



Rischio *Sanità*

informare prevenire progettare risolvere

La sanità assicurata opportunità o obbligo?

Il DPR 137/2012 al centro di un convegno organizzato dal Laboratorio di Responsabilità Sanitaria della Sezione Dipartimentale di Medicina Legale e delle Assicurazioni dell'Università degli Studi di Milano

È entrato in vigore il 15 agosto 2012 il “Regolamento di riforma degli ordinamenti professionali” ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 137/2012 firmato da Napolitano a Stromboli il 7 agosto 2012. All'articolo 5 è disposto l'obbligo di assicurazione per cui “il professionista è tenuto a stipulare, anche per il tramite di convenzioni collettive negoziate dai consigli nazionali e dagli enti previdenziali dei professionisti, idonea assicurazione per i danni derivante al cliente dall'esercizio dell'attività professionale, comprese le attività di custodia di documenti e valori ricevuti dal cliente stesso. Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza professionale, il relativo massimale e ogni variazione successiva [1]”; tale obbligo è stato prorogato di dodici mesi, fino ad agosto 2013. Ma cosa intende il legislatore con “idonea assicurazione per i danni”? Qual è l'applicabilità pratica della comunicazione al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, degli estremi della polizza? Quale la ratio legislativa?

Per rispondere a queste domande – e non solo – è stato organizzato dal Laboratorio di Responsabilità Sanitaria della Sezione Dipartimentale di Medicina Legale e delle Assicurazioni dell'Università degli Studi di Milano il convegno dal titolo “La sanità assicurata: opportunità o obbligo?”. Il programma del primo *workshop* semestrale per il mondo assicurativo ha previsto l'intervento di tredici professionisti del settore, tra cui **Riccardo Zoja**, direttore della Scuola di Specializzazione in Medicina Legale e delle Assicurazioni dell'Università di Milano, **Francesco Isoabella**, **Filippo Martini**, **Marco Rodolfi**,

Maurizio Hazan e **Maura Carta**, avvocati del foro di Milano, **Chiara Oggioni**, Clinical Risk Manager dell'Azienda Ospedaliera San Paolo, **Francesco Berti Riboli**, Amministratore della Casa di Cura Villa Montallegro di Genova e membro della Commissione AIOP Case di Cura private non accreditate, **Tiziana Rumi**, Legale e Clinical Risk Manager della Casa di Cura Privata del Policlinico di Milano, **Umberto Genovese**, Ricercatore Confermato di Medicina Legale e delle Assicurazioni e Coordinatore del Laboratorio di Responsabilità Sanitaria, **Luca Franzi**, Broker e Consigliere di Amministrazione AON, **Attilio Steffano**, Broker e Amministratore Assimedici, **Paolo Toriani**, responsabile area liquidativa Milano di MCM – Am Trust e **Giuliana D'Amore**, amministratore delegato di Sircus – gruppo Lercari.

“Perché un convegno sull'assicurazione della sanità?” Con questa domanda, posta dal moderatore della giornata, **Mario Vatta** di *Best Practice Solutions*, si apre la giornata dei lavori. Vatta sostiene che la sanità assicurata dovrebbe essere un'affermazione nella misura in cui la sanità possa essere considerata assicurabile: la sua obbligatorietà tuttavia è stata introdotta, in un momento in cui il mercato assicurativo della sanità vive un momento critico, a tutela del “consumatore” e non del professionista; con la proroga di 12 mesi dell'obbligo assicurativo, si attenuano le ansie degli addetti ai lavori, che comunque avranno un anno di tempo per proporre convenzioni con gli ordini professionali. Al rientro dalle vacanze, continua il moderatore, si è letto il controverso “decreto Balduzzi”, ora convertito in legge, con modifiche, dalla Legge 189/2012 che comunque rappresenta il segno

tangibile della consapevolezza acquisita dal Governo sull'esistenza di un problema reale inerente la tutela assicurativa della responsabilità sanitaria (settore – negli ultimi anni – drammaticamente esposto all'evoluzione giurisprudenziale) elaborato nell'ottica del contenimento della medicina difensiva e della degenerazione del contenzioso giudiziario in sanità, accompagnato da notevoli ripercussioni in ambito assicurativo.

