

La via giudiziaria per il recupero di risorse

di Mauro Nebiolo Vietti

Quando si parla di finanza nella sanità il riferimento è generalmente a cifre importanti, del tutto estranee ed indifferenti alle persone comuni, tant'è che queste tendono a non ricordarle o a non farci caso più di tanto.

L'oggetto di quest'attenzione attiene invece ad iniziative volte a costituire entrate di valore modesto, se rapportate ai volumi di cui dianzi si diceva, ma che potrebbero costituire un flusso costante.

Quando un paziente ricorre alle cure ospedaliere determina un costo e questo è un concetto ovvio; è un po' meno ovvio se sussista o meno il diritto dell'ente sanitario a farsi rimborsare la spesa da chi abbia eventualmente provocato la lesione curata.

Non è certo un problema che si pone ora perché negli anni passati si è dibattuto a lungo arrivando anche a soluzioni diverse; i giuristi vorranno scusare la semplificazione dei concetti qui esposti, ma la relazione ha come destinatari appartenenti al settore medico ed amministrativo a cui è logico destinare uno schema di sintesi e non una comparazione analitica di tesi contrapposte. Per chi volesse approfondire le tematiche sul punto si rinvia agli atti del convegno 8/10/2002 "*la rivalsa per spese sanitarie: un diritto delle aziende?*" organizzato dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della provincia autonoma di Trento ove si esaminano *funditus* i vari profili che, se in parte superati da aggiornamenti normativi e giurisprudenziali, hanno il merito di aver evidenziato tutti i possibili punti critici a cui l'operatore deve prestare attenzione.

Breve excursus storico

Prima del 1988, e cioè quando si versavano i contributi per il servizio sanitario, questi erano considerati di natura previdenziale, collocazione che

determinava un diritto di surrogazione; in altre parole, poiché il paziente avrebbe dovuto spendere per farsi curare e poiché tale spesa era stata sostenuta dall'ente ospedaliero, questi si sostituiva al primo nel pretendere il rimborso. Occorreva però una preventiva comunicazione all'interessato ove si dichiarava l'intenzione di surrogarsi, dichiarazione che non sempre poteva essere condivisa dal destinatario se questi, a sua volta, intendeva farsi risarcire dal soggetto colpevole. Iniziava così una gara perché la dichiarazione di surroga era priva di effetti se nel frattempo il paziente aveva ottenuto il risarcimento anche parziale (in questo caso in via transattiva).

I contributi per il servizio sanitario sono stati aboliti nel 1998 e sostituiti dall'IRAP, modifica che ha minato alle fondamenta la teoria della surrogazione.

Diritti e gratuità

Si è allora fatta strada un'altra tesi; l'ente sanitario dispone di una propria capacità patrimoniale destinata a rimediare ai problemi di salute dei cittadini; quando l'ente si occupa di un paziente, riduce la propria capacità perché utilizza una parte delle sue risorse per curare il malato, ma, se questa riduzione delle risorse è provocata dal comportamento illecito di un terzo soggetto, può essere a lui imputabile il costo delle cure? Non si trascuri che la gratuità delle prestazioni è assicurata a chi ne ha bisogno, non anche a chi, con la propria condotta illecita, abbia determinato la lesione alla salute di terzi.

Per rispondere al quesito occorre ricordare che un principio fondante del nostro ordinamento obbliga chiunque abbia provocato un danno per colpa o dolo a risarcirlo (art. 2043 codice civile), ed il concetto è applicato al settore sanitario dalla Corte d'Appello civile di Torino già da alcuni anni; ancora un'ultima decisione del 29/7/2014 conferma *“che il fatto che le prestazioni che l'ASL siano gratuite per i beneficiari non ha nulla, ma proprio nulla a che vedere col problema di cui si discorre. Qui l'ASL non sta chiedendo ai soggetti che ha curato di pagarle le spese sostenute per questo; sta chiedendo a chi, danneggiando la salute di quei soggetti, l'ha costretta ad intervenire e quindi a sostenere spese, di rifonderle i danni”*.

