

La responsabilità medica: excursus giurisprudenziale e sistema introdotto dalla Legge Gelli-Bianco

**Isabella Spreafico
DG Welfare**

Milano, 11 luglio 2019



Regione Lombardia

L. 08/03/2017, n. 24

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Art. 1. Sicurezza delle cure in sanità

1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.
2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.
3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.



Just culture

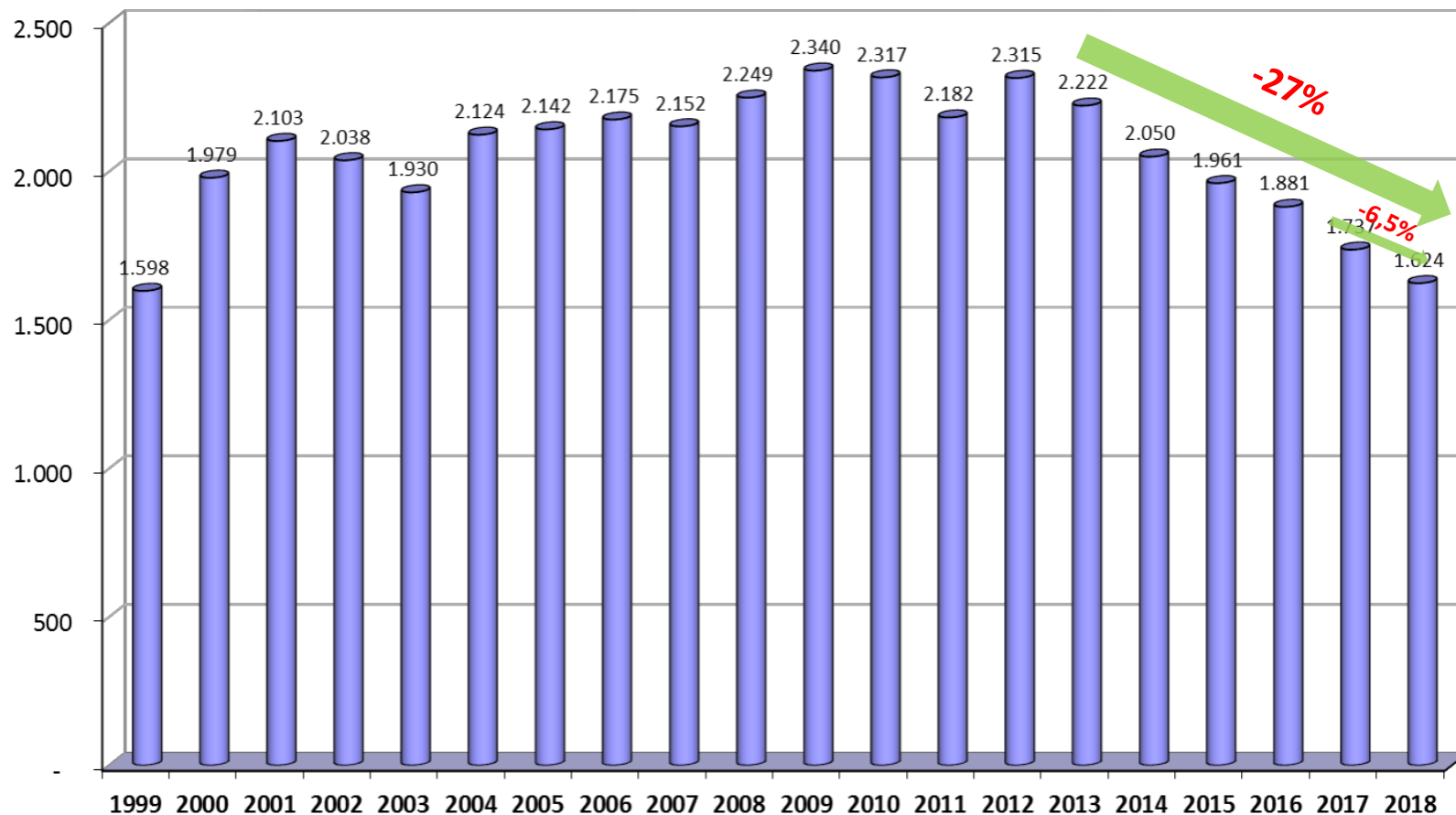
“Un’atmosfera di fiducia nella quale le persone sono incoraggiate (anche ricompensate) nel fornire informazioni essenziali relative alla sicurezza, ma nella quale viene loro chiarito dove deve essere tirata la linea tra comportamento accettabile e inaccettabile” (J. Reason)



Trend Richieste Risarcimento Danni – dati al 31/12/2018

Strutture Sanitarie Pubbliche in Lombardia

Numero Richieste Risarcimento Danni per anno
SSR Regione Lombardia



Art. 3 DL. 158/2012 (abrogato)

1. L'esercente le professioni sanitarie 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'art. 2043 c.c. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo.

