



OSPEDALI LE COPERTURE ASSICURATIVE

POLIZZE SANITARIE

Rischi e responsabilità del medico

Le cause tra cittadini e strutture ospedaliere sono in crescita. I più recenti orientamenti normativi tendono a riconoscere sempre di più i diritti dei pazienti. E le compagnie aumentano i premi e offrono sempre meno garanzie.

LUCA SILVESTRINI

Calo di immagine determinato dai casi di malasanità enfatizzati dai mass media, contenziosi e cause in crescita, strutture sanitarie dove prevenzione e risk management sono poco praticati e una giurisprudenza che sta cambiando e tende a favorire i pazienti: in Italia, il medico, dal punto di vista della sicurezza professionale, sembra non stia passando un buon momento. Già, ma quali sono le conseguenze di un eventuale errore? Di che cosa è responsabile

l'ospedale e di cosa, invece, risponde il dottore in prima persona? I contratti d'assicurazione per il personale sanitario coprono davvero tutti i rischi? E come devono essere strutturate le polizze per i medici? A queste domande si è cercato di dare una risposta nel workshop *La responsabilità professionale del medico e le coperture assicurative*, organizzato a Milano da Stefano Group, Assimedici e Assisanità. Di fronte a una affollata platea di medici, broker, assicuratori hanno

discusso l'argomento **Antonio Farneti** (direttore dell'Istituto medicina legale e delle assicurazioni dell'Università degli studi di Milano), **Mario Zanchetti** (preside della facoltà di giurisprudenza alla Liuc), gli avvocati **Filippo Martini** e **Marco Rodolfi** (Studio Legale Bissi, Martini, Rodolfi, Vivori di Milano), **Arnaldo Migliorini**, **Umberto Genovese** e **Monica Cucci** (specialisti in medicina legale e delle assicurazioni all'Università degli studi di Milano), e **Attilio Stefano**,



NUOVO ORIENTAMENTO
Negli anni, la giurisprudenza ha cambiato l'approccio con cui regolamentare il contenzioso tra ospedali e pazienti: se prima l'onere della prova ricadeva sul cittadino, ora è il medico a dover dimostrare di aver agito per il meglio.

negligenza, cioè mancata prestazione di opera o assistenza ritenuta necessaria in quel momento; imprudenza, per comportamento avventato; imperizia. La giurisprudenza ha mostrato nel tempo un orientamento differente nei riguardi della responsabilità medica. Basti pensare alle diverse pronunce in tema di consenso: si è passati dalla convinzione che l'atto medico si autolegittimasse in sé e per sé (anni Settanta) all'attuale orientamento dominante per cui l'omissione del consenso configura la colpa».

UN APPROCCIO GIURIDICO IN EVOLUZIONE Negli anni, la giurisprudenza civile ha quindi modificato il proprio orientamento. E lo ha fatto riconoscendo maggiori diritti alla parte lesa. «Si è passati dall'imposizione dell'onere della prova a carico del cittadino, che in quanto richiedente il risarcimento del danno aveva l'obbligo di dimostrare il nesso di causa con l'errore, all'inversione di questo onere», sottolinea Cucci: «Oggi spetta al medico e alla struttura ospedaliera dimostrare di aver agito per il meglio e che il danno non è a loro riconducibile. Ciò ha notevolmente sbilanciato la questione del risarcimento del danno a favore del paziente, incrementando, di conseguenza, i casi di richieste di danni. L'intento della magistratura potrebbe essere quello di ridurre il contenzioso, scoraggiando le compagnie di assicurazione a resistere. Tutto questo richiede la capacità dell'assicuratore di valutare i casi di malpractice attentamente per evitare di incrementare le spese connesse al singolo sinistro. L'assicuratore», conclude Cucci, «ha quindi bisogno di conoscere bene

responsabile di Steffano Group, società di brokeraggio assicurativo, di cui fanno parte Assimedici e Assisanità. Ed ecco che cosa è emerso.

