 28990

La norma inquestione... realizza quel bilanciamento - perseguito dal Legislatore - tra plurimi interessi di rilevanza costituzionale (l'interesse del danneggiato ad ottenere il ristoro del danno patito; <u>l'interesse generale e sociale al perseguimento di fini solidaristici in relazione al calmieramento dei premi della assicurazione obbligatoria estesa al settore sanitario)</u>, rispondendo la norma sopravvenuta - almeno in parte - alla medesima logica sottesa alla disciplina della liquidazione del danno biologico nel settore dell'assicurazione obbligatoria della RCA (venendo in questione, nella legge del 2012.

"anche l'esigenza di non distogliere risorse indispensabili all'espletamento del servizio, contrastando i riflessi negativi sulla organizzazione ed erogazione del servizio sanitario pubblico, determinati dall'incremento esponenziale degli impegni finanziari delle Aziende sanitarie preoccupate ad immobilizzare sempre maggiori risorse per fare fronte alle possibili richieste risarcitorie a decremento dei necessari investimenti strutturali)".

La legge 124/2017: il nuovo art. 138 espande il principio

"Prima ancora di "lanciare" la nuova tabella, il nuovo art. 138 si apre con una dichiarazione programmatica di straordinaria importanza, a mente della quale la finalità del metodo tabellare è diretta:

- da un lato a **garantire il diritto delle vittime** dei sinistri a un **pieno risarcimento del danno** non patrimoniale effettivamente subìto;
- dall'altro a **razionalizzare i costi** gravanti sul sistema assicurativo e sui consumatori..."

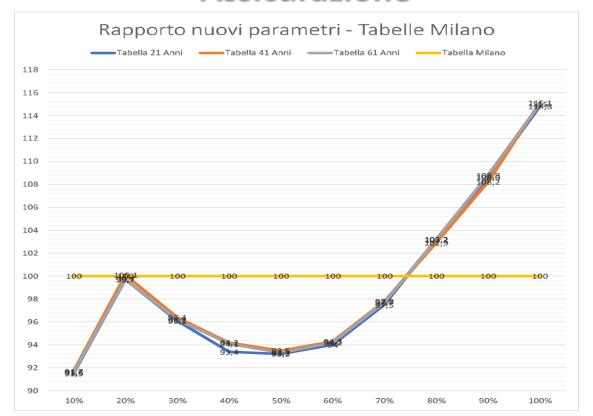


LA COSTRUZIONE DELLA NUOVA TABELLA UNICA:

L'accelerazione impressa dalla legge 24/2017



La Tabella Unica Nazionale ex art. 138 Codice Assicurazione





Le critiche della "medicina-legale" alla TUN

La medicina legale sta avanzando alcune perplessità sullo schema recante la tabella delle menomazioni elaborato nella bozza di DPR (v. R. Zoja, L. Di Mauro, nonché G. Cannavò) circa metodo scientifico adottato con la tabella divulgata, auspicando già una revisione su alcuni passaggi particolarmente critici e un ampliamento della stessa commissione ad una collegialità che pare mancata nella circostanza.

Ampio spazio è dedicato proprio alle c.d. **menomazioni psichiche** (con il coinvolgimento di figure, come lo psichiatra o psicologo che andranno ad affiancare lo specialista in medicina legale nella valutazione delle psicopatologie), che le indicazioni fornite in tema di danno differenziale per le menomazioni concorrenti, che non sembrano aver tenuto conto delle recenti indicazioni della Suprema Corte (v. Cass. 11.11.2019 n. 28986)

Art. 138. cod. ass. priv. Danno non patrimoniale per lesioni di non lieve entita'come modificato dall'art. 3-bis decreto "Milleproroghe", secondo il testo aggiornato con gli emendamenti approvati in commissione Affari Costituzionali e Bilancio riunite del 14.02.2022

