



La crisi e l'evoluzione delle assicurazioni nella gestione della responsabilità medica

di L. Mastroberbato

Recentemente è pubblicato un lavoro firmato dal Prof. Buzzacchi e dalla Prof.ssa Gracis, entrambi della Università Bocconi e di AMARIS e che è stato parzialmente finanziato dal Ministero dell'Università e della Ricerca.¹

Lo studio ha preso in esame 308 bandi pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale nel periodo 2003/2006 e, benché i risultati delle gare non siano stati tutti resi disponibili, gli Autori hanno comunque potuto effettuare una serie significativa di rilevazioni.

Si tratta di uno studio lungo e complesso, ma vale la pena leggerlo perché è di notevole interesse.

Come si è già avuto modo di scrivere² commentando a caldo questo lavoro, ancora prima che venisse pubblicato, in estrema sintesi gli autori del lavoro hanno cominciato a registrare i dati nel momento di piena fase di crisi del rapporto fra assicurazioni e aziende sanitarie. Nel 2003 infatti, all'inizio del periodo di rilevazione, la maggior parte di queste gare è andata totalmente deserta da parte delle Imprese, che nemmeno hanno presentato le loro offerte. Nel periodo 2004-2005 le gare hanno invece visto ricominciare una certa presenza di compagnie e addirittura alcune di queste sono risultate "affollate".

Soffermandoci su questa semplice osservazione (così come hanno fatto gli autori), la prima impressione potrebbe essere quella di dire che le cose stanno cambiando, che le imprese di assicurazione sono tornate ad essere interessate a questo settore.

In realtà i ricercatori, dopo una riflessione molto attenta, cercando di spiegarsi perché a

partire dal 2005 ai bandi vi è stata la manifestazione di un nuovo interesse delle assicurazioni, propongono due interpretazioni: la prima è che le aziende sanitarie, avendo in questi ultimi anni compreso la portata del fenomeno "malpractice", in numero crescente hanno messo in atto dei sistemi di gestione e di controllo del fenomeno, creando, se così si può dire, delle barriere che hanno fatto ventilare all'assicuratore la possibilità di ridurre il costo dei sinistri e quindi di realizzare l'obiettivo dell'assicuratore privato, acquisire cioè i premi, destinando solo una parte di questi al pagamento dei sinistri e trattenendone un'altra parte per realizzare il pareggio di bilancio, se non addirittura un profitto.

Gli autori però forniscono anche un'altra lettura di questo nuovo "interesse" da parte delle imprese di assicurazione, decisamente inquietante, che deve far molto riflettere. A loro avviso infatti potrebbe anche essere possibile che le compagnie, dopo un primo periodo di disinteresse dovuto anzitutto agli andamenti sfavorevoli degli anni precedenti e in parte anche alla mancata comprensione del fenomeno, hanno poi intravisto la possibilità di fare profitto, ma non per l'ipotesi che una diversa gestione da parte della aziende

1 Buzzacchi L., Gracis G., *Meccanismi allocativi per il rischio sanitario nelle Aziende Sanitarie pubbliche italiane*, MECOSAN Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy, Anno XVII, n. 66 Aprile-giugno 2008, pgg. 103-122

2 Mastroberbato L., *La gestione del rischio in Emilia Romagna: aspetti giuridico-assicurativi*, in Atti del convegno La gestione del rischio per una sanità sicura, Modena 6 novembre 2007.

sanitarie potesse ridurre la frequenza ed il costo dei sinistri, bensì perché i premi sono cresciuti in maniera esponenziale e le garanzie si sono drasticamente ridotte. Infatti, come sappiamo e come meglio vedremo dopo, gli attuali contratti offrono coperture davvero limitate, con scoperti di entità crescente e, soprattutto, forniscono la garanzia per periodo assai limitati e senza alcun impegno per eventi denunciati dopo la cessazione del rapporto, anche se verificatisi nel corso della sua durata.

