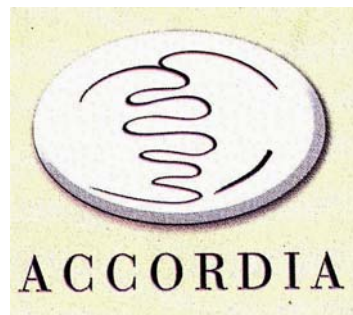
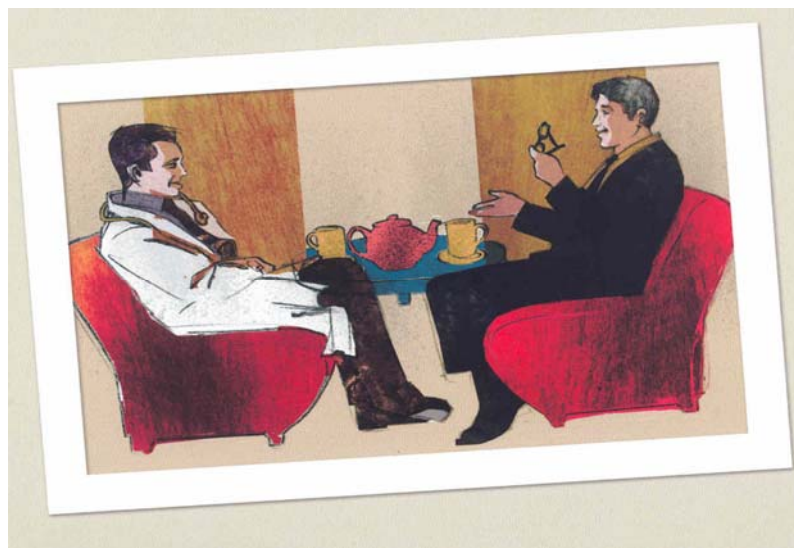




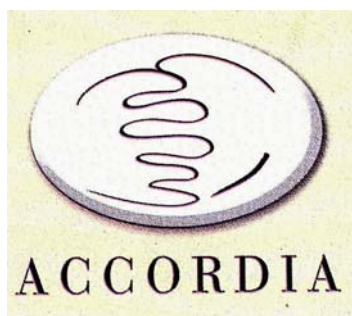
Ordine Provinciale di Roma
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



dal conflitto alla conciliazione



Via G. B. De Rossi, 9 – 00161 Roma



MARZO 2006

Il settore sanitario, a livello internazionale, europeo e nazionale, si sta misurando con il problema crescente e sempre più oneroso della gestione della malpractice. Gli approcci sono diversi, diversi i loro presupposti, diversi i risultati.

In Italia sta emergendo un orientamento originale, con una significativa base sperimentale, alla gestione degli errori in medicina, che viene illustrato in questo rapporto e che vede il nostro Paese in una posizione molto avanzata, anche rispetto ad altre importanti esperienze nazionali.



Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
Via G. B. De Rossi, 9 – 00161 Roma

Il Rapporto è stato curato dalla dott.ssa Priscilla Altì.

INDICE

Introduzione di <i>Mario Falconi</i>	7
1. La gestione degli errori medici. Litigiosità, gestione dei rischi e medicina difensiva. Un quadro internazionale	11
1.1. Stati Uniti, Canada e Australia	11
1.2. Alcune esperienze europee.....	16
2. La <i>malpractice</i> in Italia	23
2.1. Le dimensioni del fenomeno	23
2.2. La normativa nazionale e i disegni di legge in materia	27
3. Il Progetto Accordia	31
3.1. La sperimentazione	31
3.2. L'analisi dei dati	35
4. Per una sanità buona: Accordia, istruzioni per l'uso.....	41
5. Conclusioni	71
5.1. Alcuni elementi critici	71
5.2. Linee future di sviluppo	72
Bibliografia	77

Introduzione

di Mario Falconi

È necessario riconoscere che, a monte della questione della *malpractice* e della crescente problematicità della sua gestione, c'è una crisi del rapporto fiduciario alla base della relazione fra paziente e medico e di quello, più in generale, dei cittadini nei confronti della sanità, pubblica e privata. Tutti i paesi industrializzati, compresa l'Italia, sembrano coinvolti in questa crisi, che, in alcuni casi, è anche profonda.

Se i messaggi dei media, da una parte, alimentano nei cittadini grandi aspettative circa i traguardi sempre più avanzati raggiunti dalla medicina in ogni settore, se crescono il consenso e la partecipazione ad iniziative solidaristiche anche di massa a sostegno della ricerca, d'altro canto, gli stessi mezzi di comunicazione danno sempre più frequentemente spazio e risalto a notizie di cronaca nelle quali i pazienti sono vittime di errori medici di grande gravità, spesso del tutto ingiustificabili. Tutto ciò getta, comprensibilmente, il mondo degli utenti dei servizi sanitari in uno stato di profondo disorientamento.

Ma anche per i professionisti della sanità, compresi tra la ricerca delle migliori cure per il paziente, le disposizioni spesso paralizzanti degli organi di amministrazione in un regime di tagli alla spesa sempre più invasivi, la fallibilità umana e la litigiosità in aumento, il momento è incerto e sicuramente difficile. Lo testimoniano l'incremento del numero di denunce presso l'autorità giudiziaria contro i medici per i loro presunti errori (le cifre, per l'Italia, si aggirano sui 15.000 casi nel 2002) e la continua pressione di stampa e televisione, a volte, responsabili di operazioni a carattere marcatamente scandalistico.

Il tema della *malpractice* sanitaria, dunque, è fatto di due aspetti inscindibili:

- quello del paziente, che sente diminuire drasticamente la fiducia nei confronti della sanità e dei medici e teme che sia negato il proprio diritto costituzionale alla tutela della salute;
- quello del medico, per il quale essere sottoposto ad un giudizio produce danni pesanti, perfino incancellabili dal punto della credibilità professionale, anche nel caso di una piena assoluzione.

Queste dinamiche sono alla base del prodursi del meccanismo perverso noto come “medicina difensiva”. Questo meccanismo è costituito dalla sistematica e consapevole prescrizione di farmaci, procedure terapeutiche o accertamenti diagnostici non necessari alla salute del paziente (si parla in questo caso di tipologia positiva o commissiva), ovvero dalla tendenza ad evitare prestazioni ad alto rischio (tipologia negativa od omissiva), al solo fine di prevenire denunce giudiziarie, ma con ovvie ripercussioni negative, non solo sulla salute del paziente, ma anche sul piano dei costi. Nella sua versione negativa-ommissiva, questa pratica, diffusissima all'estero, arriva a spingersi al progressivo abbandono di particolari specializzazioni, considerate troppo rischiose. Dal punto di vista dei pazienti, ciò significa, nei casi con bassa probabilità di successo o con alto tasso di rischiosità, vedersi negato addirittura il diritto alla cura.

Anche in assenza di dati e stime ufficiali che traccino con certezza i confini del fenomeno, è opinione comune che negli ultimi anni le accuse di negligenza professionale in campo sanitario siano aumentate vertiginosamente.

La causa dell'aumentata litigiosità non è, però, da ricercarsi nella riduzione della qualità delle prestazioni professionali del sanitario.

Sicuramente è aumentata la coscienza dei pazienti e la loro attenzione nei confronti del personale sanitario; ma si ritiene che in alcuni casi le aspettative dei pazienti nei confronti della medicina possano essere eccessive, e quindi deluse. Il paziente, insomma, non si considera più oggetto di trattamenti terapeutici, ma soggetto titolare di diritti che egli vuole vedere garantiti nel proprio interesse ed in quello della collettività.

D'altro canto, al di là degli esiti in merito alla effettiva responsabilità, il procedimento giudiziario provoca di per sé ai medici spesso seri danni sul piano dell'immagine, sul piano economico e anche su quello morale.

In tale quadro, le Compagnie Assicuratrici mostrano un chiaro fenomeno di progressivo allontanamento dal settore sanitario. Infatti, è evidente il fenomeno di riduzione del numero di Compagnie che operano polizze assicurative professionali per i medici e per le strutture sanitarie.

L'insieme di questi fattori ha generato lo stravolgimento del rapporto medico-paziente, ora pervaso da reciproca diffidenza, tanto da sembrare ormai diffuso il principio che la salute dei cittadini debba essere salvaguardata più da un controllo assiduo della magistratura che dalla professionalità del medico.

Opinione comune è che la causa dell'aumento delle denunce per *malpractice* sanitaria vada ricercata nella carenza di rapporto di fiducia tra medico e paziente. Diventa così di primaria importanza favorire le condizioni di una ritrovata fiducia verso i medici da parte dei pazienti.

In tale contesto, per porre un freno al contenzioso dilagante e offrire un aiuto concreto ai medici e pazienti, l'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ha avviato, in via sperimentale, il Progetto Accordia, incentrato sulla costituzione di uno Sportello di Conciliazione come strumento per migliorare il rapporto medico-paziente, tutelando, da una parte, il decoro e l'immagine del professionista e dall'altra la salute del cittadino.

D'altronde, il decreto istitutivo dell'Ordine (D.Lgs.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233 *Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni*) elenca, all'articolo 3, lett. 9, tra le funzioni spettanti al Consiglio direttivo di ciascun Ordine proprio quella di "interporre, se richiesto, nelle controversie fra sanitario e sanitario, o fra sanitario e persona o enti a favore dei quali il sanitario abbia prestato o presti la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari e per altre questioni inerenti all'esercizio professionale, procurando la

conciliazione della vertenza e, in caso di non riuscito accordo, dando il suo parere sulle controversie stesse”.

In questo anno di sperimentazione, di cui si tracciano qui i primi risultati parziali, lo Sportello ha raccolto le esperienze dei cittadini in relazione al loro rapporto con la sanità, soffermandosi, in particolare, sulle segnalazioni di errori e carenze delle prestazioni mediche nonché eventuali testimonianze di episodi di buona sanità; ha costituito un punto informativo sul mondo sanitario offrendo sia ai medici sia ai cittadini la possibilità di risolvere in via amichevole le controversie tra loro insorte tramite la conciliazione.

Si evince dai primi sommari dati acquisiti che il progetto è riuscito nel suo intento di realizzare un luogo di ascolto, di incontro e di mediazione tra le legittime aspettative dei cittadini e i problemi concreti affrontati quotidianamente dal medico nell'esercizio della professione.

Inoltre, la conciliazione si è rivelata una soluzione tecnica che, pur garantendo il risarcimento degli eventuali danni, indirizza il conflitto sulla via dell'accordo e della pacificazione tra medico e paziente, senza che si verifichi una rottura dei rapporti.

Si tratta di risultati che incoraggiano a proseguire l'esperienza, certo con indispensabili correttivi, ma anche con significativi ampliamenti, sempre in collaborazione con l'Ordine degli Avvocati, la Camera di Conciliazione e le Compagnie Assicuratrici.

1. La gestione degli errori medici. Litigiosità, gestione dei rischi e medicina difensiva. Un quadro internazionale

1.1. Stati Uniti, Canada e Australia

Il tema della responsabilità civile e penale dei medici – la gestione della famigerata *malpractice* – si è affacciato con grande risalto sulla scena pubblica internazionale ormai da almeno mezzo secolo. Gli **Stati Uniti** sono stati i precursori nell'analisi degli incidenti collegati alle prestazioni sanitarie e le iniziative da essi intraprese vengono considerate con grande attenzione da tutti gli altri paesi. Fra le superpotenze, gli USA sono in testa per gli errori medici; secondo uno studio del 2005 del Commonwealth Fund, negli Stati Uniti un paziente su tre è stato vittima di *malpractice*, con forme che vanno da prescrizioni sbagliate a trattamenti inadeguati.

Per le caratteristiche proprie del sistema sanitario americano, dove il rapporto con i pazienti è sostanzialmente di tipo privatistico, la gestione delle *malpractice* si è tradotta in un altissimo tasso di litigiosità con ricorso ai tribunali, cosicché negli Stati Uniti, fino dagli anni '50, è stato attivato un insieme di interventi finalizzati al controllo e al contenimento della crescita dei risarcimenti dei danni dovuti all'attività medica. Progressivamente, i programmi di gestione del rischio, inizialmente concernenti solo alcune attività, come l'anestesia e l'ostetricia, sono stati applicati a tutte le specialità mediche. Così, partendo da una prospettiva essenzialmente difensiva, ci si è sempre più orientati verso l'obiettivo del miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie.

Negli Usa, i risarcimenti pagati dalle Compagnie Assicuratrici nell'area della responsabilità medica ed ospedaliera sono arrivati nel 2002 a 24,5 miliardi di dollari contro i 10,5 miliardi del 1992 e i 5,8 miliardi del 1982.

A partire dagli anni '90, va diffondendosi così, a vari livelli, un sistema di *gestione dei rischi* in ambito sanitario e di organizzazione della raccolta dei dati ad essi relativi. Ad oggi, 21 Stati su 50 hanno di fatto imposto agli

ospedali la raccolta dei dati relativi agli errori medici e l'amministrazione Bush ha spinto fortemente per la creazione di una banca dati nazionale degli errori medici.

In merito alla gestione dei rischi ospedalieri e al miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie intervengono anche i programmi federali di assicurazione sanitaria, le Compagnie Assicuratrici e il sistema di accreditamento per gli organismi di cura.

I programmi federali di assicurazione sanitaria si sono fatti promotori di campagne per il contenimento e la riduzione dell'incidenza degli errori medici più ricorrenti, mentre le Compagnie Assicuratrici hanno programmi specifici per i rischi di responsabilità generale e professionale degli ospedali e degli operatori sanitari, nei quali, oltre ad essere attribuita grande importanza alla raccolta dei dati in materia, vengono offerti incentivi agli ospedali che svolgono specifiche attività a garanzia della qualità delle prestazioni e della sicurezza del paziente (l'accreditamento contribuisce considerevolmente ad abbassare gli importi dei premi di quasi tutte le Compagnie Assicuratrici).

La *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), che si occupa dell'accreditamento di quasi l'80% degli ospedali degli Stati Uniti (circa 19.000), include nei suoi criteri numerosi standard relativi alla sicurezza del paziente, come, ad esempio:

- un approccio proattivo per il controllo e la gestione dei rischi in luogo di un approccio *a posteriori* basato sull'analisi degli errori commessi,
- la formazione e l'addestramento del personale al fine di garantire la sicurezza del paziente,
- un'appropriata procedura di informazione del paziente.

