

FOGLIO *informazioni* ANPO



Associazione Nazionale Primari Ospedalieri

POSTE ITALIANE S.P.A. SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE - D.L. 353/2003 (CONV. IN L. 27/02/2004 N. 46) ART. 1 COMMA 1 - DCB - ROMA

PERIODICO DI INFORMAZIONE dell'Associazione Nazionale Primari Ospedalieri
Autorizzazione del Tribunale di Roma, Iscr. Reg. della stampa n. 40/2001 del 8 Febbraio 2001

Il Foglio Informazioni ANPO è leggibile anche sul sito www.anpo.net

ANPO - ASCOTI - FIALS MEDICI *vince ancora*

massimario sul rischio legale dei medici - la rivoluzione ECM

Respinto il ricorso CIMO contro ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI

Commento di Perrone Donnorso

Il Tribunale Ordinario di Roma, Sezione Lavoro (Giudice Dr.ssa Magaldi) ha, in data 09 dicembre 2009, rigettato il ricorso che la CIMO aveva avanzato contro la rappresentatività dell'Associazione Sindacale ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI.

Dopo il primo ricorso perduto nel luglio scorso da ANAAO & CIMO, la sola CIMO ha perduto anche questo secondo.

C'è da augurarsi che la CIMO possa comprendere come debba mettersi l'anima in pace, utilizzando in miglior modo risorse ed energie.

Qualcuno dovrà provare a spiegare, ai dirigenti CIMO, che non siamo noi la "controparte" e che questi reiterati atteggiamenti di ostilità nei confronti del nostro sindacato non portano da nessuna parte. Capiranno ?

La speranza è l'ultima a morire ed a sostegno di tale affermazione potremmo anche invocare lo spirito natalizio che oramai dovrebbe farsi sentire! Auguri !

Raffaele Perrone Donnorso
Presidente Nazionale
ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI

INDICE

ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI VINCE	2
<i>La decisione del Giudice del Lavoro di Roma, 3 dicembre 2009</i>	
... causa civile, diritti nascita, anestesia ...	2
<i>a cura di Alessandro Riccioni e Nicola Mazzera, avvocati in Roma</i>	
... il danno lo paga la clinica, non il medico ...	5
<i>a cura di Alessandro Riccioni e Nicola Mazzera, avvocati in Roma</i>	
... consenso informato, decorso post-operatorio, cartelle cliniche ...	9
<i>a cura dello studio legale Cicala - Riccioni (www.studiocr.com)</i>	
Rivoluzione nella ECM con accordo Stato-Regioni	13
<i>Marco Pradella</i>	
Dai servizi di www.ANPO.net: la NEWSLETTER	15
<i>Messaggi di giugno-dicembre 2009</i>	
Scheda notizie e richiesta di accesso ai servizi di www.ANPO.net	16

ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI VINCE

*La decisione del Giudice
del Lavoro di Roma,
3 dicembre 2009*

[...] con ricorso ex art. 700 c.p.c. La CIMO ASMD [...] chiedeva, in via cautelare, disapplicarsi o comunque sospendersi gli effetti del provvedimento con il quale l'ARAN aveva provveduto in data 25.6.2008 a certificare i dati associativi ed elettorali utili per l'accertamento delle organizzazioni sindacali rappresentative per il biennio 2008/2009 quali risultanti dalla presa d'atto operata dal Comitato Paritetico costituito presso l'ARAN limitatamente alla parte di essocon cui si certificava il possesso del requisito della rappresentatività da valere per il biennio 2008/2009 da parte dell'ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI [...].

Il ricorso, comunque, non può trovare accoglimento in quanto privo del requisito del periculum in mora. [...] Nella fattispecie in esame la parte ricorrente, a fronte delle specifiche contestazioni sul punto effettuate dalle controparti, non ha documentato la sussistenza di concreti pericoli di danni che potrebbero verificarsi nel tempo occorrente a tutelare la pretesa vantata nelle vie ordinarie. [...] la parte ricorrente si duole di determinazioni assunte in data 25/6/2008 e solo in data 2/10/2009 ha proposto il ricorso cautelare. Ma ha atteso più di un anno per far valere le proprie ragioni [...] Ma vi è di più: il provvedimento impugnato non sembra neanche essere foriero di pericoli concretamente apprezzabili. [...].

