

7° CONGRESSO
NAZIONALE

FIMMG[®]
Federazione Italiana Medici di Famiglia

Metis[®]
DI MEDICINA GENERALE
SOCIETÀ SCIENTIFICA DEI MEDICI



La Medicina Generale oltre la pandemia

5-10 ottobre 2020-Villasimius (CA)

LA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE

Dal punto di vista giuridico si parla di *responsabilità professionale*, quando sia stata accertata la violazione di norme di condotta che possono tradursi in un illecito civile, penale, amministrativo – contabile e/o disciplinare.

Questa violazione può comportare rispettivamente:

- un obbligo al risarcimento del danno
- una condanna per reato
- un provvedimento disciplinare

LA RESPONSABILITA' CIVILE

E' costituita dall'obbligo di rispondere delle conseguenze previste dalla legge civile per una condotta illecita che abbia cagionato ad altri un **danno ingiusto**.

La responsabilità civile dell'esercente la professione sanitaria, comporta l'obbligo per lo stesso di risarcire il danno eventualmente cagionato nell'esercizio della sua professione .

Il giudizio di responsabilità civile ha lo scopo di trasferire il costo del danno, dal soggetto che lo ha ingiustamente subito, al soggetto che ne viene riconosciuto responsabile.

LA RESPONSABILITA' CIVILE

RESPONSABILITA' CONTRATTUALE

art. 1218 c.c.

RESPONSABILITA' EXTRACONTRATTUALE

art. 2043 c.c.

1) Contrattuale (per inadempimento) delle strutture sanitarie:

ARTICOLO 7, commi 1 e 2, LEGGE 8 marzo 2017, n. 24

«1. La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorche' non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.

2. La disposizione di cui al comma 1 si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attivita' di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonche' attraverso la telemedicina».

In questo modo, la legge non si discosta dalla consolidata giurisprudenza, secondo la quale: *“l'accettazione del paziente in una struttura deputata a fornire assistenza medico ospedaliera [...] comporta la conclusione di un contratto di prestazione d'opera atipico di spedalità, in base al quale essa è tenuta ad una prestazione complessa, che non si esaurisce nella effettuazione delle cure mediche [...], ma si estende ad una serie di altre prestazioni, quali la messa a disposizione del personale medico e paramedico (del cui fatto dovrà poi rispondere), di medicinali, e di tutte le attrezzature tecniche necessarie, nonché di quelle lato sensu alberghiere”* (Ex multis, Cassazione Civile, Sezione Terza, 26 giugno 2012, n. 10630).

Tale orientamento è stato esteso fino a ricomprendere la responsabilità dell'Azienda sanitaria locale, ai sensi dell'articolo 1228 del codice civile (responsabilità contrattuale del debitore per fatto degli ausiliari) per l'illecito commesso dal medico di base convenzionato nell'esecuzione di prestazioni curative garantite dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN)(cfr. Cassazione Civile, Sezione Terza, 27 marzo 2015, n. 6243).

La giurisprudenza ha precisato che *“l’ospedale risponde a titolo contrattuale dei danni patiti dal paziente, per fatto proprio, ex articolo 1218 del codice civile [...] ovvero per fatto altrui, ex articolo 1228 del codice civile, ove fossero dipesi dalla colpa dei sanitari di cui l’ospedale si avvaleva”*, indipendentemente dalla tipologia contrattuale che legava il medico alla struttura sanitaria e indipendentemente dalla natura pubblica o privata di quest’ultima (cfr. Cassazione Civile n. 8826/2007 e n. 6318/2000). La legge non si discosta dall'orientamento dominante, limitandosi a precisarne l'applicabilità anche alla libera professione intramuraria, alla telemedicina, all'attività di sperimentazione e di ricerca clinica ed al regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale, conformemente ai principi espressi dalla Suprema Corte.

2) Extracontrattuale (dolo o colpa) dell'esercente la professione sanitaria:

ARTICOLO 7, comma 3, LEGGE 8 marzo 2017, n. 24

«3. L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente. Il giudice, nella determinazione del risarcimento del danno, tiene conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria ai sensi dell'articolo 5 della presente legge e dell'articolo 590-sexies del codice penale, introdotto dall'articolo 6 della presente legge».

Per cui, superamento della «Legge Balduzzi» (legge 8 novembre 2012, n. 189, conv. del Decreto Legge n. 158/2012) e dell'incerto riferimento all'articolo 2043 del codice civile, identificandosi con precisione il regime di responsabilità applicabile, con tutto ciò che ne consegue sia a livello di regime prescrizione quinquennale (cfr. articolo 2947 del codice civile) anziché decennale (cfr. articolo 2946 del codice civile), che di ripartizione degli oneri probatori.

Ed, infatti, l'onere probatorio che incombe sulle parti in caso di azione di responsabilità contrattuale o extracontrattuale è, ovviamente, diverso.

In materia di responsabilità contrattuale vige la disposizione dettata dall'articolo 1218 del codice civile, quindi l'attore può dar conto del proprio diritto e dell'esigibilità della prestazione e della mancanza di essa semplicemente deducendola. E' il debitore che è gravato dell'onere di dimostrare di non aver potuto adempiere per una causa a lui non imputabile (c.d. inversione dell'onere della prova).

Invece nella responsabilità extracontrattuale (articolo 2043 del codice civile) colui che agisce è tenuto a dimostrare, non solo l'esistenza del danno e l'esatto ammontare dello stesso, ma anche la riconducibilità di detto evento ad una condotta imputabile al soggetto contro il quale si agisce (nesso causale).

Per cui si può avere:

3) Concorso di entrambe le forme di responsabilità nel medesimo fatto:

Tale concorso, per la combinazione che la legge Gelli, sulla base dell'orientamento giurisprudenziale di legittimità, fa tra responsabilità contrattuale dell'ente e responsabilità extracontrattuale del medico dipendente o convenzionato, serve:

- da un lato, a «schermare» parzialmente il medico, incanalando la sua responsabilità nelle strettoie dell'articolo 2043 del codice civile ed escludendo la rivalsa dell'ente per colpa lieve;
- dall'altro, a rafforzare la tutela del paziente che potrà come sempre agire nei confronti dell'ente ospedaliero, ed, in più, aggredire sul piano patrimoniale le ASL, con tutela del paziente danneggiato anche nei confronti del medico di base) senza al contempo aggravare la responsabilità del professionista convenzionato.

Infatti, il comprensibile obiettivo della norma è quello di canalizzare il contenzioso verso le strutture sanitarie, lasciando indenni gli operatori sanitari. E ciò anche nell'interesse dei pazienti, data la maggiore solvibilità delle strutture sanitarie. Si delinea, dunque, un quadro particolarmente articolato e complesso in cui, a fronte di un unico fatto generatore di responsabilità, possono sussistere diversi titoli di responsabilità.

Così prevedendo, alla persona danneggiata che intende agire nei confronti dell'Asl basterà dimostrare la violazione degli obblighi assunti da parte della struttura e la lesione subita; nel caso in cui volesse promuovere l'azione civile nei confronti del medico convenzionato, sarà onere di chi accusa, la persona danneggiata appunto, provare ogni elemento del fatto ingiusto, inclusi il dolo o la colpa del medico di medicina generale o del pediatra.

Si tende, in tal maniera, ad evitare il prodursi di ricorsi meramente pretestuosi contro i medici generici e i pediatri e dei rischi connessi alla c.d. «medicina difensiva», ma ad un tempo garantire un risarcimento adeguato per i pazienti lesi dall'operato di costoro.

Il bilanciamento degli oneri probatori.

Particolarmente significativi sono i riflessi sul riparto degli oneri probatori, conseguenti alla qualificazione tipo e alla logica della responsabilità, con riferimento al rapporto fra struttura sanitaria e paziente.

Sul punto, con l'ordinanza n. 7044, depositata in data 21 marzo 2018, la Suprema Corte conferma il principio per cui il paziente, che agisce in giudizio per il risarcimento del danno da colpa medica, ha l'onere di provare il nesso di causalità tra la malattia, il suo aggravamento ovvero la nuova patologia e la condotta commissiva o omissiva dei medici.

Una volta provato l'anzidetto nesso di causalità, spetta alla struttura sanitaria provare che la prestazione medica dovuta risultava impossibile per causa alla stessa non imputabile ovvero che l'inadempimento è stato causato da una evenienza imprevedibile, oltre che inevitabile, con la comune diligenza (in tal senso cfr, altresì, Ordinanza n. 26700 del 23 ottobre 2018 ed Ordinanza n. 21008 del 23 agosto 2018) .

Tale principio è stato confermato dai giudici di legittimità anche nella recentissima pronuncia del 26 febbraio 2020, n. 5128, ove la ricorrente chiedeva la cassazione della sentenza della Corte d'Appello di Bologna, con la quale, in riforma della sentenza di primo grado, era stata rigettata la domanda di risarcimento danni alla persona, rivolta dalla ricorrente nei confronti del medico odontoiatra e della struttura sanitaria.

In questa occasione, la Suprema Corte ha ribadito che ogniqualvolta sia dedotta una responsabilità contrattuale della struttura sanitaria per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, il danneggiato deve fornire la prova del contratto e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico dell'obbligato la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile.

In sostanza, nel sinallagma contrattuale, spetta al paziente provare il nesso di causalità fra condotta terapeutica ed evento, mentre incombe sulla struttura sanitaria la prova dell'avvenuto adempimento e della correttezza della condotta. In concreto, il paziente danneggiato deve provare l'esistenza del rapporto e la verifica dell'evento (quale insorgenza e/o aggravamento di patologia), allegando un inadempimento della struttura anche solo ipoteticamente idoneo a provocare il danno lamentato. La struttura, a sua volta, deve dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza (cfr. *ex plurimis* Cassazione Civile, Sezione Terza, 20 agosto 2018, n. 20812; Cassazione Civile, Sezione Sesta; 27 settembre 2019, n. 24167).

Quantum damni

Il *quantum damni* si determina sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del decreto legislativo 7 settembre 2005 n. 209 (Codice delle assicurazioni private), in ragione della concomitante previsione obbligatoria della copertura assicurativa di spettanza delle Asl, sia per i medici di medicina generale e i pediatri, sia per esse stesse, secondo quanto disposto all'articolo 10, comma 1, della Legge Gelli-Bianco, senza tuttavia trascurare la condotta del medico coinvolto: ciò implica sempre una quantificazione del danno *ad hoc*, in ragione dell'interesse leso in quel caso concreto.