- «1. Al fine di garantire il diritto delle vittime dei sinistri a un pieno risarcimento del danno non patrimoniale effettivamente subito e di razionalizzare i costi gravanti sul sistema assicurativo e sui consumatori, con due distinti decreti del Presidente della Repubblica, da adottare entro il 1° maggio 2022, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, il primo, di cui alla lettera a), su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico, con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e con il Ministro della giustizia, e il secondo, di cui alla lettera b), su proposta del Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della giustizia, sentito l'IVASS, si provvede alla predisposizione di specifiche tabelle uniche per tutto il territorio della Repubblica:
- a) delle menomazioni all'integrita' psico-fisica comprese tra dieci e cento punti;
- b) del valore pecuniario da attribuire a ogni singolo punto di invalidita' comprensivo dei coefficienti di variazione corrispondenti all'eta' del soggetto leso.
- 2. Le tabelle uniche nazionali di cui al comma 1 sono redatte, tenuto conto dei criteri di valutazione del danno non patrimoniale ritenuti congrui dalla consolidata giurisprudenza di legittimita', secondo i seguenti principi e criteri:
- a) agli effetti delle tabelle, per danno biologico si intende la lesione temporanea o permanente all'integrita' psico-fisica della persona, suscettibile di accertamento medico-legale, che esplica un'incidenza negativa sulle attivita' quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla sua capacita' di produrre reddito;
- b) la tabella dei valori economici si fonda sul sistema a punto variabile in funzione dell'eta' e del grado di invalidita'; ...continua





Cass. civ., Sez. III, Sent. 21/04/2021, n. 10579 e il *nuovo danno parentale*

Un chiarimento più generale sulla problematica delle tabelle per la liquidazione del danno non patrimoniale.



UN MUTAMENTO EVOLUTIVO.....

L'individuazione di un sistema a punti anche per la liquidazione del danno parentale, costituisce il naturale sviluppo e la logica evoluzione di quanto era già presente, al livello di principio di diritto, in Cass. n. 12408 del 2011. Il Collegio è consapevole dell'impatto di un simile mutamento evolutivo della giurisprudenza di legittimità sulle controversie allo stato decise nel grado di merito sulla base del precedente indirizzo e dunque delle tabelle milanesi.



Perché non una franca tabella di legge per il danno da perdita del rapporto parentale?



Risarcimento dei congiunti in Germania

Sul danno non patrimoniale del congiunto, nel 2017 è stata approvata una riforma, la "Gesetz zur Einführung eines Anspruchs auf Hinterbliebenengeld", del 17 luglio 2017, applicabile ai decessi successivi al 22 luglio 2017, che all'art. 1 aggiunge un terzo subparagrafo al para. 844 del BGB, che prevede l'obbligo di compensare il congiunto della vittima per il dolore associato all'evento luttuoso (Hinterbliebenen).

Nella legge vengono corrispondentemente modificate varie leggi speciali sulla r.c. (r.c.a., attività medica, attività nucleari, attività industriali pericolose, danno da prodotti, ecc.), in tutte introducendo un subparagrafo che prevede il risarcimento del d.n.p. da lutto per chi abbia con la vittima una "relazione per sonale speciale"; relazione che si presume per coniuge, partner, genitore, figlio; e che può essere provata anche da altri. L'approccio generale della dottrina e della giurisprudenza, sia tedesche che europee è quello di vagliare nei fatti la prossimità della relazione nei casi di rapporti familiari diversi da quelli normalmente o formalmente ritenuti stretti.

Si nota una novità terminologica riferita al risarcimento, che nel para. 11 è billige ("ragionevole", ma che include nel campo semantico del termine l'idea di "modesto"), mentre nel nuovo subpara. 3 del para. 10 è angemessene (che colora invece "ragionevole" con sfumature di "equo", o "adeguato").

Nella relazione accompagnatoria del DDL è stato indicato un prevedibile costo medio dei risarcimenti da lutto pari a 10.000 euro per ogni congiunto, pari a quanto normalmente liquidato nelle corti tedesche nei casi di Schockschaden, in continuità con l'approccio, alquanto restrittivo per questo tipo di danni, della tradizione tedesca.

