

NEWSLETTER DICEMBRE 2015

OCCHIO BIONICO: RICONOSCIMENTO A STANISLAO RIZZO

Un altro esempio di eccellenza nell'ambito dell'Oftalmologia italiana.

Il dott. Stanislao Rizzo, Direttore del Reparto di Chirurgia Oftalmica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi di Firenze è stato insignito dell'Onorificenza di Commendatore della Repubblica Italiana per essere stato il primo ad effettuare nel 2011 in Italia un impianto di protesi retinica, il cosiddetto "occhio bionico".

La protesi impiantata è Argus II ed è stata realizzata sulla base di un'innovativa tecnologia, frutto di una ricerca nata oltre 20 anni fa negli USA. Il dott. Rizzo negli ultimi 4 anni ha effettuato oltre 20 impianti di questo tipo, su pazienti resi ciechi da maculopatie, tra le quali la forma più frequente è la Retinite Pigmentosa, malattia degenerativa rara.

"Abbiamo avuto risultati che in alcuni casi sono stati addirittura entusiasmanti." ha sottolineato il dott. Rizzo in una recente intervista, "Non tutti i pazienti sono eligibili per l'intervento, ma coloro che vengono impiantati sono seguiti durante un percorso riabilitativo personalizzato".

GIULIA & GIULIA. DOCENTI PER UN GIORNO - DI NICOLA SIMINI

SCOPRI LA NUOVA OFFERTA! ISCRIZIONE AIMO + RC PROFESSIONALE WILLIS

CAMPAGNA ISCRIZIONI 2016



www.oculistiaimo.it

7° CONGRESSO NAZIONALE AIMO

Roma, 20-21 ottobre 2016



TUMORI DEGLI ANNESSI OCULARI ED INTRAOCULARI

Roma, febbraio-settembre 2016



AUGURI DI BUON NATALE A TUTTI I NOSTRI LETTORI!!!

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE. PARERE FAVOREVOLE DA COMMISSIONI AFFARI COSTITUZIONALI, GIUSTIZIA E FINANZE. MA CI SONO DUBBI SU ASSICURAZIONI, AZIONE DI RIVALSA E OBBLIGO CONCILIAZIONE

Dopo l'approvazione da parte della commissione Affari Sociali, il ddl Gelli, che disciplina la responsabilità professionale in sanità, passa l'esame delle commissioni Affari Costituzionali, Giustizia e Finanze e si prepara all'approdo in Aula programmato subito dopo il via libera alla legge di stabilità. Nel dare parere positivo al testo uscito dalla XII commissione, i deputati della I, II e VI commissione hanno apportato una serie di condizioni e osservazioni che passiamo di seguito in rassegna.

Affari Costituzionali. Il parere favorevole viene legato alla condizione che, in merito all'articolo 3, si preveda l'attribuzione della funzione di Garante per il diritto alla salute all'ufficio del Difensore civico come facoltà e non come obbligo per le Regioni.

Infine, all'articolo 8 sull'obbligo di conciliazione, viene apposta la seguente osservazione: valuti la commissione competente l'opportunità di approfondire i contenuti delle disposizioni anche tenuto conto del fatto che nell'ordinamento non sembrano rinvenirsi fattispecie di "partecipazione obbligatoria" analoghe.

Giustizia. Anche qui il parere favorevole è seguito da alcune condizioni. Innanzitutto circa le buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida (art. 6), si spiega che gli esercenti le professioni sanitarie nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle buone pratiche clinico-assistenziali e alle raccomandazioni previste dalle linee guida indicate dalle società scientifiche e dagli istituti di ricerca iscritti in apposito elenco, istituito, con decreto del Ministro della salute, da emanarsi entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge. Le linee guida sono pubblicate contestualmente, per i singoli settori di specializzazione, entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, dal Ministro della Salute secondo modalità stabilite nel medesimo decreto, e sono aggiornate ed eventualmente integrate con cadenza annuale. La pubblicazione delle linee guida è attestata con decreto non regolamentare del Ministro della Salute, pubblicato sul sito del Ministero e sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Richiamata anche la norma transitoria che prevede il protrarsi della validità della legge Balduzzi fino alla pubblicazione delle sopracitate linee guida.

Quanto poi alla responsabilità penale (Art. 6-bis), viene richiamato il nuovo articolo del Codice Penale, il 590-ter, secondo il quale l'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività, cagiona a causa di imperizia, la morte o la lesione personale della persona assistita risponde dei reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose, solo in caso di colpa grave. La colpa grave viene però esclusa quando, salve le rilevanti specificità del caso concreto, sono rispettate le buone pratiche clinico-assistenziali e alle raccomandazioni previste dalle linee guida.

Nel parere si chiede, inoltre che in tema di responsabilità civile (art. 7) venga soppresso il comma 3 che richiama il rispetto delle buone pratiche clinico-assistenziali e alle raccomandazioni previste dalle linee guida, nello svolgimento della professione.

All'articolo 8 sull'obbligo di conciliazione si chiede di sostituire al comma 1, le parole "un'azione tesa ad ottenere il risarcimento" con "un'azione relativa a una controversia di risarcimento".