Dal 1996, è stata attivata una iniziativa che incoraggia la raccolta delle informazioni relative agli errori medici fondata sulla rilevazione dei cosiddetti *eventi-sentinella* (Sentinel Event Policy). Un *sentinel event* è definito come "un evento avente come conseguenza la morte imprevista o

una permanente perdita di funzionalità del paziente, non derivante dal naturale corso della malattia e, in particolare, ognuno dei seguenti eventi: suicidio di un paziente, rapimento o consegna di un neonato alla famiglia sbagliata, reazioni a trasfusioni emolitiche per incompatibilità dei gruppi sanguigni, interventi chirurgici su un paziente sbagliato o su una parte del corpo sbagliata”.

Ogni volta che si verifica un *sentinel event*, l’organismo accreditato deve svolgere un’indagine accurata delle cause immediate, ma soprattutto delle cause primarie, le “*root causes*”.

Anche i programmi di *Risk Management* hanno assunto un’importanza centrale all’interno delle organizzazioni ospedaliere, e sempre più ospedali ricorrono volontariamente (o obbligatoriamente) a centri di simulazione medica, come quello di Palo Alto, affiliato alla Stanford University, o il Massachusetts Center for Simulation di Boston per “allenare” ed educare il personale alle situazioni di emergenza, anche perché alcune Compagnie Assicurative offrono vantaggi ai medici che hanno usufruito della formazione nei centri di simulazione.

Il dato che viene segnalato ormai regolarmente è l’aumento della litigiosità e la crescita del numero dei ricorsi ai tribunali per il risarcimento dei danni subiti, con effetti pesantemente negativi sui premi assicurativi a copertura dell’attività professionale dei medici. Più che le statistiche, comunque significative (i costi legati alla gestione giudiziaria della *malpractice* medica sono cresciuti di oltre il 48% nel quinquennio 1990-1994, a fronte di un incremento delle altre cause per danno, nello stesso periodo, del solo 16,6%)¹, colpisce, del caso americano, la radicalizzazione del problema, che è gestito, anche per le caratteristiche del sistema sanitario nazionale degli USA, con un elevatissimo tasso di conflittualità, che vede praticamente tutti contro tutti: Compagnie Assicurative, Stati, associazioni professionali, singoli medici, avvocati, giudici e, naturalmente, anche i pazienti danneggiati.

¹ Anderson R.E., “The High Costs of Defensive Medicine”, *San Diego Union-Tribune*, 14 giugno 1998.

Se la raccolta di dati e le tecniche di gestione dei rischi costituiscono in qualche modo una risposta operativa al problema, c'è da segnalare anche una diffusa e preoccupante reazione alla litigiosità di origine psicologica, con effetti comportamentali carichi di conseguenze, non solo sanitarie, ma anche finanziarie. Si tratta della, già citata, *medicina difensiva*, cioè l'insieme di pratiche mediche che hanno come finalità principale, più che il benessere del paziente, quella di tutelare il medico da ogni possibile censura del proprio operato e di evitare controversie circa la diagnosi o la terapia. Uno studio statunitense del 2002 (sondaggio Harris) su un campione di medici, ha rilevato che il 79% di essi aveva ordinato a propri pazienti, nel corso dell'anno, analisi non necessarie a puro scopo difensivo. La percentuale rilevata nello studio pubblicato nel 2005 dal Journal of the American Medical Association² è ancora più elevata e arriva al 93%.

Studi recenti della Bloomberg School of Public Health della Johns Hopkins University (2005) mostrano come la litigiosità legata alla *malpractice* medica stia contribuendo a innalzare la spesa sanitaria negli Stati Uniti. La comparazione dei dati sulle cause per responsabilità medica in USA, Canada, Regno Unito e Australia mostra che gli Stati Uniti hanno il 50% in più di cause avviate per ogni 1000 abitanti del Regno Unito e dell'Australia, 350% in più del Canada, anche se i risarcimenti sono più bassi, mediamente, di quelli del Canada e del Regno Unito.

Dal momento che la litigiosità legata alle pratiche mediche è molto intensa anche in altri Stati del continente americano, di recente sono stati condotti studi anche in **Messico** sulla medicina difensiva, la quale, va ricordato, oltre alla moltiplicazione di test, analisi, esami, si configura anche nella propensione verso alcune pratiche chirurgiche (come il parto cesareo), nel tentativo di ridurre al minimo l'aleatorietà del giudizio e quindi la responsabilità personale diretta. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico messicana, nel 2005, ha rilevato presso il 61% di un

² Volume 293, n.21.

campione di medici intervistati un collegamento a pratiche di medicina difensiva³.

In **Canada**, la questione è impostata in maniera profondamente diversa rispetto agli USA. In Quebec, il Collegio dei Medici ha creato un sistema di sorveglianza e miglioramento delle prestazioni dei suoi membri basato sul monitoraggio di alcuni indicatori e su visite ispettive. Inoltre, una legge ha imposto, a partire dagli inizi degli anni '90, a tutte le strutture ospedaliere di dotarsi di un sistema di gestione dei reclami, che vengono trattati a tre livelli:

- livello ospedaliero (un responsabile per l'analisi dei reclami sottopone ad esame ogni segnalazione ricevuta ed informa gli utenti sulle conclusioni raggiunte);
- livello regionale (a cui si ricorre se l'utente si trova in disaccordo con le conclusioni raggiunte dall'ospedale);
- "Commissario dei reclami" (un ulteriore, ultimo, ricorso nel caso in cui l'utente si trovi in disaccordo anche con il livello regionale).

Per ciascuno dei tre livelli viene poi rimesso un rapporto annuale al Ministro della Sanità.

Sotto il profilo assicurativo, nel Quebec tutti gli ospedali sono assicurati per le responsabilità civile e professionale presso un organismo appositamente creato nel 1986 su iniziativa dell'Associazione degli Ospedali del Quebec, che ha allestito una banca dati e svolge un ruolo di consulenza per i suoi membri, aiutando gli ospedali a realizzare un programma di gestione dei rischi, e realizzando corsi di formazione ed informazione per il personale sanitario.

In **Australia**, le strategie adottate per fronteggiare il fenomeno sono gestite al livello federale, tramite il *Safety and Quality Council*, che fornisce orientamento politico e opera per la costruzione di un consenso

³ AAVV, *Difensive medicine in Mexico: an explorative survey of its characteristics*, Comision Nacional de Arbitraje Medico, Mexico, 2005.

qualificato fra i livelli federale, statale e territoriale, anche attraverso la pubblicazione di materiale informativo.

L’Australian Council for Safety and Quality Council ha messo in luce, con un suo rapporto presentato nel 2001, che l’errore clinico costa alla nazione circa 4 miliardi di dollari australiani l’anno. Il 50% di questa cifra è dovuto ai costi propriamente medici connessi all’errore e l’altro 50% è dovuto a perdita di produttività e ai costi sociali conseguenti. Il rapporto “Safety in Numbers” riferisce che nel 1997 e 1998 gli errori clinici in ospedale hanno contribuito alla morte di almeno 5400 australiani; in altri 177 casi sono stati la causa della successiva morte. Ma i dati vanno considerati per difetto perché molto probabilmente diversi errori non sono stati neppure registrati⁴.

Viene attribuita grande importanza ai sistemi di raccolta di informazioni sugli incidenti e sull’analisi delle loro cause remote. La maggior parte degli sforzi si concentra sugli ospedali, per i quali si sta rivedendo anche il sistema degli accreditamenti.

1.2. Alcune esperienze europee

L’Europa sta sperimentando fenomeni di gestione degli errori sanitari analoghi a quelli registrati in America, ma le risposte sono spesso di segno molto diverso. Nella tabella che segue, si riportano gli aumenti dei premi assicurativi verificatisi in un solo anno.

Tabella 1 – Aumento dei premi assicurativi

Paese	Anno	Variatz. %
Francia	2004	39%
Irlanda	2003	50%
Spagna	2003	100%
Danimarca	2004	85%
Ungheria	2003	25%

Fonte: Baker, 2005.

⁴ Gray D., *Strict report rules on medical errors*, Thursday, 2 August 2001, <http://theage.com.au>

Nei **Paesi Bassi**, gli ospedali non ricevono alcun accreditamento da parte dello Stato, ma da parte di una assicurazione privata che rimborsa i pazienti per i costi delle cure sostenuti. Il sistema sanitario dei Paesi Bassi è pertanto regolato dalla concorrenza tra i professionisti e gli ospedali basata essenzialmente sulla sicurezza e sulla qualità.

Importante è l'attività di un raggruppamento di assicurazioni mediche, Medirisk⁵, costituito nel 1992 da dodici ospedali in seguito ad un forte contesto di crisi creato dalla liberalizzazione delle tariffe assicurative. Questa liberalizzazione aveva avuto come conseguenza, in un primo momento, la moltiplicazione delle Compagnie (senza incremento dei premi), quindi il ritiro dal mercato della maggior parte delle Compagnie Assicuratrici ad eccezione di due, che avevano aumentato le loro tariffe del 200%. Tra il 1993 e il 2001, gli ospedali aderenti alla Medirisk sono aumentati del 550%.

La filosofia di Medirisk non è di cercare un responsabile dei sinistri, ma di abbassare il tasso di sinistrosità al fine di diminuire i suoi costi.

Ogni ospedale – in maniera analoga a quanto accade in Québec - si è dotato di un ufficio apposito per la raccolta e il trattamento dei reclami dei pazienti e dei visitatori. Il personale di questo ufficio viene formato annualmente da Medirisk. Chi desidera sporgere reclamo può contare sull'assistenza delle associazioni dei pazienti e di pubblicazioni specifiche messe a disposizione da Medirisk. Le informazioni raccolte vengono trattate da un comitato interno all'ospedale, totalmente indipendente dalle assicurazioni.

In **Gran Bretagna**, il costo annuale totale per le cause di *malpractice* è cresciuto sette volte fra il 1995 e il 1996. Il tasso di nuove cause intentate contro specialisti è cresciuto del 72% fra il 1990 e il 1998. I premi assicurativi sono cresciuti dell'8% l'anno negli ultimi tre anni e in **Irlanda** del 10%, e questi dati non comprendono ostetrici e neurochirurghi, che sono considerati addirittura non assicurabili. In Irlanda, per un ostetrico, un

⁵ <http://www.the-medirisk.com/bp.html>.

premio basato sul rischio costerebbe 400.000 euro. Dal 1° febbraio 2004, lo Stato irlandese si è accollato questi costi, il che significa che essi vengono pagati dai contribuenti. Nel Regno Unito non è raro che un risarcimento per invalidità permanente oscilli tra i 3 e i 5 milioni di sterline.

La strategia di contrasto messa in atto nel Regno Unito utilizza numerosi meccanismi, fra i quali forme di rendicontazione e di rilevamento dei dati, gestite in parte anche dalle organizzazioni per la sicurezza dei pazienti, che compiono anche valutazione di medici e di strutture sanitarie. È in funzione anche un meccanismo di valutazione *peer to peer* (da pari a pari) per i medici. Il sistema coinvolge complessivamente, sia la sanità pubblica, sia quella privata.

In **Spagna**, dove le cause per gli errori medici erano abbastanza rare fino agli anni Ottanta, il fenomeno si è rapidamente esteso a mano a mano che alla tradizionale relazione fiduciaria fra medico e paziente è andata sostituendosi, nel quadro di profondi mutamenti culturali e di una maggiore percezione dei diritti dei cittadini, una relazione di carattere fornitore-cliente.

Il Collegio dei medici di Barcellona, una associazione professionale di oltre 20.000 iscritti, raccoglie i dati di tutte le denunce di *malpractice* che riguardano i propri associati. Ogni anno, secondo gli elementi in possesso del Collegio, un medico su 100 era coinvolto in un'azione legale per *malpractice*. Nel 1992 venne negoziata un'unica polizza assicurativa fra il Collegio dei Medici di Barcellona, il Servizio Sanitario Catalano e una società di assicurazioni. Il premio annuale (5,8 milioni di euro) era ripartito fra i medici (65%) e il Servizio Sanitario Catalano (35%).

Nel complesso, l'80% delle denunce si conclude con un nulla di fatto, il 15% vengono risolte fuori dai tribunali e solo il 5% dà luogo a processi civili o penali. Nel 1994, il Collegio lanciò un nuovo progetto, per la riduzione delle denunce legali. Il programma prevedeva consulenze ai medici di tipo professionale e legale sul consenso informato e su argomenti

collegati. In questa direzione è stato attivato anche il bollettino quindicinale del Collegio, che pubblica la discussione di casi, con il contributo di medici e avvocati e giudici e che promuove fra i medici una cultura dei diritti dei pazienti.

Si ricorre anche alle cosiddette “denunce preventive”, che consistono in un avviso formale in situazioni ad alto rischio, con alta probabilità di tradursi in occasioni di *malpractice*.

In **Francia**, che per molti anni ha registrato uno stile di gestione delle *malpractice* simile a quello conflittuale degli Stati Uniti, a partire dal 2002, i pazienti possono rivolgere i propri reclami a una commissione designata dal governo regionale che ha la responsabilità di determinare se esistono gli estremi per un risarcimento e, in caso positivo, di quantificare tale risarcimento. Perché il paziente sia risarcito, non è necessario che la commissione accerti il torto del medico o che la sua negligenza abbia causato le sofferenze o i danni che il paziente lamenta. Il denaro deriva da un fondo di risarcimento nazionale, alimentato con risorse di origine fiscale.

In **Germania**, sebbene non esistano statistiche ufficiali, le stime indicano circa 40.000 casi di *malpractice* medica sospetta e 12.000 casi conclamati ogni anno, con larga prevalenza per i casi ospedalieri e la chirurgia. Anche in Germania, dagli anni ‘70, si è assistito a un notevole aumento della litigiosità

Fra le misure che si stanno intraprendendo, ci sono l’introduzione della valutazione di qualità e la valutazione degli errori da parte delle associazioni professionali dei medici.

A partire dagli anni ‘70, infatti, sono nate, presso gli ordini professionali dei medici, le *Gutachterkommissionen* e *Schlichtungstellen*, organismi camerali sorti al fine di favorire, grazie al loro alto grado di competenza e di obiettività, una rapida conciliazione stragiudiziale delle

controversie in tema di responsabilità medica, nell'interesse di entrambe le parti coinvolte in questo tipo di contenzioso.

Esistono in tutto il territorio federale nove *Gutachterkommissionen* (Commissioni di periti) e *Schlichtungstellen* (Luoghi di conciliazione), che ormai sono attivi da oltre 25 anni.

Le *Gutachterkommissionen* si fermano alla valutazione della condotta medica, aiutando paziente e medico a capire quando la pretesa risarcitoria è, rispettivamente, fondata o infondata, mentre i *Schlichtungstellen*, esponendo le ragioni della eventuale responsabilità risarcitoria del medico, concludono il procedimento con una proposta conciliativa formulata direttamente all'impresa assicuratrice, che è parte del procedimento dei *Schlichtungstellen*. L'esito della controversia dipende sempre, comunque, da una negoziazione diretta tra il paziente (ed i suoi legali) e l'impresa assicuratrice, che si svolge sulla base dei risultati ottenuti nel procedimento dinanzi alle commissioni, che si conclude con un semplice accertamento o con una proposta conciliativa.