PREVENIRE GLI ERRORI Per impostare processi efficaci di risk management nelle strutture sanitarie, occorre operare un cambiamento radicale di approccio. E puntare maggiormente sulla prevenzione degli errori coinvolgendo anche professionisti che, finora, hanno limitato il loro intervento alle fasi successive del sinistro. A cominciare dal medico legale. Questa l'opinione di Farneti, secondo cui questa figura «non deve intervenire alla fine, quando il danno è fatto e resta solo da gestire il sinistro e scoprire le cause della eventuale malpractice. Ormai, il medico legale non si occupa esclusivamente di morti: proprio grazie alle competenze acquisite sul campo, per il fatto di vedere come e se si ripetono certi sbagli, è in grado di offrire un contributo essenziale nell'organizzare percorsi di prevenzione. Non da solo, beninteso. Ma con l'aiuto dei colleghi esperti nei diversi rami della medicina».

Prevenire il danno è dunque alla base di ogni corretta gestione di una struttura ospedaliera. «I casi di presunta malpractice del personale sanitario sono in continuo aumento e interessano i medici e le aziende ospedaliere ma anche infermieri e

fisioterapisti», afferma Cucci. «Praticamente, nessuna attività sanitaria è al riparo dal rischio di contenzioso essendo a tutti noti casi di richieste di danni dopo l'estrazione di un dente o la rimozione di punti di sutura».

L'EVENTO SCATENANTE L'evento che apre il contenzioso medico-legale può rivelarsi di varia natura: legato a problemi di organizzazione della struttura sanitaria (per esempio, il referto di un esame che si perde causando il ritardo della diagnosi), oppure a carenze della struttura ospedaliera che non dispone di strumenti idonei; dovuto a errore degli operatori sanitari o a una eziologia non chiara (come le infezioni ospedaliere). «Gli addebiti di responsabilità professionale più frequenti sono l'omissione o ritardo di diagnosi», dice Cucci, «errori di somministrazione di farmaci o chirurgici di indicazione, esecuzione, assistenza post-operatoria. L'errore del medico può derivare da

MALPRACTICE
I casi di malpractice del personale sanitario sono in continuo aumento, e interessano i medici e le aziende ospedaliere, ma anche infermieri e fisioterapisti.



tutte le fattispecie che compongono il sinistro: le modalità, gli elementi di responsabilità, le previsioni di risoluzione, i costi».

TUTELA LEGALE «Le strutture sanitarie hanno la responsabilità del contratto con il paziente e della prestazione dei medici che lavorano nelle sale e nei reparti», dice Martini. «Con una conseguenza. E cioè, che gli ospedali si possono rivalere sui collaboratori, mentre hanno l'opportunità di fare causa ai dipendenti solo in caso di colpa grave. In questo caso, il dottore resta solo, e ha la necessità di assicurarsi e di farsi assistere da un consulente di sua fiducia».

Un'esigenza, quella della libera scelta del legale, che sta diventando una condizione necessaria per la sottoscrizione di ogni polizza di responsabilità civile o tutela giudiziaria. «Un medico, a causa di una sua presunta negligenza, può essere accusato di lesioni o di omicidio colposo», dice Zanchetti. «L'accusa è portata avanti dal pubblico ministero e la colpa del medico deve essere provata al di là di ogni ragionevole dubbio. Quindi è davvero difficile che un dottore venga condannato. Eppure, è necessario che il medico sia assistito dal proprio legale, oltre che da quello indicato dalla compagnia e previsto dalle polizze. Può succedere, infatti, che la società di assicurazioni e il medico abbiano interessi opposti: di fronte a un processo che si preannuncia lungo, incerto e costoso, la compagnia potrebbe manifestare l'interesse a raggiungere un patteggiamento della pena, con il conseguente abbreviamento del processo. Ma il medico, patteggiando, ammetterebbe le sue colpe. Con le conseguenze che tutti possono immaginare».