Gli interventi della mattinata si sono focalizzati sugli aggiornamenti in tema di responsabilità medica, penalistica, civilistica ed amministrativa, nonché in tema di responsabilità dell'intermediario e di clinical risk management.

Isolabella ha discusso se la reale paura del professionista della sanità consista nella responsabilità penale in quanto tale: secondo l'avvocato, il vero timore del sanitario è quello di trovarsi da solo a fronteggiare l'eventualità di aver commesso un fatto lesivo o di non saperne arginare il rischio. Tale elemento non può prescindere dal contesto giurisprudenziale, poiché negli ultimi anni si è assistito ad un cambiamento radicale dell'oggetto della tutela, prima considerata la struttura sanitaria ed il relativo personale, ora identificata pressoché esclusivamente nel paziente: la possibilità che sanitario e struttura vengano chiamati a rispondere, anche e soprattutto in ambito penalistico, come "ammortizzatori sociali" è un rischio gravissimo. Nel giudizio penale, sussistono alcuni criteri di attribuzione della responsabilità: il primo elemento è l'individuazione del nesso di causa, ossia il rapporto tra la condotta dell'agente e l'eventuale evento lesivo. La nota "Sentenza Franzese" (sentenza Cassazione Penale a sezioni unite, n. 30328/2002) ha definito i criteri di attribuzione del nesso di causa, individuandoli nell'esistenza di leggi scientifiche o statistiche che abbiano la capacità di "coprire" il caso concreto con una probabilità prossima alla certezza, da unire con il criterio della probabilità logica, ovvero la capacità di applicare tali leggi di copertura nel caso concreto. Altro elemento di attribuzione della responsabilità penale è quello soggettivo, vale a dire il dolo, la preterintenzione e la colpa, distinta, in base al dettame dell'articolo 43 del codice penale,

in "colpa generica", ovvero negligenza, imprudenza ed imperizia e "colpa specifica", ovvero inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline.

Passando all'ambito civilistico, **Rodolfi** ha esposto l'orientamento della giurisprudenza civile in ambito di responsabilità sanitaria, sottolineando l'importanza della consapevolezza del legislatore sulla realtà giudiziaria al fine di proporre interventi normativi corretti ed attuabili, elemento questo, purtroppo, talvolta sottovalutato e disatteso. In riferimento all'onere della prova ed al nesso di causa, la sentenza di Cassazione Civile 9290/2012 enuncia che, essendo la prestazione medico-chirurgica in oggetto un intervento "di routine", è il professionista sanitario che deve fornire la prova che l'evento sia stato determinato da un evento imprevisto ed imprevedibile secondo la diligenza qualificata in base alle conoscenze tecnico-scientifiche del momento; la su citata sentenza ribadisce inoltre che la struttura sanitario ed il medico sono tenuti a controllare l'adeguatezza della cartella clinica e – come poi ripreso dalla sentenza 10315/2012 - laddove le cartelle siano lacunose, si parla di "nesso causale presunto" e di "presunzione di colpa". Il nesso causale tra condotta del medico e danno, inoltre, si presume allorché il sanitario abbia tenuto una condotta astrattamente idonea a causare il danno, anche in assenza di certezze circa l'effettiva eziopatogenesi dell'evento dannoso, incombendo sul medico l'onere di provare, se vuole andare esente da responsabilità, che il danno sia dipeso da un fattore eccezionale e imprevedibile e non può avere rilievo la mera ipotesi di altri fattori causali autonomi. In sintesi, il paziente danneggiato deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza/l'aggravamento della patologia ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo a carico del debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante. Nell'ambito della causalità da contatto sociale il criterio della causalità non è quello proprio della imputazione penale secondo il criterio rigoroso della quasi certezza ("oltre ogni

ragionevole dubbio”), ma è quello civilistico e probabilistico del “più probabile che non”. Infine, al fine delineare il quadro di responsabilità delle strutture ospedaliere e del personale medico, Rodolfi ha citato la sentenza della Cassazione Civile 588/2008, nella quale si legge che “è irrilevante che si tratti di una casa di cura privata o di un ospedale pubblico in quanto sostanzialmente equivalenti sono a livello normativo gli obblighi dei due tipi di strutture verso il fruitore dei servizi, ed anche nella giurisprudenza si riscontra una equiparazione completa della struttura privata a quella pubblica quanto al regime della responsabilità civile, anche in considerazione del fatto che si tratta di violazioni che incidono sul bene salute”.