Non so francamente quale delle due sia la spiegazione vera, probabilmente lo sono almeno in parte entrambe. Certamente però sarebbe fatale e fuorviante nella interpretazione del fenomeno pensare che tutto ciò sia un problema che riguarda solo le compagnie di assicurazione.

L'argomento da trattare in questo articolo, attesi i profondi cambiamenti che si sono verificati negli ultimi anni nel settore assicurativo che si occupa della responsabilità sanitaria, verrà dunque suddiviso in due parti: la prima è necessaria per comprendere il perché della situazione attuale, i motivi per i quali cioè, come meglio vedremo in seguito, le principali compagnie di assicurazione italiane hanno quasi del tutto abbandonato questo settore ovvero perché quelle poche che ancora lo fanno propongono contratti significativamente diversi dai precedenti, che offrono una tutela solo parziale rispetto a quanto avveniva in passato; la seconda parte verrà dedicata invece alla illustrazione di come un (necessariamente) diverso approccio ai sinistri che si generano in ambito professionale medico potrebbe forse contribuire a migliorare lo stato delle cose.

Come tutte le altre forme di assicurazione, anche quella che tutela la responsabilità medica è fondata sul concetto di "rischio" e di taratura del rischio. L'impresa deve tentare di stimare quante volte l'evento produttivo di danni da risarcire si verificherà e quali costi medi questi eventi comporteranno per la riparazione dei danni cagionati a terzi. Essendo l'assicurazione un'entità economica

che istituzionalmente persegue il profitto, la sua capacità imprenditoriale sarà tanto maggiore quanto più la stima di questi parametri (frequenza degli eventi e loro costo medio) risponderà alla realtà sperimentata.

Fatta questa premessa, cercando di stabilire cosa si intende, in questo settore, per rischio da assicurare, l'evento che più di tutti gli altri viene alla mente è l'errore medico.

A tale termine sono state date diverse definizioni: quella che però a mio parere più di altre fa comprendere l'argomento posto in discussione è la seguente: **comportamento umano censurabile, produttivo di conseguenze dannose**.

E quando si parla di "errori veri", di eventi cioè che oggettivamente scaturiscono da una serie di circostanze e comportamenti non adeguati e che generano una conseguenza non voluta e soprattutto evitabile agendo in maniera più consona, ancora oggi è l'errore umano a causare circa il 70% dei danni, mentre il 15-20% di essi è legato prevalentemente all'inadeguatezza delle attrezzature e il resto alla loro mancata dotazione uniforme o alla formazione inadeguata per il loro utilizzo.

I primi studi sulla interpretazione dell'errore umano risalgono ai primi anni sessanta, ma è del tutto più recente la definizione del moderno algoritmo che descrive le varie possibili strade dell'errore in medicina.³

La grande intuizione di Reason è stata quella di affermare che l'analisi dell'accaduto deve essere estesa fino all'origine della prestazione messa in discussione, atteso che ciascuna delle varie fasi del processo può portare alla fine ad un errore generatore di un danno al paziente, così come da ciascuna di queste eventualità scaturisce la individuazione di una responsabilità a volte ben precisa ed a volte diversa da chi ha praticamente effettuato l'indagine che alla fine risulta in qualche modo errata.

Secondo questo autore, le **cause remote** si identificano nella fase organizzativa della at-

³ Reason J. *Understanding adverse events: human factors* BMJ Publ. Group, 1995:31-51

tività nel suo complesso e possono estendersi da una cattiva strutturazione dei processi esecutivi del servizio, ad una carenza di risorse o ad un cattivo uso di quelle disponibili, ad una cattiva organizzazione dei servizi. Va da sé che, in caso di fallimento di una attività diagnostica o terapeutica o semplicemente assistenziale per il resto esente da censure, ma alla cui origine dovesse identificarsi una di queste cause, la responsabilità (sia quella civile, sia quella penale) vedrebbe coinvolta anche, se non esclusivamente la figura del responsabile, sia esso l'apicale del servizio, sia esso il responsabile della azienda sanitaria cui il servizio fa capo.

