



RESPONSABILITÀ SANITARIA D'IMPRESA NUOVI METODI DI GESTIONE DEL CONFLITTO

Verso un modello integrato di prevenzione e riparazione

MARCO MARINARO

Avvocato e Conciliatore - Perfezionato in Diritto dell'arbitrato interno e internazionale
Cultore della Cattedra di Diritto civile - Università di Salerno mmarinaro@unisa.it

Secundo i dati forniti da alcune compagnie assicurative, in Italia ogni anno su 8 milioni di ricoveri in strutture pubbliche circa 320.000 pazienti (pari al 4%) assumono l'esistenza di danni (dei quali un quarto dovuti a colpa professionale); le richieste sono circa 150.000 e, di queste, 12.000 pendono dinanzi all'Autorità giudiziaria. Le segnalazioni di *medical malpractice* pervenute nel 2003 presso il Tribunale dei Diritti del Malato sono concentrate per oltre la metà in quattro aree: ortopedia e traumatologia, oncologia, ostetricia e ginecologia, chirurgia generale; le richieste di risarcimento sono state quantificate in almeno 10-15 milioni di euro. Destano particolare interesse anche i dati provenienti dagli Stati Uniti ove è stato stimato che il quantum del risarcimento assegnato dalla giuria in una causa di *medical malpractice* è raddoppiato tra il 1995 e il 2000 passando da 500.000 a 1.000.000 di dollari; anche la media del valore delle transazioni è aumentata da 350.000 a 500.000 dollari. Inoltre si è assistito a numerosi scioperi nel settore medico a causa dell'eccessivo costo della copertura assicurativa o del rifiuto dei medici di prestare assistenza al parto. I dati sopra riportati destano preoccupazione e anche in Italia cresce l'attenzione degli operatori del settore per lo studio delle cause e dei possibili rimedi a una crisi del sistema sanitario d'impresa ormai annunciata. Riprendendo l'esperienza nordamericana, si può rilevare come la crescita esponenziale del contenzioso con l'aumento dei risarcimenti liquidati e il conseguente rincaro dei premi assicurativi ingenera una spirale perversa nella quale i soggetti coinvolti si arroccano su posizioni unilaterali. Di qui i numerosi tentativi dei legislatori americani di contrastare tale fenomeno; si ricordi l'istituzio-

ne in molti Stati dell'arbitrato obbligatorio, ovvero di screening panels, o comunque la previsione di un tetto massimo ai danni risarcibili, limiti decadenziali alle azioni risarcitorie, insomma misure volte a limitare le richieste pretestuose o abnormi senza però mai affrontare il fenomeno in maniera complessiva. Ma un ulteriore dato appare particolarmente interessante: l'aumento esponenziale delle azioni di risarcimento è direttamente collegato al progresso scientifico e tecnologico in ambito sanitario; invero, si rileva come il ruolo del medico nel contesto sociale si sia radicalmente trasformato con il superamento della percezione paternalistica dell'arte medica verso una sorta di fideismo nella tecno-scienza medica che ha comportato altresì una progressiva accentuazione dei profili di responsabilità delle strutture di cura. In questo contesto non possono non condividersi le proposte volte all'adozione di un modello integrato di prevenzione e riparazione che consenta il definitivo superamento del modello paternalista verso uno definito di responsabilità sanitaria d'impresa. Quindi, specifica attenzione per la riduzione dei danni mediante la prevenzione dei sinistri, la gestione dei rischi, la mediazione dei rapporti prima e dopo il verificarsi dell'evento e per la riparazione del danno indirizzata verso i diversi soggetti con diverse regole. Nell'esperienza italiana si può segnalare la "Carta dei servizi pubblici sanitari" il cui schema generale è stato approvato con D.P.C.M. 19/5/1995. La tutela per il cittadino si attua con la costituzione presso le strutture del S.S.N. dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico chiamato in prima istanza alla gestione dei reclami; in seconda, invece, è prevista la costituzione di una Commissione Mista Conciliativa. Tuttavia, detto organo solitamente