Lo svolgimento del procedimento dinanzi alle *Gutachterkommissionen* e nei *Schlichtungstellen* presuppone l'adesione volontaria delle parti. Il procedimento è gratuito, e le spese sono sostenute dalle *ÄrzteKammern* (Ordini dei Medici). La richiesta di pronunciamento va rivolta in forma scritta. Nel 2000, le commissioni conciliative hanno registrato 9.666 domande di intervento. Il 30% di queste istanze non sono state trattate nel merito per la presenza di impedimenti in genere riguardanti l'assenza di alcuni requisiti di base. Dei 6.372 casi trattati nel merito, il 66% circa sono stati decisi a favore del medico e 1.749 casi si sono conclusi con esito favorevole al paziente (il 27,4%).

L'importanza dell'esperienza delle *Gutachterkommissionen* e dei *Schlichtungstellen* va ricercata nel loro forte effetto deflativo rispetto al carico giudiziario ordinario, nella maggiore economicità del sistema e nella riduzione sensibile dei tempi di risoluzione delle controversie.

Esperienze assimilabili a quella tedesca si sono avviate anche in **Austria** dalla metà degli anni '80, sempre su iniziativa degli ordini professionali di ogni *Bundesland*.

La **Svezia** è considerata il capofila di un gruppo di paesi, tra i quali vi sono la **Norvegia**, la **Danimarca**, la **Finlandia**, e, fuori dall'Europa, la **Nuova Zelanda**, che hanno in comune un sistema di gestione e di risarcimento della *malpractice* detto "no-fault", più interessato a compensare il danneggiato che a sanzionare il responsabile. Il sistema svedese funziona da circa 30 anni e vede i medici attivamente al fianco dei pazienti: per una percentuale che oscilla, a seconda degli anni, tra il 60 e l'80 per cento dei casi, è proprio il medico a informare il paziente che può fare richiesta di risarcimento. I costi sono sostenuti dai premi pagati dai consigli regionali e dai medici. I moduli per la richiesta vengono distribuiti in tutti gli ospedali e in tutte le cliniche, per passare poi a una commissione di esame di nomina governativa, che comprende tre rappresentanti dei sindacati della sanità e cinque funzionari eletti. Esiste un tariffario predefinito per le perdite non economiche e la decisione è inappellabile. Il massimo danno riconoscibile è fissato a 880.000 euro. I pazienti possono eventualmente ricorrere a un arbitrato gratuito, che spesso viene interamente gestito per posta. C'è in parallelo una Commissione per la Responsabilità Medica, che ha sole funzioni disciplinari nei confronti dei professionisti (si tratta di una commissione notoriamente molto severa, per cui circa il 20% di tutte le denunce di *malpractice* si traduce in un avviso o un'ammonizione che resta per sempre nel fascicolo del medico o dell'infermiere, e l'1% comporta la cancellazione dall'albo o il ritiro della licenza). Se è vero che questo sistema, così semplice da far funzionare, ha fatto sì che la Svezia abbia un numero di pazienti ricorrenti tre volte superiore a quello degli Stati Uniti, è anche vero che più del 50% delle denunce vengono ritenute infondate e il risarcimento medio è 30 volte più basso di quello accordato dai tribunali americani.

Nella tabella che segue, vengono riportate in forma sintetica le caratteristiche delle tipologie di gestione della litigiosità legale generati da errori medici descritte fin qui nei diversi paesi citati.

Tabella 2 - Gestione della litigiosità per errori medici nel mondo

	Gestione dei rischi	Accordi con le assicurazioni	Liquidazione dei danni senza accertamento di colpa	Monitoraggio dei dati	Soluzione giudiziale delle liti	Soluzione stragiudiziale delle liti da parte di commissioni mediche	Composizione dei conflitti da parte di organismi di conciliazione
Australia	X			X	X		
Austria	X				X	X	
Canada	X	X		X	X		
Francia	X		X		X		
Germania	X				X	X	
Irlanda	X			X	X	X	
Messico	X				X	X	
Nuova Zelanda	X		X		X		
Paesi Bassi	X	X		X	X		
Paesi Nordici	X		X		X		
Regno Unito	X			X	X	X	
Spagna	X	X		X	X		
Stati Uniti	X			X	X		

2. La *malpractice* in Italia

2.2. Le dimensioni del fenomeno

Malgrado i tratti preoccupanti del fenomeno della litigiosità conseguente agli errori medici e i numerosi segnali che ne indicano la presenza, la diffusione e la progressiva estensione, in Italia non esiste un sistema di monitoraggio e di rilevazione ufficiale, completo e aggiornato, che permetta di tracciarne con chiarezza inconfutabile i confini e di misurarne con precisione gli andamenti.

Ciò deriva anche dal fatto che non esiste un organismo – analogo a quelli che sono attivi da tempo in diversi Stati degli USA o in alcuni Paesi europei - che operi al fine esclusivo di raccogliere e diffondere i dati di tutti gli eventi sanitari indesiderati e funzioni contemporaneamente da *feed-back* con le strutture ed i medici per la prevenzione e la correzione dell'evento. La quantificazione degli errori medici è, inoltre, un compito arduo per la mancanza di dati, statisticamente e storicamente rilevanti, e disaggregati a livello ottimale riguardo ai sinistri ospedalieri o privati ed ai relativi ricorsi all'autorità giudiziaria.

Su tali premesse, l'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici (ANIA)⁶, propone una fotografia dell'evoluzione del numero dei sinistri denunciati alle imprese d'assicurazione e del loro costo medio nel periodo 1994/2002⁷.

Dalla lettura della tabella 3 si rileva che, nel periodo preso in considerazione, il numero totale dei sinistri denunciati in Italia è nel complesso quasi raddoppiato, passando da oltre 8.000 casi a poco meno di 15.000. In particolare, nel 2002 sono stati stimati in 7.800 i sinistri per la responsabilità civile professionale (con un aumento del 148 % rispetto al

⁶ Rapporto Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici, *L'assicurazione italiana*, 2004, Milano, Rapporto ANIA.

⁷ Si sottolinea che le stime dell'ANIA classificano come *sinistro* ogni richiesta di risarcimento pervenuta ad un'assicurazione. Il dato non è depurato dalle richieste in capo a più medici per lo stesso eventuale errore, quelle alle strutture sanitarie e dalle richieste che verranno poi respinte.

1994) e in 6.700 quelli per la responsabilità civile delle strutture sanitarie (con un aumento del 31%).

Tabella 3 - La responsabilità civile in ambito sanitario

	1994	2002	Variaz. %
RESPONSABILITÀ CIVILE			
professionale medica			
numero di sinistri denunciati	3.150	7.800	148%
costo medio dei sinistri	14.500	17.550	21%
RESPONSABILITÀ CIVILE			
strutture sanitarie			
numero di sinistri denunciati	5.100	6.700	31%
costo medio dei sinistri	16.000	26.750	67%

Fonte: ANIA, 2004.

Il rapporto dell'ANIA sottolinea come alla base della forte crescita del numero dei sinistri vi sia anche il mutato atteggiamento dei pazienti e dei loro familiari, che tendono a valutare l'adeguatezza scientifica degli accertamenti e delle cure sostenute, nonché l'operato dei medici e delle strutture sanitarie.

Si mette, inoltre, in risalto come la crescita delle richieste di risarcimento derivi anche dall'ampliamento, sia del novero dei soggetti da considerare danneggiati – non più solo il paziente, ma anche i suoi congiunti – sia dell'area della responsabilità del medico. Tale ampliamento è avvenuto, non attraverso modifiche normative, ma ad opera della giurisprudenza, che ha progressivamente interpretato le norme in senso più favorevole ai danneggiati.

Lo stesso andamento è rilevabile per il costo medio dei sinistri, che segna una crescita del 21% per la responsabilità civile professionale medica e del 67% per quella delle strutture sanitarie, anche in ragione del forte aumento di talune componenti del danno da risarcire e, precisamente, di quelle rappresentate dal “danno biologico” e dal “danno morale”.

L'ANIA evidenzia, peraltro, che la stima delle variazioni del costo medio dei sinistri è destinata a subire ulteriori incrementi. Infatti, mentre per la generazione dei sinistri denunciati nel 1994, vista a fine 2002, sono

state acquisite sufficienti informazioni sui sinistri e sul relativo importo da indennizzare, per la generazione dei sinistri denunciati nel 2002 la completa definizione del danno richiederà ancora tempi lunghi, con conseguente rivalutazione degli importi dei sinistri che verranno liquidati.

La reazione delle Compagnie Assicuratrici al descritto aumento del numero dei sinistri e del loro costo medio si traduce, in primo luogo, nell'aumento dei premi. Nonostante ciò, l'ANIA stima che ancora nel 2002 per ogni 100 euro di premi incassati, le imprese abbiano sostenuto spese ed esborsi per risarcimenti per un ammontare pari a 180 euro per la responsabilità civile professionale medica e a 240 euro per la responsabilità civile delle strutture sanitarie.

Il reperimento di informazioni attendibili che forniscano un quadro completo e dettagliato del fenomeno è, come si è detto, impresa ardua, sia per la mancanza di un dato ufficiale, sia per la difficoltà di una stima uniforme e disaggregata per specializzazioni mediche.

Alcuni autorevoli organismi hanno tentato di effettuare stime – perché solo di stime è lecito parlare - in materia ed anche le Associazioni a tutela del malato sono state da sempre in prima linea nello sforzo di delineare il fenomeno. In particolare, l'Osservatorio Nazionale sulla *Malpractice Medica* istituito presso l'Università di Napoli⁸, finanziato dal Ministero dell'Università e della Ricerca, riferisce che di 1.300 casi monitorati che hanno concluso l'iter processuale, i medici che hanno ricevuto più denunce sono i chirurghi (181 casi) e che ben 105 di loro (cioè il 58%) sono stati condannati.

Occupano il secondo posto i ginecologi, per i quali, tuttavia, il rischio di essere considerati responsabili dell'errore è ancora più alto (su 162 citati in giudizio 123, pari al 76% circa, vengono condannati). Anche gli ortopedici sono spesso coinvolti in procedimenti giudiziari (146 denunce e 95 responsabilità accertate, pari al 65%). Per i medici oncologi, invece, l'assoluzione è di gran lunga l'esito più frequente: 100 casi su 119, per cui la percentuale di sentenza di colpevolezza è pari al solo 16%.

⁸ Dati reperibili e scaricabili all'indirizzo <http://www.gisdi.unina2.it/simlapub/stats.asp>.

Tabella 4 – Dati sul fenomeno della malpractice in Italia

Specialistiche	Coinvolte	Riconosciute
Chirurgia Generale	181	105
Ostetricia e Ginecologia	162	123
Ortopedia e Traumatologia	146	95
Medicina Generale	123	46
Anestesia e Rianimazione	119	40
Pronto Soccorso	81	48
Cardio-vascolochirurgia	45	19
Nefro-urologia	34	13
Radiologia (diagnostica/terapeutica)	35	25
Cardiologia	34	8
Neurochirurgia	30	13
Oncologia	119	19
Chirurgia Plastica	27	21
Odontoiatria e Stomatologia	23	20
Oculistica	20	16
Neonatologia	19	12
Otorinolaringoiatria	18	10
Gastroenterologia	15	4
Anatomia ed Istologia patologica	11	9
Altre	51	22
Totale	1293	768

Fonte: Osservatorio Nazionale Malpractice Medica, 2004.

Pertanto, in sintesi, le professioni mediche per le quali si registra un maggior numero di casi di *malpractice* riconosciuti e che, quindi, sono considerate più a rischio sono:

- ostetricia/ginecologia (16,0% del totale dei casi segnalati),
- chirurgia generale (13,7%),
- ortopedia e traumatologia (12,4%),
- medicina generale (6,0%),
- anestesia e rianimazione (5,2%).

Tuttavia, anche se non si registrano dati specifici, la categoria professionale attualmente più a rischio in Italia è quella dei chirurghi plastici: più di 3 denunciati su 4 sono stati poi condannati (21 responsabilità accertate sui 27 casi denunciati). Infine, nel 70% dei casi segnalati all'Osservatorio è stata riconosciuta la responsabilità del

professionista; quasi il 50% delle azioni giudiziarie di risarcimento viene trattata in sede penale, il 36% in sede civile e il 14% in sede stragiudiziale.

2.2. La normativa nazionale e i disegni di legge in materia

I problemi della responsabilità medica, civile e penale, sono temi ampiamente dibattuti anche in ambito accademico e nelle aule del Parlamento.

Autorevoli personalità ritengono che il nostro codice penale sia privo di un sistema di norme specifiche atte ad interpretare la complessità e la peculiarità del trattamento medico chirurgico (Vassalli, 1973), ma situazione non migliore si riscontra in campo civile, tant'è che il codice dedica alla responsabilità del professionista un'unica norma, l'art. 2236 c.c.

L'errore medico che lede il benessere fisico e psichico è tutelato dai giudici con crescente attenzione. Recentemente, infatti, la magistratura non tiene più conto solo del danno economico subito dal paziente, ma anche di quello morale (la sua sofferenza) e di quello biologico (le lesioni all'integrità psicofisica) e della sua vita di relazione. Il danno morale, ai sensi dell'art. 2059 del Codice civile, è il prezzo per il dolore patito in conseguenza di un evento lesivo. In passato, questa tipologia di danno era riconosciuta alle vittime di reati che causavano lesioni all'integrità psicofisica; recentemente la Corte di Cassazione ha ampliato la risarcibilità anche a chi, non sia stato vittima di un reato, ma abbia subito lesioni di un diritto costituzionalmente garantito. Secondo questa corrente giurisprudenziale, perciò, il danno morale sarebbe risarcibile di per sé.

Il danno biologico, invece, è una lesione del bene salute, inteso come bene psicofisico e benessere sociale. Il Codice civile, nell'art. 2043, obbliga al risarcimento chi abbia commesso qualunque fatto doloso o colposo che cagiona un danno ingiusto. Il danno biologico, determinando una menomazione della integrità psicofisica della persona, è considerato di per se stesso ingiusto, quindi risarcibile. La giurisprudenza ha ritenuto che

rientrasse in questo tipo di danno anche il danno estetico, alla vita di relazione, alla sfera sessuale.

La c.d. *responsabilità sanitaria* sintetizza ed unifica il piano della responsabilità di chi esercita professionalmente prestazioni mediche con quello, molto più recente, della responsabilità degli enti ospedalieri e delle case di cura, che oggi occupano un'ampia fetta della responsabilità civile. La fattispecie, perciò, non trova uno specifico riferimento giuridico. Il problema di tale lacuna legislativa si traduce nelle moderne dinamiche assicurative, soprattutto in assenza di una cultura assicurativa diffusa. Infatti, l'Italia è, a differenza di quanto avviene a livello internazionale, carente di una cultura della gestione del rischio in modo multidisciplinare e sistemico tra gli operatori, nel più ampio ambito della gestione dei rischi in campo sanitario.