In ogni caso, la struttura sanitaria è tenuta a intervenire a fianco del medico indagato, anche perché l'errore di uno specialista potrebbe essere causato anche da carenze riscontrabili in ospedale. «Vi sono inoltre orientamenti che muovono dalla constatazione che i servizi erogati dalla struttura ospedaliera sono molto più ampi e complessi rispetto a quelli resi dal singolo medico», dice Genovese. «Per questo motivo è stata prospettata una diversa qualificazione del rapporto struttura-paziente, che è stato definito come "contratto di speditività", e che comprende, accanto alla prestazione

principale di cura, anche una serie di altre prestazioni che la struttura fornisce al malato: l'alloggio, la ristorazione, la sicurezza degli impianti e dei locali in cui si svolgono le operazioni sanitarie, l'organizzazione dei turni del personale medico, paramedico e infermieristico, la messa a punto di programmi per il buon funzionamento delle attrezzature elettromedicali e via dicendo. Ciò che, infatti, caratterizza la responsabilità dell'azienda ospedaliera è anche relativo alla sua natura "organizzata, multisettoriale e complessa" per cui ci si deve attendere che la gestione delle risorse umane e delle attrezzature sia ispirata a parametri di efficienza organizzativa che riducano al minimo, o almeno a livello accettabile, il rischio cui è sottoposto il paziente durante il ricovero. Con la conseguenza che dove questa efficienza organizzativa manchi, la struttura dovrebbe essere ritenuta responsabile indipendentemente da una colpa del singolo medico».

La giurisprudenza riconosce, così, una responsabilità autonoma della

struttura per violazione di doveri propri, tra cui spicca quello organizzativo. «Questo approccio della giurisprudenza produce riflessi importanti anche sulla posizione del medico», dice Genovese: «Il difetto organizzativo fa gravare sul sanitario nuovi e diversi compiti, rappresentati dall'obbligo di informare il paziente anche in merito alle eventuali carenze strutturali e dalla necessità di una maggiore diligenza richiesta dalla difficile situazione ambientale in cui si svolge la prestazione medica. Le amministrazioni ospedaliere pubbliche e private sono tenute, solidalmente con il responsabile, al risarcimento dei danni subiti dai pazienti e causati dagli operatori sanitari che agiscono per l'ente».

PREMI PIÙ CARI, MENO PROTEZIONI
La crescita esponenziale del numero di denunce e del costo del danno alla persona ha portato le compagnie di assicurazione ad aumentare i premi assicurativi. Ma non solo. «Le compagnie hanno anche introdotto la clausola *claims made*, che stabilisce la chiusura della copertura



LEGALI
A lato, Filippo Martini e Marco Rodolfi, avvocati dello studio legale Bissi, Martini, Rodolfi, Vivori di Milano.



PIÙ COSTI MENO COPERTURE

La crescita delle denunce ha spinto le compagnie ad aumentare i premi e a diminuire le garanzie contrattuali. A lato, l'incontro sull'argomento organizzato a Milano da Stefano Group, Assimedici e Assisanità.

responsabilità di vigilanza e di direzione come datore di lavoro, la responsabilità dei risultati della gestione finanziaria, tecnica e amministrativa, la responsabilità della realizzazione dei programmi rispetto agli obiettivi prefissati, spesso imposti. La possibilità di rivalsa della Corte dei Conti sui danni provocati all'ospedale, le nuove, complesse, responsabilità del medico, le diminuzioni delle garanzie proposte dalle compagnie di assicurazioni, sembrano rendere evidente la necessità di un ripensamento delle coperture dei rischi professionali degli operatori sanitari».

Impresa non semplice, stando alle considerazioni di Stefano. «Il comparto della sanità sembra molto rischioso. Gli elementi negativi sono diversi. A cominciare dal rapporto sinistri-premi, apparentemente insostenibile, per poi andare alla difficile gestione dei sinistri per la delicatezza della materia. Ma non è tutto. Il settore deve anche fare i conti con i dati eclatanti sullo stato della malasanità, l'aumento delle varietà dei danni riconoscibili, l'elevata incidenza dei sinistri tardivi, cioè quelli che vengono denunciati e pagati con un alto differimento temporale rispetto all'avvenimento che ha cagionato il danno».

