

# **UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PISA**

**FACOLTÀ di MEDICINA e CHIRURGIA**

**DIPARTIMENTO di ANATOMIA, ISTOLOGIA e MEDICINA LEGALE**

**Scuola di Specializzazione in Medicina Legale**

**Direttore Prof. Mario Giusiani**

## **TITOLO DELLA TESI**

**L'esperienza del Risarcimento Diretto nell'ambito  
Ginecologico Ostetrico dell'Azienda Ospedaliero-  
Universitaria Careggi (FI) (2009-2015)**

**Tesi di Specializzazione**

**Dott.ssa Chiara Riviello**

**Relatore**

**Prof. Gian-Aristide Norelli**

Anno Accademico 2013-2014

# INDICE

Introduzione.....	3
-------------------	---

## CAPITOLO PRIMO

<b>IL RISARCIMENTO DIRETTO.....</b>	<b>5</b>
-------------------------------------	----------

1.1 L'esperienza della Regione Toscana.....	6
---	---

1.2 Le finalità del Risarcimento Diretto.....	7
---	---

1.3 Implicazioni medico-legali.....	9
-------------------------------------	---

1.4 Il ruolo del medico-legale.....	11
-------------------------------------	----

## CAPITOLO SECONDO

<b>RIFERIMENTI NORMATIVI.....</b>	<b>14</b>
-----------------------------------	-----------

2.1 Il percorso legislativo verso la transazione stragiudiziale.....	14
--	----

2.2 Delibera della Giunta Regionale Toscana n°1203 del 21 dicembre 2009.....	18
--	----

2.3 Il rapporto tra Conciliazione e Risarcimento Diretto.....	19
---	----

## CAPITOLO TERZO

### L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA

<b>CAREGGI.....</b>	<b>23</b>
---------------------	-----------

3.1 Il Regolamento e la Procedura di Gestione Stragiudiziale dei Sinistri del contenzioso aziendale.....	24
--	----

3.2 Il Comitato Gestione Sinistri(CGS).....	26
---	----

3.3 Modalità operative.....	27
-----------------------------	----

**CAPITOLO QUARTO**

**CASI GINECOLOGICO OSTETRICI.....30**

**CAPITOLO QUINTO**

**CONCLUSIONI.....61**

**RIFERIMENTI NORMATIVI E GIURISPRUDENZIALI.....63**

**FONTI BIBLIOGRAFICHE.....65**

## **INTRODUZIONE**

Il presente elaborato ha lo scopo di analizzare l'esperienza del risarcimento diretto in ambito ostetrico ginecologico dei casi giunti all'attenzione del Comitato Gestione sinistri dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, nel periodo compreso tra il dicembre 2009 e il novembre 2015, con lo scopo di mettere in evidenza i vantaggi del Risarcimento Diretto e di valutare l'impatto economico dei risarcimenti di natura Ostetrico ginecologica in tale sistema risarcitorio.

Il metodo del risarcimento diretto è stato adottato dalla Regione Toscana con una delibera della Giunta Regionale Toscana n°1203 del 21 dicembre 2009, che è risultata antesignana rispetto ad altre realtà nazionali. Attraverso questa nuova metodologia risarcitoria, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi abbandona il tradizionale criterio del trasferimento del rischio alla Compagnia Assicurativa, procedendo con un risarcimento del danno direttamente al cittadino.

Questo progetto, voluto fortemente dalla Regione, ha tra le sue finalità quella di accelerare e semplificare le procedure, liberare risorse consistenti da investire nei servizi, tutelare i diritti del cittadino e la professionalità degli operatori sanitari e diminuire il numero degli errori in ambito medico-sanitario con un monitoraggio costante delle aree critiche.

Il nuovo sistema risarcitorio richiede un importante impegno operativo-organizzativo che coinvolge l'Ufficio Affari legali e la Medicina Legale, in cui la figura del medico legale acquisisce un nuovo ruolo, collaborando in maniera diretta alla definizione del caso anche dal punto di vista economico.

Dopo l'analisi delle motivazioni, finalità e riferimenti normativi, si illustrano le modalità operative del nuovo sistema risarcitorio presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, con l'indicazione della casistica ostetrico ginecologica e la breve analisi dei casi più significativi.

## **CAPITOLO PRIMO**

### **IL RISARCIMENTO DIRETTO**

Il sistema risarcitorio in materia di responsabilità civile per danni determinatisi all'interno delle Aziende Sanitarie, induce problemi di notevole rilievo e di diversa indole, all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

Notevole, è anzitutto, l'insoddisfazione dell'utente allorché si senta danneggiato dalla struttura e non veda un corrispettivo nell'interessamento da parte di questa a fornire motivazioni o ristoro del danno sofferto.