Taluni ritengono che i problemi della responsabilità civile nell'area medica e della relativa assicurazione possano essere avviati a soluzione introducendo l'obbligo di assicurazione in capo a tutte le strutture sanitarie, per coprire anche i danni causati dal personale medico appartenente alla struttura. Proposte dirette a disciplinare in tal senso la materia sono state avanzate anche in Parlamento da diverse parti politiche. Infatti, nel corso XIV legislatura sono stati presentati alcuni interessanti disegni di legge. In particolare:

- ddl n. 108 d'iniziativa del senatore Tomassini, "Norme nuove in tema di responsabilità professionale del personale sanitario"; già presentato al Senato nel corso della XIII legislatura il 3 luglio 1996 e riproposto nel corso della corrente legislatura il 6 giugno 2001;
- ddl n. 1230 d'iniziativa del senatore Eufemi e altri, "Delega al Governo in materia di conformazione della responsabilità civile da illecito al diritto comune europeo e in tema di diritto alla salute e di diritti umani inviolabili"; presentato alla Presidenza della Camera il 13 marzo 2002;

- ddl n. 929 d’iniziativa del senatore Nocco e altri, “Norme per la mediazione delle liti”; comunicato alla Presidenza del Senato il 5 dicembre 2001.

In particolare, il ddl 108 mira ad introdurre un sistema per cui la responsabilità civile per danni accorsi a pazienti in cura presso una struttura ospedaliera pubblica o privata sono considerati sempre a carico della struttura, che a sua volta può avviare azioni disciplinari nei confronti di medici dipendenti che abbiano commesso un fatto con colpa grave o dolo.

La proposta introduce l’assicurazione per la responsabilità civile obbligatoria a carico delle strutture ospedaliere pubbliche e private, come requisito necessario per poter esercitare l’attività, con la previsione dell’azione diretta del danneggiato nei confronti dell’assicuratore e l’apposizione di una serie di termini perentori per la formulazione della proposta di liquidazione. In analogia con l’assicurazione obbligatoria della responsabilità civile automobilistica, quindi, il ddl in esame delinea i termini dell’assicurazione obbligatoria delle strutture sanitarie con massimali e tariffe stabilite a livello centrale.

La soluzione delle controversie proposta privilegia lo strumento arbitrale. Infatti, al fine di creare un canale di risoluzione rapida delle vertenze anche in assenza di accordo tra danneggiato e compagnia di assicurazione, il disegno di legge prevede la possibilità di ricorrere all’arbitrato. Il procedimento, il lodo e le impugnazioni devono essere svolti in conformità agli articoli 816 e seguenti del codice di procedura civile, con indicazione del termine perentorio di conclusione dei lavori in novanta giorni, eventualmente estensibili previo accordo tra le parti qualora la vicenda si presenti particolarmente complessa.

La struttura proposta dal ddl 108 potrebbe, con i dovuti correttivi, essere la base per una iniziativa legislativa in materia che tenga conto dell’esperienza maturata all’interno del progetto Accordia.

3. Il Progetto Accordia

3.1 La sperimentazione

Per far fronte al fenomeno degenerativo della litigiosità, dal forte impatto sociale, fin qui descritto, l'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ha lanciato, in via sperimentale, la costituzione di uno Sportello di Conciliazione, allo scopo di accogliere ed esaminare gratuitamente le denunce dei cittadini per indirizzarle a una soluzione bonaria e di trasmettere le domande di conciliazione, che presentassero una serie di requisiti, alla Camera di Conciliazione istituita dall'Ordine degli Avvocati di Roma e dalla Corte di Appello di Roma, così da ottenere una proposta di composizione in tempi estremamente brevi se paragonati a quelli della giustizia ordinaria: novanta giorni a fronte di numerosi anni.

Il progetto, realizzato per la prima volta in Italia, ha avuto carattere assolutamente innovativo. Lo Sportello presenta infatti caratteristiche che differenziano sostanzialmente questa esperienza da tentativi simili adottati a livello internazionale e comunitario, dei quali si è già trattato nel primo capitolo. I principali elementi di novità sono rappresentati:

- dalla convergenza di due ordini professionali in un programma di tutela diffusa dei diritti (tanto quelli dei pazienti, quanto quelli dei medici);
- dall'approccio teso al dialogo, alla consulenza e all'incontro e non all'exasperazione della conflittualità;
- dalla disponibilità di Compagnie di Assicurazione di primaria importanza (in primo luogo Assicurazioni Generali e Assitalia, Fondiaria-SAI, Unipol, in seguito Mediolanum e Zurigo Assicurazioni), che, accettando di intraprendere un percorso che va ben al di là delle tradizionali logiche assicurative, hanno stipulato una convenzione con l'Ordine dei Medici, in base alla quale esse si sono impegnate a partecipare al progetto Accordia quando fosse interpellato un

medico loro assicurato. L'iniziativa è comunque alla ricerca dell'adesione di altri gruppi assicurativi, alcuni dei quali stanno mostrando interesse verso l'iniziativa.

Lo Sportello di Conciliazione, con sede presso l'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, è stato aperto a tutti i cittadini che ritenessero di essere rimasti vittima di episodi di malasanità la cui responsabilità fosse imputabile esclusivamente al medico.

Obiettivo primario del progetto è stato, infatti, quello di creare un punto di ascolto e di raccolta delle segnalazioni dei pazienti, nel quale essi potessero confidarsi e confrontarsi con personale specializzato, competente e motivato, sugli aspetti concreti della *negligenza professionale* sanitaria.

Attore importante del progetto è stata la Commissione Tecnica - organo indipendente, composto da quattro membri effettivi, due avvocati e due medici legali (anche se per garantire una maggiore tutela del cittadino alle riunioni sono stati sempre presenti anche i due medici supplenti) di comprovata professionalità – alla quale è spettato il compito di valutare le richieste pervenute allo Sportello, esprimendo un parere sulla possibilità di procedere ad una definizione amichevole della controversia.

In particolare, le domande di conciliazione dovevano rispettare alcune caratteristiche, quali:

- riguardare il rapporto professionale medico-paziente, con espressa esclusione di strutture pubbliche o private eventualmente coinvolte nel rapporto di lavoro;
- le liti dovevano avere natura civilistica e quindi sono state escluse tutte le controversie di natura penale;
- il valore della richiesta di risarcimento non doveva superare i 25.000 euro;
- l'evento dannoso, oggetto della lite, doveva essersi verificato a Roma, o nella provincia, e doveva essere stato prodotto da un medico od odontoiatra iscritto all'Ordine di Roma;

- l'evento dannoso doveva riferirsi al periodo compreso tra il 1° gennaio 2003 ed il 31 dicembre 2005, data di conclusione della sperimentazione;

- le controversie oggetto della conciliazione non dovevano essere state precedentemente denunciate con formale lettera di un legale o sottoposta all'Autorità Giudiziaria Ordinaria.

In caso di riscontro positivo da parte della Commissione Tecnica, il paziente e il medico hanno avuto la possibilità incontrarsi con un Conciliatore nominato dalla Camera di Conciliazione, organo istituito dall'Ordine degli Avvocati di Roma e dalla Corte di Appello di Roma con lo scopo di favorire una rapida conciliazione preventiva delle liti, evitando il ricorso automatico all'Autorità Giudiziaria Ordinaria.

La procedura di conciliazione è basata su una Convenzione stipulata tra la Camera di Conciliazione di Roma e l'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, orientata alla definizione extragiudiziaria delle controversie tra i medici iscritti all'Ordine di Roma e i cittadini, al fine di migliorare il rapporto medico-paziente, tutelando da una parte il decoro e l'immagine del professionista e dall'altra i diritti del cittadino. Inoltre, la Convenzione prevede che la risoluzione delle controversie tra il medico e il paziente gratuitamente ed in tempi brevi (massimo novanta giorni dalla presentazione delle domande di conciliazione).

È fondamentale sottolineare che tutto il meccanismo messo in moto da Accordia ha una base di adesione puramente volontaria. Il medico o la compagnia assicuratrice, infatti, sono liberi di aderire o meno al progetto e anche, nel caso di adesione, la proposta di conciliazione avanzata in sede di Camera di Conciliazione può essere rifiutata, tanto dal medico, quanto dal paziente e non preclude in alcun modo la possibilità, da parte di entrambi, se insoddisfatti, di ricorrere alla giustizia ordinaria.

Lo Sportello di conciliazione, che è stato aperto il 1° gennaio 2005, nonostante la fase sperimentale del progetto sia finita il 31 dicembre 2005,

è tuttora in funzione, proprio per proseguire sulla strada dell'informazione e del dialogo.

Presso la sede dell'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, in via G.B. De Rossi 9, lo Sportello è fatto funzionare da uno staff di sei addetti qualificati, due coordinatori e quattro collaboratori, messi a disposizione dall'Ordine. È aperto al pubblico il lunedì e venerdì mattina dalle 9.00 alle 13.00, e il mercoledì pomeriggio dalle 15.15 alle 17.00 ed è contattabile anche al numero verde 800 905 099. Informazioni dettagliate sul progetto sono, inoltre, reperibili sul sito dell'Ordine (www.ordinemediciroma.it).

I servizi dello Sportello sono totalmente gratuiti, poiché i costi sono sostenuti dall'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e dalle Compagnie Assicuratrici che hanno aderito al progetto. Le uniche spese a carico del cittadino sono quelle relative agli onorari del legale da cui egli decida eventualmente di farsi assistere.

I tempi della procedura sono serrati, per permettere una veloce risoluzione del problema. Infatti, entro 30 giorni dal contatto, lo Sportello verifica la completezza della documentazione e la disponibilità del medico a partecipare alla procedura conciliativa. In seguito, la domanda presentata dal cittadino, unitamente al carteggio fornito dal sanitario, viene trasmessa alla Commissione Tecnica, che la esamina, valutandone la fondatezza e l'ammissibilità secondo i requisiti stabiliti dalla Convenzione per la conciliazione ed esprime entro 30 giorni un parere sulla possibilità di procedere alla definizione amichevole della controversia.

In caso di parere positivo da parte del medico e/o della relativa compagnia assicuratrice, le parti possono attivare congiuntamente la procedura di conciliazione presso la Camera di Conciliazione di Roma. Entro 30 giorni dalla ricezione della pratica dalla Commissione Tecnica, le parti sono convocate in Camera di Conciliazione per una definizione amichevole della controversia.

Qualora il medico fosse assicurato con una delle Compagnie Assicuratrici aderenti al progetto, questa compagnia provvederà alla

liquidazione degli importi pattuiti in sede di conciliazione, secondo gli impegni presi con l'Ordine dei Medici. Il pagamento avverrà comunque entro 30 giorni dalla definizione della controversia.

Nell'ipotesi in cui le parti non giungano ad un accordo, il Conciliatore redigerà un verbale di mancato accordo, precisandone le ragioni. Le parti rimangono, pertanto, libere di procedere in altro modo ed eventualmente di adire l'Autorità Giudiziaria Ordinaria.

L'attività sperimentale dello Sportello di conciliazione è stata sottoposta al controllo di una Commissione di Garanzia, che ne ha monitorato l'evoluzione.

3.2. L'analisi dei dati

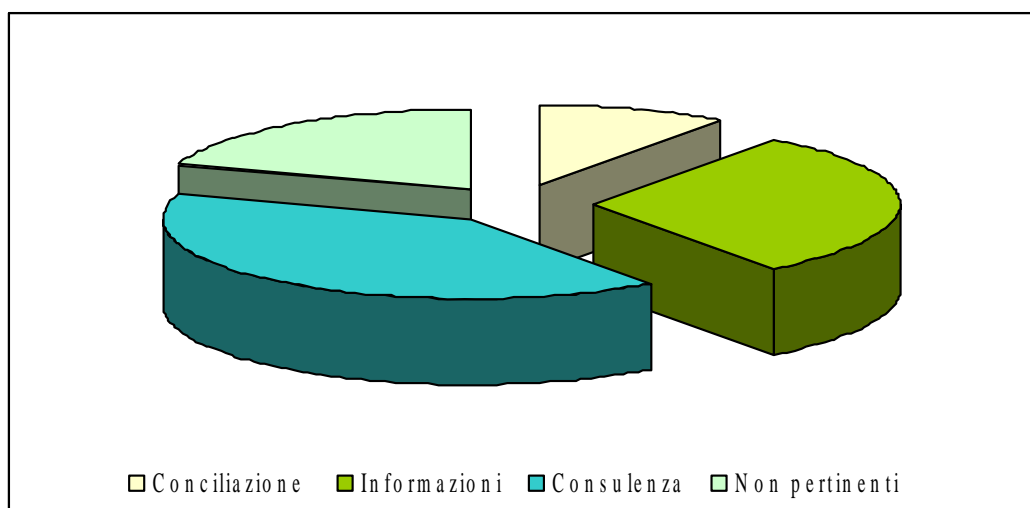
In questo anno di sperimentazione, di cui si tracciano qui i primi risultati parziali, lo Sportello ha raccolto le esperienze dei cittadini in relazione al loro rapporto con la sanità, soffermandosi, in particolare, sulle segnalazioni di errori e carenze delle prestazioni mediche nonché eventuali testimonianze di episodi di buona sanità; ha costituito un punto informativo sul mondo della sanità offrendo sia ai medici sia ai cittadini la possibilità di risolvere in via amichevole le controversie tra loro insorte in via conciliativa.

I dati raccolti nel periodo di sperimentazione (1° gennaio 2005 – 31 dicembre 2005) indicano che lo Sportello ha reso possibili circa 1.000 contatti, personali, telefonici o telematici, i quali hanno avuto esiti di tipi diversi. In particolare:

- nel 30% dei casi, il contatto si è esaurito nella fase informativa o di semplice orientamento;
- nel 40% dei casi è stato possibile fornire la risoluzione del problema attraverso il dialogo e la consulenza fornita dallo Sportello, senza necessità di procedere ulteriormente;
- il 20% dei contatti non presentava i requisiti base necessari per essere inserito nel progetto,

- in base al 10% dei contatti si è proceduto ad avviare un percorso di conciliazione e di risarcimento civile.

Grafico 1 - Ripartizione contatti Sportello di Conciliazione



Si evince da questi primi, sommari dati, che il progetto è riuscito nel suo intento di realizzare un luogo di ascolto, di incontro e di mediazione tra le legittime aspettative dei cittadini e i problemi concreti affrontati quotidianamente dal medico nell'esercizio della professione.