È altresì, prevista l'azione diretta del danneggiato nei confronti delle imprese di assicurazioni, ai sensi dell'articolo 12, lettera 11. Infine, l'azione civile deve essere preceduta, a pena di improcedibilità, dal ricorso per consulenza tecnica preventiva di cui all'articolo 696 *bis* codice di procedura civile oppure dal procedimento di mediazione ai sensi del decreto legislativo n. 28/2010.

RESPONSABILITÀ INDIVIDUALE DEL MEDICO DI BASE (E DEL PEDIATRA): MUTAMENTO DI ORIENTAMENTO GIURISPRUDENZIALE CIRCA LA RESPONSABILITÀ CONFIGURABILE ANCHE IN CAPO ALLA ASL E SUO AVALLO AD OPERA DELLA RIFORMA LEGISLATIVA DEL 2017

La legge Gelli Bianco introduce la previsione di responsabilità in capo alla Asl, con la quale il medico di base (o pediatra) collabora e per la quale egli esercita la sua professione, sia pure in maniera autonoma (parasubordinata).

Al riguardo, pare opportuno sottolineare che, soltanto due anni prima della novella legislativa, pur in assenza di esplicite fonti normative, si è assistita ad una forte inversione di marcia compiuta dai Giudici di legittimità con un importante arresto giurisprudenziale.

Inizialmente, infatti, si registrava un orientamento costante della Corte, in virtù del quale doveva escludersi la configurabilità della responsabilità in capo all'Asl, per i danni cagionati dal medico di medicina generale. Sul, punto, *ex multis*, si richiama la pronuncia n. 41982/2012, ove la Sezione Quarta della Cassazione Penale, ha così precisato: *«In tema di colpa medica, la A.S.L. non risponde quale responsabile civile dei danni, conseguenza di reato, arrecati da un medico generico convenzionato (cosiddetto medico di base), posto che il rapporto tra essi, pur sostanziandosi nella prestazione di un'opera professionale che ha i connotati della collaborazione coordinata e continuativa, non è caratterizzato dal controllo da parte dell'ASL circa il contenuto o la qualità della prestazione stessa né può essere definito di pubblico impiego»*. (Nella specie, la Corte ha accolto il ricorso dell'ASL, condannata quale responsabile civile al risarcimento dei danni in conseguenza della ritenuta responsabilità penale del medico di base che aveva ommesso di prescrivere ad una paziente, affetta da lupus eritematoso sistemico, un esame emocromocitometrico che le avrebbe consentito di scongiurare, quale effetto di una grave piastrinopenia, l'emorragia celebrale rivelatasi causa del decesso).

Successivamente, la Cassazione, ribaltando il suo orientamento consolidato, è giunta a sancire tale responsabilità in capo alla Asl di competenza per un caso di danno perpetrato da un suo medico convenzionato ad un paziente.

Il riferimento è, in particolare, alla pronuncia della Suprema Corte del 27 marzo 2015, n. 6243, riguardante un caso di un'ischemia che aveva colpito il paziente a seguito del comportamento negligente del medico di base, il quale si era recato presso il medesimo, ormai versante in gravi condizioni di salute, peggiorate con il decorso del tempo, il giorno successivo alla reiterata richiesta di visita da parte della moglie.

Secondo i Giudici di legittimità *«L'A.S.L. è responsabile ex articolo 1228 del Codice Civile del fatto illecito commesso dal medico generico, con essa convenzionato, nell'esecuzione di prestazioni curative che siano comprese tra quelle assicurate e garantite dal Servizio sanitario nazionale in base ai livelli stabiliti dalla legge»* (Cassazione Civile, Sezione Terza, n. 6243/2015).

Nel caso di specie si è considerata responsabile direttamente l'Asl, appunto ai sensi dell'articolo 1228 del codice civile, applicato in conformità all'articolo 32 della Costituzione, rendendo sempre più evidente come l'esigenza di offrire un servizio sanitario adeguato alla persona, sin dal primo momento dell'insorgere di un problema di salute, sia imprescindibile attuazione di un'organizzazione "a monte" del servizio sanitario, che deve tradursi "a valle" in un'organizzazione efficiente e capillare da parte del medico di fiducia, proprio in quanto primo referente del malato-assistito in convenzione, con una garanzia del servizio «di cura di prima istanza» adeguato.

Tale soluzione giurisprudenziale della responsabilità contrattuale in capo all'Asl per lesioni cagionate dai medici di medicina generale (e dai pediatri per i pazienti infraquattordicenni) trova ora contezza nell'articolo 7, della legge 8 marzo 2017, n. 24.

I Medici di Medicina Generale possono avvalersi delle strutture del SSN per la gestione e la liquidazione delle richieste danni avanzate nei loro confronti, fatti salvi i diritti di rivalsa per dolo o colpa grave.

Questa specifica è di notevole rilievo, perché supera la questione contrattuale ed ammette che il SSN si avvalga per lo svolgimento dei propri adempimenti istituzionali dell'opera di esercenti la professione sanitaria ancorchè scelti autonomamente dal paziente.

A fronte dell'inadempimento si applicano, dunque, gli articoli 1218 e seguenti del codice civile. L'utente è titolare della situazione di credito verso l'Asl e l'Asl stessa è titolare della situazione di debito, in quanto soggetto tenuto, in quel rapporto obbligatorio così sorto, a garantire la prestazione di cura. E poiché l'Asl si avvale di terzi, risponde dell'operato di costoro ex articolo 1228 del Codice Civile.

In sintesi, l'Asl è responsabile perché si è assunta (per legge) l'obbligo di individuare chi debba in concreto (il medico di medicina generale o il pediatra) svolgere la prestazione di cura.

Sezioni Unite Civili della Corte di Cassazione, sentenza n. 13246/2019

Un'importante recente sentenza della Suprema Corte è intervenuta ampliando lo spettro di copertura della responsabilità delle strutture.

Con la sentenza n. 13246 pubblicata in data 16 maggio 2019, le Sezioni Unite Civili della Corte di Cassazione hanno affermato che *«lo Stato o l'ente pubblico rispondono del danno subito dal terzo per l'illecito del dipendente, anche quando agisce solo per scopi personali, estranei ai fini dell'amministrazione. La corresponsabilità scatta purché l'azione illecita sia legata da un nesso di occasionalità necessaria con le funzioni svolte dal dipendente infedele. E dunque se questa non sarebbe stata possibile senza l'esercizio del ruolo, per quanto svolto in modo illecito»*.

In altri termini, secondo le Sezioni Unite, lo Stato o l'ente pubblico rispondono civilmente del danno cagionato a terzi dal fatto penalmente illecito del dipendente anche quando la condotta illecita dannosa e, quale sua conseguenza, il danno ingiusto a terzi, non sarebbero stati possibili, in applicazione del principio di causalità adeguata e in base ad un giudizio controfattuale riferito al tempo della condotta, senza l'esercizio di quelle funzioni o poteri che, per quanto deviato, abusivo od illecito, non ne integra uno sviluppo oggettivamente anomalo.

La ripartizione dell'onere risarcitorio tra medico e struttura

Una volta ammessa la configurabilità della responsabilità in capo all'Asl, per i danni derivanti da malpractice del medico di medicina generale, si prospetta, nell'immediato, un'altra rilevante questione. Ci si riferisce al tema della ripartizione dell'onere risarcitorio tra medico e struttura.

Sul punto, la Sezione Terza della Suprema Corte, con la sentenza n. 28987/2019, ha così ragionato: *«In tema di azione di rivalsa, nel rapporto interno tra la struttura sanitaria e il medico, la responsabilità per i danni cagionati da colpa esclusiva di quest'ultimo deve essere ripartita in misura paritaria secondo il criterio presuntivo degli articoli 1298, comma 2, e 2055, comma 3, del codice civile, in quanto la struttura accetta il rischio connaturato all'utilizzazione di terzi per l'adempimento della propria obbligazione contrattuale, a meno che dimostri un'eccezionale, inescusabilmente grave, del tutto imprevedibile (e oggettivamente improbabile) devianza del sanitario dal programma condiviso di tutela della salute che è oggetto dell'obbligazione».*

I giudici di legittimità, pertanto, rigettando il ricorso proposto dalla Struttura, richiamano il concetto di "rischio di impresa" della Struttura medesima che – inevitabilmente – si avvalga della collaborazione, a qualunque titolo, di Operatori Sanitari per l'esercizio della propria attività (*cuius commoda eius et incommoda*).

Si è in tal modo affermato che la ripartizione interna dell'onere risarcitorio tra struttura e medico, anche in caso di accertata responsabilità colposa di quest'ultimo, va effettuata in pari quota, in applicazione del principio presuntivo di cui agli articoli 1298 e 2055 c.c., salva la prova (il cui onere grava sulla struttura) dell'assorbente responsabilità del medico, intesa come grave, straordinaria, soggettivamente imprevedibile ed oggettivamente improbabile malpractice.

Detto principio conserva validità tanto nel regime anteriore quanto in quello posteriore alla legge Gelli (cfr. , Cassazione, Sezione Terza, n. 28987/2019).

LA RESPONSABILITA' PENALE DEL PROFESSIONISTA SANITARIO

Come è disciplinata la responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria nella Legge 8 marzo 2017, n. 24, cosiddetta Legge Gelli-Bianco

Buone pratiche clinico assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida

Articolo 5, Comma 1

Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida [...] elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche [...] delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute [...].

In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.

Buone pratiche clinico assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida

Articolo 5, comma 3

Le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse [...] sono integrati nel Sistema Nazionale per le Linee Guida (SNLG), il quale è disciplinato nei compiti e nelle funzioni con decreto del Ministro della salute [...].

L'Istituto Superiore di Sanità pubblica nel proprio sito internet le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse indicati dal SNLG, previa verifica della conformità della metodologia adottata a standard definiti e resi pubblici dallo stesso Istituto, nonché della rilevanza delle evidenze scientifiche dichiarate a supporto delle raccomandazioni.

LEGGE BALDUZZI

Legge 8 novembre 2012, n. 189

Articolo 3, comma 1

L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve.

In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile.