Le assicurazioni, d'altronde, non sono solerti a garantire il risarcimento e perlopiù il numero dei sinistri liquidato rappresenta una minoranza rispetto alla casistica complessiva delle singole Aziende, con il risultato che l'utente percepisce sempre più la struttura sanitaria non solo come agente del danno cagionato, ma come controparte attiva, donde il moltiplicarsi del contenzioso.

La gestione obbligatoriamente parallela fra l'ambito penale e quello civile, nella misura in cui vede, relativamente al primo, direttamente coinvolti gli operatori sanitari (medici e non) ed al secondo l'assicurazione di responsabilità civile dell'Azienda, crea incomprensioni e malessere fra gli operatori stessi, che, chiamati a rispondere penalmente dell'attività esercitata non riscontrano un interessamento adeguato da parte dell'assicurazione che a sua volta tende a rimanere estranea, non potendo effettivamente interferire con l'azione per responsabilità penale soggettiva a carico del dipendente.

## 1.1 L'esperienza della Regione Toscana

In molte evenienze (la Regione Toscana risulta antesignana al riguardo) il confronto fra i premi assicurativi corrisposti dalle singole Aziende ed i risarcimenti effettuati, ha dimostrato un notevole divario a vantaggio dei primi, tanto da far ritenere più conveniente, anche sul piano meramente economico, la metodologia di risarcimento diretto.

L'esperienza della Regione Toscana, ove ormai da circa sei anni si è avviata la fase sperimentale di risarcimento diretto, senza cioè copertura assicurativa per responsabilità civile per le singole aziende, sembra manifestare un trend assai favorevole, in riferimento a:

- Soddisfazione dell'utenza e degli operatori;
- Contenimento assoluto dei tempi di risarcimento;
- Rapporto stretto fra la gestione del sinistro (di competenza medico-legale) e la gestione del rischio (affidata al risk manager);
- Gestione condivisa della responsabilità penale individuale, del singolo operatore e la responsabilità civile aziendale
- Netto risparmio economico, rapportando il premio assicurativo precedentemente corrisposto con i risarcimenti definiti e le somme portate a riserva per i sinistri ancora in corso di definizione.

## **1.2 Le finalità del Risarcimento Diretto**

Il progetto di gestione diretta del contenzioso da parte delle Aziende regionali implica una modifica sostanziale delle procedure sino ad oggi intraprese e quindi una, parimenti sostanziale, modernizzazione ed adeguamento delle professionalità necessarie.

In particolare se, fino ad oggi, la politica risarcitoria si è sviluppata secondo una metodologia “attendista” funzionale e propria al modello assicurativo, la gestione diretta del contenzioso necessita di procedure aventi matrice esattamente opposta, e cioè soprattutto “anticipatrici” delle istanze del cittadino oltre che ispirate alla massima e rigorosa equità al fine complesso e irrinunciabile di:

Snellire e agevolare le procedure istruttorie, al fine di garantire all’utente risposte valide e soddisfacenti in tempi rapidi

Rendere percepibile all’utente l’impegno dell’Azienda a non assumere un ruolo antitetico e distante di “controparte”, ma, al contrario, di fornire assicurazione di una operatività immediata tesa a garantire il debito risarcimento, se dovuto, o quantomeno di fornire ogni puntuale e documentata motivazione, pur in assenza di colpa o di espressività di danno, ad eventuali lacune o carenze nella condotta dei sanitari

Garantire, in caso di insussistenza di errore tecnico, ma in presenza, di eventuali comportamenti poco appropriati, ogni soddisfazione all’utente a titolo di giustificazioni, salvaguardando, al contempo, la professionalità del personale dipendente

Fornire la massima professionalità nella organizzazione della istruttoria e nella gestione del sinistro, sul piano medico-legale, legale e liquidatorio, al fine di anticipare al massimo i tempi del risarcimento o comunque di delineare, debitamente motivandola, la condotta da tenere resistendo nell'eventuale prosieguo del contenzioso.

Garantire la positività dell'immagine dell'Azienda e la tutela della professionalità dei dipendenti, anche nell'ipotesi di un eventuale e parallelo giudizio penale nei loro confronti.