te ha competenza limitata agli aspetti relazionali e organizzativi, esulando quindi dalla stessa la disamina di reclami ai quali consegue l'accertamento di una possibile responsabilità professionale degli operatori sanitari. Da segnalare anche l'esistenza di due disegni di legge in tema di responsabilità medica e di assicurazione obbligatoria. Il primo è stato presentato dall'onorevole Scalise l'11 ottobre 1995, il secondo dal senatore Tomassini il 6 giugno 2001, esaminato dalla XII Commissione permanente (Sanità) con le modifiche comunicate alla Presidenza il 21 maggio 2002. In quest'ultimo progetto emerge la proposta di porre a carico della struttura sanitaria pubblica o privata la responsabilità civile per danni a persone causati da personale medico e non, consentendo alla P.A. soltanto la possibilità di attivare un procedimento disciplinare nei confronti del dipendente responsabile quando il fatto sia avvenuto con dolo o colpa grave accertati e la relativa sentenza sia passata in giudicato; inoltre, esclusivamente in caso di dolo può essere avviata l'azione di rivalsa. Inutile soffermarsi sulla pericolosità di una simile previsione che sancirebbe una sorta di immunità patrimoniale del personale sanitario anche in presenza di gravi ipotesi di responsabilità professionale. Entrambi i progetti di legge prevedono l'obbligo della copertura assicurativa per le strutture ospedaliere pubbliche e private e riconoscono al danneggiato l'azione diretta nei confronti dell'assicuratore. E ancora, ambedue i disegni di legge prevedono la possibilità di devolvere le controversie in materia di responsabilità sanitaria a un collegio arbitrale con la facoltà di richiedere anche una decisione secondo equità. Ma l'esame di tali proposte di legge si è arrestata da circa due anni. Tuttavia, l'attenzione verso l'efficienza delle strutture del S.S.N. ha condotto alla costituzione, con D.M. Salute 5/3/2003, della Commissione Tecnica sul Rischio Clinico, la quale nel marzo 2004 ha consegnato al Ministro della Salute una relazione dal titolo "Risk management in Sanità. Il problema degli errori". In tale studio gli esperti hanno riservato un'attenzione particolare ai

metodi per l'analisi del rischio e alle cause sottostanti e cioè ai fattori organizzativi gestionali, raccomandando l'istituzione in ogni struttura sanitaria di una Unità di Gestione di Rischio con la presenza di un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale formato da medici, infermieri, operatori del settore Affari Generali e Legale, e altri. In questa prospettiva assume un ruolo centrale la gestione degli eventi avversi e, quindi, la mediazione nella gestione della responsabilità sanitaria, oltre che il ricorso a tutti gli strumenti di A.D.R. (alternative dispute resolution) e in particolare all'arbitrato, ovvero ad altre forme di valutazione pre-contenziosa dell'evento. Suscita, quindi, notevole interesse il progetto Accordia che nasce dall'iniziativa assunta dall'Ordine dei Medici di Roma in collaborazione con la Camera di Conciliazione di Roma. Dal 1° gennaio 2005 presso l'Ordine dei Medici è attivo uno Sportello di Conciliazione che in via sperimentale accoglierà le segnalazioni sugli errori e le carenze delle prestazioni mediche, costituirà un punto informativo sul mondo della sanità per i cittadini e offrirà a questi ultimi e ai medici la possibilità di risolvere in via amichevole le controversie tra loro insorte, proponendo una procedura di conciliazione che dovrà concludersi in un termine massimo di 90 giorni. L'obiettivo è migliorare il rapporto medico-paziente, tutelando da un lato il decoro e l'immagine del professionista e dall'altro i diritti del cittadino. L'iniziativa che è attualmente limitata alle controversie con professionisti che non operano in strutture pubbliche, per casi di valore inferiore a 25.000 euro, offre un servizio gratuito e viene realizzato con la partecipazione di due primari gruppi assicurativi e dal Centro Studi Assicurativi Previasme. In questo contesto occorre allora domandarsi se per la costruzione di un sistema non antagonista di tutti i soggetti coinvolti sia necessario riformare la legislazione in materia, nella consapevolezza che «l'arte di guarire è un'arte imperfetta ma che il diritto alla salute impone l'esercizio al meglio di quest'arte».

