

Responsabilità solidale dell'avvocato nel caso di condanna per lite temeraria

Un possibile freno al contenzioso infondato?

La disposizione è una delle norme contenute nel disegno di legge delega di riforma del processo civile, inserito dall'ex Governo Letta nella Legge di Stabilità. Sul piede di guerra la categoria forense che, dopo lo sciopero nazionale di tre giorni a febbraio, annuncia nuove iniziative di protesta

IL CORSIVO

Il fine giustifica i mezzi?

Talvolta gli errori sono innegabili nella pratica medica ed è quindi giusto, in caso di certa e chiara negligenza, intraprendere una richiesta di risarcimento. Ma altrettanto innegabile è che una parte cospicua dell'imponente mole di azioni legali nei confronti dei sanitari sia costituita da richieste di risarcimento del tutto infondate o comunque incongrue. Pretese che originano dalla semplice insoddisfazione dei pazienti nei confronti del proprio medico, come conseguenza di una cattiva comunicazione, difficoltà di relazioni interpersonali, aspettative esagerate da una concezione miracolistica del sapere medico. Oppure, nel peggiore dei casi, da dolo e malafede. I risultati di alcune indagini condotte in ambito europeo, riportate in questo articolo, evidenziano che in circa la metà delle controversie medico-legali non viene riconosciuta alcuna indennità risarcitoria e che solo nel 33-50% dei casi si è proseguito in giudizio e/o conciliazione. E allora con quali strumenti arginare questo flusso di pretese risarcitorie (evitabili), che comportano oneri economici altissimi per la comunità oltre che per il medico che, dopo un lungo calvario umano, professionale e processuale, vede poi riconosciuta la propria innocenza?

In questo contesto assume un particolare interesse una nuova norma contenuta nel disegno di legge sul processo civile inserito dall'ex Governo Letta nella Legge di Stabilità, che prevede, in caso di lite temeraria, la responsabilità in solido tra avvocato e parte soccombente qualora abbia agito con colpa grave o mala fede. Una norma di fatto rafforzata da una pronuncia della Cassazione (2011) che ha stabilito che, ai fini del risarcimento da lite temeraria, gli eventuali danni possono essere liquidati dal giudice nella sentenza stessa.

Ma non è la sola norma contenuta nel "pacchetto giustizia" dell'ex governo Letta che ha fatto infuriare la categoria forense. Tra le norme previste dal Ddl vi è anche l'aumento del contributo unificato per l'iscrizione delle cause a ruolo (di fatto triplicato) e la possibilità che il giudice possa rimettere alle parti la scelta se richiedere la motivazione estesa ai fini della impugnazione della sentenza, previo pagamento di una quota del contributo unificato dovuto per il giudizio successivo.

Di fatto queste nuove misure, ancorché discutibili e comprensibilmente indigeste per la categoria degli avvocati, potrebbero forse essere un deterrente contro il proliferare di un contenzioso ingiustificato. Ciò detto - dando per buona la migliore intenzione del legislatore di porre un freno all'aumento sconsiderato di cause infondate - val forse la pena di porsi la domanda (e i nostri amici avvocati ci perdoneranno) se "il fine può giustificare i mezzi". Laddove, beninteso, i mezzi poi funzionino davvero.

Carlo Balbi*

Gli aspetti forensi della professione medica sono divenuti di primaria importanza, in quanto se da una parte vi è una maggiore coscienza da parte dell'individuo dei propri diritti, dall'altra si assiste all'insorgere di una serie di eccessi, per i quali, di fronte a qualunque tipo di evento avverso, si intraprende un'azione legale nei confronti dei sanitari con la speranza di ottenere un risarcimento. In molti casi è iniziato un lunghissimo "iter" giudiziario che ha comportato esosi oneri economici per la comunità ed hanno coinvolto medici che solo dopo lungo tempo si sono visti riconoscere la propria innocenza. La Corte di Cassazione ha, recentemente, riconosciuto non più di rilevanza penale la condotta medica se "all'interno dell'area segnata da Linee Guida o da pratiche mediche purché accreditate dalla Comunità Scientifica". Questa situazione si è ripercossa anche nella quotidianità della pratica clinica, in quanto, soprattutto per le categorie a maggior rischio, si è osservata una condotta riferibile a canoni di una "medicina difensiva".