### **1.3 Implicazioni medico-legali**

Per tali complesse attività, dunque e anzitutto, ciò che si rende necessario è disporre di professionalità adeguate alle mutate necessità; in particolare, per ciò che attiene la competenza medico-legale, il professionista deve essere in grado sul piano civilistico di rilevare la base contrattuale della responsabilità, l'individuazione di oneri probatori e le modalità più opportune di assolverli, la considerazione del nesso di causalità materiale, l'utilità e l'utilizzabilità della documentazione sanitaria ai fini dell'evidenza relativamente alla condotta e al rispetto del diritto all'autodeterminazione dell'assistito, la valutazione del danno nelle sue diverse componenti civilistiche (patrimoniale ed extrapatrimoniale), le tabelle di riferimento, le valutazioni dei tribunali di merito, la normativa embricata con il modello risarcitorio (invalidità civile, indennizzi connessi, ecc.); deve, quindi, dimostrarsi in grado di:

Esaminare in dettaglio la documentazione sanitaria al fine di allestire una completa istruttoria del sinistro, sia sul piano delle evidenze civilistiche sia in riferimento ad eventuali responsabilità penali, diversamente tutelate.

Promuovere una linea di gestione del sinistro accorta e non conflittuale con la tutela penale, segnatamente per quanto attiene i diritti di difesa, al fine di rendere convergenti con questi ultimi gli interessi risarcitori.

Predisporre ipotesi di transazione del sinistro, addirittura ed eventualmente precedenti le richieste organizzate del possibile ricorrente, al fine di contemperare le esigenze di immagine dell'Azienda, i leciti interessi del ricorrente, l'equità risarcitoria e le opportunità aziendali.

Conoscere e considerare il modello risarcitorio nelle sue linee essenziali, quali derivano anche dalla più recente e spesso mutevole giurisprudenza, per stabilire una operatività sinergica con le altre professionalità.

Predisporre competenze e capacità idonee a definire e sostenere le linee aziendali nella gestione del contenzioso ad ogni livello.

Conoscere e approfondire i modelli procedurali, segnatamente per quanto attiene le nuove ipotesi del contenzioso civilistico (ATP, CTP e simili), oltre alle forme più significative e specifiche della gestione stragiudiziale del sinistro (arbitrato, conciliazione, trattativa diretta).

#### **1.4 Il ruolo del medico-legale**

Nasce perciò un nuovo ruolo del medico-legale che si identifica con il supporto tecnico-scientifico che lo stesso fornisce al responsabile economico nella individuazione delle componenti extrapatrimoniali del danno, contribuendo, pertanto, in maniera attiva alla proposta economica del risarcimento.

Un sostanziale chiarimento in merito alla figura del medico-legale in questo ambito è che egli si occupa a tutto spessore del sinistro, pertanto di un rischio già concretizzato, non di gestione del rischio, affidata più adeguatamente al risk manager.

L'attività è essenzialmente fondata su uno stretto rapporto fra la Direzione Aziendale, l'Ufficio Affari Generali e Legali della singola Azienda e la struttura medico-legale aziendale di riferimento, che necessitano di un grosso impegno operativo-organizzativo per assolvere le finalità della nuova gestione dei sinistri.

La gestione del sinistro, inoltre, che obbligatoriamente passa attraverso un tentativo prioritario di transazione stragiudiziale, rende sostanzialmente superfluo il ricorso alla mediazione conciliativa, di cui si parlerà in seguito, e può contenere in misura rilevante il ricorso al contenzioso giudiziario.

Al fine di verificare la convenienza di un eventuale allargamento di tale metodologia di azione ad altre realtà regionali, risulta alquanto importante procedere a verifica, eventualmente a campione per realtà aziendali rispettivamente a bacino d'utenza alto, medio e piccolo, dei seguenti parametri:

1. Grado e caratteristiche dei sinistri annualmente trattati
2. Risarcimenti erogati e tipologia dell'allestimento della riserva
3. Tempi di risarcimento

4. Premi assicurativi corrisposti e franchigia prevista

5. Frequenza del contenzioso giudiziario

Il monitoraggio di tali parametri, consentirebbe di verificare la eventuale opportunità di procedere ad una modifica dei sistemi di tutela per responsabilità civile professionale previo accertamento dei vantaggi (economici e non solo) che da una diversa tipologia di gestione potrebbero derivare.

In particolare, la mancanza di un coordinamento utile a garantire una essenziale omogeneità di intervento, rischia di determinare l'applicazione a macchia di leopardo dei corretti presupposti metodologici, in carenza dei quali il risarcimento diretto, imprescindibilmente da interpretare in una dimensione estesa al territorio regionale, rischia di perdere l'essenziale matrice propulsiva e di penetrante partecipazione ai fabbisogni dell'utenza regionale. Pertanto, si è reso necessario istituire un ufficio regionale medico-legale avente funzioni di coordinamento, di verifica e di ausilio organizzativo nei confronti delle Aziende che ne necessitano.

Indubbiamente l'esperienza di questi due anni dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi fornirà un supporto al fine della istituzione di un progetto ed un regolamento di un modello regionale.