Le risposte del mondo assicurativo a questa situazione sono state molteplici. Tra queste, l'allontanamento delle compagnie dalla Rct sanitaria, la crescita esponenziale dei premi delle polizze e la modifica delle garanzie, con l'introduzione di orizzonte temporale, loss occurrence, claims made, introduzione di franchigie elevate, minori garanzie contrattuali, limitazioni di varia natura. Una situazione che, naturalmente, ha causato una reazione comprensibile da parte delle strutture ospedaliere. Dall'altra parte della barricata, infatti, i direttori generali di Asl e ospedali incominciano ad avere la tentazione, sempre più forte, di fare da soli, di accantonare risorse ad hoc, senza ricorrere alle compagnie. «Ma in questo modo», afferma Stefano, «non si risolvono i problemi. Ci si deve interessare di copertura dei rischi sanitari perché è una necessità sociale e una grande richiesta del mercato. Ma bisogna farlo con una adeguata formazione sul settore, in collaborazione con gli addetti ai lavori, cercando soluzioni che garantiscano con assoluta trasparenza non solo equità nel prezzo ma anche qualità della copertura. Con questi presupposti, le soluzioni si trovano».



assicurativa con la chiusura formale del rapporto», dice Genovese. «E quindi, gli eventi che rientrano nel periodo di copertura, denunciati però successivamente, non sono più a carico della compagnia. E poi sono state introdotte le franchigie. Infine, tra le minori garanzie contrattuali, la più eclatante riguarda direttamente gli operatori sanitari coinvolti. Le polizze precedenti prevedevano la rinuncia al diritto di rivalsa in caso di errore commesso da parte del medico per colpa grave. I nuovi contratti non prevedono più questa rinuncia».

DUE RESPONSABILITÀ Il calo delle protezioni si inserisce in un complesso sistema di responsabilità che gravano sul medico che opera in una azienda ospedaliera. C'è la responsabilità penale e quella civile e, secondo il codice, il medico risponde delle conseguenze del suo operato anche per colpa lieve qualora abbia agito con imperizia, imprudenza o negligenza in un caso ordinario. Limitatamente ai casi che presentino particola-

re difficoltà, invece, il medico risponde come sopra e solo in caso di colpa grave per imperizia. Ma c'è anche la responsabilità amministrativa e quella dirigenziale. «La responsabilità amministrativa tutela la pubblica amministrazione nei confronti dei danni che le arreca il funzionario o l'impiegato all'interno del rapporto d'ufficio», approfondisce Genovese, «obbligando il funzionario a risarcire il danno arrecato all'ente a causa della sua condotta. Nella sentenza del 20 dicembre 1998, la Corte Costituzionale ha ribadito inoltre la legittimità costituzionale della norma che limita la responsabilità amministrativa e contabile alle sole ipotesi di dolo e di colpa grave. La ratio della norma infatti consiste 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 e inerzie nello svolgimento dell'attività amministrativa. Nei casi di colpa lieve, invece, il dipendente è esente da responsabilità amministrativa e contabile e il rischio dell'eventuale danno ricade interamente sulla pubblica amministrazione».

E la responsabilità dirigenziale? «Be', quella è connessa alla nuova figura del medico ospedaliero, collegata all'attività amministrativa e gestionale verso il rag-

giungimento degli obiettivi proposti. Così, al medico sono attribuiti nuovi compiti, oltre a quelli tradizionali: prima di tutto la

SINISTRI-PREMI

«Il comparto della sanità presenta vari elementi negativi», dice Attilio Stefano, responsabile dell'omonima società di brokeraggio. «A cominciare dal rapporto sinistri-premi, apparentemente insostenibile».

