

Alessandro Palmieri

*Ai confini delle liti da medical malpractice nell'esperienza
statunitense. Fughe in avanti dei legislatori e argini (tardivamente?)
eretti dalle Corti*

SOMMARIO: 1. *Medical malpractice reform*: la progressiva realizzazione di un regime derogatorio (sostanziale e processuale) *pro-defendants* – 2. Scivolate e cadute negli ospedali: il nuovo approccio texano in tema di *safety standards* – 3. Molestie sessuali ai danni del paziente: la svolta della Corte Suprema dell'Alabama nel segno del ripristino dell'ordinario regime probatorio

1. Medical malpractice reform: la progressiva realizzazione di un regime derogatorio (sostanziale e processuale) pro-defendants

Fino a che punto le controversie risarcitorie instaurate nei confronti di un medico o di una struttura sanitaria, nelle quali il fatto generatore del pregiudizio asseritamente subito dall'attore trovi almeno un punto di contatto con l'attività professionale dei predetti soggetti, possono farsi rientrare nel novero delle *medical malpractice suits*? La risposta a tale quesito – che può rivelarsi nient'affatto scontata non appena si varca il *proprium* della prestazione sanitaria (ad es., diagnosi, somministrazione di terapia, intervento chirurgico) e la contermine area degli obblighi a questa strettamente accessori (ad es., acquisizione del consenso informato) – ha assunto un'importanza fondamentale nel sistema statunitense, alla luce delle ricadute operative di una serie di accorgimenti introdotti a più riprese da diversi Stati, e prese in esame persino dal Congresso, che cumulativamente vanno sotto il nome di *medical liability reform*.

Invero, la percezione del dilagare del numero (e dell'entità) di condanne inflitte a medici e ospedali, oltre che dei rischi legati alle ripercussioni di questa tendenza sul versante assicurativo¹, ha suscitato la reazione di quanti hanno

¹ Non mancano le voci di quanti ritengono che tale percezione e i connessi timori siano il frutto di una lettura distorta della realtà: v., in particolare, T. BAKER, *The Medical Malpractice*

reclamato idonee contromosse. All'appello hanno risposto, sebbene in ordine sparso, i legislatori statali i quali, a partire dalle iniziative pionieristiche degli anni '70 del secolo scorso fino all'ondata che ha caratterizzato lo scorso decennio e agli ulteriori sviluppi più vicini nel tempo, si sono sforzati di apportare correttivi al regime ordinario dei *torts*, vuoi di natura processuale, vuoi di impronta più squisitamente sostanziale. Da un lato, vanno innanzitutto messe in evidenza le disposizioni che impongono all'attore di produrre unitamente all'atto introduttivo, o durante le schermaglie iniziali del giudizio, un c.d. '*merit certificate*', richiedendo cioè il tempestivo ingresso nel processo di idonea documentazione probatoria redatta a seguito della consultazione con un medico ovvero direttamente da quest'ultimo²; o ancora le regole che stabiliscono meccanismi di filtro, incentrati sull'intervento di organismi collegiali composti da medici e giuristi, cui si demanda l'apprezzamento preliminare delle questioni oggetto di discussione e la ricerca di una soluzione extragiudiziale della contesa. Sul piano sostanziale, è possibile annoverare misure quali la fissazione di un tetto all'ammontare complessivo del *quantum* liquidabile o, più di frequente, alla sola entità del pregiudizio non patrimoniale; il superamento della c.d. '*collateral source rule*', in virtù della quale è solitamente preclusa la possibilità di detrarre dall'importo del risarcimento le somme che il danneggiato abbia ottenuto in relazione al medesimo episodio da soggetti pubblici o privati; l'abbreviamento dei termini di prescrizione; la previsione di termini di 'decadenza' per l'esercizio dell'azione che decorrono dal momento in cui la cura è stata completata. Il coacervo delle regole settoriali coniate, con varie combinazioni, dai legislatori statali, determina un quadro complessivo generalmente ritenuto maggiormente penalizzante per le vittime dei pretesi *malpractitioners*, se messo a confronto con gli scenari che si presentano comunemente ai danneggiati nei casi di *negligence, assault e battery*³.

Myth, University of Chicago Press, Chicago 2005.