Alcune domande sono state accolte in via preliminare, sebbene presentassero elementi in contrasto con i requisiti fissati dal progetto (es. importo richiesto superiore ai 25.000 euro). In quei casi, prima di respingere la domanda del paziente, si è ritenuto necessario un supplemento di inchiesta in nome del clima di dialogo, comprensione e fiducia che si è cercato di instaurare con i pazienti.

Dei 93 dossier istruiti dallo Sportello di conciliazione (vedi tabella 5):

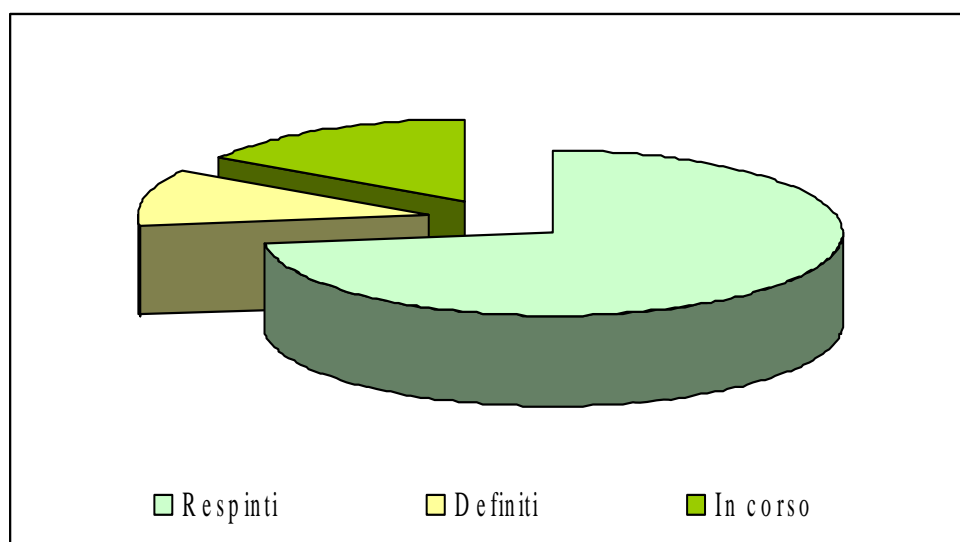
- 55 sono stati archiviati perché in difetto dal punto di vista dei requisiti. Di essi:
 - 10 sono stati esclusi subito, perché totalmente privi dei requisiti previsti del progetto;
 - 45 sono stati esclusi al termine della fase di accertamento;
- 6 si sono conclusi per mancata adesione del medico alla domanda di conciliazione,

- 7 sono stati archiviati in seguito al parere negativo da parte della Commissione Tecnica,
- 10 si sono conclusi davanti alla Camera di Conciliazione. Di essi:
 - 7 si sono conclusi con esito positivo
 - 3 si sono conclusi con esito negativo
- 15 sono tutt'ora in corso.

Tabella 5 – Situazione dossier istruiti al 15/02/2006

Situazione	N. Dossier	Totale
Respinti		68
per mancanza di requisiti	55	
per mancata adesione medico	6	
per parere negativo Commissione Tecnica	7	
Definiti		10
con esito positivo in Camera di Conciliazione	7	
con esito negativo in Camera di Conciliazione	3	
In corso		15
Totale generale		93

Grafico 2 – Situazione dossier al 15/02/2006



Le 93 domande di conciliazione presentate da altrettanti cittadini e corredate della relativa documentazione hanno specificatamente riguardato:

- per il 48,39% prestazioni mediche;
- per il 51,61% prestazioni odontoiatriche.

L'età dei soggetti che si sono rivolti allo Sportello è compresa tra i 25 e gli 85 anni. I soggetti coinvolti sono in grande maggioranza donne, di età compresa tra i 35 ed i 68 anni.

Per quanto riguarda l'attività professionale, i pazienti che si sono presentati allo Sportello sono in larga misura impiegati, casalinghe e pensionati. Vi sono però anche casi di domande di conciliazione da parte di medici, infermieri, avvocati e professori universitari.

Il valore del risarcimento richiesto oscilla tra un massimo di 40.000 euro e un minimo di 1.050, con un importo medio richiesto per controversia di 17.000 euro.

I pazienti che sono stati finora risarciti avevano in totale richiesto 107.000 euro, mentre il totale del liquidato dopo la fase conciliativa è stato di 59.000 euro. In media il paziente è riuscito ad ottenere la metà di quanto aveva richiesto, con un importo che varia da minimo di 3.500 euro ad una massimo di 20.000 euro. Ma in due casi, sui sette finora conclusi positivamente, il paziente è riuscito ad ottenere un risarcimento pressoché equivalente alla cifra richiesta.

È, inoltre, interessante sottolineare che in due casi positivamente conciliati, il medico abbia deciso di rimborsare personalmente il paziente, perché non coperto da polizza per la responsabilità civile o perché assicurato da una compagnia non aderente al progetto. Le assicurazioni che invece hanno aderito al progetto in concreto, risarcendo il paziente, sono state il Assicurazioni Generali e Assitalia, la Fondiaria-Sai, l'Unipol, la Mediolanum, la Zurigo Assicurazioni.

Tabella 6 – Dettaglio importo conciliato

Numero dossier	Importo Richiesto €	Requisiti Accordia	Parere Commissione Tecnica	Adesione Medico	Compagnia Assicuratrice	Importo Conciliato €
3/2005	10.000	sì	Positivo	Positiva	Unipol	3.500
6/2005	25.000	sì	Positivo	Positiva	Mediolanum	10.000
7/2005	10.000	sì	Positivo	Positiva	Fondiarria-Sai	5.500
19/2005	7.000	sì	Positivo	Positiva	Nessuna	6.000
21/2005	25.000	sì	Positivo	Positiva	Zurigo Ass.	20.000
23/2005	15.000	sì	Positivo	Positiva	Fondiarria-Sai	8.000
25/2005	15.000	sì	Positivo	Positiva	Nessuna	6.000

I restanti dossier istruiti si trovano attualmente in *itinere* nelle varie fasi del percorso di Accordia. In particolare, molti casi sono pendenti, in attesa di verificare l'adesione del medico o della compagnia assicuratrice.

Come si è visto nel primo capitolo, il numero complessivo di domande registrato nel corso di un anno (2000) nelle *Gutachter-* e *Schlichtungsstellen* tedesche è in totale di 9.666: cifre altissime se paragonate al numero di dossier istruiti nell'anno di sperimentazione di Accordia. In realtà, però, un accostamento del genere non è metodologicamente valido. Per operare un confronto serio, dobbiamo infatti prendere in considerazione il dato disaggregato relativo ad un singolo Länder tedesco, la cui superficie e la cui popolazione sia simile a quella della provincia di Roma. Alla luce di ciò ed alla luce delle diverse dimensioni dei casi annualmente rilevati di negligenza medica (40.000 circa in Germania contro 15.000 circa in Italia), possiamo rilevare che la differenza si assottiglia notevolmente e l'entità del dato si attesta su valori dello stesso ordine di grandezza.

Inoltre, poiché la sperimentazione ha avuto proprio la funzione di verificare le esigenze dei pazienti e la consistenza del fenomeno, è probabile che in una versione futura di Accordia i requisiti di presentazione delle domande di conciliazione siano perfezionati sulla base delle tendenze emerse. Vi è, infatti, nell'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri la volontà di far proseguire il progetto, cercando il modo di passare da una fase sperimentale del servizio ad una fase stabile.

4. Per una sanità *buona*: Accordia, istruzioni per l'uso

Visto il forte interesse che il Progetto Accordia ha suscitato a livello nazionale, non solo tra i cittadini/pazienti, ma, in generale, nel settore sanitario e viste le numerose richieste di informazioni e consigli che l'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ha ricevuto da parte di Ordini di altre città, Ospedali e strutture sanitarie, questa sezione propone una sorta di “guida” alla creazione di uno Sportello di Conciliazione. Pertanto, di seguito, verranno fornite tutte le informazioni necessarie nelle varie “tappe” del percorso che caratterizza il Progetto Accordia nonché i vari documenti, lettere e moduli che sono stati creati appositamente ed utilizzati in esso.

Questo vademecum vuole essere uno strumento di supporto per tutti i soggetti che intenderanno riprodurre il progetto nel proprio contesto locale, in modo tale che possano giovare a pieno dei risultati e delle lezioni apprese in questa fase sperimentale, in vista di un miglioramento progressivo del rapporto medico-paziente che tuteli, da una parte, il decoro e l'immagine del professionista sanitario e dall'altra i diritti del cittadino.

Percorso Progetto Accordia

Fase I. Primo contatto con il paziente

1. Contatto telefonico
2. Contatto telematico
3. Accoglienza in portineria
4. Accoglienza Sportello

Fase II. Incontro con l'operatore dello Sportello di Conciliazione

1. Accoglienza cittadino domande operatore
2. Incontro operatore (diario incontro e domanda di conciliazione)
3. Congedo cittadino (Positivo o Negativo)

Fase III. Predisposizione Dossier

1. Acquisizione documentazione e inserimento dati nel dossier
2. Contatto con il Sanitario
3. Avviso all'assicuratore

Fase IV. Commissione Tecnica

1. Calendario e lettera di convocazione
2. Ruolo
3. Verbale
4. Parere Commissione (Positivo o Negativo)

Fase V. Camera di Conciliazione

1. Calendario e lettera di convocazione
2. Seduta Camera di Conciliazione
3. Verbale di Conciliazione (Positivo o Negativo)

Fase VI. Archiviazione dossier

Fase VII. Monitoraggio

Fase I. Primo contatto con il paziente

1. Contatto telefonico

- tramite il centralino dell'Ente

L'operatore addetto al centralino smista la telefonata ad uno dei componenti dello Staff, il quale spiega all'interlocutore gli obiettivi del progetto ed i criteri discriminanti della controversia: affinché i cittadini possano poi accedere all'Ordine per la richiesta formale di conciliazione.

- tramite il numero verde

L'operatore del numero verde 800 905 099 smista la telefonata al personale preposto, il quale spiega all'interlocutore gli obiettivi del progetto ed i criteri discriminanti della controversia: affinché i cittadini per i quali le controversie con il medico soddisfano tali parametri, possano poi accedere all'Ordine per la richiesta formale di conciliazione.

2. Contatto telematico

- tramite il sito dell'Ordine

Al sito internet www.ordinemediciroma.it è presente una finestra informativa relativa al Progetto.

3. Accoglienza presso la portineria

L'addetto alla portineria, dovrà gentilmente indirizzare il cittadino ad uno degli addetti al Progetto. Si ritiene utile predisporre una segnaletica appropriata presso la portineria.

4. Accoglienza allo sportello

Contatto diretto con uno degli addetti al progetto, il quale spiega in modo sintetico all'interlocutore gli obiettivi del progetto ed i criteri discriminanti della controversia.

Fase II. Incontro con l'operatore dello Sportello di Conciliazione

1. Accoglienza cittadino

- il personale di turno accoglie il cittadino e lo fa accomodare nel salottino d'attesa;
- immediatamente o appena possibile, il cittadino viene introdotto nella stanza per il colloquio.

2. Incontro operatore

- il cittadino viene ascoltato
- l'addetto compila il *Diario di incontro* (Documento 1) durante il colloquio;
- verifica la sussistenza sommaria dei requisiti per proporre la conciliazione;
- se i requisiti sommariamente sussistono: si procede alla compilazione e alla sottoscrizione da parte del cittadino della *Domanda di conciliazione* (Documento 2);
- si raccolgono i documenti forniti
- si chiede ove non si allegata, una relazione esplicativa
- si consegna l'*Opuscolo*⁹
- se i requisiti non sussistono: si informa il cittadino delle diverse soluzioni (*Rubrica Accordia*¹⁰);

3. Congedo

Il cittadino può essere congedato con esito positivo o negativo.

Positivo: si comunica al cittadino che l'istanza risponde ai requisiti richiesti per una primaria accettazione e che pertanto, previo contatto con il sanitario, sarà inoltrata alla competente Commissione Tecnica la valutazione medico legale. Se il parere sarà positivo, verrà inviata alla

⁹ L'*Opuscolo* spiega l'iter dall'accoglienza al risarcimento del danno.

¹⁰ La *Rubrica Accordia* contiene i numeri che possono essere utili per aiutare il cittadino a risolvere il suo problema, verificato che non è possibile aderire al progetto.

Camera di Conciliazione che indicherà un giorno utile per esperire il tentativo di conciliazione tra le parti.

Si rassicura il cittadino che sarà prontamente informato dall'Ordine sulla data fissata. Inoltre si sottolinea che l'intero iter durerà comunque 90 giorni e che egli avrà una formale comunicazione sull'esito qualunque esso sia.

Si fornisce nominativo e numero di telefono, per fornire un contatto diretto informativo.

Negativo: si comunica che l'istanza non corrisponde ai requisiti previsti in questa prima fase sperimentale. Se il progetto avrà il risultato sperato forse sarà possibile rivedere i criteri fissati. Si rammenta tuttavia la possibilità di tutelare i propri interessi in altra sede.

Documento 1

Dossier N° /05/ACC/A

**DIARIO
D'INCONTRO**



Data

Cognome e Nome

Data di Nascita

Sesso M F

Professione

Il sottoscritto autorizza espressamente, ai sensi della L.675/96 e successive modificazioni ed integrazioni, il trattamento dei propri dati personali, nella misura necessaria per gli adempimenti derivanti dall'espletamento dell'iter di conciliazione.

Firma

Nome del Responsabile

Note

Firma

Documento 2

Dossier N° /05/ACC/B



DOMANDA DI CONCILIAZIONE

Prestazione

Motivi della richiesta

Ricorso ad Autorità Giudiziaria SI NO

Ricorso a legale SI NO

Nome e Cognome del Sanitario

Evento verificatosi in data

Presso (indicare il nome della Struttura o dello Studio Medico)

Indirizzo Città

Modalità del risarcimento:

Economica (indicare l'importo richiesto):

Di altra Natura

Indirizzo del richiedente

Telefono Cellulare

Documento di riconoscimento

Il sottoscritto è consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000.

Il sottoscritto autorizza espressamente, ai sensi della L.675/96 e successive modificazioni ed integrazioni, il trattamento dei propri dati personali, nella misura necessaria per gli adempimenti derivanti dall'espletamento dell'iter di conciliazione.

Firma _____

Allegati alla richiesta

- Fatture
- Preventivi
- Esami diagnostici
- Altro

Firma

Fase III. Predisposizione Dossier

1. Acquisizione documentazione e inserimento dati nel Dossier

- uno degli addetti allo Sportello inserisce i dati nel Dossier.

Tutti i documenti ed i dati reperiti vengono inseriti in un Dossier che dovrà contenere la storia del paziente ed le tappe del percorso Accordia.