"Malpractice": il quadro europeo

Talvolta gli errori sono innegabili nella pratica medica ed è quindi giusto, in caso di certa e chiara negligenza, intraprendere una richiesta di risarcimento ma spesso è la semplice insoddisfazione dei pazienti nei confronti del medico e/o una difficoltà di relazione interpersonale ad essere responsabile di una lite medico-legale medico-paziente (Hickson

GB., Patients complaints and malpractice risk: *JAMA*, 287, 2951-7; 2002).

Si è stimato che negli Usa, il costo della medicina difensiva, si aggira annualmente su circa 50 miliardi di dollari, ed inoltre, la maggior parte delle liti medico-legali non porta ad alcun pagamento risarcitorio per "malpractice" medica, mentre è solo causa di "stress" e danno di reputazione nei confronti del medico (Baicker K., Malpractice liability costs and the practice of medicine in the medicare program: *Health Affairs*, 26, 841-52; 2007).

Tale situazione, contemporaneamente agli alti costi presenti in caso di "malpractice", ha, nella realtà attuale, determinato una riluttanza, da parte dei medici, a trattare casi clinici considerati ad alto rischio (Studdert DM. Defensive medicine among high risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA* 2005; 293:2609-17;).

Una recente analisi di 885 casi di "malpractice" ostetrico-ginecologica, verificatisi in Catalogna (Spagna) tra il 1986 e il 2010, ha evidenziato come nel 33.1% dei casi la problematica riguardava il travaglio e il parto (problemi neurologici neonatali; isterectomie post-partum) ma nella maggior parte dei casi non si è riconosciuta alcuna indennità risarcitoria e solo nel 37.1% dei casi si è proseguito in un procedura giudiziaria da parte del tribunale (Gomez-Duran EL. Analysis of Obstetrics and gynecology professional liability claims in Catalonia, Spain (1986-2010). *J Forensic Leg Med* 2013; 20:442-6). Un analogo studio eseguito in un Dipartimento Universitario francese ha evidenziato che in 59 ca-



si di controversie medico-legali verificatisi tra il 1997 ed il 2010, solo nel 50% dei casi si è proseguito in giudizio e/o conciliazione (Shojai R., Litigation in Obstetrics and Gynaecology: experience of a university hospital in France; *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 42, 71-5; 2013). Da tali dati emerge come sia sempre più importante realizzare Linee Guida scritte, in modo da creare ordine e una medicina sempre più uniforme e non attaccabile da controversie medico-legali, anche se tali orientamenti potrebbero avere la limitazione di una generalizzazione non sempre applicabile ai singoli casi clinici e realtà ospedaliere.

La lite temeraria nel nuovo "pacchetto giustizia"

Da ultimo un breve ma importante cenno alla cosiddetta "lite temeraria", tra le nuove riforme del pacchetto giustizia "in materia di riforma del processo civile è prevista la responsabilità in solido tra avvocato e parte soccombente qualora abbia agito con colpa grave o mala fede". La riforma prevede la responsabilità dell'avvocato, in solido con il proprio cliente, in caso di liti temerarie; quindi gli avvocati, all'atto del conferimento dell'incarico, dovranno essere, prima ancora



che legali, giudici di se stessi, filtrando le questioni fondate da quelle manifestamente infondate. Secondo l'art. 96 c.p.c. "Se risulta che la parte soccombente ha agito o resistito in giudizio con mala fede o colpa grave, il giudice, su istanza dell'altra parte, la condanna, oltre che alle spese anche al risarcimento dei danni, che vengono liquidati d'ufficio nella sentenza". Vengono cioè risarciti gli oneri di ogni genere che l'eventuale parte lesa abbia dovuto affrontare per essere sta-