² Su tale istituto, v. B. GROSSBERG, *Uniformity, Federalism, and Tort Reform: The Erie Implications of Medical Malpractice Certificate of Merit Statutes*, in 159 «U. Pa. L. Rev.», 2010, p. 217. Ivi si distinguono tre gruppi di 'State certificate of merit statutes', descritti nel modo seguente (pp. 222 s.): a) «the first category consists of statutes that require the attorney, when filing the complaint, to certify that she has consulted with an expert and that the expert has indicated that the claim has at least a reasonable chance of being meritorious»; b) «the second category consists of statutes that require the attorney to file a certificate or affidavit from the expert herself, rather than a certificate merely verifying that a consultation has occurred»; c) «the third category consists of statutes that require the filing of certificates or affidavits similar to those in the first two categories; however, rather than mandating that plaintiffs file certificates with the complaint, these statutes require the certificate to be filed within a set period of time after the complaint».

³ Tale penalizzazione, a detta di A. STEIN, *Toward a Theory of Medical Malpractice*, in 97

A prescindere dalle valutazioni sui motivi di siffatte scelte legislative e sulle relative implicazioni, temi intorno ai quali si è sviluppato un ampio dibattito dottrinario⁴, resta il problema di come porsi dinanzi alle situazioni di frontiera evidenziate nelle battute iniziali del presente contributo. Si tratta di verificare, cioè, se il regime derogatorio previsto per la *medical malpractice* abbia una potenzialità espansiva sì da coprire pure queste situazioni, come auspicato dal fronte dei *defendants*.

Le vicissitudini del movimento riformatore statunitense – dove, per un verso, i risultati auspicati dai fautori dell'implementazione di regole che rendano più impervio l'esperienza delle azioni risarcitorie contro medici e ospedali e, per altro verso, i *verba* dei legislatori, attraverso cui tali regole sono veicolate, hanno fatto emergere, con l'avallo di non pochi esponenti del sistema delle corti (ma con taluni ripensamenti di cui si dirà più avanti) sacche di immunità difficili da giustificare – dovrebbe fungere da *caveat* per quanti in Europa, come in altre aree geografiche⁵, ravvisano non poche criticità nelle regole operative sviluppatesi in tema di responsabilità del medico e si propongono di intraprendere nuove strade o, per certi aspetti, di tornare all'antico⁶. Anche assumendo che non si arrivi ad avallare eccessi

«Iowa L. Rev.», 2012, p. 1201, dipenderebbe essenzialmente dalle riforme intervenute sul piano sostanziale; ivi si legge (p. 1253) che «the procedural tort-reform rules therefore make a lot of sense. They fit into our system's design and improve its performance. Unfortunately, I cannot say the same about the substantive tort reform that reduced care providers' liability on the theory that the pre-reform regime had forced them to pay too much».

⁴ M. FRAKES, *The Surprising Relevance of Medical Malpractice Law*, in 82 «U. Chi. L. Rev.», 2015, p. 317; R. AVRAHAM, M.M. SCHANZENBACH, *Medical Malpractice Reform*, in «Northwestern Public Law Research Paper», nn. 15-23, March 2015; B.S. BLACK, D.A. HYMAN, M. PAIK, *Does Medical Malpractice Reform Increase Physician Supply? Evidence from the Third Reform Wave*, in «Northwestern University Law & Economics Research Paper», nn. 14-11, July 2014; E.M.J. LIEBER, *Medical Malpractice Reform, the Supply of Physicians, and Adverse Selection*, «J.L. & Econ.», 2014, 57, p. 501; M. FRAKES, A.B. JENA, *Does Medical Malpractice Law Improve Health Care Quality?*, in «NBER Working Paper», n. 19841, January 2014.

⁵ Per uno sguardo all'esperienza sudafricana, v. W.T. OOSTHUIZEN, P. CARSTENS, *Medical Malpractice: The Extent, Consequences and Causes of the Problem*, in «Journal of Contemporary Roman-Dutch Law», 2015, 78, p. 269.

⁶ Si pensi, per quanto riguarda l'Italia, alle proposte attualmente all'esame del Parlamento che – dopo il ridotto impatto sul versante civile delle misure introdotte nel 2012 dalla c.d. legge Balduzzi (v., al riguardo, P. GATTARI, *Profili civilistici della legge Balduzzi: il «senso» del richiamo all'art. 2043 c.c.*, in «Resp. civ.», 2014, p. 1039; O. CLARIZIA, *La responsabilità contrattuale del medico dipendente dopo la «riforma Balduzzi»: criterio letterale e ragioni costituzionali a confronto*, in «Nuove leggi civ.», 2014, p. 1117; A. QUERCI, *Le evoluzioni della responsabilità sanitaria, fra riforma Balduzzi, disegni di legge e novità giurisprudenziali*, in «Nuova giur. civ.», 2014, II, p. 15; E. SECCHI, *L'art. 3, legge Balduzzi e il sistema di responsabilità civile medica:*

del tipo di quelli illustrati nei paragrafi che seguono, il rischio di un'improvvisa *overreaction* non può essere ignorato⁷, a pena di errori imperdonabili e difficilmente emendabili, nel momento in cui si soppesano i pro e i contro di modifiche legislative e si cesella il relativo contenuto.