Analoga estensione della responsabilità si verifica anche nei casi in cui l'errore sia scaturito da particolari **condizioni di lavoro** sfavorevoli, quali ad esempio un sovraccarico di turni, ovvero carenze nella supervisione, nella coordinazione e nella comunicazione all'interno delle varie fasi del processo.

Seguono poi le **cause immediate**, quelle che ricadono più specificamente sull'operatore e che possono essere dovute a omissioni, errori materiali per negligenza o impudenza, difetti cognitivi e di conoscenza (e ciò evidentemente ricade nel concetto di imperizia), violazione di procedure standardizzate o addirittura di specifici regolamenti.

Nell'analizzare questo schematismo ovvero per meglio comprenderne l'importanza anche ai fini della prevenzione dell'errore, occorre avere ben presente, come si accennava sopra, che l'idea tradizionale secondo cui l'errore è dovuto unicamente alla colpa individuale di chi lo commette, genera due effetti negativi:⁴ il primo è che chi commette l'errore tende a nascondere, il che da un lato non consente di porvi rimedio laddove possibile, dall'altro, venendo negato a monte, può amplificare a valle le conseguenze sfavorevoli; il secondo è che la individuazione del singolo responsabile porta a non cercare eventuali disfunzioni che hanno contribuito a generare l'errore, porta quindi a non ricostruire correttamente un processo (quello appunto che ha generato l'errore), la cui conoscenza diviene fondamentale per evitare

che lo stesso evento avverso si verifichi per la seconda volta.

Ed è solo con questa consapevolezza che, evidentemente, è possibile predisporre i più adeguati **meccanismi di controllo** i quali, alla fine di un processo che comunque sarà inevitabilmente sempre gravato da un certo numero di errori nonostante l'attuazione della prevenzione, possono svelare l'errore e porre rimedio ad esso, prima che ne derivi un evento avverso per il paziente.

In medicina però, gli eventi avversi che inficiano il trattamento attuato o addirittura determinano un peggioramento dello stato di salute del paziente non sempre derivano da un comportamento umano erroneo, evitabile adottando le necessarie cautele.

Ancora oggi vi sono – e non potrebbe essere diversamente – numerosi eventi del genere che, a buon diritto, rientrano nella definizione di "complicanza", ossia di **evento avverso dannoso, per lo più prevedibile, ma inevitabile ed imprevedibile**.

Prevedibile perché è noto dai dati della letteratura che eventi del genere possono verificarsi; si sa anzi in anticipo che con ogni probabilità effettuando un certo numero di determinate prestazioni sanitarie quell'evento si verificherà con una ricorrenza nota. Imprevedibile e dunque inevitabile, perché nonostante questa consapevolezza i progressi fatti in medicina non sono stati ancora sufficienti a dare una motivazione certa al verificarsi di quella complicanza ovvero non sono stati in grado di fornire accorgimenti, tecniche o strumenti in grado di evitarla, benché lo studio delle complicanze sia avanzato almeno quanto quello dell'errore umano.

Basti pensare ad esempio alle trombosi venose profonde ed addirittura alla tromboembolia polmonare massiva che ancora oggi complicano il decorso di interventi chirurgici nonostante l'adozione delle più avanzate tecniche di profilassi: basti pensare

⁴ BIF, *L'Errore in Medicina* anno VIII, n. 3, maggio-giugno 2001

alle lesioni neurologiche femorali o ischiatiche che si registrano al risveglio di interventi di artroprotesizzazione dell'anca, ad alcuni tipi di deiscenze di suture chirurgiche... e via elencando.