Dalla letteratura internazionale emerge come sia sempre più importante realizzare Linee Guida scritte, in modo da creare ordine e una medicina sempre più uniforme e non attaccabile da controversie medico-legali

ta costretta a contrastare l'ingiustificata iniziativa dell'avversario e/o derivanti dai disagi affrontati per effetto di tale iniziativa. **Si parla quindi, di lite temeraria, quando si agisce in giudizio con mala fede**, ossia con la consapevolezza del proprio torto o con intenti dilatori o defattori e gli eventuali danni possono essere liquidati dal giudice nella sentenza stessa. Infatti la

Corte di Cassazione nella sentenza n 17485/2011 ha stabilito che per ottenere il risarcimento da lite temeraria non è necessario dovere fornire la prova concreta del danno subito.

Nel procedimento civile la domanda di condanna ai danni per lite temeraria può essere proposta fino all'udienza di precisazione delle conclusioni (Ultima udienza prima delle fasi finali scritte e della sentenza); nel procedimento penale la richiesta di danni può essere chiesta dal difensore dell'imputato durante l'arringa finale che si svolge dopo la chiusura dell'istruttoria dibattimentale e prima della sentenza.

Magistratura Indipendente in una nota del 19/12/2013 ritiene che una eventuale responsabilità solidale del legale e della parte soccombente, in caso di lite temeraria, sia pienamente in linea con il vigente disposto di cui al terzo comma art. 96 c.p.c., che non ha natura meramente risarcitoria, bensì sanzionatoria, avendo la richiamata disposizione introdotto nell'ordinamento una forma di "danno punitivo"

diretto a scoraggiare l'abuso del processo e degli strumenti forniti dalla legge alle parti. Naturalmente l'Associazione Nazionale Forense in una sua nota ribadisce che tale norma vuole "punire" soltanto gli avvocati e definisce tale norma ingiustificata, immotivata ed inaccettabile.

* Già Professore della Clinica Ostetrica della II Università degli studi di Napoli

Fucci: "Responsabilità dei medici, necessario accelerare i lavori parlamentari"

"I dati contenuti nel rapporto Medmal sugli errori in sanità confermano che il tema della responsabilità professionale dei medici deve essere urgentemente affrontato sul piano normativo" - afferma in una nota l'on. Benedetto Fucci, deputato di Forza Italia e segretario della Commissione affari sociali della Camera. "Il calo degli infortuni e degli errori sanitari denunciati alle assicurazioni è compensato dall'aumento costante dei premi e delle richieste di risarcimento. Alcune specialità come la ginecologia, con un aumento del 2% delle richieste di risarcimento danni collegati al parto nel 2012, sono particolarmente colpite", aggiunge Fucci.

"Si tratta di una situazione sempre più complessa che, temperando i diritti dei pazienti ma anche la garanzia per il medico e per il personale sanitario di compiere il proprio delicato lavoro con serenità e senza ricorrere alla medicina difensiva, impone al Parlamento di accelerare nell'esame delle proposte di legge sulla responsabilità professionale - conclude Fucci - da ormai molti mesi nel calendario della Commissione affari sociali".

Errori in sanità: il rapporto Marsh

Risarcimenti per 1,5 mld in 9 anni. Assicurazioni più care del 16%

Calano gli errori denunciati nella sanità pubblica, che però diventano sempre più cari: sono costati 300 milioni di euro di risarcimento nel solo 2012. Ogni anno si registrano in media 61 denunce di sinistro per ospedale. I costi assicurativi sono cresciuti del 15-17%. Nel 2012 il costo medio per sinistro ha toccato il picco di 116mila euro spiegabile in parte con un leggero aumento delle richieste di risarcimento danni agli ospedali, e in parte con un aumento del 2% delle richieste di risarcimento danni collegati al parto. Ecco i dati del V rapporto Medmal sui sinistri in sanità di Marsh