2. Scivolate e cadute negli ospedali: il nuovo approccio texano in tema di safety standards

Prendiamo le mosse dalle traversie giudiziarie di una donna che, mentre stava per lasciare un ospedale del Texas in cui si era recata per accompagnare un'altra persona in visita a un paziente, era scivolata sul pavimento nei pressi dell'uscita. La casa di cura, chiamata a rispondere dai danni riportati per effetto dell'incidente, eccepiva che l'attrice non avesse presentato nei termini l'*expert report* prescritto dalla legislazione di quello Stato⁸, chiedendo pertanto di essere immediatamente estromessa dal giudizio. Tanto in prime cure, quanto in appello⁹, la decisione si rivelava favorevole al convenuto. Il repentino rigetto della domanda risarcitoria presupponeva che quest'ultima fosse etichettata come *health care liability claim* (HCLC), sì da assoggettarla alla disciplina di settore in cui, oltre al

riflessioni critiche, in «Medicina e dir.», 2014, fasc. 1, p. 28) – mirano a una rivisitazione della tematica della responsabilità professionale del personale sanitario. In particolare, nel testo risultante dagli emendamenti approvati il 19 novembre 2015 dalla Commissione 'Affari sociali' della Camera dei deputati, da un lato si prevede che l'esercente la professione sanitaria, nello svolgimento della propria attività, debba attenersi, fatte salve le specificità del caso concreto, alle buone pratiche clinico-assistenziali e alle raccomandazioni previste dalle linee guida e, dall'altro, si afferma che egli risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 c.c.

⁷ In questa prospettiva, v. S. DE VITO, A.W. JURIS, *An Overreaction to a Nonexistent Problem: Empirical Analysis of Tort Reform from the 1980s to 2000s*, in 3 «Stan. J. Complex Litig.», 2015, p. 62.

⁸ La disposizione rilevante, contenuta nel Texas Civil Practice and Remedies Code, è la § 74.351(a), dove si prevede uno scambio di perizie di parte («in a health care liability claim, a claimant shall, not later than the 120th day after the date each defendant's original answer is filed, serve on that party or the party's attorney one or more expert reports, with a curriculum vitae of each expert listed in the report for each physician or health care provider against whom a liability claim is asserted. The date for serving the report may be extended by written agreement of the affected parties. Each defendant physician or health care provider whose conduct is implicated in a report must file and serve any objection to the sufficiency of the report not later than the later of the 21st day after the date the report is served or the 21st day after the date the defendant's answer is filed, failing which all objections are waived»).

⁹ *Ross v. St. Luke's Episcopal Hospital*, 2013 WL 1136613 (Tex.App.-Houston (14th Dist.) March 19, 2013).

già ricordato profilo processuale, trovano posto una drastica contrazione della possibilità di applicare il principio *res ipsa loquitur*, la fissazione di brevi termini per l'esercizio dell'azione e la previsione di limiti invalicabili alla commisurazione del danno. D'altronde, a fronte di azioni intentate da pazienti caduti o scivolati mentre erano ricoverati in una struttura sanitaria, una certa propensione a classificarle in termini di *medical malpractice claims* era già emersa sia nella giurisprudenza texana¹⁰, sia in quella di altri Stati¹¹.

Dal testo della pertinente *stautory provision*, si apprende che la nozione di HCLC abbraccia anche le pretese in cui si fa valere il mancato raggiungimento dei livelli di sicurezza che possono legittimamente attendersi da quanti forniscono prestazioni sanitarie¹². Orbene, nel 2012 la Corte Suprema del Texas, nell'emettere a maggioranza il proprio verdetto in un caso concernente le lesioni riportate da un addetto al reparto di psichiatria nel corso di un diverbio con un paziente ivi ricoverato, aveva offerto una visione nient'affatto riduttiva dal menzionato aspetto, ritenendo che la rilevanza della violazione dello standard di sicurezza prescindesse dalla verifica di un legame diretto con l'erogazione delle cure mediche¹³. A fronte di tale statuizione non era stato univoco l'atteggiamento delle corti inferiori; e, a dire il vero, alcune decisioni avevano cercato di ridurre quanto più possibile l'impatto¹⁴. Di talché era auspicabile che la massima istanza giurisdizionale dello Stato tornasse sul punto con ulteriori precisazioni e chiarimenti.