Basti pensare, per dare ancora una più ampia visione dell'argomento, che solo alla fine del 2005 l'Organizzazione Mondiale della Sanità, riferendosi al più rilevante problema di sanità pubblica, le infezioni nosocomiali, ha affermato che circa il 30% di queste può essere eliminato adottando i migliori accorgimenti oggi disponibili. Il dato è decisamente rilevante e fa capire quanto ci sia ancora da fare prima di raggiungere standard ottimali rispetto a questo gravissimo problema. Ma lo stesso dato diviene ancora più rilevante se lo si legge al contrario: se ammonta al 30% la quantità di infezioni nosocomiali "evitabili", vuol dire allora che la restante parte, vale a dire il 70% di esse ancora oggi, anche nelle strutture più moderne ed adeguate, dove vengono applicati i più moderni sistemi di sterilizzazione e di igienizzazione degli ambienti, è di fatto "inevitabile".

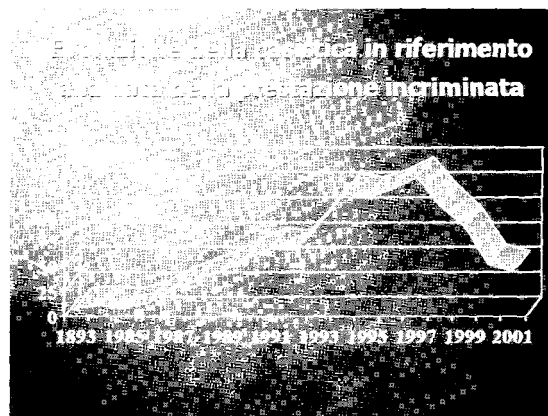
Se però, quando si parla di eventi avversi in medicina, ci si limitasse a considerare solo ciò che è attribuibile all'una o all'altra delle due categorie appena esaminate, ossia gli errori evitabili e le complicanze inevitabili, l'analisi sarebbe eccessivamente semplicistica e non consentirebbe né di comprendere cosa è accaduto in Italia negli ultimi anni né, tanto meno, di mettere in atto strumenti adeguati per far fronte ad un fenomeno, quello che la stampa definisce ... *malasanità*, che oggi a tutti gli effetti può essere considerato di rilevanza sociale, investendo tutta la sanità italiana, soprattutto quella pubblica.

È difficile collocare cronologicamente in Italia, con esattezza, il momento in cui è iniziato questo fenomeno.

Può però essere d'aiuto un'indagine effettuata alla fine degli anni '80,⁵ che monitorizzò il fenomeno in una città del nord nella quale era stato possibile registrare i dati riguardanti tutte le strutture del SSN operanti su quel territorio. Questo studio infatti ha registrato proprio il punto di "viraggio" di cui sopra si

diceva, dimostrando che se nell'anno 1985 rispetto all'84 l'aumento delle denunce e/o delle richieste di risarcimento danni per presunti errori professionali si mantenne su valori stabili rispetto agli anni precedenti, nell'86 si registrò, rispetto all'85, un aumento del 50% e nell'87 si giunse a un incremento di addirittura il 90% rispetto all'anno precedente.

Nella fig. 1, che fa riferimento alla prosecuzione fino all'anno 2001 di quel primo studio,⁶ è riportato l'andamento del numero di denunce in funzione di un numero fisso di prestazioni sanitarie e in relazione all'anno in cui è stata effettuata la prestazione sanitaria "incriminata":