Art. 509 sexies c.p.

1. Se i fatti di cui agli artt. 589 e 590 c.p. sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma.
2. Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalla predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto.



Cass. pen Sez. IV, 20-04-2017, n. 28187

«(...)la lettura della nuova norma suscita alti dubbi interpretativi, a prima vista irresolubili, subito messi in luce dai numerosi studiosi che si sono cimentati con la riforma. Si mostrano, in effetti, incongruenze interne tanto radicali da mettere in forse la stessa razionale praticabilità della riforma in ambito applicativo. Ancor prima, si ha difficoltà a cogliere la ratio della novella».



Cass. pen. Sez. IV, 19-10-2017, n. 50078

In tema di responsabilità medica, il comma 2 dell'art. 590 sexies c.p. prevede una causa di non punibilità dell'esercente la professione sanitaria che opera, 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.



Cass. pen. Sez. Unite sent. 22-02-2018 , n. 8770

Quale sia, in tema di responsabilità colposa dell'esercente la professione sanitaria per morte o lesioni, l'ambito applicativo della previsione di «non punibilità» prevista dall'art. 590-sexies cod. pen., introdotta dalla L. 8 marzo 2017, n. 24.



Cass. pen. Sez. Unite sent. 22-02-2018 , n. 8770

«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 nell'individuazione e nella scelta di linee guida o di buone pratiche clinico-assistenziali non 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 speciali difficoltà dell'atto medico»



Art. 5 buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida

«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 pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali».



Cass. pen. Sez. Unite sent. 22-02-2018 , n. 8770

«nella demarcazione gravità/lievità rientra altresì la misurazione della colpa sia in senso oggettivo che soggettivo e dunque la misura del rimprovero personale sulla base delle specifiche condizioni dell'agente e del suo grado di specializzazione; la problematicità o equivocità della vicenda; la particolare difficoltà delle condizioni in cui il medico ha operato; la difficoltà obiettiva di cogliere e collegare le informazioni cliniche; il grado di atipicità e novità della situazione; la impellenza; la motivazione della condotta; la consapevolezza o meno di tenere una condotta pericolosa»



Nella giurisprudenza post Mariotti...

- ❖ Cass., sez. IV, 29 novembre 2018, n. 53453;
- ❖ Cass., sez. IV, 28 novembre 2018, n. 53349;
- ❖ Cass., sez. IV, 19 ottobre 2018, n. 47801;
- ❖ Cass., sez. IV, 6 dicembre 2018, n. 54573;
- ❖ Cass., sez. IV, 30 maggio 2018, n. 24384;
- ❖ Cass., sez. IV, 18 luglio 2018, n. 33405;
- ❖ Cass., sez. IV, 18 maggio 2018, n. 22007;
- ❖ Cass., sez. IV, 5 aprile 2018, n. 15178;
- ❖ Cass., sez. IV, 12 dicembre 2018, n. 55521;
- ❖ Cass., sez. IV, 16 novembre 2018, n. 412;
- ❖ Cass., sez. IV, 23 luglio 2018, n. 34835;
- ❖ Cass., sez. IV, 19 ottobre 2018, n. 47748;
- ❖ Cass., sez. IV, 31 luglio 2018, n. 36723;
- ❖ Cass., sez. IV, 7 marzo 2018, n. 10396.



Cass., sez. IV, 23 gennaio 2019, n. 3206

«Per quanto attiene alla «colpa lieve» invocata dalla ricorrente, (...) la sentenza impugnata ha adeguatamente motivato sul punto nel senso di escluderla, in considerazione della notevole divergenza tra la condotta tenuta dall'imputata e quella cui sarebbe stata tenuta (...). Sotto questo profilo è stata, sostanzialmente, rimarcata la sussistenza di un marcato allontanamento dal comportamento della [ricorrente] da una appropriata condotta medica, certamente qualificabile in termini di colpa grave, tale da escludere che la fattispecie in esame possa essere ricondotta alla previsione decriminalizzante di cui all'art. 3 l. 189/2012»



Cass., sez. IV, 6 agosto 2018, n. 37794

In tema di responsabilità degli esercenti la professione sanitaria:

- ✓ nelle more pubblicazione delle linee guida di cui all'art. 5 della legge n. 24 del 2017, la rilevanza penale della condotta ai sensi dell'art. 590-sexies c.p. può essere valutata con esclusivo riferimento alle buone pratiche clinico assistenziali adeguate al caso concreto;
- ✓ 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.