Il che è avvenuto, a cominciare dalla vertenza testé sommariamente descritta, con esiti che incentivano nuovamente le strutture sanitarie all'adozione di precauzioni idonee a minimizzare il rischio di incidenti da

¹⁰ Nel caso *Harris Methodist Fort Worth v. Ollie*, 342 S.W.3d 525 (Tex. 2011), era venuta in rilievo la disavventura di un paziente che, nell'ospedale in cui aveva subito un'operazione, era scivolato sul pavimento bagnato dopo essere uscito dalla vasca di bagno.

¹¹ Si considerino i casi *Churchill v. Columbus Community Hosp.*, 830 N.W.2d 53 (Neb. 2013); *Rome v. Flower Memorial Hosp.*, 635 N.E.2d 1239 (Ohio 1994); *Husby v. S. Ala. Nursing Home, Inc.*, 712 So. 2d 750 (Ala. 1998); *Chandler v. Open-sided MRI of Atlanta* 682 S.E.2d 165 (Ga. App. 2009).

¹² Secondo la § 74.001(a)(13), del Texas Civil Practice and Remedies Code, «Health care liability claim» means a cause of action against a health care provider or physician for treatment, lack of treatment, or other claimed departure from accepted standards of medical care, or health care, or safety or professional or administrative services directly related to health care, which proximately results in injury to or death of a claimant, whether the claimant's claim or cause of action sounds in tort or contract».

¹³ *Texas West Oaks Hospital, L.P. v. Williams*, 371 S.W.3d 171 (Tex. 2012), dove sei giudici su nove sono stati dell'avviso che «the safety component of HCLCs need not be directly related to the provision of health care».

¹⁴ Su queste divergenze, v. W. WOOLSEY, *Defining a Health Care Liability Claim in The Post-Texas West Oaks Era*, in 46 «St. Mary's L.J.», 2015, p. 343.

caduta, a tutto vantaggio dei pazienti, di chiunque si introduca nei relativi locali e dello stesso personale. La Corte, infatti, nella pronuncia resa nel maggio 2015¹⁵, rifiuta l'idea che una pretesa fondata sulla violazione di un *safety standard* possa essere ascritta all'area delle HCLC semplicemente perché il fatto dannoso si è verificato all'interno di un struttura sanitaria o perché l'addebito investe chi eroga prestazioni mediche. Né varrebbe, con riferimento alle scivolate, sostenere che l'ospedale è tenuto a mantenere un ambiente sicuro per i pazienti, potendo se mai giovare al convenuto la dimostrazione che l'incidente è occorso in un'area dove è presumibile che i pazienti vengano trattati o dove comunque bisogna osservare specifici livelli manutentivi in funzione della cura o della sicurezza dei pazienti medesimi. Ecco che, non appiattendosi su una pedissequa riproposizione delle precedenti affermazioni, si perviene a configurare l'esigenza di sincerarsi dell'esistenza di un nesso significativo tra gli standard di sicurezza in ipotesi violati e la fornitura delle cure mediche. Nesso di cui non v'è traccia quando si considera la posizione della frequentatrice occasionale che transitava in una zona rispetto alla quale non erano da aspettarsi particolari accorgimenti suggeriti da una qualche interferenza con l'espletamento, anche potenziale, dell'attività terapeutica.

Di lì a poco i medesimi concetti sono stati ribaditi nel quadro di una vertenza caratterizzata da un *background* fattuale pressoché sovrapponibile. Ancora una volta la Corte d'Appello aveva decretato la prevalenza della linea difensiva dell'ospedale, che puntava a disinnescare l'azione risarcitoria proposta dall'ennesima visitatrice caduta nell'atrio, la quale non si era peritata di premunirsi dell'indispensabile *expert report*¹⁶. Sennonché, alla stregua del fresco precedente, l'ulteriore decisione della Corte Suprema, emessa il 30 ottobre 2015, disattende tutte le argomentazioni con cui il resistente s'industria a ravvisare gli estremi dell'ormai imprescindibile legame significativo con l'attività terapeutica. In particolare, vengono superate le obiezioni che si focalizzano sulla constatazione che gli standard di cui la parte lesa denuncia il mancato rispetto trovano la loro scaturigine in varie prescrizioni dettate da autorità federali e statali, precipuamente orientate a regolamentare l'attività di erogazione delle cure mediche; al riguardo, si evidenzia come non emerga in alcun modo un'interconnessione tra l'ottemperanza (o l'inottemperanza) a dette prescrizioni e gli standard

¹⁵ *Ross v. St. Luke's Episcopal Hospital*, 462 S.W.3d 496 (Tex. 2015).