Una fattispecie di responsabilità poco conosciuta è quella amministrativa, di cui **Carta** ha delineato le principali caratteristiche: essa è una responsabilità a contenuto patrimoniale di amministratori, dipendenti pubblici o incaricati di pubblico servizio per danni causati all’Ente pubblico nell’ambito o in occasione del rapporto d’ufficio, la cui valutazione è affidata alla Corte dei Conti. L’azione di attivazione della Procura della Corte dei Conti consiste nella segnalazione dell’Ente danneggiato (l’Azienda Sanitaria Locale o l’Azienda Ospedaliera), del singolo cittadino, dei nuclei di controllo o dal giudice ordinario; nella fase successiva, il medico è invitato a fornire delucidazioni sull’evento contestato, avendo la possibilità di chiarire e giustificare la propria condotta anche senza l’assistenza di un avvocato. Nel caso in cui le deduzioni presentate dal sanitario vengano ritenute fondate, si procede ad archiviazione del procedimento, altrimenti, il professionista è citato in giudizio presso la sezione giurisdizionale competente, diretta ad accertare il danno erariale quantificato in sede istruttoria e può essere condannato al risarcimento. A differenza del giudizio civile, ha sottolineato l’avvocato, il giudizio presso la Corte dei Conti è molto più rapido, potendosi concludere di norma in 9-10 mesi.

Tralasciando la responsabilità del professionista sanitario e spostando l’attenzione sulla responsabilità dell’intermediario, **Bugli** ha ventilato l’ipotesi della chiamata a rispondere

dell’intermediario stesso alla luce dell’introduzione dell’obbligo normativo dell’assicurazione per i professionisti: a tale professionista, in quanto portatore delle esigenze del contraente, potrebbe essere posta la rimostranza di non avere “correttamente intermediato”. Questa evenienza non è da considerarsi astratta, soprattutto in virtù dell’obbligo del professionista ad essere assicurato – ma non della compagnia assicurativa a contrarre (e come potrà il professionista reperire sul mercato la polizza idonea alle sue esigenze?) – e dell’evidenza attuale che le polizze professionali sono stipulate in regime *claims made*. Essa è una clausola che delimita l’oggetto della copertura assicurativa ai soli sinistri per i quali, nel corso di operatività della garanzia, il terzo danneggiato abbia presentato formale richiesta di risarcimento, indipendentemente dal momento in cui è stato commesso il fatto che ha dato origine a responsabilità. Nella formula “classica” o “pura”, la *claims made* è caratterizzata dalla retroattività illimitata del fatto dannoso, che può essere avvenuto in qualsiasi momento anteriore alla data di stipulazione del contratto; vi sono peraltro edizioni della clausola in cui la retroattività del fatto dannoso è limitata a due-tre-cinque anni antecedenti la stipulazione della polizza. La *claims made*, a differenza della *loss occurrence*, ben si adatta alle peculiarità della responsabilità medica, poiché spesso tra condotta colposa del professionista e percezione dell’errore (e del relativo nesso con il danno subito) da parte del paziente intercorre un lasso di tempo apprezzabile. La *loss occurrence*, invece, prevede l’indennizzabilità dei danni derivanti da fatti commessi dall’assicurato nel periodo di vigenza della garanzia di polizza, a prescindere dalla data in cui il terzo abbia formalizzato la propria richiesta risarcitoria. Ulteriori dubbi sul decreto sono emersi dall’intervento di **Martini**, che sottolinea la scarsa completezza normativa poiché l’unico contenuto tecnico è dato dalla formula “idonea assicurazione” (“cosa si intende con *idoneità della copertura?*” si chiede l’avvocato) e manca nel testo l’enunciazione di condizioni minime di garanzia, termini contrattuali, tempistiche, modalità di rinnovo, sistemi tariffari, massimali: insomma, manca il contenuto

minimo della garanzia che il professionista è chiamato obbligatoriamente a stipulare.

