

## La responsabilità medica nel sistema giuridico inglese

“La gestione del rischio clinico unica strada per ridurre i costi” Parlando dell’Inghilterra occorre innanzitutto tenere a mente la distinzione tra *common law*, modello di ordinamento giuridico di matrice anglosassone fondato su leggi non scritte e sviluppatosi attraverso i precedenti delle decisioni giurisprudenziali, e *civil law*, modello dominante a livello mondiale fondato su leggi scritte. Fatta questa premessa e tornando al modello di responsabilità medica nel sistema giuridico inglese possiamo dire che questo si basa sul principio di Bolam-Bolitho risalente al 1957 per cui il medico può difendersi dalle accuse di negligenza se dimostra di aver operato secondo la pratica comunemente accettata al momento dei fatti. Chi è dunque responsabile in Inghilterra? A rispondere è William Dunlop, presidente dell’European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (Ebcog), che ha spiegato come sotto sua Maestà “esiste un Servizio sanitario nazionale che protegge i medici e gli operatori che operano nel Servizio stesso, per cui esiste un regime di indennità del Ssn”. Per chi lavora nel privato invece come funziona? “Chi lavora nel privato deve trovare da solo la propria tutela. Stesso discorso per chi lavora nel Ssn ma con un contratto specifico e gode di una certa tutela. Recentemente – ha spiegato William Dunlop – è stato creato un nuovo organo chiamato «Servizio per i contenziosi». Questo organo è stato istituito proprio per cercare di ridurre il costo delle cause legali”. Tra i compiti e gli obiettivi di quest’organo, minimizzare i costi, assicurare che gli indennizzi arrivino a coloro che ne hanno realmente diritto, tutelare il Ssn in modo che non vi sia un’interruzione del

## Responsabilità medica Sistemi giuridici a confronto

### FRANCIA

#### Il sistema di risarcimento civile

- La responsabilità del medico è di tipo contrattuale
- Prescrizione trentennale del diritto al risarcimento
- Obbligazione di mezzi e non di risultato (ad eccezione di alcune categorie come i chirurghi estetici)
- La responsabilità deriva sempre da colpa del medico: può essere fondata su negligenza e imprudenza, atto illecito, violazione del consenso informato

#### Dipendenti da strutture pubbliche e private

- Il medico privato e il medico dipendente da struttura privata sono legati da un regime contrattuale con il paziente
- Il medico della struttura pubblica non ha un rapporto contrattuale diretto con il paziente
- Le strutture pubbliche sono soggette alla giurisdizione amministrativa e rispondono dell’operato dei propri dipendenti

#### Responsabilità extracontrattuale

- Prescrizione decennale
- Comprende anche i danni con determinati da atto medico

#### La legge Kouchner 4 marzo 2002

- Ha rinnovato l’intero sistema della colpa medica, apportando modifiche al codice civile, al codice della sicurezza sociale e al codice delle assicurazioni
- Mantiene il sistema basato sulla colpa ma introduce un sistema di risarcimento pubblico
- Introduce anche una tutela indennitaria (solo per le strutture pubbliche) per infortuni non riconducibili direttamente a un comportamento colposo, nel caso non sia individuabile un responsabile (es. infezioni nosocomiali)
- L’indennizzo è però concesso so-

lo nel caso di conseguenze gravi

**Altre novità introdotte dalla legge Kouchner**

- Obbligo di assicurazione per le strutture sanitarie e per gli operatori sanitari liberi professionisti
- Il pubblico dipendente non ha obbligo di assicurarsi in proprio
- Istituisce l’ufficio centrale tariffazione con incarico di stabilire le condizioni di assicurazione cui sono tenute le compagnie di assicurazione

#### Il procedimento per il risarcimento

- Il paziente può ottenere i documenti medici che lo riguardano e richiedere una perizia di parte
- Se intende richiedere i danni contatta l’*ombudsman* (organismo collegiale per risolvere le controversie) della struttura sanitaria per ricercare una soluzione transattiva

Se non si raggiunge un accordo il paziente può agire in giudizio

#### Responsabilità penale

- Il medico può essere perseguito civilmente e penalmente
- Se in sede penale non è accertata la responsabilità del sanitario non è possibile proseguire in sede civile
- Il sistema è incentrato esclusivamente sulla colpa, la cui dimostrazione è a carico del paziente.

### REGNO UNITO

#### Linee generali

- Non esiste una disciplina legislativa specifica
- Trattandosi di un sistema di *common law* l’elaborazione è quasi solo giurisprudenziale
- Il medico è ritenuto responsabile se viola il dovere di cura
- Il dovere di cura non sorge solamente sulla base di un contratto, ma sussiste ogni qualvolta ci sia una richiesta di cure

#### Valutazione della negligenza

- La negligenza del medico è valutata secondo il c.d. *bolam test* con riguardo alla natura dell’attività esercitata e al livello medio di conoscenze che possono essere richieste al medico
- Perché non ci sia negligenza è

fondamentale che il medico abbia seguito una *approved practice*, analoga alle nostre linee guida

- Il medico, inoltre, ha un preciso onere di aggiornamento

#### La procedura di risarcimento

- Il contenzioso tra il medico, dipendente pubblico, e il paziente viene gestito dal *National health service*
- Il medico non viene coinvolto direttamente ma rimane responsabile disciplinarmente
- Il medico privato risponde in proprio secondo i principi generali

#### Responsabilità penale

- Il medico può essere penalmente perseguito ma solo in casi gravi
- Dal 2000 ci sono stati solo 11 rinvii a giudizio ma il fenomeno è in crescita
- È allo studio una riforma del reato di omicidio colposo per escludere i medici.