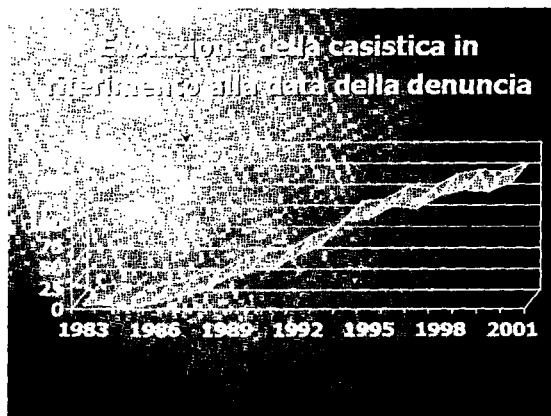
Come emerge chiaramente vi è stato un costante incremento dal 1983 al 1997. Dal grafico sembrerebbe di poter rilevare che, a partire dal 1997, vi sia stata un'inversione di tendenza, con un costante calo delle denunce negli anni a seguire. In realtà, questa solo apparente tendenza alla riduzione dei casi nasconde in sé un fenomeno del tutto atipico, che contribuisce a rendere maggiormente rilevante quanto sta accadendo in Italia nel

5 Martelli-Mastroroberto, "Implicazioni assicurative della responsabilità professionale del medico nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale" in *La Responsabilità Medica in ambito civile*, CEDAM, 1989, 193-225.

6 L. Mastroroberto "Gestire il rischio clinico per prevenire i conflitti" Quaderni di Janus, Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna, Zadigroma Editore., 2004, Pagg. 81-95.

campo della responsabilità professionale medica.

Se infatti, invece che riportare il numero delle denunce all'anno in cui è stata effettuata la prestazione sanitaria oggetto di contenzioso, lo riportiamo all'anno in cui la denuncia è stata sporta, lo stesso grafico si modifica nel modo che illustra la fig. 2:



Il fenomeno che si evidenzia dal confronto fra questi due grafici è quello che va sotto il nome di "denunce tardive" e trova la sua motivazione nel fatto che, grazie anche all'ormai consolidato orientamento giurisprudenziale che pone la responsabilità professionale medica delle strutture del S.S.N. nel campo della responsabilità contrattuale, per la quale è previsto un termine di dieci anni per la prescrizione, un gran numero di casi viene denunciato molto tempo dopo il verificarsi della prestazione sanitaria ritenuta (a torto o a ragione) errata. Questo secondo grafico dunque non solo documenta che non vi è affatto alcuna inversione nell'incremento delle denunce, ma dimostra anche come il numero di queste continui a crescere in maniera costante.

Peraltro, dati molto simili a questi sono stati resi noti nel gennaio 2006 dal sottosegretario del Ministero della Salute, dati secondo i quali negli ultimi 10 anni le denunce sono aumentate del 148% ed il costo medio dei sinistri è cresciuto del 67%.

Tutto questo ha comportato diverse e importanti criticità.

Innanzitutto le compagnie di assicurazione stanno abbandonando questo settore del loro mercato, fenomeno assolutamente allarmante perché testimonia come il sistema che ruota attorno alle richieste di risarcimento per colpa medica sia talmente "confuso" e in rapida evoluzione da rappresentare, per le imprese di assicurazione, un rischio non tarabile, non determinabile e quindi non assumibile.

Per giunta, le (poche) compagnie che ancora si prestano a erogare questo servizio, lo fanno proponendo un incremento esponenziale dei premi e contestualmente riducendo le garanzie.

Tra il 1999 e il 2001, infatti, i nuovi contratti delle strutture pubbliche sono stati modificati con l'introduzione di alcuni correttivi quali, per esempio, le franchigie, che inizialmente sono state spalmate su tutto il periodo assicurato (nel senso che l'azienda sanitaria si fa carico di una parte dei risarcimenti corrisposti nel periodo pattuito, subentrando dunque l'azione risarcitoria della compagnia solo per gli importi eccedenti), mentre oggi, ad ulteriore testimonianza di come si sia aggravata la situazione, franchigie decisamente consistenti (solitamente pari a € 50.000, in taluni casi anche € 80.000) vengono applicate su ciascun sinistro, lasciando oltretutto alle aziende sanitarie l'onere di gestire direttamente gli eventi il cui "costo" rientra in questi importi.