## CAPITOLO SECONDO

### RIFERIMENTI NORMATIVI

#### 2.1 Il percorso legislativo verso la transazione stragiudiziale

Già nel 2003 attraverso la Delibera della Giunta Regionale n° 1179<sup>1</sup>, la Regione Toscana aveva previsto l'istituzione di un Centro Regionale per la Gestione del Rischio clinico e Sicurezza del Paziente, sulla base della quale nel 2004, con delibera n°550<sup>2</sup>, era stata prevista l'istituzione di un Osservatorio regionale permanente del contenzioso ed un Comitato di Coordinamento Tecnico nonchè con successiva delibera n°1387 dello stesso anno<sup>3</sup> erano state dettate le Linee di indirizzo per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente nelle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale.

Nel Piano Sanitario Regionale 2005/2007 approvato con la deliberazione del Consiglio Regionale del 16/02/05 si prevedevano al punto 3.4.9.1 azioni di governo clinico mirate, oltre che alla gestione del rischio clinico e alla sicurezza del paziente, alla prevenzione di conflitti e alla gestione del contenzioso, prevedendo l'attuazione di una attività di consulenza, anche in collaborazione con l'ufficio del Difensore civico, in materia di responsabilità professionale, attraverso osservatori medico legali operanti in raccordo con l'Osservatorio Regionale Permanente al fine di pervenire ad

---

<sup>1</sup> Delibera G.R. n°1179 del 10/11/03

<sup>2</sup> Delibera G.R. n°550 dello 07/06/04

<sup>3</sup> Delibera G.R. n°1387 del 27/12/2004

una gestione del contenzioso con l'obiettivo di trovare soluzioni extragiudiziali in collaborazione con l'assicuratore dell'azienda.

Sulla base di questi principi, conseguirono le ordinanze di quegli anni che ebbero come oggetto azioni di miglioramento dell'appropriatezza dell'assistenza con costituzione del comitato aziendale ed individuazione di gruppi esecutivi (Provvedimento Direttore Generale n°41 dello 08/02/05), la istituzione del Nucleo Tecnico Regionale per il coordinamento ed il monitoraggio del sistema assicurativo ed amministrativo del contenzioso (Delibera G.R. n°674 del 25/09/06) e la nomina dei membri del nucleo tecnico regionale per il coordinamento ed il monitoraggio del sistema assicurativo ed amministrativo del contenzioso (Decreto n°4977 del 20/10/06). Con la Delibera G.R. n°225 dello 03/04/06 fu, inoltre, istituito l'Osservatorio Aziendale del Contenzioso, un organismo aziendale atto ad istruire i sinistri ancora in via di definizione con la Compagnia Assicurativa attraverso una attività congiunta fra la Medicina Legale, la Direzione sanitaria, gli Affari generali e legali e il Clinical Risk Manager. Le funzioni essenziali di questo organismo riguardarono: l'analisi del contenzioso derivante da denunce di sinistro, interventi interni di miglioramento ed istruttoria a fini assicurativi, la risposta ai reclami tecnico professionali degli utenti con la partecipazione dell'URP, al fine di dare risposte adeguate e tempestive e rinsaldare un clima di fiducia con i cittadini.

Si giunse, così, alla Delibera G.R. n°297 del 21/04/08 attraverso cui la Regione Toscana, richiamando le precedenti delibere in materia di gestione del contenzioso e rischio clinico<sup>4</sup> ed i principi del Piano Sanitario Regionale 2005/2007, confermati dal successivo del 2008/2010<sup>5</sup>, si impegnava alla

---

<sup>4</sup>Delibera G.R. n°225 dello 03/04/06; Delibera G.R. n°657 del 20/06/05; Delibera G.R. n° 1019 del 27/12/07.

<sup>5</sup> Piano Sanitario Regionale 2008/2010, approvato dalla G.R. in data 03/03/2008.

costituzione di Nuclei Tecnici di Area Vasta per la gestione del sistema assicurativo ed amministrativo dei sinistri e del contenzioso, abolendo così il Coordinamento di Area Vasta per la Gestione del rischio clinico e delle coperture assicurative, nonché ad indicare le modalità procedurali per la gestione dei sinistri al fine di ottenere una armonizzazione sul territorio regionale della gestione amministrativa ed assicurativa delle pratiche di sinistro nelle Aziende Sanitarie.