P.Q.M.

Respinge il ricorso e condanna la parte ricorrente alla rifusione delle spese di lite [...].

... causa civile, diritti nascituro, anestesia ...

..... a cura di Alessandro Riccioni e Nicola Mazzera
avvocati in Roma

L'INFORMAZIONE GIURIDICA, note di giurisprudenze sulla responsabilità professionale medica I/2009

contenuto:

SE MANCANO LE STRUTTURE RISPONDE L'AZIENDA SANITARIA (E NON IL MEDICO) - Sent. N. 10743 del 11 maggio 2009 (emessa il 11 febbraio 2009) della Corte Cass., Sez. III - Pres. Senese; Rel. Filadoro

LA GIURISPRUDENZA NORMATIVA COME AUTONOMA FONTE DI DIRITTO: LA SOGGETTIVITA' DEL NASCITURO - Sent. N. 10741 del 11 maggio 2009 (emessa il 21 gennaio 2009) della Corte Cass., Sez. III - Pres. Varone; Rel. Spagna Musso

QUANDO L'ANESTESIA E' ATTIVITA' ACCESSORIA? - Sentenza n. 11004 del 26 febbraio - 12 marzo 2009, della Corte di Cassazione, sez. VI penale, Pres. De Roberto, Rel. Gramendola, P.G. Iacoviello (concl. diff.) P.R. Asti c. Ligresti

Nota: testi pubblicati progressivamente come "Massimario giurisprudenza medici" nel sito www.ANPO.net.

SE MANCANO LE STRUTTURE RISPONDE L'AZIENDA SANITARIA (E NON IL MEDICO)

Sent. N. 10743 del 11 maggio 2009 (emessa il 11 febbraio 2009) della Corte Cass., Sez. III - Pres. Senese; Rel. Filadoro

Massime: PRESTAZIONI SANITARIE - RESPONSABILITA' CIVILE - INSUFFICIENZA DELLE STRUTTURE - RESPONSABILITA' DELL'AZIENDA OSPEDALIERA - RESPONSABILITA' DEL PERSONALE SANITARIO - ESCLUSIONE.

L'azienda ospedaliera è civilmente responsabile per l'insufficienza ed inadeguatezza delle strutture per affrontare una prevedibile emergenza ove esse cagionino un danno al paziente (nel caso di specie la nascita in condizioni di invalidità totale e permanente). Mentre nessuna responsabilità si configura a carico dei medici che abbiano praticato tutta l'assistenza possibile con la struttura ed i mezzi a loro disposizione.

RESPONSABILITA' CIVILE - NESSO DI CAUSALITA' CRITERIO DEL "PIU' PROBABILE CHE NON".

Ai fini della responsabilità civile, per la sussistenza del nesso di causalità materiale non occorre l'elevato grado di credibilità razionale (prossimo alla certezza) necessario ai fini della responsabilità penale, ma è sufficiente una relazione probabilistica concreta tra comportamento ed evento dannoso secondo il criterio del "più probabile che non".

Osservazioni

Quanto alla responsabilità dell'azienda ospedaliera, la sentenza in commento si pone nel medesimo solco percorso precedentemente dalla Suprema Corte in occasione della sentenza 28 novembre 2007, n. 24759, nella quale si affermava che il rapporto tra paziente ed ente ospedaliero ha fonte in un contratto a prestazioni corrispettive, consistenti, per quanto riguarda il solo ente, nell'obbligo di fornire adeguate prestazioni assistenziali attraverso la predisposizione di strutture e risorse umane efficienti. Conseguentemente, il rigetto della domanda nei confronti del medico, non appare più di per sé sufficiente ad escludere la responsabilità contrattuale del presidio ospedaliero.

