

# VERSO CONTENZIOSI PIÙ COMPLESSI

TUTTO CAMBIA PER NON CAMBIARE NULLA: È QUESTA SINTESI “GATTOPARDESCA” CHE MEGLIO DESCRIVE LA POSIZIONE DI CHI È IMPEGNATO SUL FRONTE DEI SINISTRI SANITARI, DOPO L’APPROVAZIONE DELLA LEGGE GELLI. IL DUBBIO È CHE LE TANTE INNOVAZIONI NON SI TRADUCANO POI IN CAMBIAMENTI POSITIVI, CONCRETI E ATTUABILI

Se la norma si poneva come obiettivo la tutela del paziente e degli operatori del sistema sanitario, l’obiettivo pare raggiunto. Rispetto alla riduzione del contenzioso invece, sussistono delle perplessità. Guardando alla gestione del sinistro *med-mal* dopo la legge Gelli, l’avvocato **Filippo Martini**, vice presidente di **Medicina e Diritto**, evoca una prospettiva in cui, invece che chiarirsi, il contenzioso è reso più complesso, moltiplicando gli scenari possibili all’interno del giudizio tipico sanitario.

Le richieste di risarcimento saranno condizionate dalla strategia che il danneggiato deciderà di adottare, e che può andare dalla modalità più lineare dell’azione diretta, con il paziente danneggiato che si rivolge alla compagnia assicurativa della struttura, fino a un procedimento che coinvolga la struttura sanitaria, il medico, la compagnia assicurativa della struttura e l’assicurazione del medico. In più, secondo Martini, “andrà sempre considerata la possibilità della rivalsa, messa in atto dalla struttura verso il medico o dalla compagnia verso il suo assicurato”. Ma può anche accadere che il danneggiato decida di agire direttamente contro il medico, o perché ha con lui un rapporto fi-

ducario diretto, o perché ritiene che la forma di copertura adottata dalla struttura, ad esempio una Sir (self insurance retention), non sia adeguata a ottenere il risarcimento atteso.

## MENO RISCHI PER I SANITARI

Il paziente, inoltre, potrà decidere se avvalersi della mediazione o se ricorrere all’Atp (accertamento tecnico preventivo) obbligatorio: in questo caso, valuterà i costi impliciti nella scelta della soluzione, ma anche quale delle due strade potrà garantire una maggiore certezza del pagamento del risarcimento in caso di giudizio a favore.

Dal canto suo, l’esercente sanitario vede migliorato nel complesso il proprio profilo di rischio: la definizione del rapporto con il paziente come extra – contrattuale (quindi con onere della prova a carico del paziente e cinque anni di prescrizione) e i limiti alle azioni di rivalsa rendono meno appetibile, anche se possibile, il coinvolgimento diretto di chi opera all’interno delle strutture sanitarie. Il medico è tenuto comunque a tutelarsi per la colpa grave.

## LE RAGIONI DELLE ASSICURAZIONI

Compagnie assicurative e strutture sanitarie, al contrario, si trovano oggi come oggi a sostenere gli impatti della nuova legge sulla gestione del sinistro, con solo la prospettiva futura di una situazione migliorativa. “Come primi impatti della legge 24, vediamo da un lato aumentare la proposta di prodotti assicurativi per i medici, dall’altro le strutture devono mettere in conto maggiori costi assicurativi e maggiori costi di sinistro: aspetti preoccupanti perché incidono sui costi sociali”, commenta Filippo Martini.

Il sostegno di tutta l’impalcatura della legge Gelli, cioè l’adozione di un sistema di risk management all’interno delle strutture sanitarie, è al momento, secondo Martini “una prospettiva condivisibile e auspicabile che si trova a fare i conti con una serie di passaggi per la sua realizzazione che non sono né semplici né immediati. E soprattutto che necessitano, per essere realizzati, di una disponibilità nei bilanci che oggi le aziende sanitarie non hanno”.

Allo stato delle cose sono le strutture sanitarie che portano il peso maggiore della nuova norma: l’adozione di un sistema di risk management, che dovrebbe portare a una migliore gestione del rischio e in estrema sintesi a rendere più appetibile per le compagnie il mercato delle coperture Rc delle strutture sanitarie, richiede tempo e investimenti. Al momento, quindi, non ci sono i presupposti perché le compagnie abbiano interesse a contrarre; al contrario è probabile che aumentino le forme così dette di auto-assicurazione, che negli intenti della legge dovrebbero invece sparire progressivamente.

## CAMBIAMENTI IN VISTA NELL’AREA SINISTRI

L’impatto della legge sulla gestione dei contenziosi da parte delle compagnie non è indifferente. “Nella richiesta di risarcimento, l’obbligo di offerta da parte delle compagnie non tiene conto che i profili causali in sanità sono più complessi rispetto alla Rc auto che è portata a riferimento”, commenta Martini. Questa di-



sposizione, così come i tempi di risposta previsti nella legge e la necessità di giustificare l’eventuale rifiuto del risarcimento, influiscono sull’attuale organizzazione degli uffici sinistri. L’equiparazione ideale con il sistema della Rc auto, ricercato dagli estensori della legge, non può comportare per le compagnie le stesse conseguenze neppure per quanto concerne le eccezioni non opponibili al terzo danneggiato: “Oggi la compagnia – afferma Martini – può tutelarsi in alcuni casi verso il medico, con la nuova legge questa possibilità viene limitata, e senza ricorso alla rivalsa scatta per le assicurazioni un potenziale rischio credito”. Altro aspetto che presenta incognite riguarda l’estensione della retroattività, ulteriore elemento che potrebbe portare nel breve periodo a un aumento dei costi assicurativi per le strutture sanitarie. Impatto positivo invece avranno da subito le disposizioni sulle cartelle cliniche, fondamentali per valutare la ricostruzione del sinistro, e il riferimento alle tabelle di risarcimento del danno biologico (art. 138 e 139 del Cod. Ass.) per la Rc della struttura e dei sanitari.

Una volta entrati a regime, i sistemi di risk management adottati dalle strutture porteranno a migliorare l’intero settore della responsabilità sanitaria: “Per ora lo stimolo è di creare un nuovo rapporto virtuoso tra assicuratore e assicurato – conclude Martini – l’iter imposto dalla legge impone che da subito ci sia un’efficace collaborazione tra le due parti”. **M.M.**