Con la Delibera n°1138 del 22/12/2008, stante le iniziali competenze assicurative sviluppate dalle Aziende Sanitarie appartenenti all'Area Vasta, con particolare riferimento alla capacità di gestire l'istruttoria riguardante i sinistri per i quali si giunge a richiesta di risarcimento e di raccogliere sistematicamente tutti i dati relativi ai sinistri ed alle denunce, a seguito in particolar modo della sperimentazione attuata dall'Area del nord-ovest partita attraverso una ordinanza del Direttore Generale <sup>6</sup>, e considerando la necessità di una valorizzazione, da parte del sistema assicurativo, delle attività intraprese dalle Aziende Sanitarie per la gestione del rischio clinico ed il contenimento del contenzioso, anche in relazione alla sperimentazione pilota presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di Firenze e presso l'Azienda USL 6 di Livorno, nonché a fronte dei costi progressivamente crescenti delle polizze assicurative RCT/RCO ed al verificarsi di disdette dei contratti di polizza da parte delle compagnie assicurative, non sempre correlabili ad una reale rischiosità o incremento della sinistrosità delle Aziende interessate, si giunse ad un nuovo concetto della gestione del contenzioso e del risarcimento, da rendere omogeneo a livello regionale, che preveda una autoassunzione del rischio con gestione propria di una buona percentuale di sinistri.

---

<sup>6</sup> Delibera Direttore Generale Estav nord-ovest n°809 del 29/11/06

Con la suddetta, pertanto, fu deliberata la promozione dello sviluppo di un modello regionale omogeneo di gestione delle coperture assicurative indirizzando le Aziende Sanitarie toscane ad avvalersi della consulenza di una società di brokeraggio assicurativo a livello regionale, da individuarsi mediante apposita procedura di gara, al fine di favorire l'armonizzazione del sistema delle coperture assicurative e fornire il supporto tecnico per uniformare la progressiva transizione verso un sistema di copertura dei rischi basato sull'autoassicurazione. La delibera forniva, anche, i compiti della società di brokeraggio assicurativo tra i quali predisporre il capitolato di gara per una copertura da parte della società di assicurazione per tutti i sinistri RCT/RCO risarcibili al di sopra dei 50.000,00 euro.

## **2.2 Delibera della Giunta Regionale Toscana n°1203 del 21 dicembre 2009**

Poste le suddette premesse, con la Delibera n°1203 del 21/12/2009, che si riporta integralmente in allegato, la Regione Toscana passò ufficialmente alla Gestione diretta del rischio per responsabilità civile nel Sistema Sanitario Regionale, fornendo Linee di Indirizzo specifiche e prevedendo l'istituzione di un Comitato Gestione Sinistri (CGS). Le motivazioni di ciò, come è ampiamente spiegato nella delibera, scaturiscono dal crescente bisogno di modelli organizzativi e gestionali differenti che siano in grado di affrontare il crescente aumento delle richieste di risarcimento in tema di responsabilità civile e penale, in maniera differente rispetto a quanto fino a quel momento fatto dalle Compagnie Assicuratrici, il cui mercato è stato notevolmente modificato, comportando una crescita dei premi non accompagnata da una riduzione dei tempi di pagamento dei risarcimenti ai

cittadini, con conseguente deterioramento del rapporto di fiducia dell'utente con il Sistema Sanitario Regionale.

Posto, pertanto, che all'epoca erano in imminente scadenza le polizze assicurative di quasi tutte le Aziende sanitarie, e fermo restando che la copertura della responsabilità per colpa grave del personale sanitario è garantita da specifiche polizze a carico del personale stesso, la Delibera disponeva che, a partire dal 1° gennaio 2010 e nello specifico al progressivo scadere dei contratti di assicurazione in essere, esistessero le condizioni organizzative ed operative per le quali le Aziende sanitarie potessero gestire direttamente la propria sinistrosità abbandonando il ricorso al trasferimento del rischio sulle compagnie di assicurazioni.

In allegato si riportano le Linee di indirizzo per la gestione diretta dei sinistri RCT nella sanità Toscana, allegate alla Delibera n° 1203 del 21/12/09.

### **2.3 Il rapporto tra Conciliazione e Risarcimento Diretto**

In tema di risoluzione di controversie con i cittadini, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, già nel 2007, nell'ambito del Progetto Regionale "Introduzione nel territorio della Regione Toscana di modalità e risoluzione alternative a quella giurisdizionale per le controversie in materia di responsabilità sanitaria" ed in esecuzione da quanto previsto dalla Delibera della GRT n°1019 del 27/12/2007, aveva attuato una regolamentazione della sperimentazione del servizio regionale di conciliazione, una procedura di risoluzione dei conflitti in base alla quale una terza persona, il conciliatore appunto, senza potere sulle parti, doveva assisterle facilitando la comunicazione.

Lo scopo di questa fase sperimentale, allora, era quello di testare le procedure per fare affiorare i reali interessi per la ricerca di accordi reciprocamente condivisi ed allineare la materia con l'allora attuale contratto assicurativo; il Servizio di Conciliazione offriva la possibilità di risolvere controversie insorte tra utenti e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi in materia di errata terapia, ritardata diagnosi, manovre di intubazione, smarrimento protesi, cadute.