¹⁶ *E. Tex. Med. Ctr. Reg'l Health Care Sys. v. Reddic*, 426 S.W.3d 343 (Tex. App.—Tyler 2014), dove si evidenziava che «the care of the floor around an area frequented by numerous patients throughout the day has an indirect relationship to the provision of health care that is sufficient to satisfy the safety prong».

sottostanti alla pretesa attorea. Insomma, gli ultimi sviluppi della *case law* texana segnano il maturare di un approccio meno oltranzista, che esorta il giudice a non fare di tuttata l'erba un fascio, impedendo il consolidamento di soluzioni foriere di inefficienze in cui oltretutto rimane sullo sfondo l'esigenza di attenuare la pressione su chi esercita una professione sanitaria.

3. Molestie sessuali ai danni del paziente: la svolta della Corte Suprema dell'Alabama nel segno del ripristino dell'ordinario regime probatorio

Il pericolo di un'espansione incontrollata dell'area delle *medical malpractice claims*, con il correlato incremento degli ostacoli sulla via della piena tutela del danneggiato, è venuto alla ribalta anche con riferimento a situazioni in cui i pazienti lamentano di essere stati vittime di condotte che avrebbero i connotati per essere incluse tra gli *intentional torts against the person*.

Al riguardo, la giurisprudenza dell'Alabama aveva maturato la convinzione che quante volte si prospettasse, a carico del sanitario, una *sexual misconduct* contestuale (e connessa) alla fornitura di servizi professionali¹⁷, la pretesa del paziente era suscettibile di essere inquadrata tra quelle assoggettate alla disciplina dell'Alabama Medical Liability Act (AMLA)¹⁸. Del resto, conclusioni non dissimili erano state altrove raggiunte in un caso dello stesso genere, per quel che concerne la sua riconducibilità all'area presidiata dal Virginia Medical Malpractice Act¹⁹.

L'occasione per rimeditare questo orientamento si è presentata a seguito della causa avviata da una donna nei confronti di un fisioterapista al quale si era rivolta nel 2009 perché soffriva di mal di schiena, nonché del centro

¹⁷ Ove difetti tale connessione, vengono meno i presupposti per sottrarre al regime ordinario le molestie sessuali commesse da un sanitario ai danni del paziente; come testimonia una nutrita casistica: *St. Paul Ins. Co. of Illinois v. Cromeans*, 771 F. Supp. 349 (N.D. Ala. 1991); *McQuay v. Guntharp*, 336 Ark. 534, 540-41, 986 S.W.2d 850 (1999); *Arienza v. Taub*, 194 Cal. App.3d 388, 393, 239 Cal. Rptr. 454, 457 (1987), concernente un rapporto sessuale tra una paziente e il medico che l'aveva in cura a seguito di un infortunio sul lavoro; *Odegard v. Finne*, 500 N.W.2d 140, 143 (Minn. Ct. App. 1993); *Mindt v. Winchester*, 151 Or. App. 340, 345, 948 P.2d 334, 336 (1997), circa il rapporto sessuale tra un medico e la moglie di un paziente affetto da infertilità; *New Mexico Physicians Mut. Liability Co. v. LaMure*, 116 N.M. 92, 95-96, 860 P.2d 734, 736-37 (1993); *Standard Fire Ins. Co. v. Blakeslee*, 54 Wash. App. 1, 9, 771 P.2d 1172, 1176 (1989).

¹⁸ Tale orientamento era stato delineato dalla Corte Suprema dell'Alabama nel caso *Mock v. Allen*, 783 So. 2d 828 (Ala. 2000), sulla cui scia si è posta la decisione nel caso *O'Rear v. B.H.*, 69 So. 3d 106 (Ala. 2011).