Calano infortuni ed errori sanitari denunciati alle assicurazioni ma aumentano i premi e le richieste di risarcimento danno, facendo segnare una vera e propria esplosione nel 2012, complici i danni da parto e anche l'aumento di infortuni in aree che prima non ne registravano, o molto pochi, come neurochirurgia e cardiocirurgia. È questo il quadro che emerge dal V rapporto Medmal sui sinistri in sanità di Marsh, relativo a 96 Asl e aziende ospedaliere pubbliche, pre-

sentato il 25 febbraio scorso a Milano, che ha analizzato i sinistri denunciati dal 2004 al 2012. In questo arco di tempo il costo medio per sinistro è salito da 40mila a 66mila euro, con un picco registrato nel 2012, dove il valore medio del risarcimento è arrivato a 116 mila euro, quasi il doppio. In totale in nove anni sono stati pagati risarcimenti per 1,5 miliardi di euro, di cui 300 milioni solo nel 2012. "Il picco del 2012 - spiega Emanuele Patrini, healthcare risk manager di Marsh

che ha curato lo studio - è spiegabile in parte con un leggero aumento delle richieste di risarcimento danno agli ospedali, e in parte con un aumento del 2% delle richieste di risarcimento danni collegati al parto. Inoltre abbiamo registrato nel tempo l'aumento di sinistri collegati a specialità ad alto impatto come neurochirurgia, oncologia e cardiocirurgia".

Rispetto al precedente rapporto 2004-2011, si riduce leggermente la frequenza degli errori. Ogni ospedale riceve 61 ri-

chieste di risarcimento all'anno, corrispondenti a 1 sinistro ogni 10 posti letto e quasi 1,8 ogni 10 medici. "Nonostante il calo del numero dei sinistri - continua Patrini - il valore economico dei risarcimenti è stato maggiore perché i sinistri sono stati più gravi, in parte perché collegati ai parti".

L'aumento medio dei valori assicurativi registrato riguarda tutte le aree, e va dal 15,4% al 17,2% per medici, infermieri, posti letto, ricoveri. Il valore assicurativo medio è passato da 3.400 a 4.000 euro per posto letto: in termini assicurativi un medico costa in media 6.841 euro, un infermiere 2.864 euro, un ricovero 106 euro, con valori molto più alti nel centro Italia. Riguardo al numero di richieste di risarcimenti danni, al primo posto c'è il nord con il 55,4%, seguito dal centro con il 39% (14.801) e dal sud con il 6% (2298). Le specialità più a rischio sono ortopedia (13%), pronto soccorso (12,5%), chirurgia generale (10%), ostetricia e ginecologia (8%) e tra gli errori più reclamati ci sono quelli chirurgici (27%), diagnostici (19%), terapeutici (11%)

e cadute di pazienti e visitatori (10%).

Circa la strutture sanitarie coinvolte, quelle di primo livello, cioè quelle di base, hanno avuto il maggior numero di richieste danni (54,73%), seguite da quelle di secondo livello, come gli ospedali ad alta intensità di cura o ad alta specializzazione (23,46%) e gli ospedali universitari (18,8%). Molto distanziate sono le strutture specialistiche monotematiche come quelle ortopediche 1,8%, quelle materne infantili 1% e quelle oncologiche 0,23%.

I tempi per le denunce rimangono lunghi: se circa la metà delle richieste di risarcimento danni sono avanzate entro i primi 6 mesi dall'evento, molte arrivano entro due anni e alcune anche entro 6 anni. Nei nove anni esaminati dal rapporto sono state chiuse circa il 31% delle richieste danni, mentre resta aperto poco più del 45% di pratiche e il 23% è stato senza seguito. (A. L.)

Sul sito Aogoi, in allegato all'articolo il Rapporto Marsh su errori in sanità