Il valore delle controversie oggetto del tentativo di conciliazione prevedeva un importo non superiore a 50.000,00 euro.

Il tentativo di risoluzione della controversia era affidato ai conciliatori, professionisti qualificati selezionati assieme all'Ordine dei Medici, cui non appartengono funzioni decisionali nella controversia, bensì quella di aiutare le parti a trovare un accordo che sia di reciproca soddisfazione.

Se all'esito del tentativo le parti non riuscivano a raggiungere un accordo, il conciliatore formulava una proposta rispetto alla quale ciascuna delle parti indicava la propria definitiva posizione ovvero le condizioni alle quali era disposta a conciliare.

Tale metodologia che fa parte delle ADR (Alternative Dispute Resolution) si pone come obiettivi la velocità e i costi limitati, non precludendo l'accesso alla via giurisdizionale, nel caso di fallimento.

L'entrata in vigore del sistema di risarcimento diretto dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, ha spostato inevitabilmente su di sé il baricentro, facendo dimenticare, perlomeno in parte, il sistema della conciliazione.

La gestione del sinistro con la metodologia del risarcimento diretto, infatti, passa obbligatoriamente attraverso un tentativo prioritario di transazione stragiudiziale, rendendo sostanzialmente "superfluo"

il ricorso alla mediazione conciliativa, potendo per le sue caratteristiche contenere in misura rilevante il ricorso al contenzioso giudiziario.

Lo scenario è andato ulteriormente modificandosi con l'entrata in vigore del D.Lgs. n°28 del 4 marzo 2010 (in vigore dal 1 marzo 2011) che all'articolo 2 cita: *“Chiunque può accedere alla mediazione per la conciliazione di una controversia civile e commerciale vertente su diritti disponibili, secondo le disposizioni del presente decreto”*.

In altri termini, chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa ad una controversia (in materia di responsabilità medica per esempio) è tenuto preliminarmente ad esperire il procedimento di mediazione, che diventa condizione di procedibilità alla domanda giudiziale.

Esulando da ogni ulteriore analisi del decreto, ciò che risulta di nostro interesse è comprendere il rapporto che viene ad instaurarsi tra risarcimento diretto e tentativo di conciliazione: all'articolo 2 del decreto è specificato come *“..non sono precluse le negoziazioni volontarie e paritetiche relative alle controversie civili e commerciali, né le procedure di reclamo previste dalle carte dei servizi”*.

La gestione diretta viene così ad inserirsi tra le “negoziazioni volontarie”, andando a sostituire le trattative effettuate dagli uffici di liquidazioni o i loss adjuster delle Compagnie Assicurative.

Pertanto, si dovrà accedere alla mediazione, qualora il CGS dell'Azienda abbia respinto la richiesta di risarcimento o proposto un'offerta economica non ritenuta congrua dall'utente, prima di intraprendere un contenzioso giudiziario.

La gestione diretta dei sinistri, peraltro, già di fatto sostanzia una sorta di mediazione- conciliazione per quanto concerne il tentativo di addivenire ad una soluzione bonaria della vertenza, soprattutto nei

casi in cui, appurato l'*an*, vi siano difficoltà nello stabilire il *quantum*, pur avendo le due procedure differenze sostanziali.

Vero è, semmai, che, ove sia ritenuto da parte dell'Azienda che la stessa sia da considerare estranea ai fatti avversi che le siano imputati e decide, quindi, di procedere a reiezione del sinistro, appare invero difficile, a meno che non si sia incorsi in errori di valutazione, adire qualsiasi formula conciliativa, non potendone, in caso contrario, che derivare danno erariale, nella misura in cui, ove il risarcimento già non sia stato ritenuto atto dovuto (dove la reiezione) risulterebbe incomprensibile adire ad una sorta di risarcimento parziale, quale la conciliazione di fatto presuppone.

## **CAPITOLO TERZO**

### **L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI.**

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi (AOUC), in tema di gestione dei sinistri e rischio clinico, dal 13 febbraio 2009 ha attuato una gestione diretta dell'istruttoria sino alla definizione dei sinistri, attraverso l'attuazione di procedure che hanno consentito di abbandonare il tradizionale criterio del trasferimento del rischio alla compagnia assicuratrice al fine di attivare una gestione volta a comprendere e prevenire il fenomeno dell'incremento della sinistrosità<sup>7</sup>.

Tuttavia, tale gestione diretta era limitata, al fine di consentire una gradualità nell'assunzione diretta del rischio, a sinistri di importo inferiore alla soglia di € 100.000, soglia oltre la quale il rischio era trasferito alla Compagnia Assicurativa.