Ma questo obbligo è un'opportunità per il mercato assicurativo? Ha risposto positivamente **Franzi**, partendo dal presupposto che i dati disponibili dimostrano che, in una percentuale variabile dal 30% al 70%, gli eventi avversi in sanità sono prevedibili, in quanto prevedibili sono prevenibili, in quanto prevenibili sono controllabili e in quanto controllabili non teoricamente assicurabili poiché viene a mancare il requisito dell'*alea* e concludendo che *“le soluzioni esistono e sono conoscere bene il rischio e gestirlo in maniera più attiva. Impariamo a leggere le polizze”*.

Sul tema è ritornato **Steffano**, sottolineando la preoccupante possibilità di fuga totale delle compagnie assicurative dal mercato della responsabilità sanitaria in virtù della mancanza di obbligo a contrarre copertura assicurativa: in quest'ottica, la tutela del medico rischia di essere compromessa. Ma come si deve comportare l'intermediario per “riacquistare” la fiducia del sanitario? Innanzitutto, nella personalizzazione della copertura assicurativa, indispensabile risulta l'identificazione delle compagnie disposte ad assumere il rischio specifico e la conoscenza della disponibilità della compagnia stessa. Fatto ciò, appare fondamentale acquisire dal medico dettagliate informazioni sia sull'attività che si sta andando ad assicurare (in termini non solo di specializzazione del sanitario, tipologia delle metodiche applicate, invasività delle manovre sanitarie ma anche di rapporto contrattuale del professionista con la struttura) onde conoscere il rischio coperto dalla polizza che si sta proponendo, sia sulla situazione sinistri, ricostruendo una sorta di “storia del cliente” al fine di evitare proposte che non potranno essere accettate dalla compagnia selezionata. Un elemento su cui porre particolare attenzione è la clausola di “colpa grave” nella responsabilità amministrativa poiché la colpa del dipendente pubblico non viene valutata secondo un criterio oggettivo basato sulla diligenza dell'uomo medio – come invece accade nell'ambito della responsabilità civile – bensì secondo un criterio soggettivo che prende in considerazione la situazione concreta in cui l'agente opera: infatti, ai sensi dell'articolo 19

del decreto del Presidente della Repubblica 3/1957 (*“Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato”*) *“La Corte, valutate le singole responsabilità, può porre a carico dei responsabili tutto il danno accertato o parte di esso”*. La Corte Costituzionale si è in seguito espressa sulla legittimità di tale norma, sottolineando come la *ratio* normativa consista nel *“predisporre nei confronti dei dipendenti e degli amministratori pubblici, un assetto normativo in cui il timore della responsabilità non esponga all'eventualità di rallentamenti ed inerzie nello svolgimento dell'attività amministrativa”*: in sintesi, la copertura assicurativa andrebbe limitata alla colpa grave, poiché nei casi di colpa lieve il dipendente è esente da responsabilità amministrativa e contabile ed il rischio dell'eventuale danno ricade interamente sulla Pubblica Amministrazione.

È ovvio comunque che le conoscenze da sole non bastino, soprattutto in un momento in cui la sanità si trova a fronteggiare una situazione di contenzioso ingente e le Compagnie, malgrado l'aumento globale dei premi, rifugono da questo settore: *“la sostenibilità – ha concluso Steffano – è la sfida futura delle coperture assicurative per la classe medica”*.

Oggioni ha portato la propria esperienza in qualità di risk manager di una grande azienda ospedaliera milanese, delineando gli aspetti pratici della gestione di un sinistro, gestione che, dato il coordinamento attuato da Regione Lombardia, è abbastanza sovrapponibile a quello che avviene negli altri ospedali del territorio. Le richieste di risarcimento, giunte dal paziente in via diretta oppure tramite avvocato, pervengono all'ufficio legale (in staff alla direzione amministrativa) che ne dà immediata comunicazione alla direzione medica di presidio, ove opera il risk manager: a questo punto vengono contattati i sanitari implicati nel sinistro e viene chiesta copia conforme della cartella clinica, una relazione sull'iter medico-diagnostico e una relazione specifica sull'evento oggetto di richiesta risarcitoria, nonché l'elenco del personale coinvolto e la copia dei contratti assicurativi individuali, qualora presenti. Viene valutata la produzione documentale e si contatta la compagnia assicurativa, che procede alla liquidazione