Con sentenza del 26/5/2017 n. 24289 la Corte di Cassazione conferma che *“sebbene l'infortunato non debba sostenere alcun esborso, ciò non toglie né che le prestazioni medico sanitarie rese abbiano un costo oggettivo, né che di tale costo possa essere chiamato a rispondere, secondo la clausola generale della responsabilità aquiliana, il danneggiante”* concludendo *“l'erogazione gratuita delle prestazioni medico sanitarie in favore dell'infortunato, del malato o del ferito, infatti, non comporta l'irresponsabilità del danneggiante”*.

Ma v'è di più; quando la lesione alla salute non è circoscritta al singolo, ma provoca gravi alterazioni ambientali, l'ente sanitario diventa titolare di interesse alla tutela del territorio perché tramite esso è tutelata la salute psicofisica della popolazione e questa sua legittimazione determina il diritto al risarcimento dei danni che non possono che essere rilevanti perché in tali casi l'ASL è costretta a mettere in campo notevoli risorse umane, materiali ed economiche.

Il Tribunale penale di Torino, in uno dei processi collegati all'inquinamento da amianto, ha condannato gli imputati a risarcire all'ASL cinque milioni di euro riconoscendo che se l'ASL è preposta alla tutela della salute della popolazione *“tale finalità, unitamente al territorio ed alla popolazione di riferimento, individuano l'interesse proprio dell'Azienda, di tal che essa assume la qualità di soggetto danneggiato sia in relazione al pregiudizio arrecato al territorio e alla popolazione dai fatti oggetto del processo, sia in relazione al discredito della sfera funzionale, alla frustrazione degli scopi ed alla perdita di prestigio dell'ente derivante dalle condotte illecite degli imputati”*.

Non fa parte della relazione, perché ormai consolidata, l'attività volta ad ottenere il risarcimento del pregiudizio economico derivante alla struttura sanitaria per la corresponsione al proprio dipendente della retribuzione e degli oneri accessori durante il periodo di mancata prestazione lavorativa a seguito di invalidità temporanea determinata da fatti attribuibili alla responsabilità di terzi.

Gli aspetti operativi

L'assetto giuridico può apparire semplice (in realtà così non è perché è frutto di un articolato dibattito che qui si è tralasciato per non tediare i destinatari della relazione), ma è sicuramente complesso quello operativo.

Sono preliminarmente da escludere le lesioni connesse ai sinistri stradali perché una legge del 1982 (n. 526) ha escluso l'azione per il recupero degli oneri anticipati per cure agli infortunati per incidenti stradali sostituendola con un contributo annuale da parte delle compagnie assicuratrici rivolto ad alimentare un apposito fondo inteso come compensazione di tutti i danni che determinano un onere per le strutture sanitarie.

In tutti gli altri casi l'azione di risarcimento è configurabile, ma è evidente che la prima difficoltà operativa è l'impostazione di un metodo di lavoro che non sia più costoso dei ricavi che può produrre.

Per evitare una diseconomia il sistema deve prevedere fasi successive quali:

- La raccolta delle informazioni
- La valutazione delle informazioni
- La determinazione del valore dell'addebito
- La gestione del recupero

La raccolta delle informazioni

Poiché in sede di ricovero o di intervento urgente sono già raccolte alcune informazioni, si tratta di completare la scheda con alcune caselle aggiuntive; presumendo in essere un sistema di codifica uniforme, sarà sufficiente barrare una nuova casella quando l'operatore può sospettare, dalle dinamiche e/o dalle dichiarazioni dell'interessato, che potrebbe sussistere una responsabilità di terzi con l'effetto di trasmettere in via informatica l'informazione ad un ufficio centrale. Al primo livello l'operatore non deve quindi svolgere alcuna funzione critica, ma limitarsi a segnalare tutti i casi che paiono sospetti.