Decreto Balduzzi: articolo 3, comma 1	Legge Gelli: articolo 5, comma 1
L'esercente la professione sanitaria	Gli esercenti le professioni sanitarie
che nello svolgimento della propria attività	nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale,
si attiene	si attengono,
	salve le specificità del caso concreto
a linee guida	alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3
	in mancanza delle suddette raccomandazioni
buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica	buone pratiche clinico assistenziali

Gli strumenti di esercizio professionale: le linee guida

Nella definizione dell'Institute of Medicine,

Linee guida sono *“raccomandazioni di comportamento clinico elaborate in modo sistematico per indirizzare la pratica clinica verso un utilizzo razionale delle risorse, valorizzando l'efficacia come criterio di scelta al fine di migliorare la qualità del servizio reso al paziente tramite la gestione appropriata di specifiche condizioni cliniche”.*

Dunque, le "linee guida", come i "protocolli", le "raccomandazioni", o le "buone pratiche", rappresentano le modalità tecniche, diagnostiche, esecutive, ovvero le prassi condivise dalla comunità scientifica per il trattamento di un determinato stato patologico. Esse configurano il parametro di riferimento al quale deve essere comparata la condotta tenuta dall'operatore sanitario: se si ravvisa una divergenza è verosimile ritenere che sia ravvisabile la colpa.

La legge n. 24/2017, nondimeno, ha inteso operare una "tipizzazione" delle linee guida, pretendendo di inserirle in una banca dati tenuta dal Ministero della Salute.

Le linee guida pubblicate nel nostro Paese assumono, talvolta, caratteristiche organizzative più che cliniche.

Le linee guida cliniche sono pubblicate dalle migliori riviste scientifiche e società scientifiche;

Le linee guida a valenza organizzativa promanano da enti pubblici e sovente vengono pubblicate in Gazzetta ufficiale o nei vari bollettini ufficiali regionali.

In merito alla valenza delle linee guida, intese come criterio di valutazione della condotta del medico, la giurisprudenza di legittimità ha autorevolmente chiarito che: *«esse sono solo un parametro di valutazione della condotta del medico: di norma una condotta conforme alle linee guida sarà diligente, mentre una condotta difforme dalle linee guida sarà negligente od imprudente. Ma ciò non impedisce che una condotta difforme dalle linee guida possa essere ritenuta diligente, se nel caso di specie esistevano particolarità tali che imponevano di non osservarle (ad esempio, nel caso in cui le linee guida prescrivano la somministrazione d'un farmaco verso il quale il paziente abbia una conclamata intolleranza, ed il medico perciò non lo somministri); e per la stessa ragione anche una condotta conforme alle linee-guida potrebbe essere ritenuta colposa, avuto riguardo alle particolarità del caso concreto (ad esempio, allorché le linee guida suggeriscano l'esecuzione d'un intervento chirurgico d'elezione ed il medico vi si attenga, nonostante le condizioni pregresse del paziente non gli consentissero di sopportare una anestesia totale). Sicché, non costituendo le linee-guida un parametro rigido ed insuperabile di valutazione della condotta del sanitario, la circostanza che il giudice abbia ritenuto non colposa la condotta del sanitario che non si sia ad esse attenuto non è, di per sè e da sola, sufficiente per ritenere erronea la sentenza, e di conseguenza per ritenere 'decisivo' l'omesso esame del contenuto di quelle linee-guida [...]'»* (Cassazione, Sezione Terza, 30 novembre 2018, n. 30998).

Gli strumenti di esercizio professionale buone pratiche clinico assistenziali

Buone pratiche clinico-assistenziali sono:

da un lato le prassi professionali orientate alla tutela della salute, basate su prove di evidenza scientifica;

dall'altro documenti, purché coerenti con evidenze scientifiche ed elaborati con metodologia dichiarata riproducibile, comunque denominati.

Gli strumenti di esercizio professionale buone pratiche clinico assistenziali

Di conseguenza un documento, pur se chiamato “buone pratiche”, non risponde ai richiesti riferimenti scientifici e requisiti di elaborazione, non rientra nella fattispecie individuata dal comma 1 dell’articolo 5.

Di converso, documenti compresi nelle denominazioni di percorso diagnostico-terapeutico, protocollo, standard, procedura, possono essere considerati “buone pratiche clinico-assistenziali”, purché coerenti con evidenze scientifiche ed elaborati con metodologia dichiarata riproducibile.

Anche alle buone pratiche clinico-assistenziali contenute in documenti va applicata la clausola prevista per le raccomandazioni delle linee guida, vale a dire la loro effettiva applicabilità, salve le specificità del caso concreto.

Buone pratiche clinico assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida

«Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie [...] si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida [...]. In mancanza delle suddette raccomandazioni, si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali» (Articolo 5 comma 1).

1. Il comma 1 conferisce tassativa priorità alle raccomandazioni delle linee guida;
2. in via subordinata, solo se mancano le linee guida, alle buone pratiche clinico-assistenziali.
3. il discostamento dalle linee guida può e deve avvenire tutte le volte in cui le linee guida non siano adeguate al caso e questa valutazione è possibile solo sulla base di evidenze scientifiche.

Il principio delle evidenze scientifiche come ineludibile riferimento dell'attività professionale

L'articolo 5, comma 1, consente di affermare

il Principio delle evidenze scientifiche come ineludibile riferimento dell'attività professionale.

Le raccomandazioni delle linee guida sono strumento informativo di lavoro, di utile e raccomandabile riferimento, purché in linea con dette evidenze rapportate al caso concreto.

Tutti gli altri documenti, variamente denominati, sono validamente utilizzabili sempre a condizione che siano coerenti con dette evidenze.

Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria

ARTICOLO 6 LEGGE 24/2017

1. Dopo l'articolo 590-quinquies del codice penale è inserito il seguente: «Articolo 590-sexies. – (Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario). – Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma.

Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida [...] ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto.

L'imperizia del professionista sanitario e l'esclusione di punibilità

L'esclusione di punibilità stabilita dal secondo comma dell'articolo 590-sexies riguarda solo gli eventi riconducibili a condotte professionali connotate da **imperizia** e qualora **avvengano nel rispetto delle raccomandazioni e delle buone pratiche.**

Manca qualsiasi riferimento alla gravità della colpa

Decisiva è la qualificazione dell'elemento psicologico del reato. **Solo il riconoscimento della imperizia nella condotta consente di valutare le ulteriori condizioni dell'articolo 590-sexies, sussistendo le quali, la punibilità è esclusa.**

IL RISPETTO DELLE LINEE GUIDA E DELLE BUONE PRATICHE E L'ESCLUSIONE DI PUNIBILITA'

Nei casi in cui sia riconosciuta l'imperizia nella condotta del professionista sanitario, le ulteriori condizioni poste dall'articolo 596-sexies per l'esclusione della punibilità sono:

1. Il rispetto delle raccomandazioni previste dalle linee guida, con la precisazione che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto;
2. in mancanza delle linee guida, il rispetto delle "buone pratiche clinico assistenziali

I NUOVI PROFILI DI RESPONSABILITA' PENALE DELL'ESERCENTE LA PROFESSIONE SANITARIA

Non basta, dunque, perché il comportamento del sanitario sia scriminato, essersi attenuti asetticamente alle linee guida o raccomandazioni previste per quell'intervento chirurgico per andare esenti alla responsabilità, ma deve esserci una valutazione da parte del medico in ordine al fatto se: effettivamente quelle linee guida siano adeguate al caso di specie

LA LEGGE PIU' FAVOREVOLE AL REO

Cassazione Penale, Sezione Quarta 20 aprile 2017, n. 3

“Ai sensi dell’articolo 590-sexies c.p. tale nuovo quadro disciplinare è rilevante anche ai fini della valutazione della perizia del professionista con riguardo alle fattispecie di cui agli articoli 589 e 590 c.p.; e, per la sua novità, trova applicazione solo ai fatti commessi successivamente all’entrata in vigore della novella.

Per i fatti anteriori può trovare ancora applicazione [...] la disposizione di cui all’abrogato articolo 3, comma 1, della legge n. 189 del 2012, che aveva escluso la rilevanza penale delle condotte lesive connotate da colpa lieve, nei contesti regolati da linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica”.

In sostanza, con l'introduzione nel codice penale dell'articolo 590 *sexies*, la punibilità è esclusa, senza alcun riferimento al fatto che si versi in colpa grave o lieve, qualora, nell'esercizio della professione sanitaria:

- a) l'evento si sia verificato a causa di imperizia;
- b) siano state rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida, come definite e pubblicate ai sensi di legge, ovvero, in mancanza, le buone pratiche clinico-assistenziali (che assumono una posizione suppletiva nei confronti delle linee guida);
- c) le raccomandazioni contenute nelle linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto.

In questa prospettiva, l'unica ipotesi di rilevanza penale della imperizia nella condotta del sanitario può essere individuata nell'adozione di linee guida che siano inadeguate alla peculiarità del caso concreto;

mentre non è punibile l'operatore sanitario che, seguendo linee guida adeguate e pertinenti, pur tuttavia sia incorso in una "imperita" applicazione di queste.

Pare opportuno precisare che tale imperizia non deve essersi verificata nel momento della scelta della linea guida, non potendosi dire in tal caso di essere in presenza di linea guida adeguate al caso di specie, bensì nella fase "esecutiva" della loro applicazione.

Cassazione Penale, Sezione Quarta 19 ottobre 2017, n. 50078

Si afferma in Cassazione il seguente **principio di diritto**:

«Il secondo comma dell'articolo. 590-sexies codice penale [...], prevede una causa di non punibilità dell'esercente la professione sanitaria operante, ricorrendo le condizioni previste dalla disposizione normativa (rispetto delle linee guida o, in mancanza, delle buone pratiche clinico assistenziali, adeguate alla specificità del caso), nel solo caso di imperizia, indipendentemente dal grado della colpa,

essendo compatibile il rispetto delle linee guide e delle buone pratiche con la condotta imperita nell'applicazione delle stesse”.