o alle procedure di media-conciliazione. Compito dell'azienda ospedaliera è anche quello, una volta identificato ed analizzato un sinistro, di darne comunicazione a Regione Lombardia che, dal 2004, raccoglie i dati in un *database* retrospettivo risalente al 1999 creando una mappatura del rischio, ovvero uno strumento prezioso per fornire un *feedback* alle aziende ospedaliere stesse ed al mondo assicurativo sul livello di sinistrosità delle strutture; si provvede inoltre alla segnalazione degli "eventi sentinella", cioè degli eventi avversi potenzialmente indicativi di un serio malfunzionamento del sistema in relazione ai quali la struttura può implementare adeguate misure correttive attraverso l'analisi dei fattori determinanti l'evento. La segnalazione dell'evento sentinella rientra nel più ampio e complesso sistema della gestione del rischio clinico, vale a dire l'insieme di attività cliniche ed amministrative mirate al complessivo miglioramento della qualità delle cure erogate dalla struttura e volte ad identificare, valutare e ridurre i rischi per i pazienti, lo *staff* ed i visitatori, nonché a ridurre i rischi di perdita per l'organizzazione stessa.

Mentre in passato il rischio clinico veniva gestito con un approccio accusatorio che stimolava nel soggetto che aveva commesso l'errore un atteggiamento difensivo e non facilitava l'apprendimento, ora la tendenza è quella di cambiare l'approccio sociologico all'errore stesso, creando un ambiente socio-culturale favorevole al confronto positivo e alla diffusione della cultura "no blame".

Un altro confronto con il passato è stato proposto da **Berti Riboli**, non più in tema di *clinical risk management*, bensì in tema di gestione delle case di cure private: fino agli anni 90, infatti, il premio assicurativo dell'ospedalità privata era contenuto, il contratto aveva durata decennale ed erano rari i problemi di disdetta, forse anche perché le richieste di risarcimento danni erano quantitativamente e qualitativamente limitate. Oggi il settore sta vivendo una situazione sempre più preoccupante: il premio assicurativo per responsabilità civile è molto alto, il reperimento di una copertura assicurativa è difficile se non impossibile. *Fondamentale* – ha

concluso Berti Riboli – *il governo preventivo in caso di rischio e una corretta gestione del sinistro una volta verificatosi*".

Cambiamenti sono stati delineati anche da **Rumi**, che ha portato l'esperienza di una casa di cura privata monospecialistica che, di recente, ha optato per l'autoassicurazione, definibile come quel processo mediante il quale le strutture sanitarie (direttamente o mediante l'intervento della Regione di appartenenza) assumono la gestione del rischio assicurativo evitando di trasferirlo all'impresa di assicurazione e destinando così le risorse economiche, originariamente destinate al pagamento del premio ed ora risparmiate, alla costituzione di fondi di spesa da utilizzare per il risarcimento dei sinistri. Prima l'avvocato rivestiva un ruolo essenzialmente amministrativo, con il compito di organizzare la produzione documentale e di fare una breve istruttoria interna poiché erano i legali dell'assicurazione a gestire la pratica: attualmente, essendo la pratica gestita direttamente, l'avvocato diviene il diretto interlocutore con il clinico ed il medico legale, ricoprendo un ruolo attivo nella gestione delle richieste risarcitorie.

E il medico legale? Sul punto è intervenuto **Genovese**, focalizzando l'attenzione sul ruolo di "garanzia" della medicina legale, disciplina che, in ambito accademico, vede la valorizzazione di ambiti talvolta diversi dalla medicina assicurativa ma, citando quanto scritto da Pellegrini nel 1935 *"non è concepibile l'insegnamento universitario scisso dalla professione, così da ritenere che colui il quale non l'esercita non può soddisfare completamente i propri obblighi di maestro. Solo la professione è il correttivo del dottrinarismo, cioè della cultura così estraniata dalla vita da giustificare spesso il vecchio motto, secondo il quale dal sublime al ridicolo non vi è che un passo. Solo la professione permette di sottoporre al vaglio della esperienza quotidiana le nostre nozioni, correggendo e modernizzando quotidianamente l'insegnamento"*.