FONTI

CED Cassazione, 2018



Trib. Parma, sent. 18 dicembre 2018, n. 1584

«anche per le S.U. l'erronea valutazione del sintomo e la conseguente omessa o ritardata diagnosi è da ascrivere all'imperizia per inosservanza delle leges artis, poiché non vi è prova che il comportamento del [medico] sia stato improntato ad indifferenza, scelleratezza o comunque assoluta superficialità e lassismo che lo condurrebbero nel campo (attiguo) della negligenza. In definitiva, il [medico] intuì che la [paziente] poteva essere stata colpita da un ictus e nel perseguire una possibile diagnosi differenziale individuò correttamente le linee guida/buone pratiche da seguire, ma peccò nell'esecuzione di quanto esse prescrivevano».



Trib. Parma, sent. 18 dicembre 2018, n. 1584

«la colpa dell'imputato fu lieve, considerato che, anche rifacendosi al canone di razionalità e alla massima di esperienza cristallizzate nell'art. 2236 del codice civile, egli:

- intervenne in un contesto emergenziale, come si evince dal codice giallo assegnato alla paziente dall'infermiera del triage del Pronto Soccorso ;*
- visitò [la paziente] con urgenza, dato che doveva occuparsi anche di altri ventisei malati;*
- fronteggiò un quadro clinico piuttosto oscuro, per la contestuale presenza di sintomi confondenti, vale a dire la sincope [della paziente] e, in misura minore, le sue patologie metaboliche, difficili da collegare tra loro;*
- non aveva specializzazioni in neurologia, tant'è che chiese un consulto alla [neurologa]».*



Art. 3 Osservatorio delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità

«2. L'Osservatorio acquisisce dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, di cui all'articolo 2, i dati regionali relativi ai rischi ed eventi avversi nonché alle cause, all'entità, alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso e, anche mediante la predisposizione, con l'ausilio delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie di cui all'articolo 5, di linee di indirizzo, individua idonee misure per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario e il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie».



Le buone pratiche

«Quelle pratiche per la sicurezza dei pazienti – basate su, e realizzate in conformità ai principi della scienza della sicurezza, dell'EBP (Evidence Based Practice), dell'ergonomia o del MCQ (Miglioramento Continuo della Qualità) – la cui efficacia nel migliorare la sicurezza e/o nel ridurre i rischi e i danni al paziente derivanti dall'assistenza sanitaria, sia dimostrata in più di un contesto, previo adattamento alla situazione locale. Sono pratiche sostenibili (i costi di implementazione devono essere dichiarati) e rappresentate in accordo ai principi su cui si basano. Devono inoltre rispettare ed essere rispondenti alle preferenze, ai bisogni e ai valori della persona».

FONTI

Osservatorio Buone Pratiche



Trib. Parma, sent. 18 dicembre 2018, n. 1584

«Il «Percorso trombolisi E.V» non fu pubblicato ai sensi di legge ai fini dell'articolo 590-sexies c.p., tuttavia, (...) esso integra comunque una codificazione di una buona pratica clinico assistenziale. Infatti, come è stato acutamente osservato in dottrina, il legislatore ha utilizzato nella disposizione ora citata una formula evocativa della sussidiarietà delle buone pratiche, che consente di annoverarvi le linee guida non accreditate nonché i protocolli e le check list».



Cass. pen. Sez. IV, Sent., 11-01-2018, n. 822

«nel caso in esame, come ha evidenziato lo stesso difensore attraverso l'attestazione allegata, proveniente dal Presidente dell'Ordine degli psicologi, non esistono linee guida emanate dall'Ordine riferite alla materia specifica della psicoterapia infantile. Per cui si verte in un ambito che è fuori dall'applicazione della norma».



La responsabilità amministrativo-contabile: elementi costitutivi

1. Condotta antigiuridica;
2. evento dannoso per la p.a.;
3. rapporto di causalità tra la condotta antigiuridica e l'evento dannoso;
4. elemento soggettivo del dolo o della colpa grave;
5. rapporto di servizio tra autore del danno e la p.a.