Le Sezioni Unite “Mariotti” (Cassazione Penale Sezioni Unite, 22 febbraio 2018, n. 8770)

Nella celebre pronuncia n. 8770/2018 le Sezioni Unite della Suprema Corte, nell’ottica di individuare l’ambito applicativo della previsione di non punibilità prevista dall’articolo 590 *sexies* c.p., introdotta dall’articolo 6 della Legge n.24/2017, elaborano il seguente principio di diritto:

«L’esercente la professione sanitaria risponde, a titolo di colpa, per morte o lesioni personali derivanti dall’esercizio di attività medico-chirurgica:

a) se l’evento si è verificato per colpa (anche “lieve”) da negligenza o imprudenza;

b) se l’evento si è verificato per colpa (anche “lieve”) da imperizia quando il caso concreto non è regolato dalle raccomandazioni delle linee-guida o dalle buone pratiche clinico-assistenziali;

c) se l’evento si è verificato per colpa (anche “lieve”) da imperizia nella individuazione e nella scelta di linee-guida o di buone pratiche che non risultino adeguate alla specificità del caso concreto;

d) se l’evento si è verificato per colpa “grave” da imperizia nell’esecuzione di raccomandazioni, di linee-guida o buone pratiche clinico-assistenziali adeguate, tenendo conto del grado di rischio da gestire e delle specifiche difficoltà tecniche dell’atto medico».

La colpa medica nella giurisprudenza post Sezioni Unite «Mariotti»

«In tema di responsabilità degli esercenti la professione sanitaria, in base all'art. 2, quarto comma, cod. pen., la motivazione della sentenza di merito deve indicare se il caso concreto sia regolato da linee-guida o, in mancanza, da buone pratiche clinico-assistenziali, valutare il nesso di causa tenendo conto del comportamento salvifico indicato dai predetti parametri, specificare di quale forma di colpa si tratti (se di colpa generica o specifica, e se di colpa per imperizia, o per negligenza o imprudenza), appurare se ed in quale misura la condotta del sanitario si sia discostata da linee-guida o da buone pratiche clinico-assistenziali» (Cassazione Penale, Sezione Quarta, n. 37704/2018).

Cassazione Penale, Quarta Sezione, n. 15258/2020

“Nel nuovo quadro definito dall’articolo 590-sexies del codice penale, invece, la non punibilità può essere riconosciuta solo al sanitario che abbia fatto applicazione di linee guida correttamente individuate come appropriate, e che abbia errato nella loro applicazione” . Ciò ne consegue che «il giudice di merito investito del compito di pronunciarsi in ordine alla responsabilità dell’esercente una professione sanitaria per l’evento infausto causato nel praticare l’attività, ove concluda per la attribuibilità di quello alla condotta colposa dell’imputato, è tenuto a rendere una articolata motivazione, dovendo indicare, tra l’altro: 1) se il caso concreto sia regolato da linee-guida o, in mancanza, da buone pratiche clinico-assistenziali; 2) specificare di quale forma di colpa si tratti (se di colpa generica o specifica, e se di colpa per imperizia, o per negligenza o imprudenza); 3) appurare se ed in quale misura la condotta del sanitario si sia discostata dalle pertinenti linee-guida o buone pratiche clinico-assistenziali (Sezione Quarta, n. 37794/2018) e più in generale quale sia stato il grado della colpa; 4) ove il reato non sia stato commesso sotto la vigenza dell’art. 590-sexies del codice penale (cfr. Cassazione, Sezioni Unite n. 40986/2018), accertare a quale delle diverse discipline succedutesi nel tempo debba essere data applicazione, in quanto più favorevole all’imputato nel caso concreto, ai sensi e per gli effetti dell’articolo 2, comma 4 del codice penale».

Cassazione penale, Sezione Quarta, 12178/2020 – assolto il medico che segue le linee guida

Nella pronuncia in esame, la Cassazione ha confermato la sentenza di assoluzione della dottoressa accusata di aver cagionato il decesso di una neonata morta dopo il parto, avendo ritenuto inconsistente l'accusa di non aver agito tempestivamente, poiché l'emorragia si era verificata prima che il tracciato diventasse patologico.

La questione principale attorno alla quale si confrontavano gli assunti difensivi si incentrava sulla valutazione del valore predittivo del tracciato

I Giudici di legittimità hanno osservato che *«ciò che aveva assunto dirimente significato nel passaggio da un tracciato indeterminato a quello patologico (con conseguente insorgenza dell'obbligo di intervenire chirurgicamente) era stata un'associazione di fattori e non solo la assenza della variabilità del battito. Ad essa, infatti, si era accompagnata una serie di decelerazioni tardive con prolungata bradicardia, cosicchè la tempistica dell'intervento chirurgico era risultata coerente con tale classificazione del tracciato»*.

Tali considerazioni, unitamente alle conclusioni cui era pervenuto il CTU *« non sorrette da indagini di riferimento e fondate pertanto solo sugli elementi scientifici disponibili, sono state considerate logiche e comunque tali da introdurre un dubbio ragionevole - siccome non apoditticamente espresso, ma basato su un elemento tratto dall'esame necroscopico - in ordine alla spiegazione secondo cui l'emorragia non poteva considerarsi sofferenza sub acuta, bensì acuta, tale quindi da collocarsi a distanza temporale più ravvicinata (e da far concludere per l'effetto salvifico di un intervento chirurgico anticipato), dubbio che giustifica l'assoluzione conforme alla stregua della regola di giudizio di cui all'articolo 533 c.p.p.»*.

Cassazione Penale Sentenza n. 3869/18 – Responsabilità del medico di medicina generale – Paziente deceduto per le complicanze della frattura, non tempestivamente diagnosticata dal MMG

«Non è affatto sostenibile quanto assunto dalla difesa del B. sul ruolo del medico di medicina generale, che svolgerebbe una funzione, quasi amministrativa, neppure inquadrabile nell'arte sanitaria, limitata alla prescrizione dei medicinali normalmente assunti dal paziente: la professione medica impone ben altra diligenza, e non certo la macroscopica superficialità dimostrata dall'imputato, che ha omesso di visitare un paziente che manifestava una grande sofferenza e, per la disabilità di cui era affetto, non era in grado di comunicare e di esprimersi con chiarezza sulla sintomatologia accusata; neppure risulta prescritta dal B. una semplice radiologia d'urgenza, che avrebbe consentito l'immediato trasferimento del paziente in un istituto attrezzato ove sarebbe stata tempestivamente rilevata la frattura, così da scongiurare le conseguenze della omessa diagnosi, avendo egli richiesto solo verbalmente una visita da parte del fisiatra»

La vicenda in parola trae origine dalla morte di un paziente, affetto da tetraparesi spastica e cerebropatia, il quale, ricoverato presso un centro di riabilitazione, accusava un forte dolore alla gamba destra che, come accertato in seguito, risultava essere stato cagionato dalla frattura del femore. In particolare, è stato rinviato a giudizio e poi condannato per omicidio colposo il medico di base atteso che, in presenza di una sintomatologia alquanto evidente (gonfiore e difficoltà a stare in piedi del paziente), gli somministrava un mero antibiotico per un pregresso problema ai denti, prescrivendogli infine un controllo dal medico fisiatra.

Ebbene, neppure il fisiatra rilevava la frattura del femore e pertanto insorgevano delle complicità che hanno poi portato all'*exitus* del paziente.

Orbene, la Suprema Corte ha ritenuto che la condotta del medico di base fosse stata caratterizzata da grave negligenza atteso che il citato sanitario non svolge una mera «*funzione amministrativa*», consistente appunto nella semplice somministrazione di farmaci e nello «*smistamento dei pazienti*» allo specialista più competente *ratione materiae*.

Infine, ha precisato il Collegio di legittimità che la macroscopica negligenza del medico di medicina generale, non esclude la negligenza e dunque la colpa dei medici successivi.

«Nella specie, il paziente è deceduto per le complicanze della frattura, non tempestivamente diagnosticata dal medico di medicina generale, e non per una patologia differente, e dunque non si è innescato alcun fattore successivo, imprevedibile, quale causa dell'evento mortale. Se è vero che vi furono altre negligenze, va però ricordato, in tema di causalità, che non può parlarsi di affidamento sull'operato altrui quando colui che si affida sia in colpa per aver violato determinate norme precauzionali o per aver omesso determinate condotte e, ciononostante, confidi che altri, che gli succedono nella stessa posizione di garanzia, eliminino la violazione o pongano rimedio alla omissione, con la conseguenza che qualora, anche per l'omissione del successore, si produca l'evento che una certa azione avrebbe dovuto o potuto impedire, esso avrà due antecedenti causali, non potendo il secondo assurgere a fatto eccezionale, sopravvenuto, sufficiente da solo a produrre l'evento».

Responsabilità amministrativo-contabile innanzi alla Corte dei Conti

La condotta professionale del medico oltre che sotto il profilo civile e penale (ed anche disciplinare) rileva anche sotto il profilo erariale.

Di particolare interesse, per i profili che riguardano il danno erariale, è la responsabilità amministrativa dei medici pubblici dipendenti del servizio sanitario nazionale.

Il fondamento costituzionale di tale forma di responsabilità si rinviene nell'articolo 28 della Costituzione, che prevede la responsabilità diretta dei dipendenti pubblici per danno ingiusto e l'estensione di siffatta responsabilità allo Stato.

L'articolo 28, 1° comma del Decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979 n. 761 recita: *“ In materia di responsabilità, ai dipendenti delle Unità sanitarie locali si applicano le norme vigenti per i dipendenti civili dello Stato di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 10 gennaio 1957, n. 3, e successive integrazioni e modificazioni »*. Secondo la normativa a cui tale articolo rinvia (artt. 22 e 23 Decreto del Presidente della Repubblica n. 3/1957) l'impiegato civile dello Stato risponde direttamente verso i terzi dei danni causati per colpa grave o dolo in violazione di diritti.

L'articolo 47 della legge 23 dicembre 1978, sancisce che *“ lo stato giuridico ed economico del personale delle unità sanitarie locali è disciplinato, salvo quanto previsto espressamente dal presente articolo, secondo i principi generali e comuni del rapporto di pubblico impiego”*, mentre l'articolo 28 del Decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n.761 dispone che “ in materia di responsabilità, ai dipendenti delle unità sanitarie locali si applicano le norme vigenti per i dipendenti civili dello Stato di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 10 gennaio 1957, n.3 e successive integrazioni e modificazioni”. In particolare, l'articolo 18 citato prevede l'obbligo del dipendente di risarcire la Pubblica Amministrazione dei danni derivanti da violazione di obblighi di servizio.