La valutazione delle informazioni

Un ufficio centrale costituirà il punto di raccolta di tutta la struttura e dovrà svolgere una funzione complessa; acquisendo il materiale informativo dal reparto coinvolto, l'addetto dovrà classificare l'evento, operando distinzioni alle volte semplici (es. l'infortunio sul lavoro) ed in altri casi problematiche (es. incidente domestico connesso ad un imperfetto funzionamento di un utensile o macchinario).

In alcuni casi potrà essere utile la collaborazione del soggetto leso, anche se non è detto che si riscontri la collaborazione auspicata sia per diffidenza, sia per timore di compromettere un'eventuale azione risarcitoria attivabile dal danneggiato.

In questa fase occorre anche valutare se si riscontrano informazioni sufficienti per un'azione risarcitoria, problema di facile soluzione se del fatto è investito il giudice penale perché la costituzione di parte civile da parte dell'ente sanitario autorizza l'accesso al fascicolo processuale. Di maggiore difficoltà è la ricerca di informazioni atte a sostenere un'azione civile di risarcimento che, se non supportata di adeguate prove, è destinata all'insuccesso. L'ufficio dovrà quindi valutare, a fronte di dati giudicati insufficienti, se procedere alla verifica di ulteriori riscontri.

La determinazione del valore dell'addebito

Poiché la struttura sanitaria dispone dei centri di costo, la determinazione del valore dell'assistenza erogata non dovrebbe costituire un problema; il reparto interessato dovrà fornire i dati di base, comprensivi delle spese vive sostenute. Così facendo l'ufficio che ha gestito l'informazione valuterà se l'attività di recupero rischia di determinare un costo superiore al vantaggio atteso oppure se passare la pratica al settore che deve procedere concretamente al recupero.

La gestione del recupero

In questa fase è essenziale una valutazione corretta delle potenzialità economiche del debitore per evitare azioni inutili con un bilancio finale passivo, ma soprattutto occorre valutare la fondatezza del profilo giuridico di responsabilità e cioè, fondamentalmente, il nesso di causalità tra l'evento dannoso e la lesione, valutazione che in alcuni casi potrà comportare la collaborazione del medico legale. Come nella fase precedente, ove è necessario procedere ad uno screening per eliminare i casi poco convenienti da un punto di vista economico, così in questa si procederà ad un'ulteriore selezione vuoi per ragioni di debolezza economica del debitore, vuoi per l'eventuale fragilità della tesi difensiva che non giustifica i rischi processuali.

In conclusione si tenga conto che il servizio può determinare risultati positivi nel solo caso l'organizzazione risponda a criteri di efficienza e non si tratta di un'affermazione di stile, ma di sostanza come ha dimostrato uno studio sulle principali cause dell'insoluto (che nell'immaginario collettivo sono imputate alla cattiva volontà del debitore); l'analisi condotta ha concluso che il 15% dei crediti si perde per una gestione contabile non corretta ed un 10% per dimenticanze ed errori.

I casi concreti

È impossibile definire un elenco, ma, ricordando i più significativi:

- infortunio sul lavoro
- malattia professionale
- lesioni connesse al malfunzionamento di attrezzature domestiche (in tema di responsabilità del produttore)
- lesioni connesse al malfunzionamento di attrezzature sportive

- lesioni connesse alla omessa manutenzione di immobili
- lesioni connesse ad aggressioni e/o risse
- contagi sessuali per imprudente comportamento di soggetti affetti da infezioni
- lesioni connesse all'esercizio di attività pericolose organizzate da terzi
- lesioni patite da minori nel corso di attività didattiche
- infezioni per alimenti assunti in esercizi pubblici ecc.

Esprimo un vivo ringraziamento per la collaborazione nel fornire materiale ed informazioni, senza le quali la stesura di questa relazione sarebbe stata problematica, all'avv. Elio Garibaldi, responsabile dell'ufficio legale dell'Azienda Sanitaria di Alessandria, che da anni studia e raccoglie materiale sull'argomento, ed all'avv. Silvia Di Palo, responsabile dell'ufficio legale dell'Ospedale Molinette, che mi ha guidato con attenzione e disponibilità nell'analisi dell'organizzazione ospedaliera).