### BELGIO

#### Linee generali

- Non esiste una disciplina legislativa specifica
- La responsabilità è sempre fondata sulla dimostrazione della colpa del medico

#### La commissione regionale di conciliazione e indennizzo

#### istituita in ciascuna regione

- Ha competenze per le dispute relative a infortuni medici, infezioni iatrogene e nosocomiali e per ogni altro contenzioso tra utenti e professionisti della salute, strutture sanitarie o produttori di materiali sanitari
- Ha lo scopo di comporre le liti ed è presieduta da un magistrato
- Vi partecipano rappresentanti delle persone malate, dei medici, delle strutture sanitarie e delle imprese di assicurazione
- La commissione può essere adita da chiunque ritenga di aver subito un danno imputabile ad attività medica
- Il ricorso alla commissione sospende l’azione giudiziaria
- La commissione deve esprimersi entro sei mesi, il giudizio può essere contestato solo in casi de-

terminati

#### Il sistema penale

- Il nuovo codice penale del 1994 prevede tre gradazioni di colpa:
- La colpa semplice (per imprudenza, negligenza e imperizia)
- Violazione intenzionale di un obbligo di legge
- *Faute caractérisé* introdotta dalla l. 2000-647 del 10 luglio 2000 consiste nell’aver esposto qualcuno a un rischio che si sarebbe dovuto conoscere, pur in assenza di intenzionalità

#### Responsabilità penale

- Attualmente viene punita anche per colpa lieve
- Da tempo si discute se limitare l’azione penale ai soli casi di colpa grave.

### SVEZIA

#### E PAESI SCANDINAVI

#### Linee generali

- È un sistema largamente improntato sulla responsabilità senza colpa (*no fault compensation*)
- Il risarcimento viene assicurato a prescindere dall’individuazione di un colpevole
- Il medico rimane responsabile disciplinarmente

#### Il vecchio sistema svedese

- Il sistema di risarcimento svedese, interamente pubblico, vietava il ricorso al giudice
- Ritenuto troppo costoso e non adeguato agli standard democratici del giusto processo è stato in parte modificato

#### Il nuovo sistema svedese

- Rimane sempre un sistema di *no fault*
- Il paziente deve limitarsi a dimostrare che l’evento dannoso era prevedibile ed evitabile
- La richiesta di risarcimento deve essere presentata entro tre anni da quando il paziente ha saputo del danno e comunque entro dieci anni
- L’onere del risarcimento ricade sulla struttura pubblica che riconosce solo i danni strettamente conseguenti all’evento
- Il personale medico ha comunque l’obbligo di sottoscrivere l’assicurazione pubblica e quindi contribuire al fondo per i risarcimenti.

servizio a causa di questi costi, incoraggiare i miglioramenti e assistere i pazienti per far sì che possano essere ascoltati in

caso di lamentele. Parlando di tematiche che sono più vicine ai ginecologi Dunlop ha anche ricordato che “il Servizio sani-

tario inglese sta affrontando cause per 6,5 mld di sterline a causa di errori grossolani al momento del parto”.

Soluzione possibile per cercare di ridurre i costi dovuti alle negligenze stesse? “La gestione del rischio clinico”. Y

## Quattro errori su dieci causati da mancato intervento

È la paura di sbagliare che da sempre causa danni, soprattutto se ad averla è chi tutela la nostra salute. Infatti, secondo quanto emerge dall’esame di 1.286 sentenze della Corte di Cassazione (dal 1995 al 2006), condotto dall’Università di Bari e presentato al convegno ‘Risk management in Sanità: gestione e prevenzione del rischio’, quattro errori medici su 10 sono causati dal mancato intervento del medico che preferisce “astenersi” per paura di

sbagliare. Il 34 per cento degli errori medici provoca danni di tipo neurologico ai pazienti. E fra le discipline mediche, al primo posto per frequenza di errori c’è l’ostetricia (32 per cento), seguita da ortopedia (9,5 per cento), chirurgia generale (8,5 per cento), anestesia (7,5 per cento) e terapia d’urgenza (6,5 per cento). “Dal nostro studio – ha spiegato Alessandro Dell’Erba, professore associato di Medicina Legale all’Università degli Studi di Bari - si

può rilevare come la ritardata prestazione (5 per cento), l’errata prescrizione, la trascrizione e la somministrazione di un farmaco (1,5 per cento) si attestino su percentuali decisamente più basse rispetto alla prestazione inadeguata (43,2 per cento) o addirittura omessa (39,7 per cento). Il numero dei sinistri, secondo i dati dell’Ania (l’Associazione nazionale imprese assicuratrici) - in dieci anni è passato dai 9.484 del 1994 ai

27.953 del 2004. Anche il numero degli incidenti denunciati a carico dei medici è aumentato passando da 3.154 nel 1994 a 11.932 nel 2004”. Secondo l’esperto, l’omessa prestazione trova spesso la propria causa in un atteggiamento ‘difensivo’ da parte del medico “che, per il timore di sbagliare, evita di intervenire. Commettendo in tal modo un errore. Abbiamo svolto questa analisi come primo tassello del ‘Progetto Clinical Risk

Management’ della Puglia. Nella nostra Regione non esiste né un sistema di monitoraggio né una rete regionale per la gestione del rischio clinico: la nostra iniziativa ha l’obiettivo di mettere a punto un sistema organico per la rilevazione dei sinistri e degli eventi sentinella che avvengono nelle unità del Servizio sanitario regionale (Ssr). Si potranno in tal modo evidenziare tempestivamente le criticità ed elaborare le azioni correttive specifiche.