E' su questo impianto normativo che si inserisce l'articolo 9 della legge 8 marzo 2017, n.24 , da taluno definita “ norma chiave”, che disciplina oggi espressamente l'azione di responsabilità amministrativa per danno indiretto nei confronti dell'esercente la professione sanitaria.

Nell'articolo 9 della legge Gelli viene, infatti, trattato e regolato uno degli aspetti nodali della riforma, concernente, come precisato nella rubrica del medesimo articolo, l'azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa esperite, a seguito di una pronuncia di condanna della struttura sanitaria o socio-sanitaria o di un'intervenuta transazione stragiudiziale, nei confronti del soggetto che abbia cagionato il danno al paziente risarcito.

Si tratta di una norma che non può essere analizzata separatamente dal disegno complessivo di riforma attuato dalla legge in quanto essa è parte integrante dell'obiettivo prioritario che la nuova regolamentazione della responsabilità sanitaria si prefigge di conseguire.

Obiettivo consistente nel realizzare un punto di equilibrio attraverso il contemperamento dei principi che permeano l'esercizio dell'attività sanitaria: da un lato, il diritto del paziente ad essere curato efficacemente, secondo i canoni della scienza e dell'arte medica, e di essere rispettato come persona; dall'altro l'autonomia e la responsabilità del medico che, sempre con il consenso del paziente, opera le scelte professionali basandosi sullo stato delle evidenze scientifiche e sperimentali che sono state conseguite.

Presupposti della responsabilità amministrativo - contabile

Sussistenza del rapporto di servizio

Presupposto della responsabilità in questione è, innanzitutto, la sussistenza di un rapporto di servizio fra i sanitari e l'Amministrazione che in ipotesi ha subito il danno.

Il rapporto di servizio è implicito ogni qualvolta un soggetto- pubblico o privato- sia vincolato alla gestione di denaro pubblico o di beni pubblici (ad esempio: contributi/finanziamenti vincolati), secondo un programma imposto dalla pubblica amministrazione. Di modo che, disponendo della somma/contributo erogato o dei beni assunti in gestione in modo diverso da quello fissato, o ponendo in essere i presupposti per l'illegittima percezione degli stessi, determini la frustrazione dello scopo e del programma pubblico perseguito dalla Pubblica amministrazione. Considerato che il presupposto fondante la responsabilità amministrativo-contabile è sia la perdita di denaro o di valori pubblici che la loro distrazione dai fini pubblici (cfr Cassazione, Sezioni Unite, ordinanze n. 5019/2010 e n. 10062/2011; Sentenze nn. 295/2013 e 1774/2013).

Il danno

Nell'ambito dell'elemento oggettivo della responsabilità amministrativa viene fatto rientrare il danno, inteso quale ingiusta lesione di interessi e beni pubblici -economicamente valutabili-, consistente nel deterioramento o nella perdita di beni o di denaro (danno emergente, ad esempio: risarcimenti; appropriazioni; spese indebite; spese inutili) o nella mancata acquisizione di incrementi patrimoniali (lucro cessante ad esempio: omesso recupero di crediti o riscossione entrate o di somme indebitamente erogate).

Il danno può qualificarsi come diretto o indiretto, a seconda che sia stato cagionato alla Pubblica Amministrazione fino dall'origine (danno diretto), ovvero sia stato procurato a terzi, nei cui confronti l'Amministrazione, per accordo transattivo o sentenza di condanna, sia tenuta al risarcimento (danno indiretto).

Nel primo tipo di responsabilità (per danno diretto) può incorrere, in particolare, il sanitario convenzionato con il SSN e, in questo caso, il danno è stato individuato nella ingiusta sottrazione di risorse in danno della A.S.L. in relazione alla prescrizione di farmaci al di fuori dei presupposti di legge e determinato in via equitativa, operando il raffronto con il costo medio pro capite della assistenza farmaceutica di una data A.S.L. (cfr. Corte dei Conti, Sezione Regione Liguria, 28 gennaio 2002 n.82).

Nel secondo tipo di responsabilità (per danno indiretto), che è quella più significativamente incisa dalla legge n. 24/2017, e che più diffusamente ricorre, possono incorrere i sanitari per i danni recati ad un terzo che l'Amministrazione sia stata tenuta a risarcire in forza di sentenza del giudice ordinario o di atto transattivo. Ai fini della quantificazione del danno, ai sensi dell'articolo 9, comma 5, legge n.24/2017, il giudice tiene conto delle situazioni di fatto di particolare difficoltà, anche organizzativa, della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica in cui l'esercente la professione sanitaria ha operato. Questa novità è sembrata più apparente che reale, in quanto per giurisprudenza assolutamente pacifica il c.d. potere riduttivo è normalmente applicato dal giudice contabile, proprio tenendo presenti le circostanze alle quali fa riferimento la norma in questione (*ex multis*, Corte dei Conti, Sezione I centr., 5 marzo 2009, n.137).

Nesso di causalità

Ai fini della responsabilità amministrativa, occorre, inoltre, che possa essere ravvisato un nesso di causalità tra la condotta antigiuridica tenuta dall'esercente la professione sanitaria e il danno lamentato dal paziente.

Tale nesso eziologico, sul quale la legge non interviene restando, dunque, applicabili i principi già affermati dalla giurisprudenza, deve essere accertato secondo un elevato grado di credibilità razionale o di probabilità logica.

Il nesso causale sussiste, pertanto, qualora a seguito di un giudizio condotto sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifica universale o statistica emerga che, *“ipotizzandosi come realizzata dall'operatore sanitario la condotta impeditiva dell'evento, questo non si sarebbe verificato, ovvero si sarebbe verificato, ma in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva”* (Corte dei Conti, Sezione giurisdizionale della Regione Lombardia n. 40 del 18 marzo 2015).

Nell'accertamento del nesso di causalità non opera nel giudizio di responsabilità contabile la presunzione di colpa che grava sul medico nel giudizio civile e che egli può superare fornendo la prova, sullo stesso incombente, che l'evento avverso si sia verificato per un fatto imprevedibile e non prevenibile secondo il grado di diligenza richiesto ovvero che, pur essendovi stato un inesatto adempimento, questo non abbia avuto alcuna coincidenza causale sulla produzione del danno (cfr. Cassazione Civile, Sezione Terza n. 12516 del 17 giugno 2016; Cassazione Civile Sezione Terza, n. 12274 del 7 giugno 2011).

Spetta, quindi, al Procuratore che esercita l'azione di responsabilità dare rigorosa prova degli elementi, di carattere oggettivo e soggettivo, che integrano la condotta produttiva del danno (Corte dei conti, Sezione giurisd. Lombardia, n. 194 del 9 novembre 2016).

Il dolo o la colpa grave – La colpa professionale

I criteri ordinari di imputazione della responsabilità amministrativa sono quelli del dolo, ovvero della colpa grave, ai sensi dell'articolo 1, comma 1, della Legge 14 gennaio 1994 n. 20.

Mentre per dolo si intende che il soggetto ha agito volontariamente, la colpa grave è, invece, ravvisabile nella condotta di colui che agisce con straordinaria ed inescusabile imprudenza o imperizia, omettendo di osservare anche quel grado minimo ed elementare di diligenza che tutti, in quell'ambito, osservano e avrebbero osservato. In altre parole per colpa grave si intende il compimento da parte del professionista di un errore grossolano, non scusabile (cfr. Corte dei Conti, 10 maggio 2019, n. 68).

Nella definizione di colpa grave - con riferimento alla colpa professionale - costituisce affermazione di principio la seguente:

“Al fine di configurare la sussistenza della colpa grave nel comportamento del medico chiamato a risolvere un problema diagnostico di particolare difficoltà, non basta un comportamento non perfettamente rispondente alle regole della scienza e dell’esperienza, ma è necessario che il sanitario, usando la dovuta diligenza, abbia potuto prevedere e prevenire l’evento verificatosi come conseguenza del proprio comportamento che il giudice dovrà valutare con riferimento al livello di diligenza impiegato nello scegliere discrezionalmente mezzi e modi suggeriti dalla scienza medica “ (cfr. Corte dei Conti, Appello Sicilia, 17 settembre 2001 n. 196/A.)

Ancora, si è affermato che:

«La colpa grave in campo sanitario comprende gli errori inescusabili per la loro grossolanità, l’assenza delle cognizioni fondamentali attinenti alla professione nonché il difetto di quel minimo di perizia tecnica, esperienza e capacità professionale, con la conseguenza che il metro esatto per valutare il comportamento del medico deve incentrarsi sul livello di diligenza da lui impiegato nell’usare il metodo operativo più adatto al caso concreto ed alle circostanze contingenti» (cfr. Corte dei Conti, Appello Sicilia, 15 dicembre 2003 n. 259/A).

Casi giurisprudenziali

E' stata ritenuta sussistente la colpa grave in un caso in cui i medici chirurghi, non solo omettevano di praticare (e nemmeno informavano il paziente dell'esistenza) l'intervento più adatto (embolizzazione), ma conducevano in modo errato e imperito anche l'intervento prescelto (craniotomia), cagionando al paziente gravi lesioni permanenti (Corte dei Conti, Sezione giurisdizionale per la Regione Lombardia, n. 35/2018). Ancora, è stata riconosciuta la colpa grave del medico dottorando abbia eseguito un intervento chirurgico in assenza del tutor designato (Sezione giurisd. Toscana, n. 58 del 9 marzo 2016) ed in altro caso in cui era avvenuto il decesso di un paziente ubriaco a seguito di somministrazione non corretta di un farmaco sedativo da parte del medico del Pronto Soccorso (Sezione giurisd. Toscana, n. 68 del 2 aprile 2015). E' stata altresì riconosciuta la colpa grave produttiva di un danno erariale nel caso in cui il medico, nel suo intervento, abbia completamente omesso di compiere un'attività diagnostica e terapeutica di routine che sarebbe stata idonea a scongiurare determinate complicazioni (Sezione giurisd. Sicilia, n. 1287 del 16 maggio 2007).

Un altro caso di colpa grave ha riguardato il primario ostetrico il quale, in presenza di un'anomala situazione al momento del parto, non abbia saputo tempestivamente fronteggiarla, ponendo in essere con la dovuta attenzione e diligenza professionale, secondo le comuni cognizioni della scienza medica, tutte le misure atte a prevenire l'evento dannoso, sia attivandosi per provocarne materialmente la rotazione, sia allertando la sala operatoria per una soluzione chirurgica qualora il parto non fosse seguito per vie naturali (Sezione giurisdizionale per la Regione Trentino Alto Adige, n. 58/2005); l'involontaria dimenticanza di strumenti di sala operatoria nell'addome del paziente (Sezione giurisdizionale per la Regione Sicilia, n. 382 del 7 marzo 2013).