- si chiede, ove non sia allegata, una relazione esplicativa al cittadino.

2. Contatto con il sanitario (Documenti 3 e 4)

- l'Ordine invia una nota al Sanitario indicato dal paziente con la quale lo informa del progetto sperimentale Accordia, allegando un depliant esplicativo. Inoltre, allega un modulo, da compilare a cura del sanitario, per far conoscere all'Ordine se intenda aderire al patto di conciliazione e, in caso positivo, richiede di segnalare se abbia in atto una polizza assicurativa e con quale Compagnia

- l'Ordine invita il Sanitario a visionare, ove lo volesse, la documentazione presentata dal cittadino e successivamente ad elaborare una breve relazione.

3. Avviso all'Assicuratore

- se il Sanitario aderisce, l'addetto allo Sportello inoltra avviso all'assicuratore.

Documento 3

citare nella corrispondenza

PROGETTO ACCORDIA

Dossier N° /05/ACC.

Raccomandata A.R. Prioritaria

Egr. Dott.

Caro Collega,

Come sicuramente sai, già dal gennaio 2005 questo Ordine ha dato avvio ad un progetto sperimentale denominato "Accordia" che troverai ben esplicitato nel depliant che Ti allego.

Ti informo che Sig.ra _____ ha segnalato a questo Ente che le cure odontoiatriche da Te eseguite non hanno avuto esito positivo. Per tali ragioni ha inoltrato apposita domanda di conciliazione.

Ti invito a far conoscere all'Ordine, compilando il modulo allegato alla presente, se intendi aderire al patto di conciliazione e, in caso positivo, di segnalarci se hai in atto una polizza assicurativa e con quale Compagnia.

La nota di riscontro alla presente comunicazione, unitamente alla documentazione che riterrai di volerci fornire, dovrà essere inoltrata a questo Ente entro dieci giorni dalla data di ricevimento della presente.

Ove Tu lo volessi potrai visionare il materiale consegnato da Sig.ra _____ rivolgendoti presso la Sede dell'Ordine previo appuntamento telefonico con la Sig.ra _____ oppure con la Dott.ssa _____ che potranno essere contattate anche al n. verde.

Sarà comunque cura di questo Ordine comunicarTi il parere espresso dalla Commissione Tecnica a seguito dell'esame della domanda di conciliazione.

Cordiali saluti.

IL PRESIDENTE

All.ti: depliant e modulo

ORARI DEGLI UFFICI

dal lunedì al giovedì 9.00-13.00/15.15-17.00

venerdì 9.00-13.00

Documento 4

PROGETTO ACCORDIA

Dossier N° /05/ACC

Dott./Dott.ssa _____ **n. iscrizione** _____
Nome e cognome

N.Tel.Studio _____ **Cell.** _____

Evento verificatosi nel periodo _____

In regime di libera professione

Si

No

Intende aderire al patto di conciliazione

Si

No

Compagnia Assicurativa _____

N. Polizza _____ **Stipulata in data** _____

Agenzia Assicurativa _____ **con sede in** _____

Via _____

Telefono _____

Autorizza l'Ordine a prendere contatti con l'Assicurazione e con la propria Agenzia assicurativa al fine di consentirne la partecipazione alla Commissione Tecnica e la contestuale apertura del sinistro

Si No

Note

Il sottoscritto è consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

Il sottoscritto autorizza espressamente, ai sensi della L.675/96 e successive modificazioni ed integrazioni, il trattamento dei propri dati personali, nella misura necessaria per gli adempimenti derivanti dall'espletamento dell'iter di conciliazione.

Firma

Fase IV. Commissione Tecnica

La Commissione è un organo indipendente composto da quattro membri effettivi (due medici e due avvocati) e quattro membri supplenti (due medici e due avvocati). Per garantire una maggiore specializzazione, alle riunioni sono stati sempre presenti anche i due medici supplenti, unitamente ai due medici effettivi ed ai due avvocati dell'Ordine degli Avvocati.

Alla Commissione spetta il compito di esaminare le richieste pervenute, esprimendo un parere sulla possibilità di procedere ad una definizione bonaria della controversia. Alle riunioni sono sempre presenti il Responsabile ed i Coordinatori del Progetto; quest'ultimi, avendo esaminato i Dossier e curato i successivi contatti con il cittadino, introducono i casi alla Commissione Tecnica e rappresentano per il paziente la continuità del percorso di fiducia in questa nuova sede.

1. Calendario degli incontri e lettera di convocazione:

- componenti della Commissione Tecnica (Documento 5)
- assicurazione (Documento 6)

2. Ruolo della riunione (Nome e Cognome, numero progressivo attribuito al Dossier)

3. Verbale degli incontri

Viene redatto il Verbale della riunione (Documento 7), che contiene l'elenco dei Dossier esaminati, l'elenco dei membri. Il Verbale presenta il resoconto della discussione di ogni Dossier esaminato con il relativo parere della Commissione. Ove gli elementi forniti non siano stati sufficienti per un giudizio viene inoltrata la richiesta di integrazione di ulteriori informazioni e documentazione.

4. Parere Commissione

Il parere della Commissione Tecnica può essere positivo o negativo. Si comunica alle parti il parere espresso dalla Commissione Tecnica:

- a) Parere Negativo (Documenti 8)
- b) Parere Positivo (Documento 9).

Il Parere Positivo della Commissione Tecnica può incontrare i seguenti passaggi:

- mancata adesione del medico, rinnovo richiesta di partecipazione (Documento 10)
- confermata non adesione del medico, comunicazione al cittadino (Documento 11)
- mancata adesione della Compagnia Assicuratrice (Documento 12).

Documento 5

Ai Componenti della Commissione Tecnica
Progetto “Accordia”

Loro Indirizzi

La S.V. è invitata a partecipare alla riunione della Commissione Tecnica istituita nell’ambito del Progetto “Accordia”, che si riunirà il giorno _____ p.v. presso l’Ordine dei Medici di _____ – Via _____, dalle ore _____ alle ore _____.

Nel caso la S.V. non potesse partecipare La invitiamo a dare tempestiva comunicazione a questo Ordine.

Distinti saluti.

IL PRESIDENTE

Documento 6

Alla Assicurazione

Via _____

La S.V. è invitata a prendere visione del Dossier n. _____ /05/Acc
relativo al Vostro Assicurato Dott./ssa _____ (Polizza n.
_____), prima della riunione della Commissione Tecnica, alla
quale codesta Assicurazione è comunque invitata a partecipare, tale
riunione si terrà presso la Sede dell'Ordine di _____ il giorno
_____ alle ore _____.

Si comunica, inoltre, che il Dott./ssa _____, che si è
dichiarato favorevole alla conciliazione ha praticato _____
alla paziente Sig.ra _____ nell'anno_____.

Distinti saluti.

IL PRESIDENTE

Documento 7

**COMMISSIONE TECNICA “PROGETTO ACCORDIA”
VERBALE DELLA RIUNIONE TENUTASI IL**

Il giorno _____ del mese di _____ dell'anno _____ - alle ore _____, a seguito di apposita convocazione, si è riunita in _____, nella sede dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di _____ Via _____, la Commissione Tecnica per il Progetto Accordia per l'esame dei dossier di seguito indicati:

Dossier N. 33/05 – Sig.ra _____ / Dott. _____

Dossier N. 34/05 – Sig.ra _____ / Dott. _____

Dossier N. 35/05 – Sig.ra _____ / Dott. _____

La Commissione Tecnica è così composta:

	Presente	Assente	Assente Giustificato
Prof. _____			
Dott. _____			
Avv. _____			
Avv. _____			
Prof. _____			
Dott. _____			

Assiste il Coordinatore del Progetto Avv. _____.

Collaborano in qualità di Responsabili del Progetto e relatori dei Dossier la Sig.ra _____ e la Dott.ssa _____, che hanno ritenuto di sottoporre alla disamina della Commissione i Dossier sopra elencati.

Alle ore _____ ha inizio la seduta e si procede alla disamina delle domande.

Dossier N. 33/05 – Sig.ra _____ / Dott. _____

La Commissione Tecnica, dopo aver ascoltato l'esposizione del Dossier n. 33/05 esprime il seguente parere: _____

Documento 8

PARERE NEGATIVO DELLA COMMISSIONE

Egr. Sig.

e p.c. Egr. Dott.

Oggetto: Commissione Tecnica
Parere negativo.

Si comunica che la Commissione Tecnica costituita nell'ambito del Progetto Accordia, nella riunione del _____ u.s., ha ritenuto di non poter accogliere la domanda di conciliazione

La ringraziamo comunque di aver voluto sperimentare, con noi il progetto Accordia e Le ricordiamo che qualora avesse consegnato documentazione al momento della presentazione della domanda di conciliazione, sarà possibile richiedere la restituzione della stessa negli orari di apertura dello Sportello (_____).

Cordiali saluti.

IL PRESIDENTE

Documento 9

PARERE POSITIVO DELLA COMMISSIONE
ADESIONE DEL MEDICO

Raccomandata

Egr. Dott.

Egr. Sig.

Oggetto: Commissione Tecnica
Parere positivo.

La Commissione Tecnica, nella riunione del _____, ha ritenuto fondata la richiesta di conciliazione.

Pertanto, la pratica verrà trasmessa alla Camera di Conciliazione presso l'Ordine degli Avvocati di _____

Non appena sarà comunicata la data dell'udienza, verrà data notizia alle parti le quali potranno essere accompagnate da un legale di loro fiducia. Tale presenza è necessaria nel caso in cui l'importo della richiesta sia superiore a €10.000,00.

Distinti saluti.

IL PRESIDENTE

Documento 10

PARERE POSITIVO COMMISSIONE TECNICA
MANCATA ADESIONE DEL MEDICO
RINNOVO RICHIESTA DI ADESIONE

Egr. Dott.

Ti comunichiamo che la Commissione Tecnica nella riunione del _____ ha espresso parere positivo in merito alla domanda di conciliazione proposta dalla Sig.ra _____ .

Pertanto, alla luce di quanto sopra esposto Ti chiedo nuovamente se intendi aderire al patto di conciliazione.

In caso positivo, dovrai inoltrare a questo Ente entro dieci giorni dalla data di ricevimento della presente una nota di adesione, che consentirà l'inoltro della pratica alla Camera di Conciliazione organo del Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di _____.

Distinti saluti.

IL PRESIDENTE

Documento 11

PARERE POSITIVO COMMISSIONE TECNICA
MANCATA ADESIONE DEL MEDICO

RACCOMANDATA AR
Gent.le Sig.ra

RACCOMANDATA AR
e p.c. Egr. Dott.

Si comunica che la Commissione Tecnica istituita nell'ambito del Progetto Accordia, esaminata la documentazione presentata, ha rilevato quanto segue: _____

Per i motivi sopra esposti la Commissione ha espresso parere favorevole alla conciliazione tra le parti.

Si comunica, inoltre, che il Dott. _____, che ci legge per conoscenza, non ha ritenuto di aderire al tentativo risoluzione bonaria della controversia dinanzi alla Camera di Conciliazione.

Potrà, a questo punto, tutelare diversamente i Suoi diritti e le Sue ragioni.

La ringraziamo comunque di aver voluto sperimentare con noi il progetto Accordia e Le ricordiamo che qualora avesse consegnato documentazione al momento della presentazione della domanda di conciliazione, sarà possibile richiedere la restituzione della stessa negli orari di apertura dello Sportello (_____).

Distinti saluti.

IL PRESIDENTE

Documento 12

PARERE POSITIVO COMMISSIONE TECNICA MANCATA ADESIONE DELLA COMPAGNIA ASSICURATRICE RICHIESTA DI ADESIONE AL SANITARIO

RACCOMANDATA AR

Egr. Dott.

Si comunica che la Commissione Tecnica costituita nell'ambito del Progetto Accordia nella riunione del giorno _____ u.s., esaminata la documentazione pervenuta ha espresso parere favorevole alla conciliazione,
“ _____ ”.

Rendiamo noto, inoltre, che la Compagnia di Assicurazione _____, contattata più volte da questo Ente per la conciliazione della controversia insorta non è intenzionata ad intraprendere, allo stato, procedimenti di definizione stragiudiziale.

Ciò premesso, restiamo in attesa di conoscere, in tempi brevi, le Sue intenzioni in merito alla possibilità comunque di tentare la risoluzione della questione in via bonaria dinanzi alla Camera di Conciliazione istituita presso l'Ordine degli Avvocati di _____, anche al fine di comunicare il parere della Commissione Tecnica alla Sig.ra _____, che potrà, eventualmente, far valere le proprie ragioni e tutelare i propri interessi in altro modo.

Si rappresenta che nel caso in cui non pervenga alcun riscontro entro dieci giorni dal ricevimento della presente, sarà data comunicazione dell'esito del parere alla Sig.ra _____.

Distinti saluti.

IL PRESIDENTE

Fase V. Camera di Conciliazione

La Camera di Conciliazione è l'Organo istituito dall'Ordine degli Avvocati di Roma e dalla Corte di Appello di Roma con lo scopo di favorire una rapida conciliazione preventiva delle liti, evitando il ricorso automatico all'Autorità Giudiziaria Ordinaria.

1) Calendario e lettera di convocazione

Qualora il medico abbia aderito e la Commissione Tecnica abbia espresso parere favorevole, l'elenco delle pratiche viene trasmesso alla Camera di Conciliazione, che comunica all'Ordine le date utili per le udienze.

Viene data comunicazione alle parti interessate della data, ora e luogo dell'udienza (Documento 13)

2) Seduta Camera di conciliazione – ruolo (Documento 14)

Le parti interessate devono presentarsi personalmente. In rare e documentate occasioni possono delegare un avvocato;

Il cittadino deve essere accompagnato da un avvocato, qualora la richiesta superi la somma di euro 10.000 €

I coordinatori del progetto porteranno i dossier in Camera di Conciliazione il giorno dell'udienza ed assisteranno alla stessa.

3) Verbale di Conciliazione (Documento 15)

Il verbale di conciliazione è conservato presso l'Ordine.

Documento 13

Raccomandata a.r.

Egr. Sig.

Via ...

Raccomandata a.r.

Egr. Dott.

Via

Raccomandata a.r.

Spett.le
Assicurazioni
Via

Oggetto: comunicazione relativa Udienza in Camera di Conciliazione
(rif. pratica prot. n. del).

A seguito della domanda di conciliazione presentata nell'ambito del Progetto "Accordia" dalla Sig.ra _____ in data _____, si comunica che l'udienza presso la Camera di Conciliazione è stata fissata per il giorno 00.00.2005 alle ore 00.00.

Distinti saluti.