Ignazio Castellucci, "Pressioni esterne sull'evoluzione recente della r.c.a tedesca"

Risarcimento dei congiunti in Germania

Esempi di liquidazione

Ove il sinistro sia mortale la liquidazione per la sofferenza della vittima precedente il decesso, o per il d.n.p. del congiunto traumatizzato, è modesta rispetto agli standard italiani – sia nella r.c.a. che in generale:

- 1994, omicidio di una figlia alla madre: 5.000 DM [marchi tedeschi];
- 1998, omicidio della madre in presenza dei figli di 12 e 15 anni a cia- scun minore, con serie disabilità da choc subito: 10.000 DM [marchi tedeschi];
- 1999, decesso di tre bambini per sinistro stradale al padre: 70.000 DM; alla madre: 40.000 DM [marchi tedeschi];
- 2002: decesso coperto da r.c. impresa per danni a terzi alla moglie del deceduto: 10.000 euro;
- 2004: decesso di una moglie/madre per incidente ferroviario al marito euro 15.000; ai figli euro
 7.500 ciascuno.

Fonte: Ignazio Castellucci, "Pressioni esterne sull'evoluzione recente della r.c.a tedesca"

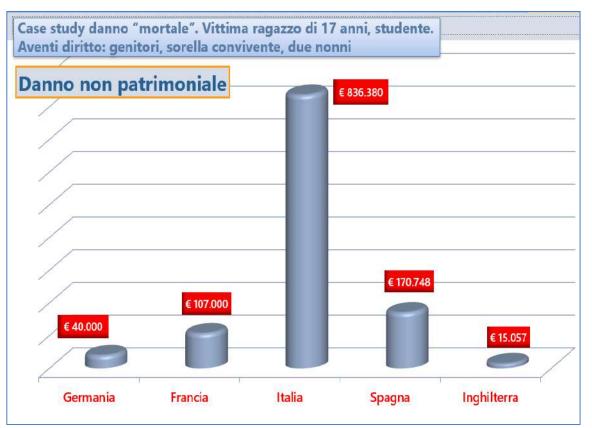
Risarcimento dei congiunti in Regno Unito

In Regno Unito vige il **Fatal Accidents Act del 1976**, che nell'ultimo aggiornamento di maggio 2020 prevede il riconoscimento di una somma fissa, nominata Bereavement Award, pari a **£15,120**, mentre nella precedete formulazione, prevedeva la somma di £12,980.

Tra i legittimati attivi sono previsti:

- Il coniuge Surviving spouse
- Il convivente more uxorio Surviving civil partner
- I genitori se la vittima aveva meno di 18 anni Parents (if the child was under 18)
- Per le coppie non sposate, è richiesta la convivenza per almeno due anni prima della morte della vittima Unmarried couples? (living together as husband and wife/same sex couple for at least two years prior to death).
- Non sono previsti invece tra i legittimati attivi:
- Un bambino che ha perso un genitore Child who loses a parent
- Un genitore che ha perso un figlio maggiorenne Parent who loses a child over the age of 18 years
- I fratelli Loss of a sibling
- I nonni per la perdita dei nipoti Loss of a grandchildren
- I nipoti per la perdita dei nonni Loss of a grandparent

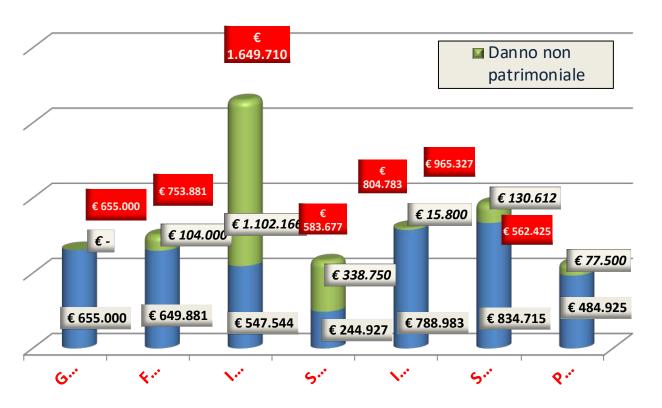




Gen Re Today | March 2022

1° Case Study: Danno mortale 41enne

Uomo 41enne – Impiegato con reddito annuo di € 40.000; Moglie, due figli (6 e 9 anni) Un genitore e una sorella non conviventi



Il risarcimento in forma di cura e in forma di rendita

Tra giusta somministrazione e riabilitazione.