Quantum damni

L'importo del danno ascrivibile varia a seconda che il fatto sia stato compiuto con dolo o colpa grave. Mentre nel primo caso, infatti, può essere recuperata l'intera somma, nel secondo l'importo della condanna, per singolo evento, non può essere superiore al " triplo del valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale conseguiti nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo".

La norma prevede, inoltre, nel caso di condanna per responsabilità amministrativa, una sanzione accessoria, consistente nell'impedire all'esercente la professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche, di essere preposto ad incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti *«per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato»*.

L'azione di rivalsa e l'azione di responsabilità amministrativa della struttura nei confronti del sanitario

La struttura pubblica, divenuto attuale il danno erariale con la liquidazione di somme risarcitorie o ad altro titolo comunque collegato alla non corretta gestione terapeutica, ha l'obbligo di attivare la procedura di rivalsa nei confronti del personale sanitario coinvolto. La rivalsa è, dunque, obbligatoria ed ha come finalità quella di conseguire il ristoro del danno subito.

Le strade che la struttura può intraprendere per la rivalsa sono tre:

1. quella amministrativa, attraverso la quale il ristoro avviene spontaneamente a cura del sanitario ovvero attraverso il meccanismo delle trattenute stipendiali;
2. quella giudiziale davanti al Giudice civile, una vera e propria azione ordinaria di risarcimento del danno avvalendosi delle regole del codice civile;
3. quella giurisdizionale davanti alla Corte dei conti a titolo di responsabilità amministrativa.

L'articolo 9 della legge Gelli – Bianco disciplina l'azione di rivalsa civile (commi da 1 a 4, comma 7 e 8, nonché articolo 13 ultimo comma) e l'azione di responsabilità amministrativa per danno indiretto (comma 5 e 7, nonché articolo 13 ultimo comma).

Nella predetta disposizione, si trova normato il principio della esclusività della giurisdizione della Corte dei conti in tema di azione di responsabilità amministrativa.

Recita infatti testualmente il comma quinto: *“In caso di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica ... l'azione di responsabilità amministrativa per dolo o per colpa grave nei confronti dell'esercente la professione sanitaria è esercitata dal pubblico ministero presso la Corte dei conti....”*.

Tale norma, funzionalmente collocata nell'ambito dell'articolo 9, afferma, dunque, con chiarezza il principio di esclusività dell'azione di responsabilità contabile rispetto ad una eventuale azione di rivalsa dell'amministrazione davanti al Giudice civile.

I soggetti che possono essere chiamati innanzi alla Corte dei Conti – medici di medicina generale

In ordine ai soggetti convenibili, in linea con quanto rilevato con riferimento alle novità introdotte dalla legge n. 24/2017 in tema di responsabilità civile, il primo periodo del comma 5, dell'articolo 9 infatti prevede che la struttura pubblica sia responsabile anche per danni causati da attività resa dai medici in intramoenia, da libero professionisti scelti dal paziente e esercenti convenzionati con il SSN (medici di medicina generale e specialisti, riferimento ai commi 1, 2 dell'articolo 7).

Il dato letterale, infatti, si presta ad una lettura in tal senso, riconoscendo in capo ai medici di medicina generale l'esistenza di un legame funzionale con l'Azienda pubblica, integrante i requisiti del rapporto di servizio sopra delineato, valorizzando la valenza pubblicistica delle predette prestazioni trattandosi, in sostanza, di servizi offerti dalla struttura pubblica con fini assistenziali della popolazione, inseriti in un progetto sanitario complessivo a completamento delle attività sanitarie dell'Ente.

Il principio della esclusività della giurisdizione della Corte dei Conti, in relazione ai danni erariali causati da medici di medicina generale

Tale principio trova applicazione anche nell'ipotesi in cui il danno erariale sia stato cagionato dal medico di medicina generale.

In tal senso, infatti, si è espressa più volte la Corte dei Conti. Da ultimo, nella recente pronuncia n. 12/2020, in cui la Sezione Lombardia ha ribadito *«il pacifico indirizzo giurisprudenziale, secondo il quale sussiste la giurisdizione di questa Corte dei conti a fronte di danni erariali cagionati da soggetti legati da rapporto di servizio alla P.A., quali sono i medici di base o i medici convenzionati con il SSN (sul rapporto di servizio con il servizio sanitario nazionale dei medici di base, v. Corte dei Conti, Sezione Lombardia, 12 aprile 2016, n. 64; id, sezione Lombardia, 14 dicembre 2016, n. 216 e n. 217)»*.

Le figure tipiche di danno in ambito sanitario. In particolare, il danno da iperprescrizione di farmaci.

Per quel che riguarda l'ambito sanitario, vengono in rilievo varie delle figure tipiche di danno elaborate dalla giurisprudenza contabile, specie negli ultimi tempi.

A tale proposito, una fattispecie del tutto peculiare è costituita dal danno erariale c.d. da iperprescrizione di farmaci. Esso consiste nella redazione, da parte dei medici convenzionati con il SSN, di impegnative inusuali, incongrue o incomplete, di eccessive prescrizioni agli assistiti di specialità medicinali nonché di fatturazioni multiple e gonfiate per false prestazioni ambulatoriali (*Ex multis*, Corte dei Conti, Sezione giurisd. Lombardia, 27 dicembre 2012 n. 474; Sezione giurisd. Lazio, 16 luglio 2013 n. 557).

Iperprescrizione di farmaci - secondo la Giurisprudenza la prova del danno erariale del medico deve essere rigorosa - Corte dei Conti, Sezione giurisdizionale per la Regione Lombardia 11 gennaio 2018 n. 2

In tema di danno erariale da iperprescrizione di farmaci da parte di un medico di base, in particolare con riferimento al criterio del danno da «iperprescrizione in senso lato», costituisce principio consolidato che *«il criterio astratto del danno da “iperprescrizione in senso lato” derivante dal mero superamento di medie ponderate, non può essere seguito nel giudizio di responsabilità amministrativa, non tanto per l’inattendibilità tecnica del criterio o per la carenza di rigore scientifico, quanto per la sua astrattezza, incompatibile con la valutazione di una attività incontestatamente discrezionale, quale quella medica, ed alla luce del fondamentale principio dell’onere della prova della responsabilità amministrativo-contabile, di natura personale, derivante da comportamenti dannosi storicamente certi e provati, caso per caso, secondo un riscontrato nesso etiologico-causale, non desumibile statisticamente»*. (Corte dei Conti, Sezione giurisdizionale per la Regione Lombardia 11 gennaio 2018 n. 2, nello stesso senso anche n. 9/2010, 404/2010, 374/2011, 726/2011, 84/2016, 64/2016, 160/2017, tutte della medesima sezione).

I singoli fatti contestati devono, di per sé, consentire di rilevare il superamento dei limiti quantitativi - Corte dei Conti appello, Sezione Seconda, n. 337/2019

Secondo la Giurisprudenza contabile, la condotta del medico di medicina generale trasmoda in una violazione normativa, in particolare realizzando la figura tipica del danno da iperprescrizione di farmaci, solo nel momento in cui i singoli fatti consentono di rilevare l'antigiuridicità, vale a dire, solo se e quando è dato rilevare il superamento dei limiti quantitativi connaturati all'autorizzazione ad effettuare le prescrizioni terapeutiche a carico del Servizio sanitario nazionale.

In ragione di ciò, la Corte dei Conti afferma *che «non basta superare la media prescrittiva dei propri colleghi per incorrere in un danno erariale. E' onere della procura dimostrare la rilevanza in relazione a ciascuno dei fatti istantanei che caratterizzano la condotta»* (cfr Corte dei Conti appello, Sezione Seconda, n. 337/2019).

E' escluso, dunque, che si possa configurare una responsabilità di carattere amministrativo-contabile semplicemente sulla base di una attività prescrittiva superiore alla media, poiché la condotta prescrittiva del medico che violi formalmente standard numerici o medie statistiche, posti alla base dell'analisi della variabilità prescrittiva, non comporta automaticamente una sua colpevolezza "iperprescrittiva". Pur costituendo l'inosservanza delle norme disciplinanti l'attività prescrittiva, come pure il superamento di medie ponderate in riferimento all'attività di prescrizione di farmaci, "indici sintomatici" di una possibile illiceità della condotta, tali pratiche tuttavia non sono certamente indicative di una condotta iperprescrittiva, dovendosi accertare, nel caso concreto, l'irragionevolezza della condotta tenuta dal medico prescrittore e, in caso positivo, verificare che la stessa sia connotata da colpa grave.

Libertà prescrittiva del medico di medicina generale – Consiglio di Stato, n. 3330/2019

In tema di equilibrio tra la tutela delle prerogative del medico e dei diritti del paziente e le esigenze di ottimizzazione della spesa pubblica sanitaria, il Consiglio di Stato ha così ragionato: *«deve essere organizzata una procedura volta ad assicurare che il medico prescrittore, dopo aver individuato la terapia concreta per il singolo paziente, consideri, a parità di appropriatezza ed utilità clinica – profilo che spetta a lui soltanto valutare - la possibilità di utilizzare il farmaco che presenta il costo unitario minore. Non vi è, invece, alcuna fissazione di rigidi obiettivi di conformità delle prescrizioni (in ipotesi: target economici di risultato, quali uno scostamento percentuale massimo, ovvero una riduzione minima nel tempo dello scostamento attuale) alla predetta raccomandazione, né questa risulta accompagnata da alcuna previsione sanzionatoria (oppure di incentivazione professionale) nei confronti dei destinatari»*

Figure tipiche di danno in ambito sanitario – il danno da disservizio

Non di rado, in campo sanitario è venuta in rilievo la figura del danno da disservizio, elaborata già da alcuni anni dalla giurisprudenza della Corte dei Conti.