È stata altresì introdotta la clausola cosiddetta *claims made*, secondo la quale, a differenza di quanto accadeva prima, la copertura assicurativa cessa col cessare dell'assicurazione e non copre quindi eventi che, pur essendosi verificati durante il periodo di copertura, sono stati denunciati dopo la interruzione del rapporto assicurativo.

Infine, mentre quasi tutti i contratti precedenti rinunciavano al diritto di rivalsa per dolo o colpa grave nei confronti dei professionisti ritenuti responsabili, con i nuovi contratti questa sorta di benefit non è più presente, il che ha contribuito a dare inizio ad una azione progressivamente sistematica di rivalsa da parte delle amministrazioni sanitarie nei confronti dei sanitari ritenuti responsabili.

Essendo questa l'evoluzione del fenomeno "responsabilità professionale" negli ultimi anni, essendo ormai evidenti le criticità che su più versanti ciò ha determinato in misura crescente ed essendo altresì palese che, almeno fino a oggi, nulla lascia presupporre che il trend che si è registrato negli ultimi quindici anni sia destinato a invertirsi spontaneamente nel breve periodo, emerge la necessità di individuare le motivazioni che stanno alla base, unico modo per iniziare una riflessione su quali potrebbero essere le misure per porvi riparo.

Un osservatore del tutto superficiale - ed è comunque questa probabilmente la sensazione che sembra prevalere nell'opinione pubblica - sarebbe portato a credere che le denunce aumentano perché peggiora la sanità, quella pubblica in modo particolare.

In realtà questo non è in alcun modo vero, essendovi addirittura numerosi indicatori che non solo dimostrano che lo standard medio della qualità dei servizi erogati dalle strutture sanitarie è un po' dappertutto in crescita, ma anche che il fenomeno in esame, quello cioè dell'esplosione delle denunce per presunti errori medici, risulta essere nato prima ed essersi sviluppato con maggiore vigore proprio in quelle città o regioni dove gli stessi indicatori documentano, negli ultimi anni, standard medi di qualità dell'assistenza sanitaria fra i più elevati nel nostro Paese.

Altri - soprattutto la classe medica - sostengono che buona parte di quanto sta accadendo sia dovuta all'enfasi data dagli organi di informazione, che quasi quotidianamente pongono alla ribalta della cronaca, addirittura nelle prime pagine dei giornali, eventi che vengono etichettati con quel termine "malasanità", che è ormai entrato a far parte del linguaggio comune.

È probabile che l'enfasi giornalistica abbia in qualche modo contribuito, ma è altrettanto vero che gli organi di informazione cavalcano l'onda di un fenomeno, la amplificano, ma quasi mai la generano.

L'origine di questo fenomeno va dunque ricercata in motivazioni diverse e più profonde

e fra queste le due principali che sono state individuate sono:

- una diversa percezione del cittadino del concetto di diritto alla salute e crescenti aspettative di risultati dalla medicina;
- il mutare, nel corso degli ultimi anni, del modo di intendere giuridico del concetto di colpa professionale medica.

Per quanto riguarda il primo di questi due punti, rileva anzitutto il fatto che, nell'ambito di una più generale e maggiore consapevolezza dei propri diritti, il cittadino pone senza dubbio al primo posto quello alla salute. Per questo motivo, è verosimile ritenere che una parte di eventi avversi da trattamento sanitario ascrivibili a errori veri, prima non denunciati per una sorta di "soggezione" nei confronti della classe medica, oggi sono sempre più oggetto di un reclamo, di una denuncia e/o di una richiesta di risarcimento.

Ma ciò non basta a giustificare il così rilevante numero di reclami, la metà dei quali, al termine delle vertenze che su di essi si radicano, non riconoscono alla loro origine un comportamento professionale censurabile. Intanto, in un numero non trascurabile di casi il reclamo è dovuto a cattivi rapporti fra il/la paziente e/o i suoi familiari e il personale (medico o non medico) e, per una gestione non mirata del reclamo stesso, per l'apertura automatica di una posizione assicurativa relativa all'evento, si genera un sinistro e, quindi, un conflitto fra cittadino e azienda sanitaria.