IL PRESIDENTE

Documento 14

C A M E R A D I C O N C I L I A Z I O N E

VIA VALADIER 42 – VI PIANO

PROGETTO ACCORDIA

SEDUTA DEL

CONCILIATORE

ORA	DOSSIER NUMERO	CITTADINO	TELEFONO	SANITARIO	TELEFONO	OGGETTO E DATA EVENTO	RICHIESTA	ESITO (descrizione)	PAGATORE
							€		
							€		
							€		
							€		

Documento 15

**CAMERA DI CONCILIAZIONE DI ROMA
VERBALE DI SEDUTA
PROGETTO ACCORDIA**

Il giorno _____ alle ore _____ in Roma, Via Valadier n. 42,
presso i locali del Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Roma

- innanzi al Conciliatore _____
- assistito dal Verbalizzante _____

SONO PRESENTI

- l'istante cittadino/a _____

Residente in _____ Via _____

Cap _____ N. Tel. _____ Documento
d'identità _____

- assistito dall'Avv. _____

- il sanitario Dott./ssa _____

- assistito dall'Avv. _____

- per le Assicurazioni _____

- per l'Ordine di Roma
dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri _____

Il Conciliatore, esaminati i documenti esibiti dal cittadino istante e,
segnatamente il verbale della Commissione Tecnica istituita presso
l'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del
_____ ovvero i seguenti documenti

allegati all'istanza, viste le pretese dell'istante che richiede il risarcimento
dei danni sofferti nella misura di € _____

PARERE POSITIVO

1) udite le osservazioni del Sanitario Dott./ssa

e della Compagnia Assicuratrice

e le pretese del cittadino/a

2) Il Conciliatore, dato atto che dalla documentazione prodotta dall'istante _____ appare verosimile la sussistenza del diritto di questi a ricevere ristoro del pregiudizio sofferto in quanto fatto dannoso, dalla risultanze del verbale della Commissione Tecnica e dalla documentazione presentata nei confronti del Sanitario Dott./ssa _____ assicurato/a dalla Compagnia _____ regolarmente presente/invitata ma non comparsa ovvero non assicurato e pertanto _____

3) Il Conciliatore, illustrate brevemente, sulla base delle rispettive posizioni le conseguenze derivanti dalla prosecuzione giudiziale della lite, sollecita le parti oggi comparse a conciliare il contrasto tra di loro insorto alle seguenti condizioni e termini

4) l'istante _____ - ed il Dott./ssa _____ in adesione all'invito del Conciliatore, conciliano il contrasto insorto e di cui all'istanza presentata in data _____ mediante il versamento di € _____ che sarà corrisposto dalla Compagnia Assicuratrice _____ a mezzo di _____ ovvero mediante pagamento da parte del Dott./ssa a mezzo _____ entro 30 gg. dalla sottoscrizione del presente verbale in conformità delle previsioni della Convenzione Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri/Camera di conciliazione.

La Compagnia Assicuratrice, _____ ovvero il Sanitario Dott./ssa _____ con la sottoscrizione del presente verbale si obbliga ad effettuare in favore del cittadino/a _____ il versamento della somma di € _____. All'atto del pagamento il cittadino/a si dichiara soddisfatto/a della pretesa avanzata con l'istanza di conciliazione e rinuncia ad ogni diritto a riguardo.

A conoscenza delle pene e delle sanzioni previste dalla legge vigente, l'istante _____ dichiara di non aver percepito da altri Enti e/o Amministrazioni e/o società assicurative, somme corrispostegli a titolo di risarcimento e/o rimborso dei danni e delle spese dal medesimo subiti in seguito al sinistro oggetto della presente transazione.

Il Conciliatore Avv.

Il Verbalizzante

Il Cittadino/a

L'Avv.

La Compagnia Assicuratrice

Il Sanitario Dott./ssa

p. l'Ordine dei Medici

RINVIO DELLA SEDUTA

1) udite le osservazioni del Sanitario Dott./ssa

e della Compagnia Assicuratrice

e le pretese del cittadino/a

2) il Conciliatore rinvia alla seduta del _____ per
l'acquisizione ovvero la produzione da parte del cittadino/a della seguente
documentazione

Il Conciliatore Avv.

Il Verbalizzante

Il Cittadino/a

L'Avv.

La Compagnia Assicuratrice

Il Sanitario Dott./ssa

p. l'Ordine dei Medici

PARERE NEGATIVO

1) udite le osservazioni del Sanitario Dott./ssa

e della Compagnia Assicuratrice

e le pretese del cittadino/a

2) il Conciliatore, dato atto delle contestazioni del Sanitario Dott./ssa che si oppone alla conciliazione del contrasto insorto deducendo che non sussiste, con riferimento al fatto dannoso illustrato dal cittadino/a _____ alcuna responsabilità della quale rispondere; dato atto che ogni tentativo di conciliare il contrasto non ha sortito esito dichiara la mancata conciliazione dell'istanza presentata dal cittadino/a _____ il _____

Il Conciliatore Avv.

Il Verbalizzante

Il Cittadino/a

L'Avv.

che rinuncia alla solidarietà ex art. 68 L.P.

La Compagnia Assicuratrice

Il Sanitario Dott./ssa

p. l'Ordine dei Medici

Fase VI. Archiviazione dossier

Esperita la procedura presso la Camera di Conciliazione, prima che l'Ordine provveda all'archiviazione del dossier, il cittadino viene contattato per verificare l'avvenuto pagamento di quanto concordato in sede di conciliazione. Il Dossier viene archiviato e, di norma, la documentazione medica viene restituita a seguito della richiesta del cittadino.

Si riporta, di seguito, l'elenco dei documenti contenuti in ogni singolo dossier istruito:

- 1) Diario d'incontro
- 2) Domanda di Conciliazione + Allegati (Fatture, Preventivi, Esami diagnostici, ecc.)
- 3) Lettera al Sanitario
- 4) Lettera alla Compagnia di Assicurazione del Medico, nella quale vengono indicati gli estremi del sanitario, dell'evento, del periodo nel quale l'evento si è svolto, del numero di polizza
- 5) Lettera ai Componenti della Commissione Tecnica
- 6) Verbale contenente il Parere espresso dalla Commissione Tecnica:
 - a) Notizia Parere Negativo
 - b) Notizia Parere Positivo

al	Medico
	Cittadino

In caso di parere negativo il dossier viene archiviato

In caso di parere positivo il dossier prevede i seguenti documenti:

- 7) Lettera alla Camera di Conciliazione per definizione del ruolo
- 8) Lettera di Convocazione presso la Camera di Conciliazione al Sanitario, al Paziente e alla Compagnia Assicuratrice (ove abbia aderito al progetto, in caso contrario lettera al sanitario con richiesta di adesione personale)
- 9) Verbale seduta Camera di Conciliazione:
 - a) Esito Positivo
 - b) Esito Negativo
 - c) Rinvio della seduta

In caso di parere negativo il dossier viene archiviato

In caso di parere positivo il dossier prevede i seguenti passaggi:

- 11) Lettera o telefonata al cittadino di verifica del ricevuto pagamento

Fase VII. Monitoraggio

Trimestralmente sono estratti dal Programma informatico, appositamente creato, i dati necessari a rilevare sotto il profilo quantitativo e qualitativo la consistenza del Progetto.

Si verifica, così, se il percorso utilizzato è idoneo al raggiungimento degli obiettivi e gli eventuali punti di criticità al fine di apportare possibili modifiche ed integrazioni alle procedure iniziali.

5. Conclusioni

5.1 Alcuni elementi critici

In questa sede, in cui si tracciano i primi risultati parziali della sperimentazione del Progetto Accordia, oltre a mettere in evidenza gli innegabili successi conseguiti, è utile riflettere su alcuni aspetti critici rilevati e sui possibili margini di miglioramento della iniziativa.

In primo luogo, si è notato che, nonostante i numeri incoraggianti, e del tutto in linea con quelli iniziali delle esperienze realizzate, per esempio, in Germania, forme di comunicazione più incisive avrebbero portato ad una maggiore partecipazione. Benché la scelta comunicativa si sia diversificata tra conferenze stampa, interviste, inserzioni sui giornali, trasmissioni radiofoniche e televisive, locandine affisse nelle ASL e nelle farmacie, si ritiene che in futuro sia da preferirsi una comunicazione più capillare, strutturata e costante, che ricorra anche al mezzo televisivo. A conferma di ciò, vi è il fatto che l'affluenza allo Sportello si incrementava visibilmente in corrispondenza ad apparizioni televisive di promozione del Progetto.

Un altro aspetto da migliorare è il rapporto con le Compagnie Assicuratrici. Infatti, nonostante il fatto che alcuni tra i maggiori gruppi assicurativi (in particolare Assicurazioni Generali, Assitalia, Fondiaria-Sai, Unipol ed in seguito Zurigo Assicurazioni e Mediolanum) abbiano aderito al Progetto, si sono rilevate difficoltà di relazione con il restante mondo assicurativo, che ha mantenuto un atteggiamento di diffidenza e di scarsa collaborazione. Ciò è tanto più controproducente, quanto più si tiene conto del fatto che una vera politica di contenimento dei rischi sanitari è raggiungibile solo attraverso la collaborazione tra assicuratori e assicurati.

A livello procedurale, si ritiene necessario far trasparire in modo inequivocabile l'attenzione che l'Ordine riserva ai propri iscritti attraverso lo Sportello di Conciliazione. Infatti, non deve trapelare l'idea (fuorviante) che Accordia sia sbilanciato dalla parte dei cittadini, con un pregiudizio di partenza a sfavore del medico. Al contrario, Accordia è un servizio che

tutela il medico, ove necessario, attraverso forme di risoluzione delle controversie meno invasive e penalizzanti dal punto di vista umano e professionale. Proprio per evitare che il medico si senta, erroneamente, “inquisito” dal suo stesso Ordine, si sta valutando l’ipotesi di trasferire il momento della richiesta della sua adesione alla proposta di conciliazione solo dopo che la Commissione Tecnica abbia espresso il parere positivo alle istanze del paziente.

Alla luce dei primi dati relativi alla sperimentazione, si ritiene che in una versione futura di Accordia i requisiti di presentazione delle domande di conciliazione dovranno essere modificati, per tener conto delle tendenze emerse. Conferma di ciò si ha nell’accettazione in via preliminare di una serie di domande i cui requisiti si discostavano, ma non in modo sostanziale, da quei stabiliti. Inoltre, come sarà riferito in seguito, la possibilità di estendere alle strutture pubbliche lo Sportello di Conciliazione rende necessaria la riformulazione dei requisiti in relazione al nuovo contesto.

Infine, si deve sottolineare che Accordia non si sostituisce, né si sovrappone alle forme tradizionali di risoluzione delle controversie medico-paziente, bensì si pone come valida alternativa al procedimento istituzionale.

5.2 Linee future di sviluppo

L’esperienza del Progetto Accordia, con i possibili margini di miglioramento appena messi in evidenza, merita senza dubbio di essere proseguita ed estesa.

Essa costituisce, infatti, una modalità finora mai sperimentata di riduzione della litigiosità come risposta agli errori medici, nella quale la soluzione conciliativa viene ricercata attraverso l’intervento di una struttura terza (l’Ordine degli Avvocati), anche allo scopo di ricomporre la relazione fiduciaria fra medico e paziente.

	Gestione dei rischi	Accordi con le assicurazioni	Liquidazione dei danni senza accertamento di colpa	Monitoraggio dei dati	Soluzione giudiziale delle liti	Soluzione stragiudiziale delle liti da parte di commissioni mediche	Composizione dei conflitti da parte di organismi di conciliazione
Australia	X			X	X		
Austria	X				X	X	
Canada	X	X		X	X		
Francia	X		X		X		
Germania	X				X	X	
Irlanda	X			X	X	X	
ITALIA	X	X	X	X	X		X
Messico	X				X	X	
Nuova Zelanda	X		X		X		
Paesi Bassi	X	X		X	X		
Paesi Nordici	X		X		X		
Regno Unito	X			X	X	X	
Spagna	X	X		X	X		
Stati Uniti	X			X	X		

Riprendendo la tabella 2, pertanto, il modello italiano di gestione della responsabilità dei medici, con il progetto Accordia, si caratterizza per un profilo completamente diverso da quello degli altri paesi esaminati.

Non c'è dubbio che, per puntare nella direzione di una sanità *buona*, il sistema conciliativo debba comunque integrarsi in modo complementare con misure serie e pervasive di gestione preventiva dei rischi e con accurati sistemi di monitoraggio e di rilevazione degli errori più frequenti, con un raccordo continuo con le Compagnie Assicuratrici e con un dialogo costante con i cittadini (pazienti e loro familiari). Questa strada rappresenta però, ad oggi, la sola che punti, non solo al giusto risarcimento del danno, ma anche alla ricomposizione della frattura fra operatori sanitari e pazienti.

In conclusione di questo *report*, è interessante descrivere le potenziali linee di sviluppo che si stanno delineando per il Progetto.

Il settore medico pubblico: prossimi passi nel Lazio

Una forma naturale di evoluzione di Accordia è la sua estensione al settore medico pubblico, in un sistema che si integri, come si è detto, con i programmi di gestione preventiva dei rischi. Da questo punto di vista, si è registrato l'apprezzamento dell'Ospedale Gemelli di Roma e si sta verificando la fattibilità di una possibile sperimentazione di Accordia in alcune ASL campione della Regione Lazio.

Diffusione nazionale di Accordia

L'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri intende promuovere intensamente l'esperienza del Progetto Accordia, in vista di una diffusione su scala nazionale agli Ordini di tutta Italia. Il forte interesse che il Progetto ha suscitato è rilevabile nelle numerose richieste di informazioni e chiarimenti ricevute dall'Ordine di Roma in materia e testimoniato, ancor meglio, dalla recente adozione dello Sportello di Conciliazione da parte degli Ordini di Treviso e di Torino.

L'Ordine ha presentato i primi risultati della sperimentazione in una Convegno al quale erano stati invitati tutti i Presidenti degli Ordini dei Medici d'Italia, il numero di presenze registrate è stato superiore alle aspettative.

La legislazione nazionale

È stato attivato un Gruppo di lavoro che opera in funzione della presentazione di un disegno di legge nazionale in materia nella prossima legislatura.

Il progetto legislativo si inserisce nel contesto del noto ddl Tomassini, integrandolo però con le esperienze scaturite dalla sperimentazione dello Sportello di Conciliazione.

In Europa

Linee di sviluppo di Accordia, sono ravvisabili anche a livello europeo. Si sono stabiliti contatti con sei Ordini dei Medici tedeschi, che, come si è visto, sono da anni in prima linea sul tema della conciliazione in ambito medico, per confrontare esperienze e difficoltà incontrate. Pensiero comune è che sarebbe opportuno incentivare l'interesse sul tema della conciliazione, trovando forme di estensione del progetto a livello europeo, magari attraverso la proposta di una direttiva comunitaria incentrata sui temi della risoluzione stragiudiziale delle controversie in tema di responsabilità medica.