Esso consiste nell'effetto dannoso causato all'organizzazione e allo svolgimento dell'attività amministrativa dal comportamento illecito di un dipendente (o amministratore) pubblico, che abbia impedito il conseguimento della attesa legalità dell'azione pubblica e abbia causato inefficacia o inefficienza di tale azione. In altri termini, può sussistere il danno da disservizio allorché l'azione non raggiunge, sotto il profilo qualitativo, quelle utilità ordinariamente ritraibili dall'impiego di determinate risorse, così da determinare uno spreco delle stesse. Il danno da disservizio si caratterizza, quindi, per l'inosservanza dei doveri del pubblico dipendente, laddove essi abbiano comportato una mancata o ridotta prestazione del servizio o, comunque, una cattiva qualità dello stesso (*Ex multis*, Corte dei Conti, Sezione I app., 26 gennaio 2012 n. 45 e 3 dicembre 2008 n. 532; Sezione giurisd. Lombardia, 21 marzo 2008 n. 209).

Tale figura tipica di danno misura, dunque, valori di difficile espressione economica quali, ad esempio, la diminuzione di rendimento dell'azione amministrativa connessa alla fattispecie contestata, secondo un criterio espansivo idoneo a recepire disparate fattispecie di illecito – doloso o colposo – attinenti a vari settori della P.A. causativi del pregiudizio della minore produttività dell'apparato pubblico ovvero dell'aggravamento del danno patrimoniale direttamente causato (cfr. Corte dei Conti, Sezione giurisd. Lazio, 30 gennaio 2019, n.43).

Danno da disservizio «in senso stretto»

Il danno da disservizio “in senso stretto” postula la sussistenza di un’attività effettivamente qualificabile in termini di servizio verso il pubblico, e consiste in una condotta del pubblico dipendente che si risolve nella prestazione solo apparente – e dunque desostanziata – del servizio stesso; il danno erariale che ne deriva coincide, in tal caso, con il pregiudizio all’utenza per non aver potuto fruire di quel servizio o non avervi potuto godere nei termini previsti.

Ne consegue che non ricorre la fattispecie in parola ove non sia configurabile alcuna attività avente ad oggetto la prestazione di un servizio nei confronti del pubblico e laddove manchi una vera e propria platea di utenti nei confronti dei quali l’attività – e, in caso di illecito, la corrispondente menomazione da disservizio – possa dirsi indirizzata (cfr. Corte dei Conti, Sezione giurisd. Veneto, 06 luglio 2017, n.76).

Danno da disservizio «in senso lato»

Dalla categoria di danno da disservizio “in senso stretto” si distingue poi il danno da disservizio “in senso lato”, che ha riguardo invece all’esercizio illecito e penalmente rilevante di funzioni pubbliche, ove la funzione istituzionale tipica, astrattamente finalizzata al perseguimento e alla realizzazione degli interessi pubblici generali, venga in concreto piegata o “sviata” alla realizzazione degli interessi egoistici del dipendente che ha agito (cfr. Corte dei Conti, Sezione Giurisd. Veneto, 06 luglio 2017, n.76).

Danno da disservizio - *Quantum damni*

La quantificazione concreta del danno da disservizio è in genere affidata, ai sensi dell'art. 1226 c.c., al prudente apprezzamento del Giudice, il quale comunque può riferirsi a parametri sufficientemente sicuri, quali gli strumenti e le risorse, anche umane, impiegate dall'ufficio in quell'attività poi vanificata dal negligente comportamento dell'agente, ovvero agli oneri connessi alla riorganizzazione del servizio, oppure ancora all'importo della retribuzione oraria del dipendente, moltiplicata per il numero di ore (inutilmente) impiegate, etc.

Le fattispecie tipiche, in ambito medico, sono costituite dall'inutile acquisto di strumenti diagnostici poi non utilizzati, ovvero dall'omessa prestazione di assistenza domiciliare da parte del medico titolare del servizio (assenteismo), che vanifica in tal modo la programmazione ed organizzazione del servizio da parte dell'A.S.L. (cfr. Corte dei Conti, Sezione Prima, Appello, 30 ottobre 2011 n. 622 e 26 luglio 2012 n. 421; Sezione giurisd. Calabria, 5 novembre 2012 n. 319; Sezione giurisd. Veneto, 20 novembre 2006 n. 986).

La responsabilità medica ai tempi della contingente emergenza sanitaria dovuta al COVID-19 – c.d. Coronavirus – L'intervento del Consiglio Nazionale Forense a sostegno della classe medica

La pandemia in corso non solo ha messo in evidenza alcune criticità del Sistema Sanitario Nazionale, ma rende attuale, ancora una volta, il tema della responsabilità medica.

Note sono le notizie di stampa relative alla promessa, da parte di alcuni studi legali e associazioni, di avviare azioni civili e penali nei confronti di sanitari per possibili casi di malpratiche medica.

Si è così ingenerato un dialogo, a distanza, tra la Federazione nazionale degli ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCEO) ed il Consiglio Nazionale Forense che, con un comunicato del 2 aprile, si è visto costretto ad assicurare *“l’attenta vigilanza di tutte le istituzioni forensi nell’individuare e sanzionare i comportamenti di quei pochi avvocato che intendono speculare sul dolore e le difficoltà altrui, nel difficile momento che vive il nostro paese”*.

Nello specifico, l'istituzione di rappresentanza dell'intera avvocatura italiana, riunita il 1 aprile in seduta straordinaria, con delibera n. 177 *“Segnalazione Federazione nazionale degli ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, sostegno e solidarietà dell'Avvocatura ai medici e ai professionisti sanitari”*- in seguito alle segnalazioni pervenute dal Presidente della Federazione Nazionale dei medici, della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia e delle comunicazioni arrivate dai consigli degli ordini e delle Unioni forensi - ha condannato fortemente le iniziative, *“per fortuna limitate e marginali”*, di alcuni avvocati e studi legali che offrivano prestazioni volte a incoraggiare azioni giudiziarie nei confronti dei medici e dei professionisti sanitari *“impegnati in prima linea sul fronte dell'emergenza Covid-19 per tutelare e salvare la vita ai tanti cittadini coinvolti, anche a costo di mettere in pericolo la propria e quella dei loro familiari”*.

“Comportamenti di alcuni iscritti - si legge nella delibera del Consiglio nazionale forense - che minano così anche l'immagine dell'avvocatura tutta, che invece, anche e soprattutto in queste circostanze, ancora una volta, sta dimostrando piena consapevolezza del ruolo sociale a cui è chiamata e a cui non intende sottrarsi”.

Con la menzionata delibera di risposta, indirizzata alla Federazione Nazionale dei medici e degli Odontoiatri, la rappresentanza nazionale dell'avvocatura si è impegnata ad assicurare alla Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri *“l’attenta e forte vigilanza di tutte le istituzioni forensi per individuare e sanzionare i comportamenti di quei pochi avvocati che intendono speculare sul dolore e le difficoltà altrui, nel difficile momento che vive il nostro Paese”*.

Infine, il Consiglio Nazionale Forense, nella delibera n. 178 *“Invito a COA e CDD a vigilare su comportamenti indegni che ledono il decoro e la dignità della classe forense”*, indirizzata agli Ordini forensi e ai Consigli distrettuali di disciplina, ha invitato i Consigli degli Ordini degli Avvocati a *“vigilare in modo particolarmente attento sulla condotta dei propri iscritti, sotto il profilo della eventuale violazione delle regole deontologiche e a prontamente denunciare tali comportamenti dei propri iscritti, sia come singoli professionisti che come appartenenti a studi associati o società di avvocati, che tali deplorevoli iniziative hanno assunto o abbiano ad assumere”* e i Consigli Distrettuali di Disciplina *“a perseguire comportamenti che ledono la dignità, l'onore e il decoro dell'Avvocatura con messaggi, in qualsiasi forma espressi, contrari ai doveri di corretta informazione e/ o finalizzati all'accaparramento di clientela”*.

La responsabilità medica ai tempi della contingente emergenza sanitaria dovuta al COVID-19 – c.d. «Coronavirus» - Protocolli organizzativi per gli ambulatori dei medici di medicina generale

L'esperienza nel contenimento della infezione da Covid-19 ha insegnato che per evitare la diffusione dell'infezione virale è necessario predisporre un valido filtro sul territorio, che impedisca un accesso non perfettamente regolato agli ospedali.

In tal senso, è evidente il ruolo chiave che assumono gli ambulatori medici e specialistici. È altrettanto evidente che negli ambulatori medici, ove non siano contemplate condizioni di massima sicurezza nella concreta gestione degli studi, possono determinarsi situazioni critiche, talvolta gravi sia per i medici che per i pazienti, con pericolo di ulteriore diffusione della infezione virale.

Al fine di evitare l'insorgenza di tali situazioni critiche, in relazione alla c.d. «Fase Due» dell'emergenza sanitaria dovuta al COVID – 19, la Federazione Italiana Medici di Medicina Generale ha diffuso una serie di protocolli operativi a cui i medici di medicina generale debbono attenersi, per garantire la sicurezza nei loro studi nell'era del c.d. «Coronavirus».

Nel documento sono contenuti protocolli per il personale di segreteria, per la gestione dei pazienti, dei casi sospetti e di situazioni di emergenza, ma anche procedure di sanificazione e disinfezione. Spazio infine ai dispositivi di Protezione Individuale e Dispositivi Medici.