Art. 9 Azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa

«In caso di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, ai sensi dei commi 1 e 2 dell'articolo 7, o dell'esercente la professione sanitaria, ai sensi del comma 3 del medesimo articolo 7, l'azione di responsabilità amministrativa, per dolo o colpa grave, nei confronti dell'esercente la professione sanitaria è esercitata dal pubblico ministero presso la Corte dei conti (art. 9, comma 5, primo periodo).



Cass. Civ. S.U., 09-04-2019, n. 13246

« lo Stato o l'ente pubblico risponde civilmente del danno cagionato a terzi dal fatto penalmente illecito del dipendente anche quando questi abbia approfittato delle sue attribuzioni ed agito per finalità esclusivamente personali od egoistiche ed estranee a quelle dell'amministrazione di appartenenza, purchè la sua condotta sia legata da un nesso di occasionalità necessaria con le funzioni o poteri che il dipendente esercita o di cui è titolare, nel senso che la condotta illecita dannosa – e quale sua conseguenza il danno ingiusto a terzi – non sarebbe stata possibile, in applicazione del principio di causalità adeguata ed in base ad un giudizio controfattuale riferito al tempo della condotta, senza l'esercizio di quelle funzioni o poteri che, per quanto deviato o abusivo o illecito, non ne integri uno sviluppo oggettivamente anomalo».



Peculiarità della resp. amm. ex L. 24/2017

1. *«L'importo della condanna per la responsabilità amministrativa e della surrogazione di cui all'articolo 1916, primo comma, del c.c., per singolo evento, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari 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» (comma 5, art. 9).*



Peculiarità della resp. amm. ex L. 24/2017

2. «Nel giudizio di rivalsa e in quello di responsabilità amministrativa il giudice può desumere argomenti di prova dalle prove assunte nel giudizio instaurato dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria o dell'impresa di assicurazione se l'esercente la professione sanitaria ne è stato parte» (comma 7, art. 9).



Peculiarità della resp. amm. ex L. 24/2017

3. *«Le strutture sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 7, comma 1, e le imprese di assicurazione che prestano la copertura assicurativa nei confronti dei soggetti di cui all'articolo 10, commi 1 e 2, comunicano all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro quarantacinque giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio. Le strutture sanitarie e sociosanitarie e le imprese di assicurazione entro quarantacinque giorni comunicano all'esercente la professione sanitaria, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento, l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con invito a prendervi parte. L'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni di cui al presente comma preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'articolo 9» (art. 13).*



Peculiarità della resp. amm. ex L. 24/2017

4. *«Per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato, l'esercente la professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche, non può essere preposto ad incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti e il giudicato costituisce oggetto di specifica valutazione da parte dei commissari nei pubblici concorsi per incarichi superiori» (art. 9, comma 5, ult. periodo).*



La responsabilità amministrativa ex L. 24/2017

«Ai fini della quantificazione del danno, (...) si tiene conto delle situazioni di fatto di particolare difficoltà, anche di natura organizzativa, della struttura sanitaria e sociosanitaria pubblica, in cui l'esercente la professione sanitaria ha operato» (art. 9, comma 5, secondo periodo).



Corte dei Conti, sez. giurisd. Emilia Romagna, 11 maggio 2017, n. 100

«non sembra al Collegio che la gestione del paziente da parte della [convenuta] sia stata superficiale o priva delle attenzioni che rientrano nel normale esercizio della professione medica, tenuto conto della fisiologica concitazione del reparto in cui la convenuta ha prestato la propria attività professionale. (...) l'intera vicenda si è consumata nel giro di pochi minuti, nell'ambito di un reparto d'urgenza ospedaliero, dove notoriamente le prestazioni dei medici, degli infermieri e di tutto il personale di supporto devono esser rese in tempi rapidi e nei confronti di numerosi utenti e familiari, comprensibilmente in stato d'agitazione collegato alla patologia insorta repentinamente o alla gravità dei sintomi percepiti.



Corte Conti, sez. giurisd. Lombardia, sent. 27 aprile 2018, n. 96

«è da escludersi l'applicabilità con effetti retroattivi [dell'art. 9, comma 2, L. 24/2017]. Detta inapplicabilità è dettata da ragioni formali, in assenza di una espressa previsione di efficacia retroattiva della norma, e da ragioni sostanziali, in quanto ne deriverebbe una ingiustificata sterilizzazione di tutte le azioni risarcitorie in cui le Aziende Ospedaliere non abbiano eseguito, in assoluta buona fede, una procedura all'epoca non prevista e non richiesta né da previsioni di legge né tantomeno regolamentari».





“Anxious Eyes” di J. Stanfield