Il case management, La sostenibilità del sistema e, nel danno patrimoniale, la cd. Compensatio Lucri cum Damno

Le quattro sentenze gemelle (Cass. SSUU n. 12564,5, 6 e 7) del 22 maggio 2018

IL DANNO PATRIMONIALE E LA COMPENSATIO LUCRI CUM DAMNO



5,1 milioni di euro di risarcimento per Eleonora Gavazzeni, la bimba bergamasca **invalida al 100% a causa di errori medici** e di carenze della struttura alla nascita presso l'Ospedale di Rovigo. Una storia tremenda raccontata con l'enfasi dei media da le IENE





L'ASSICURAZIONE DELLA **RESPONSABILITA'** SANITARIA TRA NORME PRIMARIE E REGOLAMENTI **ATTUATIVI**

NORMATIVA SPECIALE: L'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DEI PROFESSIONISTI

Art. 3, comma 5 lettera e) D.L. 13 agosto 2011, n. 138

e) a tutela del cliente, il professionista è tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale. Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo <u>massimale</u>. Le condizioni generali delle polizze assicurative di cui al presente comma possono essere negoziate, in convenzione con i propri iscritti, dai Consigli Nazionali e dagli enti previdenziali dei professionisti. In ogni caso, fatta salva la libertà contrattuale delle parti, le condizioni generali delle polizze assicurative di cui al periodo precedente prevedono l'offerta di un periodo di ultrattività della copertura per <u>le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della </u> responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura. <u>La</u> disposizione di cui al periodo precedente si applica, altresì, alle polizze assicurative in corso di validità alla data di entrata in vigore della presente disposizione. A tal fine, a richiesta del contraente e ferma la libertà contrattuale, le compagnie assicurative propongono la rinegoziazione del contratto al richiedente secondo le nuove condizioni di premio

IL TERZO DANNEGGIATO e IL CLIENTE/PAZIENTE Le Assonanze e le Distanze tra il sistema della RC AUTO e quello della RC SANITARIA

- 1. il terzo danneggiato nelle assicurazioni obbligatorie (auto, medica, sanitaria e professionale);
- 2. azione diretta, eccezioni opponibili e regole risarcitorie a sé stanti.
- 3. l'interesse del terzo danneggiato e del cliente/paziente nelle polizze di rc professionale: tra contratto "base" e protezione obbligatoria del terzo.
- 4. adeguatezza e coerenza: tra esigenze dell'assicurato e copertura del rischio di danno del terzo.

AL DI LA' DI TALI PUNTI DI CONTATTO I FENOMENI DI RESPONSABILITA' E DI DANNO SONO COMPLETAMENTE DIVERSI. DIFFICOLTA' DI REPLICARE PEDISSEQUAMENTE LE REGOLE AUTOMOBILISTICHE AL COMPARTO SANITARIO



Art. 10 L. 24/2017: Obbligo di assicurazione

«1. Le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono essere provviste di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilita' civile verso terzi e per la responsabilita' civile verso prestatori d'opera, ai sensi dell'articolo 27, comma 1-bis, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private, compresi coloro che svolgono attivita' di formazione, aggiornamento nonche' di sperimentazione e di ricerca clinica. La disposizione del primo periodo si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonche' attraverso la telemedicina. Le strutture di cui al primo periodo stipulano, altresi', polizze assicurative o adottano altre analoghe misure per la copertura della responsabilita' civile verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie anche ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui al comma 3 dell'articolo 7, fermo restando quanto previsto dall'articolo 9. Le disposizioni di cui al periodo precedente non si applicano in relazione agli esercenti la professione sanitaria di cui al comma 2.