1) Protocollo per il personale di segreteria

a) Prenotazione telefonica della visita ambulatoriale: viene effettuata dal personale di segreteria, secondo il processo di seguito indicato:

- identificazione del paziente fruitore della prestazione,
- indicazione dell'orario della visita,
- elencazione ed informazione sulle principali indicazioni che il paziente deve rispettare per l'accesso allo studio e per lo svolgimento della visita, per tutto il tempo di permanenza.

b) Misure di protezione per il personale:

- La segretaria mantiene la pulizia scrupolosa delle superfici ove si svolge la sua attività (monitor, tastiera computer, penne, telefono, stampanti, ecc.).
- Il personale di segreteria deve indossare guanti e mascherina che vanno cambiati ogni turno di lavoro, salva l'ipotesi di immediata sostituzione di tali presidi di protezione individuale nell'ipotesi in cui essi risultino inumiditi o esposti a pericolo di eventuale contaminazione per effetto del contatto con oggetti del paziente, come bancomat, carte di credito, denaro, ecc..
- Sul bancone della reception, ove possibile, posizionare schermi protettivi trasparenti.

c) Accoglienza:

- l'accesso all'ambulatorio di norma è consentito solo al paziente fruitore della prestazione; unica eccezione è costituita dall'ipotesi in cui il paziente sia persona non autosufficiente;
- nei locali di immediato accesso dello studio e di sosta dei pazienti è esposta una specifica informativa scritta sulle misure di sicurezza da rispettare a tutela della salute del personale sanitario, amministrativo, para-sanitario e dei pazienti;
- consegna al paziente fruitore della prestazione, qualora ne sia sprovvisto, di mascherina e guanti monouso. Utilizzazione, prima di indossare i guanti monouso, da parte del paziente, della soluzione idroalcolica al 70% per la disinfezione delle mani;

d) Sala d'aspetto:

- se necessario il paziente fruitore della prestazione viene fatto accomodare nella sala d'aspetto;

- tenuto conto che la visita è stata programmata dalla segreteria è obbligatorio che nella sala d'aspetto sia ampiamente e scrupolosamente rispettato il distanziamento personale (oltre 1 metro) anche attraverso apposite sedute idoneamente allocate;
- qualora occasionalmente non sia possibile attuare tale distanziamento, previa informativa si darà indicazione al paziente di ritornare al poliambulatorio dopo un opportuno intervallo di tempo;
- porre a disposizione dei pazienti idonei mezzi detergenti per le mani anche grazie a specifici dispenser;
- eliminare dalla sala d'aspetto riviste, libri, giocattoli per bambini, ecc.;
- le sedute della sala sono disposte in maniera da consentire il distanziamento superiore ad un metro tra i pazienti. Ciò si può ottenere o eliminando sedie o ponendo dei nastri segnaletici su quelle che non devono essere utilizzate;
- la sala d'aspetto deve essere idoneamente e periodicamente arieggiata, sanificata ed igienizzata

2) Protocollo per i percorsi

a) Viene identificato un percorso “pulito” e uno “sporco”; qualora non siano disponibili locali ad hoc possono essere utilizzati armadi appositi per il pulito ove depositare materiale monouso confezionato necessario alla pratica assistenziale e i dispositivi da utilizzare. Per il percorso dello sporco se non sono disponibili locali ad hoc possono essere previsti armadi dove allocare il materiale per le pulizie e per i rifiuti. Questi ultimi devono essere considerati sempre come rifiuti pericolosi a rischio infettivo e smaltiti secondo le normative vigenti.

b) Percorso fruitori dell’assistenza, percorsi personale. I fruitori dell’assistenza possono accedere ad una sala d’aspetto, regolata da un preciso distanziamento sociale. Deve essere presente un bagno dedicato. Il percorso del personale prevede l’alloggiamento della segreteria con spazi idonei in cui viene rispettato il distanziamento sociale con i pazienti, a tale scopo è prevista apposita segnalazione visiva. È, inoltre, presente l’indicazione del bagno dedicato per il personale; anche nei bagni utilizzare sempre materiale monouso. Per i servizi igienici va effettuata, dopo ogni utilizzo, una disinfezione delle superfici, areando opportunamente dopo l’impiego.

c) Per l'accesso di fornitori esterni o manutentori individuare opportune tempistiche al fine di evitare occasioni di contatto con i pazienti.

La consegna di materiale e dispositivi medici deve avvenire, ove possibile, ad orari concordati, previo appuntamento, e in prossimità dell'ingresso dello studio.

3) Protocollo per l'ambulatorio medico e gestione pazienti.

a) Programmazione nel caso di studi condivisi tra più medici:

Nei casi in cui l'utilizzo degli studi è ordinariamente previsto in fasce orarie diverse (ad esempio medico 1 al mattino, medico 2 al pomeriggio) è necessario:

- condividere tutti i protocolli e le procedure necessari alla gestione dell'attività;
- provvedere a sanificare gli arredi, l'ambiente e gli strumenti a fine utilizzo, tassativamente nel caso di condivisione della stanza;
- prevedere la custodia separata degli indumenti da lavoro di ciascun medico;
- avvisare preventivamente i Colleghi nel caso di eventuali spostamenti di orario o di visite effettuate in orario diverso, per prevenire assembramenti in sala d'aspetto.

Nel caso di studi in cui sono presenti più medici nelle stesse fasce orarie si definiscono procedure per il coordinamento dell'attività:

1. Le prenotazioni vengono fatte secondo procedura concordata tra i medici in modo che in sala d'aspetto sia sempre presente un numero di pazienti complessivo compatibile con le dimensioni del locale e le misure di distanziamento, in modo da prevedere una distanza superiore ad un metro.
2. Può essere utile concordare ed uniformare il tempo programmato per ogni visita e prevederne inizio sfalsato tra i vari medici
3. Ove possibile si individua la parte della sala di aspetto riservata ai pazienti di ciascun medico.

b) Procedure generali:

- Prediligere l'uso degli strumenti informatici, secondo procedure conformi alle norme della privacy, per l'acquisizione di documentazione, la richiesta dei farmaci ripetitivi da parte dei pazienti e l'invio delle prescrizioni, al fine di limitare l'accesso agli studi.
-
- ammettere nell'ambulatorio solo il fruitore della prestazione;
 - predisporre indicazioni anche visive per il rispetto del distanziamento sociale;
 - il medico deve lavare le mani prima e dopo di ogni visita;
 - il medico verifica che il paziente sia dotato di guanti e apposita mascherina; se necessario da indicazione di usufruirne presso la segreteria, o secondo una modalità alternativa ed idonea;
 - il medico indossa mascherina, schermo facciale, o appositi occhiali (ove necessario), guanti monouso e, in generale, qualsiasi ulteriore dispositivo di protezione individuale sia idoneo al fine di minimizzare il rischio di contagio virale. Durante l'esame obiettivo del paziente, se ritenuto necessario, il medico attua tutte le precauzioni possibili anche attraverso apposite informative al paziente;
 - tutte le attività che vengono svolte per il singolo paziente devono essere precedute da una opportuna preparazione delle attrezzature e dei presidi diagnostici, materiali, ecc. adeguatamente disinfettati;
 - coprire con materiale monouso, ove possibile, le superfici che possono venire a contatto con i pazienti.

4) Protocollo per l'ambulatorio medico e gestione pazienti casi sospetti o in situazione di emergenza.

- Il medico in situazioni dubbie valuta le circostanze tramite triage telefonico prima della indicazione dell'appuntamento per la visita;
- qualora vi sia un sospetto di paziente covid-19 positivo il medico fornisce le indicazioni previste dai protocolli regionali/aziendali dedicati alla gestione dei casi sospetti anche rispetto all'eventuale visita domiciliare da parte del personale a ciò preposto;
- qualora per situazioni straordinarie non previste il medico constata di trovarsi di fronte ad un caso di paziente sospetto per covid-19 positivo effettua un rigoroso distanziamento del paziente con invio al domicilio per la quarantena e prescrizione delle misure necessarie previste dai protocolli regionali/aziendali;
- il medico predispone quanto previsto dai protocolli regionali/aziendali anche rispetto alla richiesta di un intervento domiciliare all'abitazione del paziente.
- il medico sospende l'attività ambulatoriale e annota le persone che possono essere venute a stretto contatto con il paziente;
- fornisce immediate indicazioni, secondo un protocollo precedentemente predisposto, al fine di disporre la sanificazione ed igienizzazione dei locali.

5) Sanificazione e disinfezione.

Le procedure di sanificazione e disinfezione sono raccomandate secondo le modalità di disinfezione continua, periodica e terminale.

L'aerazione naturale all'interno dei locali chiusi, ovvero il ricambio d'aria meccanico quando quello naturale non è possibile, rappresenta il sistema di sanificazione più semplice e rapido da adottare per ridurre il rischio di trasmissione di agenti infettivi.

La modalità di disinfezione continua, si attua costantemente quando necessaria:

- è necessario effettuare una pulizia giornaliera e la sanificazione periodica dei locali, degli ambienti di lavoro (ivi compresi i relativi strumenti quali, in via esemplificativa, tastiere, schermi touch, mouse, etc.) e delle aree comuni e di svago con adeguati detergenti (Circolare del ministero della Salute del 22 febbraio 2020, n. 5443: ipoclorito di sodio 0,1%- 0,5%, etanolo 62%- 71% o perossido di idrogeno 0,5%);
- qualora sia presente in studio una persona affetta dal virus, è necessario disinfettare le superfici con ipoclorito di sodio 0,1% dopo pulizia con detergente neutro (Circolare del Ministero della Salute del 22 febbraio 2020, n. 5443) unitamente alla loro ventilazione. In aggiunta, il datore di lavoro può «organizzare interventi particolari/ periodici di pulizia».

Il personale competente o le Ditte incaricate effettuano le attività di igienizzazione quotidiana prestando particolare attenzione alla pulizia dei piani di lavoro, delle maniglie delle porte e delle finestre, degli interruttori della luce. La disinfezione periodica viene effettuata quotidianamente secondo quanto previsto dal protocollo Regionale che prevede la pulizia e detersione dei pavimenti e delle superfici.

Particolare attenzione viene assicurata ai bagni e agli ambulatori. La disinfezione terminale è necessaria quando si è venuti a contatto con un caso sospetto di COVID19. In tale situazione oltre alle procedure di sanificazione devono essere diffusamente utilizzate procedure di disinfezione.

6) Dispositivi di Protezione Individuale e Dispositivi Medici.

Il personale medico deve indossare di norma guanti e mascherina chirurgica e schermi facciali.

In caso di accesso alle vie respiratorie ravvicinate i DPI da indossare sono:

- mascherina Ffp2 o Ffp3;
- i DPI per occhi: maschere o schermi facciali che garantiscano la protezione degli occhi anche laterale;
- camice monouso;
- guanti in lattice o nitrile.

Praticare l'igiene delle mani prima di indossare, prima di rimuovere e dopo aver rimosso i DPI. È preferibile che le divise da lavoro non siano portate a casa ma lavate all'interno del presidio sanitario o consegnate a ditta specializzata (servizio lavanderia).

7) Ulteriori misure.

- aggiornare ed integrare il Documento di Valutazione dei Rischi (DVR), ove previsto;
- aggiornare la formazione e informazione del personale (ove presente), con specifico addestramento sull'utilizzo dei DPI forniti;
- rispettare le regole di corretta manutenzione delle apparecchiature prescritte o suggerite dal fabbricante o produttore

***Grazie per
l'attenzione***