Vi è poi quel fenomeno sociologico emerso negli ultimi anni, caratterizzato da una sempre minore accettazione della malattia e della menomazione come evento "naturalistico", sensazione questa che è alimentata dalla convinzione di una scienza medica ormai in grado di risolvere la maggior parte delle malattie, fino a ingenerare l'aspettativa di un risultato sempre positivo delle cure mediche. E in questo la stessa classe medica non può certo ritenersi esente da responsabilità, soprattutto quando enfatica e propaganda le nuove acquisizioni

scientifiche, la messa a punto di tecniche chirurgiche d'avanguardia, di nuove metodiche diagnostiche, ecc., dimenticando che proprio per questo va sempre più allargandosi la forbice fra quanto si potrebbe (in teoria) ottenere mettendo in atto ciò che ancora si trova alle frontiere della ricerca scientifica e quanto invece caratterizza nelle singole realtà, comprese quelle periferiche, le reali possibilità della pratica medica. Per questi motivi, il paziente vive come fallimento del trattamento sanitario e tende a denunciare come errori eventi che, in realtà, o configurano semplici complicanze o, addirittura, si identificano soltanto in una mancata guarigione.

L'altro dato che caratterizza l'evoluzione del fenomeno responsabilità professionale medica è rappresentato, come si è detto, dal mutare, negli ultimi anni, del concetto giuridico di "colpa" nell'esercizio della pratica medica. In ambito civilistico sono ormai lontani i tempi in cui di fatto era ritenuto censurabile solo l'errore commesso per gravi ed evidenti inadempienze ed è nota la posizione assunta dalla Corte di Cassazione, soprattutto a partire dal 1994,⁷ nell'estendere il concetto di danno risarcibile da trattamento sanitario, fino a ritenere "presunta" la colpa in quei casi in cui, a fronte di una prestazione sanitaria che non rivesta il carattere della speciale difficoltà (casi che di fatto rappresentano la stragrande maggioranza), si verifichi un evento avverso che determini un "... peggioramento delle condizioni del paziente".

Tale constatazione va evidentemente analizzata in maniera del tutto congiunta con quanto si diceva al punto precedente, essendo evidente che, in un sistema giuridico come il nostro, in cui un danno da trattamento sanitario può essere risarcibile solo se alla sua origine vi è una "colpa censurabile", per raggiungere l'obiettivo di garantire una crescente tutela del cittadino, per garantirgli cioè la possibilità di ottenere un risarcimento nel caso egli riporti un danno da trattamento sanitario,

l'unico modo che la magistratura ha per farlo è evidentemente quello di inasprire il concetto di errore medico, fino al punto da presumerlo, almeno fin quando l'operatore non sia in grado di "dimostrare" di aver fatto tutto quanto era nelle sue facoltà affinché quel danno non si realizzasse (cosa concettualmente giusta e del tutto legittima in base all'interpretazione delle – comunque assai scarse e "aspecifiche" – norme del codice che regolano questa materia, ma che evidentemente non tiene conto che in una grande quantità di casi il danno da trattamento sanitario è legato ai limiti stessi della medicina, al realizzarsi cioè di complicanze accidentali che, in una certa percentuale che non sarà mai ulteriormente abbattibile, si realizzano in maniera inevitabile). Peraltro, nei 14 anni successivi la Corte di Cassazione Civile non solo ha ribadito sistematicamente questo concetto ma, di fatto, basandosi sul principio che la struttura sanitaria ed il medico hanno una maggiore "vicinanza" con la prova e operando con una sistematica attribuzione dell'onere probatorio appunto alla struttura ed al medico, anche per quanto attiene al risultato della prestazione sanitaria e persino al nesso causale fra il danno lamentato e l'atto medico, ha introdotto una sorta di responsabilità oggettiva.⁸

Le evidenti conseguenze di tutto ciò, quella che sta alla base di molte delle attuali criticità, quella che, a mio parere, deve essere ben chiara a tutti affinché si possa davvero agire sul fenomeno strutturando unità di gestione del rischio davvero efficaci è che il concetto di **errore medico** che si è radicato nella opinione pubblica, il concetto di errore medico che (cosa ancor più grave) scaturisce dal vaglio della magistratura, ha un significato ed una dimensione notevolmente diversi da quelli che hanno per il mondo clinico.

