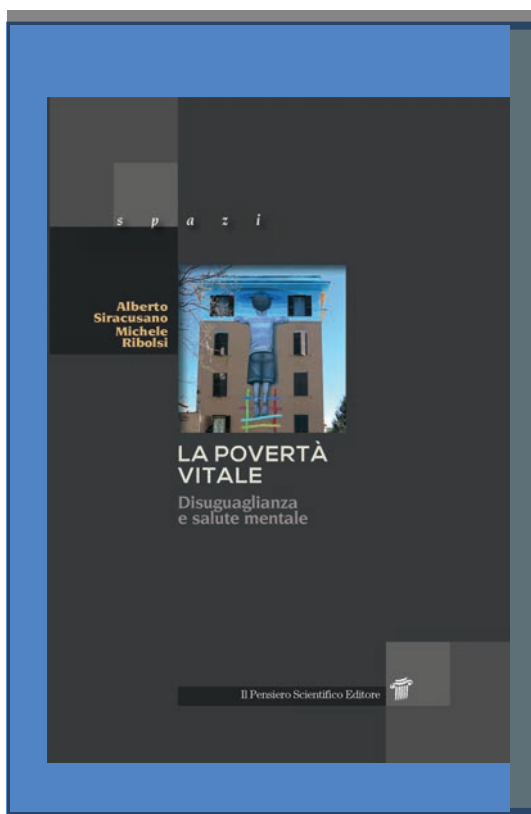


La responsabilità del medico

La legge Gelli-Bianco (l. 24/2017) arriva dopo decenni di attesa e di discussioni. La legge viene a disciplinare una materia complessa, che ha visto cambiare nel corso dei decenni precedenti gli orientamenti della giurisprudenza. Dal 1999 la sentenza 589 della III Sezione Civile della Cassazione trasforma la responsabilità extracontrattuale del medico in una responsabilità contrattuale perché il rapporto medico-paziente, ancorché in un ambito del tutto extracontrattuale come quello paziente-medico di guardia in ospedale pubblico, si definisce contrattuale da "contatto sociale" (sentenza 2501 del 2001). La legge 24/17 riconduce invece la responsabilità del medico in ambito extracontrattuale ponendo fine a un lungo periodo di sofferenza per la categoria medica. L'impianto della norma è di ampio respiro: in prima battuta si occupa della sicurezza delle

cure (articoli da 1 a 5), successivamente passa ad esaminare la responsabilità penale e civile dei medici (articoli 6 e 7), la prevenzione del contenzioso (articoli 8 e 9) e infine la riduzione del peso assicurativo (articoli da 10 a 14). L'articolo 15 disciplina in modo preciso e puntuale la nomina dei CC.TT.UU. e dei periti.

In questo senso dà seguito a quanto indicato nell'articolo 3bis della legge di conversione 189/2012, che recita: "al fine di ridurre i costi connessi al complesso dei rischi relativi alla propria attività, le aziende sanitarie, nell'ambito della loro organizzazione e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, ne curano l'analisi, studiano e adottano le necessarie soluzioni per la gestione dei rischi medesimi, per la prevenzione del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi. Il Ministero della Salute e le Regioni monitorano, a livello nazionale e regionale, i dati relativi al rischio clinico". Come si vede, dopo 5 anni la legge Gelli-Bianco dà seguito pratico a quanto indicato nella legge 189/2012.



LA POVERTÀ VITALE Disuguaglianza e salute mentale

Di Alberto Siracusano e Michele Ribolsi

È ormai accertato che esistono determinanti di natura sociale e politica che, come altri determinanti di natura medica, sono in grado di avere un effetto diretto sulla salute di una persona. Tuttavia, oltre al concetto di povertà economica, è necessario considerare la presenza di nuove forme di povertà: stati di privazione in cui la mancanza non riguarda solo gli aspetti quantitativi ma anche la dimensione relazionale, affettiva, valoriale e spirituale.

Una simile carenza viene qui definita "povertà vitale". Si tratta di un concetto nuovo, di tipo qualitativo, che permette di avere non solo una visione più attenta e corretta dei fattori di disuguaglianza e svantaggio, ma anche di sviluppare interventi sociali e psicologici utili a migliorare la qualità di vita di coloro che versano in uno stato di sofferenza mentale, a vantaggio di una società sempre più civile. Dedicare un libro al rapporto tra povertà e salute mentale è un passo necessario per comprendere l'impatto dei grandi cambiamenti sociali sul benessere psichico e sulla qualità della vita quotidiana di tutti noi.

www.pensiero.it

numero verde 800-259620

Appare opportuno allo scrivente sottolineare gli aspetti più significativi della legge.