¹⁹ *Hagan v. Antonio*, 240 Va. 347, 397 S.E.2d 810 (1990).

dove costui operava. L'appuntamento, stando al resoconto della paziente, si era rivelato un'esperienza altamente traumatica. Mentre la donna era stesa sul lettino, il terapeuta l'aveva completamente denudata, per poi toccarle gli organi genitali e altre zone erogene. La paziente, per lo shock e lo spavento, non era stata in grado di reagire nell'immediatezza. È, dunque, in relazione a questo episodio che vennero articolate le richieste risarcitorie della donna, al cui fondamento si collocavano, per quanto riguarda l'autore delle molestie, un addebito di *assault and battery* e, per quanto riguarda la struttura, un addebito di *negligent or wanton hiring*.

Dal momento che il convenuto respingeva tutte le accuse, contestando la versione dei fatti esposta dall'attrice, quest'ultima chiedeva di poter dimostrare, a supporto della sua tesi, che lo stesso terapeuta si era qualche tempo prima reso protagonista di offese analoghe a scapito di altre donne affidate alle sue cure. Sennonché, proprio in relazione a questo delicato profilo probatorio è sorto l'intoppo che poteva rivelarsi esiziale per le chances di vittoria dell'attrice nella lite instaurata. Infatti, mentre i criteri probatori comunemente utilizzati dai giudici statali e federali permetterebbero di estendere l'istruttoria ad altre condotte della stessa indole, in particolare quando in un processo civile è in discussione il compimento di molestie sessuali²⁰, la speciale disciplina introdotta dal legislatore dell'Alabama in tema di responsabilità medica impedisce ogni velleità di *discovery* in ordine a pregresse malefatte del sanitario nell'esercizio della sua attività professionale²¹. Tutto dipende, allora, da cosa si intende per *medical malpractice case* e all'uopo risulta decisivo stabilire se, alla luce della normativa vigente nello Stato, a tale nozione possa assegnarsi una portata così ampia da inglobare le condotte dello *health care provider* che assumano le inquietanti sembianze di un *sexual assault*.

A seguito di una decisione in prima battuta favorevole sul punto all'attrice e del ricorso proposto dall'operatore sanitario, il quale contestava il mancato riconoscimento del predetto privilegio probatorio, la parola è passata alla Corte Suprema dell'Alabama. La pronuncia resa il 30 settembre 2015 materializza un vero e proprio *overruling*²², con cui si ripudia

²⁰ Si pensi alla Rule 415(a) delle Federal Rules of Evidence, secondo cui «In a civil case involving a claim for relief based on a party's alleged sexual assault or child molestation, the court may admit evidence that the party committed any other sexual assault or child molestation». In argomento, v. G. MINK, *Hostile Environment. The Political Betrayal of Sexually Harassed Women*, Ithaca, NY, 2000, pp. 103 ss.

²¹ Per tutte le azioni rientranti nel campo di applicazione dell'AMLA, il periodo conclusivo della § 6-5-551, Ala. Code, dispone che «any party shall be prohibited from conducting discovery with regard to any other act or omission or from introducing at trial evidence of any other act or omission».

²² *Ex parte Vanderwall*, 2015 WL 5725153 (Ala. 2015).

apertamente la traiettoria in precedenza percorsa dai giudici di quello Stato, che invero non collimava con quanto statuito in altre giurisdizioni²³. Emblematico è il passaggio della *main opinion* di seguito riprodotto: «We do not believe the legislature intended for the protections afforded under the AMLA to apply to health-care providers who are alleged to have committed acts of sexual assault; such acts do not, by any ordinary understanding, come within the ambit of “medical treatment” or “providing professional services”». Viene così disinnescato un congegno che finiva col mandare in tilt gli ingranaggi risarcitori e determinava, in ultima analisi, la sensazione che si fosse concesso un pericoloso lasciapassare per condotte tutt'altro che irreprensibili.

Abstract

Negli Stati Uniti, le preoccupazioni connesse al dilagare delle azioni risarcitorie contro i sanitari e le strutture dove operano hanno indotto vari legislatori statali a introdurre regimi derogatori, più favorevoli per i convenuti. Nelle pieghe di tali regimi si sono create sacche di impunità, ridimensionate da recenti pronunce che, nel Texas e nell'Alabama, hanno ripristinato le regole ordinarie in relazione alle cadute nelle aree ospedaliere e alle molestie sessuali in danno dei pazienti.

²³ Vengono, in proposito, citate le seguenti decisioni: *Kaufmann v. Schroeder*, 946 N.E.2d 345(2011); *Burke v. Snyder*, 899 So. 2d 336 (Fla. Dist. Ct. App. 2005); *Doe v. Cherwitz*, 894 F. Supp. 344 (S.D. Iowa 1995); *Descant v. Administrators of Tulane Educational Fund*, 639 So. 2d 246 (La. 1994).