L'esperimento di Accordia ha svelato la complessità della materia e la necessità di procedere ad un radicale mutamento dei rapporti fra i protagonisti del sistema di tutela della salute in Italia. Per orientarsi concretamente verso la soluzione del problema della negligenza professionale sanitaria è necessaria una forte azione di prevenzione, tesa al contenimento dei rischi, e un'azione altrettanto forte e continua di incontro, di dialogo e di collaborazione fra medici, pazienti e Compagnie Assicuratrici.

Bibliografia

- AA. VV., *Il rischio in medicina oggi e la responsabilità professionale*, Milano, Giuffrè, 1999.
- AA.VV., *Defensive medicine in Mexico: an explorative survey of its characteristics*, Comision Nacional de Arbitraje Medico, Mexico, 2005.
- AA.VV., *Il rischio in medicina oggi e la responsabilità professionale*, Atti del convegno di studio Roma, 26 giugno 1999, Milano, Giuffrè, 2000.
- AA.VV., *Trattamenti sanitari tra libertà e doverosità*, Napoli, Jovene, 1993.
- Abbagnano Trione A., *Contributo allo studio sul fondamento di liceità del trattamento medico- chirurgico*, in *Riv. Pen.*, 4/2000, 297.
- Agrizzi G. B., *La prova della responsabilità medica e la consulenza medico-legale d'ufficio*, in *Arch giur. circ. sin. strad.*, 1999, 581.
- Alpa G., *La responsabilità medica*, in *Riv. it. med. leg.*, 1999, 1, p. 15-43.
- Anderson R. E., "The High Costs of Difensive Medicine", *San Diego Union-Tribune*, 14 giugno 1998.
- Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici, *L'assicurazione italiana 2003-2004*, Milano, Rapporto ANIA, 2004.
- Baker T., *The Medical Malpractice Myth*, Chicago ,University of Chicago Press, 2005.
- Barach P; Small S D., "Reporting and preventing medical mishaps:lessons from non-medical near miss reporting system", in *British Medical Journal*, 2000, 320, 759 ss
- Barni M.- Santosuosso A. (a cura di), *Medicina e diritto*, Milano, Giuffrè, 1995.
- Barni M., *Diritti-Doveri, responsabilità del medico: dalla bioetica al biodiritto*, Milano, Giuffrè, 1998.
- Barni M., *Impunità e colpa: il concetto di responsabilità professionale alla luce dell'evoluzione sociale e giuridica*, in *Riv. It. med. leg.*, 1996, 353.
- Barni M., *La responsabilità medica verso il difficile approdo dell'assicurazione obbligatoria*, in *Resp. civ. prev.*, 2000, 830.
- Basile L., *Spunti di riflessione sul tema della responsabilità professionale del medico*, in *Dir. econ. ass.*, 1996, 275.
- Bellelli A., *Codice di deontologia medica e tutela del paziente*, in *Riv. dir. civ.*, 1995, II, 577.

- Bergman, R, “*Re-engineerin Health Care. A new management tool aims to transform the organizational process*”, Hospital & Helthcare Networks, 1994
- Bilancetti M., *La responsabilità del chirurgo estetico*, in *Riv. it. med. leg.*, 1997, 511.
- Bilancetti m., *La responsabilità penale e civile del medico*, Padova, Cedam,. 2001 (IV ed.).
- Breda R., *Danno alla persona per inefficienza della struttura sanitaria*, in *Danno resp.*, 2001, 209.
- Bricola F., *La responsabilità del professionista*, Milano, Giuffrè, 1958.
- Brondolo, W. – Giannini G., *Vademecum sulla responsabilità del medico*, Padova, Cedam, 1993.
- Cafaggi F., voce *Responsabilità del professionista*, in *Dig. it. disc. priv sez. civ.*, XVII, Torino, Utet, 1998, 137 ss.
- Caggia F., *In tema di responsabilità del medico*, in *Giur. it.*, 1998, c. 38.
- Carta A., *La responsabilità civile del medico*, Roma, Bulzoni, 1967.
- Carusi D., *Contratto d’opera intellettuale, responsabilità per inadempimento e risarcimento del danno biologico*, in *Giur it.*, 1994, I, 2, c. 1033.
- Castronovo C., *Profili della responsabilità medica*, in *Studi in onore di Pietro Rescigno*, V, Milano, Giuffrè, 1998
- Cattaneo G., *La responsabilità del professionista*, Milano, Giuffrè, 1958.
- CENSIS, *Rischi ed errori nella sanità italiana. La gestione delle responsabilità nelle politiche assicurative per la salute*. Roma, 21 febbraio 2001.
- Ciannella P., *La responsabilità del medico*, in *Riv. pen. econom.*, 1992, 546.
- Claudio R., *L’assicurazione di responsabilità civile del medico e della casa di cura*, in *Assicurazioni*, 1999, II, 208
- Colombini E., *Responsabilità nell’esercizio della professione sanitaria*, in *Arch. civ.*, 1996, 1073
- Comandè G. – Turchetti G., *Un Modello Possibile per la RC. I vantaggi di una disciplina facilmente esportabile*, in *Diritto e Giustizia*, n. 12, 2000.
- Comandé G., *Il “vademecum” della Corte di Cassazione sul danno alla persona e sulle c. d. “tabelle”*, in *Danno resp.*, 1999, 1111.224
- Coppari S., *Riflessioni in tema di responsabilità dell’ente ospedaliero per fatto dannoso del dipendente*, in *Foro it.*, 1993, I, c. 264. 1095.

- De Matteis R., *La responsabilità medica tra prospettive comunitarie e nuove tendenze giurisprudenziali*, in *Contr. imp.*, 1995, 493.
- De Matteis R., *La responsabilità medica tra scientia iuris e regole di formazione giurisprudenziale*, in *Danno resp.*, 1999, 781.
- Dell'Anno P., *In tema di responsabilità per colpa professionale sanitaria.*(Osservazione a Cass. sez. IV pen. 18 ottobre 1990, Cass. sez. IV pen. 12 luglio 1991), in *Cass. pen.*, 1992, 2104.
- Della Sala P., *La responsabilità professionale in medicina e diritto. Prospettive e responsabilità della professione medica oggi*, Milano, Giuffrè, 1995.
- Di Ciommo F., *Note critiche sui recenti orientamenti giurisprudenziali in tema di responsabilità del medico ospedaliero*, in *Foro it.*, 1999, I, c. 3333.
- Ferrando G., *Consenso informato del paziente e responsabilità del medico, principi, problemi e linee di tendenza*, in *Riv. crit. dir. priv.*, 1998, 37
- Fineschi V., *Responsabilità medica per omissione: malintesi e dubbi in tema di nesso di causalità materiale*, in *Riv. it. med. leg.*, 2000, 271.
- Fiori A.- Bottone E.- D'alessandro E., *Quarant'anni di Giurisprudenza della Cassazione sulla responsabilità medica*, Milano, Giuffrè, 2000
- Fiori A., *Medicina legale della responsabilità medica*, Milano, 1999.
- Forestieri G. (a cura di), *Risk Management. Strumenti e politiche per la gestione dei rischi puri dell'impresa*, EGEA, 1996.
- Giannini G. – Pogliani M., *La responsabilità da illecito civile: assicuratore, magistrato, produttore, professionista*, Milano, Giuffrè, 1996.
- Gorgoni M., *L'incidenza delle disfunzioni della struttura ospedaliera sulla responsabilità "sanitaria"*, in *Resp. civ. prev.*, 2000, 940.
- Gray D., *Strict report rules on medical errors*, Thursday, 2 August 2001, <http://theage.com.au>
- Grondona M., *La responsabilità del medico, nesso di causalità, risarcimento del danno morale riflesso: la Cassazione fa il punto*, in *Danno resp.*, 2000, 157.
- Guerinoni E., *"Vecchio" e "nuovo" nella responsabilità del medico: un campionario di questioni e soluzioni*, commento a Cass. 16-2-01, n° 2335 e Trib. Monza 26-10-00, in *Resp. civ. prev.*, 2001, 580.
- Iadecola G., *I criteri della colpa nell'attività medica in équipe*, in *Giur. mer.*, 1997, IV, 226.

- Iamiceli P., *La responsabilità civile del medico*, in Cendon P. (a cura di), *Il diritto privato nella giurisprudenza, VI, La responsabilità civile*, Torino, Utet, 1998, 309.
- Introna F., *E' possibile introdurre l'assicurazione obbligatoria per responsabilità professionale?*, in *Riv. it. med. leg.*, 1997, 1121
- Introna F., *L'epidemiologia del contenzioso per responsabilità medica in Italia e all'estero*, in *Riv. it. med. leg.*, 1996, 71.
- Izzo U. – Pascuzzi G. (a cura di), *La responsabilità medica nella Provincia di Trento*, Giunta della Provincia A. di Trento, 2003.
- Journal of the American Medical Association, 2005, Volume 293, n.21.
- Longo P., *Responsabilità medica e consenso informato in Germania e in Italia*, in *Dir. econ. ass.*, 1997, 261.
- Mancaloni A. M., *Responsabilità contrattuale e responsabilità extracontrattuale nella attività sanitaria*, in *Riv. giur. sarda*, 1996, 585.
- Massimino F., *La responsabilità nelle sperimentazioni cliniche*, in *Danno resp.*, 2000, 958.
- Mazzacava V., *Sulla colpa professionale del sanitario*, in *Foro it.*, 1996, c. 521.
- Merz S. – Leoni Pezzangora E. – Madonna R., *Manuale pratico della liquidazione del danno: responsabilità extracontrattuale, incidenti stradali, responsabilità professionale, profili assicurativi*, Padova, Cedam, 1999.
- Montagna F.-De Leo D.-Carli P. O., *La responsabilità nella professione odontoiatrica*, Padova, Cedam, 1998.
- Mosca D., *Medico, responsabilità e chirurgia estetica*, in *Arch. civ.*, 2000, 3
- Musolino G., *L'opera intellettuale – Obbligazioni e responsabilità professionali*, Padova, Cedam, 1995.
- Osservatorio Nazionale sulla Malpractice Medica, *Statistiche*; Università di Napoli, 2004 reperibili e scaricabile all'indirizzo <http://www.gisdi.unina2.it/simlapub/stats.asp>
- Palazzo A., *Doveri di protezione e tutela della persona*, in *Danno resp.*, 1999, 585.
- Paradiso M., *La responsabilità medica: dal torto al contratto*, in *Riv. dir. civ.*, 2001, 325.
- Passacantando G., *Il consenso e i suoi riflessi sulla responsabilità penale del medico*, in *Riv. it. med. leg.*, 1999, 785.

- Petti, *Il risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale alla persona*, Torino, Giappichelli, 1999
- Piglionica V., *Il nuovo assetto della responsabilità nel settore medico-sanitario. I profili penali della responsabilità medica*, in *Sanità pubblica*, 2000, 4, 477.
- Pontonio F., *La responsabilità professionale del medico nella prospettiva europea*, in *Resp. civ. prev.*, 1993, 22.
- Raffone D., *Spunti pratici di diritto civile e penale in tema di colpa del sanitario*, in *Dir. giur.*, 1994, 485.
- Richard E. Anderson, "The High Costs of Defensive Medicine", *San Diego Union-Tribune*, 14 giugno 1998.
- Ronchi E., *Colpa grave del medico: valutazione tecnico giuridica lasciata al mero arbitrio*, nota a Cass. 13-3-98, n° 2750, in *Resp. civ. prev.*, 1999, 272.
- Rossetti M., *Attività medica e assicurazione della responsabilità civile*, in *Assicurazioni*, 1999, I, 446 233
- Rossetti m., *Errore complicità e fatalità: gli incerti confini della responsabilità civile in ostetricia e ginecologia*, in *Danno resp.*, 2001, 12.
- Russo, *L'assicurazione di responsabilità civile del medico e della casa di cura*, in *Assicurazioni.*, 99, II, 208 (nota a Cass. 8/1/99 n. 103).
- Saitta A., voce *Odontoiatria e odontotecnico*, in *Dig. pubbl.*, Torino, Utet, 1995, X, 541.
- Santoro G., *La responsabilità del medico*, in *Il diritto privato nella giurisprudenza. La responsabilità civile. Responsabilità contrattuale.*, a cura di P. Cendon, II, Torino, Utet, 1998.
- Santosuosso A. – Barni M., *Medicina e diritto: prospettive e responsabilità della professione medica oggi*, Milano, Giuffrè, 1995.
- Scuola Superiore di Studi Universitari e di Perfezionamento Sant'Anna di Pisa, *La responsabilità sanitaria tra valutazione del rischio e assicurazione*, Pisa.
- Silingardi E., *L'errore diagnostico e la responsabilità del radiologo in senologia*, in *Riv. it. med. leg.*, 1998, 263.
- Siracusano F., *Ancora sulla responsabilità colposa del medico: analisi della giurisprudenza sulle forme e i gradi della colpa*, in *Cass. Pen.*, 1997, 2904

- Stanzione P.- Zambrano V., *La responsabilità del servizio sanitario*, Milano, Giuffrè, 1998
- Stanzione P., *La responsabilità medica: profili sistematici*, in *Sanità pubblica*, 2000, 455.
- Tassone L., *Evoluzione del rischio di responsabilità civile e suoi riflessi sull'assicurazione degli operatori sanitari*, in *Dir. econ. ass.*, 1995, 853.
- Turchetti G., *Innovazione e Reti Distributive nel Settore Assicurativo. Analisi Teorica e Comportamenti Strategici*, Franco Angeli, Milano, 2000.
- Vassalli G., *Alcune considerazioni sul consenso del paziente e lo stato di necessità nel trattamento medico-chirurgico*, in *Arch. Pen.*, 1973, I, 81.
- Venturello M., *L'esperienza francese, tedesca e di common law*, in *Giur. it.*, 1995, I, 790.
- Vigotti A., *La responsabilità del professionista*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 1996, II, 244.
- Vimercati F., Dell'erba A., *Le responsabilità professionali del medico di "medicina generale"*, in *Dir. pen. Proc.*, 1995, 1441.
- Visintini G., *Trattato breve della responsabilità civile*, Padova, 1999.
- Zambrano V., *Interesse del paziente e responsabilità medica nel diritto civile italiano e comparato*, Napoli, E.S.I., 1993.
- Zana M., *Responsabilità medica e tutela del paziente*, Milano, Giuffrè, 1993.
- Zangani P., *La responsabilità professionale in campo ostetrico. Aspetti particolari*, in *Giust. pen.*, 1998, 221.
- Zeno-Zencovich V., *Questioni in tema di responsabilità per colpa professionale sanitaria*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 1993, 358