Articoli 1-6

I primi 5 articoli si occupano della sicurezza delle cure partendo dal presupposto che la sicurezza delle cure è parte integrante del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della comunità (articolo 1). Istituisce un centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente in ogni Regione e attribuisce la funzione di garante per il diritto alla salute al difensore civico (articolo 2). Istituisce all'articolo 3 un Osservatorio nazionale che acquisisce i dati relativi alla sicurezza delle cure raccolti dai Centri regionali del rischio clinico. L'articolo 5 introduce il concetto di linee guida, che contengono le raccomandazioni elaborate dalle società scientifiche riconosciute dal Ministero, alle quali – salvo la specifica del caso – il medico si deve attenere. L'Istituto Superiore di Sanità pubblica sul suo sito le linee guida da aggiornare con cadenza biennale. Se le Società Scientifiche elaborano le linee guida e i medici si attengono ad esse, salvo il caso specifico che richiede interventi del tutto diversi, la punibilità per imperizia è esclusa (articolo 6).

Articolo 7

L'articolo 7 è l'articolo che riconduce la responsabilità del medico a una responsabilità extracontrattuale, lasciando alla struttura sanitaria in cui opera l'onere della responsabilità contrattuale. Sono ben note le differenze rappresentate dall'onere della prova (a carico del ricorrente nella extracontrattuale) e la durata della prescrizione del reato (5 anni nell'extracontrattuale e 10 nella contrattuale). Onde evitare libere interpretazioni da parte dell'organo giudicante, il comma 5 dell'articolo 7 recita "Le disposizioni del presente articolo costituiscono norme imperative ai sensi del Codice Civile", con ciò sancendo senza ombra di dubbio la fine della responsabilità contrattuale e il principio del "contatto sociale".

L'azienda sanitaria che abbia pagato un indennizzo per un danno causato da un medico può esercitare l'azione di rivalsa nei confronti del sanitario attraverso la Corte di Conti a patto che abbia informato lo stesso dell'esistenza di una

richiesta danni nel merito. In assenza di ciò la rivalsa non può essere esercitata.

Articolo 15

Infine vogliamo evidenziare l'articolo 15 che si intitola "Nomina dei consulenti tecnici di ufficio e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria". L'introduzione di un collegio, per quanto imperfetto perché costituito da due medici, un medico legale e da 1 o più "specialisti nella disciplina, che abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento" offre garanzie di competenze tecniche e di capacità di svolgere il ruolo di consulente tecnico di ufficio con raziocinio e buon senso. Questa è una garanzia per il cittadino, ma anche per il collega che dovesse trovarsi nella scomoda situazione di imputato o comunque di possibile oggetto di rivalsa al termine di un procedimento civile in cui l'azienda sanitaria in cui opera dovesse uscire soccombente.

Conclusioni

Abbiamo lasciato da parte altri articoli parimenti importanti e significativi della legge, volendo qui soffermarsi sugli interventi normativi più cogenti per la classe medica. Citiamo l'articolo 8 per il tentativo di conciliazione, l'articolo 10 che introduce l'obbligo di assicurazione, e l'articolo 14 che introduce il fondo di garanzia per i danni derivati da responsabilità sanitaria.

In sintesi una buona legge, che è perfettibile e che manca ancora di molti decreti attuativi, ma che ha messo alcuni punti fermi sia per i medici sia per i magistrati, mettendo in pratica la regola che "l'ottimo è nemico del bene". Illustri giuristi ancora affermano che questa legge sarebbe da abrogare *tout court* in virtù delle inesattezze e imprecisioni giuridiche che contiene. In realtà la norma è venuta a disciplinare un settore nevralgico per la tutela della salute, che è possibile nel modo più ampio quando non solo il paziente ha un percorso assistenziale chiaro e ordinato, ma anche quando chi vi opera, *in primis* i medici, sa di poter contare su elementi di garanzia a difesa del proprio operato.

Alberto Appicciafuoco

Vicepresidente organizzativo ANMDO

Specialista in Medicina legale e delle Assicurazioni