Art. 10 L. 24/2017: Obbligo di assicurazione

- 2. Per l'esercente la professione sanitaria che svolga la propria attivita' al di fuori di una delle strutture di cui al comma 1 del presente articolo o che presti la sua opera all'interno della stessa in regime libero-professionale ovvero che si avvalga della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente ai sensi dell'articolo 7, comma 3, resta fermo l'obbligo di cui all'articolo 3, comma 5, lettera e), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, all'articolo 5 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137, e all'articolo 3, comma 2, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.
- 3. Al fine di garantire efficacia alle azioni di cui all'articolo 9 e all'articolo 12, comma 3, ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave.



STRUTTURE E PROFESSIONISTI: DUE REGIMI NON COINCIDENTI E LA POSSIBILITA', IN CAPO ALLE PRIME. DI "AUTOASSICURARSI"

Nell'assicurazione obbligatoria per la responsabilità sanitaria, le limitazioni alla libertà negoziale delle parti non sono uguali per tutti i soggetti, in quanto il legislatore ha previsto una disciplina differente per le strutture sanitarie o sociosanitarie e per gli esercenti la professione sanitaria.

Infatti, nel caso delle strutture sanitarie o sociosanitarie, la possibilità di restringere la copertura assicurativa è possibile, almeno teoricamente, senza limiti, visto che la struttura può autoassicurarsi, ovvero adottare «analoghe misure per la copertura della responsabilità civile verso terzi degli esercenti la professioni sanitarie» che possano coprire in tutto o in parte il rischio (art. 10, co. 1, L. 24/2017). Per tale ragione, la struttura sanitaria può colmare anche in proprio i possibili «buchi di copertura» di un contratto assicurativo.

Il professionista, invece, per quanto possa essere solvibile, non potrà adempiere in proprio alle garanzie richieste dal legislatore a tutela del paziente e dovrà necessariamente trovare sul mercato una copertura assicurativa (art. 10, co. 2, L. 24/2017) idonea a tutelare tutti gli interessi in gioco.

LE FORMULE MISTE – E LE COMPLESSITA' STRUTTURALI DELL'AUTORITENZIONE (COME ANALOGA MISURA).



Art. 11 L. 24/2017: Estensione della garanzia assicurativa

« 1. La garanzia assicurativa deve prevedere una operativita' temporale anche per gli eventi accaduti nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo, purche' denunciati all'impresa di assicurazione durante la vigenza temporale della polizza. In caso di cessazione definitiva dell'attivita' professionale per qualsiasi causa deve essere previsto un periodo di ultrattivita' della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilita' verificatisi nel periodo di efficacia della polizza, incluso il periodo di retroattivita' della copertura. L'ultrattivita' e' estesa agli eredi e non e' assoggettabile alla clausola di disdetta.»

ART. 12: l'AZIONE DIRETTA

Art. 10 L. 24/2017: Obbligo di assicurazione

6. Con decreto del Ministro dello sviluppo economico,.....sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, prevedendo l'individuazione di classi di rischio a cui far corrispondere massimali differenziati. Il medesimo decreto stabilisce i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operativita' delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio, richiamate dal comma 1; disciplina altresi' le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione nonche' la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati. A tali fondi si applicano le disposizioni di cui all'articolo 1, commi 5 e 5-bis, del decreto-legge 18 gennaio 1993, n. 9, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 marzo 1993, n. 67.



Decreto-Legge 6 novembre 2021, n. 152, recante disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) - convertito con modificazioni dalla L. 29 dicembre 2021, n. 233

Art. 38-bis Disposizioni in materia di formazione continua in medicina

1. <u>Al fine di attuare le azioni previste dalla missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza</u>, relative al potenziamento e allo sviluppo delle competenze tecniche, digitali e manageriali del **personale del sistema sanitario**,

a decorrere dal triennio formativo 2023-2025,

l'efficacia delle polizze assicurative di cui all'articolo 10 della legge 8 marzo 2017, n. 24, e' condizionata all'assolvimento in misura non inferiore al 70 per cento dell'obbligo formativo individuale dell'ultimo triennio utile in materia di formazione continua in medicina.