La Delibera della GRT n°1203 del 2009, ha disposto per tutte le Aziende del Sistema Sanitario Toscano l'assunzione diretta del rischio per responsabilità civile verso terzi, senza limitazioni di importo e adottato linee di indirizzo<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Provvedimento del Direttore Generale n.209 del 22 aprile 2009 .

<sup>8</sup> Procedura di Gestione Stragiudiziale dei Sinistri ed il Regolamento di Gestione Stragiudiziale dei Sinistri dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, in vigore dalle ore 24.00 del giorno 13 febbraio 2010.

### **3.1 Il Regolamento e la Procedura di Gestione Stragiudiziale dei Sinistri del contenzioso aziendale**

Nel Regolamento Gestione Stragiudiziale dei Sinistri e Procedura Gestione Stragiudiziale dei Sinistri (in allegato), con decorrenza dalle ore 24.00 del giorno 13 febbraio 2010, applicabile, quindi, alle richieste di risarcimento avanzate per la prima volta da tale data, vengono riportate le finalità della procedura, rappresentate da:

- Conseguimento di risparmio attraverso la trattazione diretta e celere delle pratiche con la controparte ed abbattimento del relativo contenzioso;
- Diminuzione della sinistrosità in conseguenza del sistema di controllo che si intende mettere in atto con iniziative mirate alla prevenzione delle cause più frequenti che danno origine alle richieste di risarcimento;
- Miglioramento del rapporto tra Azienda/danneggiato, al fine di tutelare il decoro e l'immagine della struttura e del professionista da una parte e i diritti del cittadino dall'altra;
- Miglioramento dei rapporti con i professionisti.

Tali finalità si concretizzano con l'atto di liquidazione da parte dell'AOUC, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento dei danni involontariamente cagionati a terzi per morte, lesioni personali e danni materiali a cose in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione all'attività svolta, compresa la responsabilità civile, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave.

In merito all'ambito di applicazione e competenza, il regolamento precisa come l'AOUC sia obbligata a risarcire direttamente i danni cagionati a terzi per l'espletamento dell'attività istituzionale (ove per attività istituzionale si intende la gestione di attività sanitaria riconosciuta idonea al raggiungimento del fine istituzionale stesso) da parte del proprio personale, di cui elenca le categorie comprese in questa dizione, citando oltre al personale medico e sanitario strutturato, ai medici in formazione specialistica, al personale universitario in afferenza assistenziale e al personale a contratto, anche i volontari del Servizio nazionale civile, gli assegnisti, i borsisti, i tirocinanti, i ricercatori, gli appartenenti ad associazioni di volontariato ed i componenti del comitato etico.

La tutela della responsabilità civile verso terzi è estesa all'attività libero professionale intramoenia, ovunque svolta, compresa l'attività di assistenza e di supporto svolta da personale dedicato, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave.

### **3.2 Il Comitato Gestione Sinistri (CGS)**

Nel regolamento sono descritti i componenti del Comitato Gestione Sinistri (CGS), rappresentati, ai sensi della delibera della G.R.T. n° 1203/09 dal Direttore della SODc di Medicina Legale o da un suo delegato, dal Direttore della U.O.c. Affari Generali o suo delegato, da un componente della Direzione Sanitaria e da un esperto nella liquidazione dei danni; tali componenti svolgono un lavoro multidisciplinare, perseguendo i seguenti obiettivi:

1. Ripristino e rinsaldamento del rapporto di fiducia con i cittadini, attraverso una metodologia di rapporto più snello (numero di telefono dedicato, fasce orarie ampie, grande attenzione agli aspetti relazionali, velocità nella liquidazione se viene riconosciuto il danno);
2. Superamento del dualismo, spesso contrapposizione, tra Assicurazione-Azienda da una parte e professionista dall'altro;
3. Analisi e gestione, in caso di procedimento penale, con il professionista sanitario ed il suo legale in merito alla strategia difensiva;
4. Riduzione dei costi, o perlomeno riallineamento tra quanto corrisposto e quanto liquidato.

### **3.3 Modalità operative**

Le funzioni di questo team organizzativo sono, oltre a interagire con i soggetti coinvolti, valutare la fondatezza o meno delle richieste risarcitorie, nonché la presunta entità economica dell'ammontare del danno, per procedere poi alla gestione dell'iter istruttorio.

Tale procedura è attivata ogni qualvolta perviene una richiesta di risarcimento, che può avvenire direttamente da parte di terzi o per mezzo di legali rappresentanti.