Il compito del medico legale è, dunque, quello di meditare e fornire risposte, per convergere verso la risoluzione del problema: il termine "consulente" deriva infatti dal latino "consulere", ovvero riflettere, provvedere ed indica un professionista di

“provata capacità tecnica a cui ci si rivolge per avere informazioni e consigli nella materia di sua competenza”. Il medico legale che si occupa di responsabilità sanitaria è quindi chiamato, spesso in associazione ad uno specialista della branca sanitaria in oggetto, a mettere in campo le proprie competenze professionali e personali, valutando la sussistenza del nesso di causa e quantificando il danno alla persona, evitando atteggiamenti aprioristicamente accusatori o inquisitori; inoltre, in accordo con il clinico il cui compito è quello di riconoscere l'errore, definisce il profilo di colpa. E allora il medico legale riveste un ruolo di “garante” sotto diversi aspetti, garantendo l'applicazione di un corretto approccio valutativo, la necessaria trasversalità di dialogo tra i professionisti coinvolti nella gestione di un caso di responsabilità professionale e, in ultima analisi, garantendo di tendere verso un risultato di giustizia.

A trattare un altro argomento cardine per la gestione dei sinistri in sanità, quello della mediazione, in merito all'obbligatorietà della quale la Corte Costituzionale ha espresso di recente un parere di illegittimità, è stato **Toriani**, che ha condiviso la sua esperienza come liquidatore. Ai sensi dell'articolo del decreto legislativo 28/2010 (*“Attuazione dell'articolo 60 della legge 18 giugno 2009, n. 69, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali”*), la mediazione è da intendersi come “l'attività, comunque denominata, svolta da un terzo imparziale e finalizzata ad assistere due o più soggetti sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa”: analizzando i dati dell'ufficio liquidazione sinistri della compagnia, l'istituto della mediazione sembra dare per Toriani ottimi frutti. Ha precisato infatti che l'unica evenienza in cui sistematicamente non si ritiene opportuno intraprendere il percorso di mediazione è nel caso in cui la richiesta di mediazione giunga come prima richiesta danni, poiché – per motivi essenzialmente organizzativi – si è impreparati a presentarsi all'evento

mediativo, che richiede tempi tecnici di raccolta ed analisi della documentazione ed istruttoria medico-legale. Tra i vantaggi di questo istituto figurano la brevità del procedimento (istituzionalmente si tratta di 4 mesi, non sempre rispettati, ma assai più celeri rispetto ai tempi della causa ordinaria), la possibilità di organizzare la discussione più vicino all'ufficio liquidazione sinistri, il contenimento della spesa economica rispetto quella della causa tradizionale.

Ha concluso la giornata di approfondimento **D'Amore** con un intervento esplicativo dell'importanza del ruolo del *loss adjuster*, che ricopre una funzione di *trait d'union* tra le diverse parti coinvolte nella gestione del reclamo o della richiesta di risarcimento ricevuti da un terzo. Tale figura professionale è quindi necessaria poiché garantisce chiarezza nei rapporti con tutti gli utenti coinvolti, l'applicazione di una procedura certa e condivisa, un'indispensabile autonomia e terzietà operativa attraverso un sistema di gestione “carte in tavola” atto a informare costantemente le parti. Il cliente si aspetta dal *loss adjuster* innanzitutto l'accertamento della responsabilità, elemento che non può prescindere dal contatto con l'assicurato (medico, struttura sanitaria pubblica, struttura sanitaria privata) e dal rispetto della centralità del ruolo dell'intermediario, secondariamente l'istruzione della pratica, verificando validità temporale della copertura e tipologia di posizione contrattuale del cliente, definendo la compatibilità dell'evento con la garanzia prestata, analizzando le varie posizioni coinvolte ed esaminando la richiesta di controparte al fine di intraprendere la conseguente trattativa. Il *loss adjuster* è dunque un facilitatore che opera allo scopo di rendere disponibili elevate competenze quale presupposto di sostenibilità, durata e qualità del rapporto nel tempo con il proprio cliente.

Dunque, in attesa che la copertura assicurativa per i liberi professionisti diventi obbligatoria, si dà appuntamento al 2013 per il secondo *workshop* semestrale per il mondo assicurativo che fornirà agli addetti ai lavori il necessario aggiornamento nel complesso ambito della responsabilità medica.