Sempre all'articolo 8, si chiede di sostituire il comma 4 con i seguenti:

4. Le compagnie assicuratrici di cui all'articolo 10, ove convenute, hanno l'obbligo di formulare offerta di risarcimento del danno ovvero comunicare i motivi per cui ritengono di non formulare offerta.
5. In caso di sentenza a favore del danneggiato, quando la compagnia assicuratrice non ha formulato l'offerta di risarcimento nell'ambito del procedimento di accertamento tecnico preventivo di cui ai commi precedenti, ovvero la somma offerta sia inferiore della metà di quella liquidata dal giudice, il giudice trasmette copia della sentenza all'IVASS per gli accertamenti relativi all'osservanza del comma 4, e per l'applicazione della sanzione amministrativa di cui all'articolo 315 comma 1 lett. d) d.lgs 7 settembre 2005, n. 209, aumentata fino al doppio.

Quanto all'azione di rivalsa, si chiede di sostituire l'articolo 9 con il seguente:

1. L'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave.
2. Se il danneggiato, nel giudizio di risarcimento del danno, non ha convenuto anche l'esercente la professione sanitaria, l'azione di rivalsa nei confronti di quest'ultimo può essere esercitata soltanto successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale, ed è esercitata, a pena di decadenza, entro un anno:
 - a) dal passaggio in giudicato del titolo sulla base del quale è avvenuto il pagamento;
 - b) dal pagamento in caso di risarcimento avvenuto sulla base di un titolo stragiudiziale
3. La decisione pronunciata nel giudizio promosso contro la struttura sanitaria o contro la compagnia assicuratrice non fa stato nel giudizio di rivalsa se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio.
4. In nessun caso la transazione è opponibile all'esercente la professione sanitaria nel giudizio di rivalsa.
5. In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria pubblica, l'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 dell'articolo 7, deve essere esercitata innanzi al giudice ordinario, e la misura della rivalsa, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al triplo della retribuzione lorda annua. Per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione di accoglimento della domanda di rivalsa, il professionista, nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, non può avere assegnazione di incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti, né può partecipare a pubblici concorsi per incarichi superiori.
6. In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria privata, la misura della rivalsa, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al triplo della retribuzione lorda annua.
7. Nel giudizio di rivalsa il giudice può desumere argomenti di prova dalle prove assunte nel giudizio instaurato dal paziente nei confronti della struttura sanitaria.

Passando all'articolo 11 sull'azione diretta del soggetto danneggiato, si chiede di sostituire il comma 1 con il seguente: "1. Fermo quanto previsto dall'articolo 8 della presente legge, il soggetto danneggiato ha diritto di agire direttamente, entro i limiti delle somme per le quali è stata stipulata l'assicurazione, nei confronti dell'impresa di assicurazione delle strutture di cui al comma 1 e dell'esercente la professione sanitaria di cui al comma 2 dell'articolo 10 della presente legge".

Al comma 4, il primo periodo sia sostituito dal seguente: "Nel giudizio promosso contro l'impresa di assicurazione della struttura a norma del comma 1 è litisconsorte necessario anche l'azienda sanitaria, la struttura o l'ente assicurato e, nel giudizio promosso contro l'impresa di assicurazione dell'esercente la professione sanitaria a norma del comma 1, è litisconsorte necessario anche l'esercente la professione sanitaria".

Infine, dopo l'articolo 11 si chiede di inserire il seguente: Art. 11-quater. - (Obbligo di comunicazione al professionista del giudizio basato sulla sua responsabilità). - 1. Le strutture sanitarie di cui all'articolo 7 comma 1, e le compagnie di assicurazione di cui all'articolo 10, commi 1 e 2, comunicano all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro dieci giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio.

Finanze. Con riferimento all'obbligo di assicurazione (art. 10) che stabilisce l'obbligo per le strutture sanitarie di dotarsi di una copertura assicurativa per i danni cagionati dal personale operante presso l'azienda, la struttura o l'ente, provveda la Commissione di merito a prevedere che con decreto del Ministro dello Sviluppo economico, di concerto con il Ministro della Salute e il Ministro dell'Economia e delle finanze, siano determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie.

Di conseguenza, con riferimento all'articolo 11, il quale stabilisce, al comma 1, che il soggetto danneggiato ha il diritto di agire direttamente, entro i limiti delle somme per le quali è stata stipulata l'assicurazione per danni cagionati dal personale operante presso l'azienda, la struttura o l'ente di cui le strutture sanitarie devono obbligatoriamente dotarsi, sia nei confronti dell'impresa di assicurazione delle medesime strutture sanitarie sia nei confronti dell'esercente la professione sanitaria, provveda la Commissione di merito a prevedere che le disposizioni dell'articolo si applicano a decorrere dall'entrata in vigore del decreto con il quale sono determinati requisiti minimi di tali polizze assicurative.

Infine, è stata apportata dai deputati della commissione Finanze la seguente osservazione: sempre con riferimento all'articolo 11, il quale al comma 2 stabilisce che, per l'intero massimale di polizza, non sono opponibili al danneggiato eccezioni derivanti dal contratto, né clausole che prevedano l'eventuale contributo dell'assicurato al risarcimento del danno, valuti la Commissione di merito l'opportunità di rivedere tale previsione, consentendo all'impresa di assicurazione di opporre al danneggiato tutte le eccezioni derivanti dal contratto assicurativo.