Esistono poi segnalazioni di eventi che potrebbero dar luogo a richieste risarcitorie, rappresentate da segnalazione spontanea da parte di operatori dell'Azienda per eventi che hanno interessato il paziente e potrebbero essere produttivi di un danno eventualmente risarcibile, reclamo di natura tecnico-professionale trasmesso da parte dell'utente o di un suo rappresentante, o avviso della Procura della Repubblica dal quale potrebbe derivare una richiesta di risarcimento.

Una volta pervenuta la documentazione sanitaria all'U.O. Affari Generali, questa si occuperà anzitutto di valutare l'esistenza della copertura assicurativa relativa al danno denunciato ovvero se sia da assumere come gestione diretta del sinistro (a seconda dell'epoca di denuncia) e verificare l'ammissibilità della richiesta in relazione ai termini della prescrizione, per poi inserire il caso all'ordine del giorno della prima riunione utile del CGS.

Il team si riunisce una volta a settimana: l'istruttoria prevede che nel corso del primo incontro per l'analisi di un singolo caso sia visionata la documentazione (che, ove mancante, potrà essere richiesta, se ritenuta necessaria) da parte dell'equipe medico-legale, che successivamente inviterà a visita la persona, quando possibile.

Dopo aver effettuato la visita, e dopo aver esaminato la vicenda congiuntamente con i sanitari coinvolti, il medico-legale redige la propria relazione sul caso, avvalendosi dell'aiuto di specialista, ove necessario.

In caso di sinistri per i quali si palesa la necessità di un parere dell'Area Tecnica si provvede a richiedere una relazione specifica prima di procedere ulteriormente all'istruttoria.

Segue, poi, la discussione collegiale sull'accoglimento o la reiezione del sinistro, fase in cui vengono discusse le problematiche emerse affinché possano essere assunti eventuali provvedimenti anche in tema di rischio clinico.

Se viene deciso l'accoglimento della richiesta di risarcimento, si procederà alla quantificazione economica, sulla base della valutazione medico-legale con eventuale personalizzazione, utilizzando le Tabelle di Milano.

Dopo aver quantificato economicamente il danno, gli Affari Generali effettuano la trattativa con la parte, così come accadeva per gli uffici di liquidazione delle Assicurazioni, unitamente alla Divisione medico-legale.

Nel corso dell'istruttoria, ove sia proposta la reiezione del sinistro, saranno comunicate le ragioni della reiezione, con accantonamento a riserva di un importo adeguato al reale valore del sinistro.

La transazione del sinistro con la parte è gestita dall'U.O.c Affari Generali Legali con modalità informali anche riguardo alla formulazione e trattativa sull'offerta economica e si conclude o con la sottoscrizione della quietanza liberatoria e del verbale ove il CGS riassume le motivazioni dell'accoglimento o con la non accettazione dell'offerta (caso in cui l'U.O.c Affari generali provvederà a formalizzare con Raccomandata A.R. l'offerta economica).

Ovviamente la definitiva decisione sulla liquidazione del sinistro ovvero sulla reiezione, è assunta con Delibera della Divisione della AOUC.

Nel caso di risarcimenti in forma specifica (smarrimento protesi dentarie o avulsione dentaria per esempio) il CGS si impegna a far erogare dalle strutture aziendali le prestazioni necessarie.

Nei casi in cui il contenzioso pervenga alla fase giudiziaria, il responsabile della SODc di Medicina Legale o un suo delegato interverranno in qualità di consulente tecnico di parte dell'Azienda.

Al termine dell'istruttoria, i dati sono utilizzati da parte della Direzione Sanitaria per la predisposizione delle azioni di miglioramento scaturenti dall'esame del singolo caso.

Al fine poi di consentire i controlli di competenza, i provvedimenti di liquidazione dei sinistri sono inviati con cadenza semestrale alla Corte dei Conti.

## **CAPITOLO QUARTO**

### **CASISTICA**

#### **4.1 Metodologia di elaborazione dei dati**

Il presente studio esamina i casi pervenuti all'attenzione del Comitato Gestione Sinistri in ambito Ginecologico-Ostetrico nel periodo compreso tra il febbraio 2009 e il novembre 2015, includendo quindi una casistica di circa 6 anni di attività.

Ogni caso è archiviato presso la SOD di Medicina Legale, mediante una metodica che prevede la catalogazione di ogni singolo caso in fascicoli, ognuno comprendenti la richiesta di risarcimento danni, la documentazione sanitaria ed, ove presente, relazione medico-legale di parte o di altra specialità: per i casi, già definiti, il fascicolo includerà anche la relazione effettuata dagli specialisti medico-legali afferenti all'Azienda ed il Provvedimento del Direttore Generale, ove sarà riportato l'esito della vertenza e la eventuale relativa quantificazione economica.