⁷ Cassazione Civile, III Sez. n. 8170, 1994.

⁸ Corte di Cassazione sezioni unite civili sentenza 20 novembre 2007 - 11 gennaio 2008, n. 577. Pres. Carbone - Est. Segreto.

Risultando dunque questa, in sintesi, l'analisi quantitativa del fenomeno "responsabilità professionale medica" e quella qualitativa delle principali motivazioni che ne stanno alla base, emergendo altresì che i vari indicatori lasciano presupporre che tutto ciò sia destinato, almeno nel medio-breve periodo, ad acuirsi ulteriormente, si impone evidentemente una riflessione su cosa sia possibile fare per riportare il tutto verso un equilibrio che consenta di proseguire certamente nell'opera della maggior tutela del cittadino, nel rispetto del suo diritto alla salute (cosa che però evidentemente non può e non deve significare soltanto garantirgli l'accesso a un ristoro risarcitorio ogni volta che si registra un "fallimento" di un'attività sanitaria), ma di consentire anche alla classe medica e ai professionisti della salute di operare con serenità, mettendo in campo ogni volta tutte le loro risorse, senza il timore (quando non addirittura il freno) che eventuali insuccessi si trasformino automaticamente in un'azione civile o penale nei loro confronti.

Data la complessità del fenomeno, è di tutta evidenza che tale riflessione deve essere avviata da tutte le figure che in qualche modo sono coinvolte e non è da escludere l'ipotesi che l'intero sistema, proprio per la rilevanza – non solo economica – che ha assunto e che assumerà nel prossimo futuro, venga in qualche modo regolamentato da provvedimenti legislativi, che in altri paesi sono già stati adottati (come ad esempio in Svezia e in Francia) o sono in fase avanzata di studio. E ciò è tanto più indispensabile e urgente se si tiene conto del rischio che, evolvendo ulteriormente il fenomeno, si finisca per far prevalere la conflittualità (e, dunque, la reciproca diffidenza) in un rapporto, quale quello fra operatore sanitario e paziente o, meglio, fra cittadino-utente e strutture deputate a erogare i servizi sanitari, che su tutto dovrebbe basarsi, tranne che, appunto, su diffidenza, sfiducia e conflittualità.

Deve dunque emergere una nuova consapevolezza del fenomeno da parte della classe medica e, in particolare, della dirigenza delle strutture sanitarie pubbliche che, eventualmente di concerto e/o con il supporto delle imprese di assicurazione, organizzino una nuova gestione del rischio, assumendo direttamente, almeno in fase istruttoria, il controllo dei casi denunciati, partecipando con proprie risorse alla gestione del contenzioso sia civile sia penale, ma soprattutto partecipando direttamente alla gestione dei conflitti, nella consapevolezza che il cittadino-utente, nel momento in cui espone una sua doglianza nei rispetti della assistenza ricevuta, non può essere considerato automaticamente una "controparte", ma deve essere, anche in questo, considerato un "paziente", qualcuno che si rivolge alla azienda sanitaria perchè ha un problema, fosse anche solo di insoddisfazione o di incomprensione, e chiede che questo venga risolto.

Autore

Luigi Mastroroberto

Medico legale

Lavoro parzialmente pubblicato su: Ecografia di screening in ostetricia: problematiche medico legali. Edizioni EDITEAM, 2009