Le sentenze segnano un parziale mutamento di rotta della Cassazione la quale, in precedenti pronunce, sembrava, in una certa misura, far carico al medico delle disfunzioni della struttura ospedaliera di appartenenza. Tale differente orientamento ha trovato espressione nella sentenza del 5 luglio 2004, n. 12273 (della III sezione), secondo cui il medico dipendente di una struttura ospedaliera è chiamato a valutare con prudenza e scrupolo i limiti della propria adeguatezza professionale, ricorrendo anche all'ausilio di un consulto se la situazione non è così urgente da sconsigliarlo; lo stesso deve, inoltre, adottare tutte le misure volte ad ovviare alle carenze strutturali ed organizzative incidenti sugli accertamenti diagnostici e sui risultati dell'intervento, ovvero, qualora ciò non sia possibile, deve informare il paziente, consigliandogli, se manca l'urgenza di intervenire, il ricovero in una struttura più idonea (si deve però sottolineare che nel caso di specie si configurava anche una palese inadeguatezza dei medici del pronto soccorso).

Quanto alla determinazione del criterio utile alla valutazione del nesso di causalità, la Cassazione ha confermato il precedente orientamento, da ultimo espresso con sentenza del 16 gennaio 2009, n. 975, secondo cui in tema di responsabilità civile nell'attività medico-chirurgica, ove sia dedotta una responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e/o del medico per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, il danneggiato deve fornire la prova del contratto (o del «contatto») 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'obligato - sia esso il sanitario o la struttura - 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. L'onere della prova gravante sul paziente in tema di nesso di causalità è tuttavia mitigato, secondo la Suprema Corte, dalla probabilità (anche non prossima alla certezza) di successo del trattamento medico. Invero, l'insuccesso o il parziale successo di un intervento di routine, o, comunque, con alte probabilità di esito favorevole, implica di per sé la prova dell'anzidetto nesso di causalità, giacché tale nesso, in ambito civili-

stico, consiste anche nella relazione probabilistica concreta tra comportamento ed evento dannoso, secondo il criterio, ispirato alla regola della normalità causale, del «più probabile che non».

LA GIURISPRUDENZA NORMATIVA COME AUTONOMA FONTE DI DIRITTO: LA SOGGETTIVITA' DEL NASCITURO

Sent. N. 10741 del 11 maggio 2009 (emessa il 21 gennaio 2009) della Corte Cass., Sez. III - Pres. Varrone; Rel. Spagna Musso

Massime: TRATTAMENTO FARMACOLOGICO - CONSENSO INFORMATO - MANCATA INFORMAZIONE - CONSEGUENZE - RESPONSABILITA' DEL MEDICO - SUSSISTENZA

I medici curanti, che siano in condizione di conoscere, attraverso studi e dati scientifici divulgati, i rischi, ancorché non frequenti, rappresentati da un farmaco, versano in colpa (e rispondano dei danni conseguenti) ove non abbiano reso edotto il paziente di tali rischi; in quanto la conoscenza di essi gli avrebbe consentito di valutare appieno la scelta di ricorrere o meno alla cura (nel caso di specie volta ad indurre l'ovulazione, con il rischio - in concreto verificatosi - di insorgenza di malformazioni nel feto). In simili ipotesi, non è applicabile l'art. 2236 del codice civile che limita la responsabilità del professionista ai casi di "colpa grave"; in quanto tale limitazione riguarda soltanto la colpa da imperizia; e non quella da negligenza (e la omessa informazione del paziente costituisce un caso di negligenza).

FONTE DEL DIRITTO - GIURISPRUDENZA NORMATIVA - DECODIFICAZIONE E DEPATRIMONIALIZZAZIONE DEL DIRITTO CIVILE - DIRITTI DEL NASCITURO

L'attuale ordinamento giuridico italiano, in particolare civilistico, è basato su una pluralità di fonti, tra cui si colloca la funzione interpretativa del giudice in ordine alla formazione della c.d. giurisprudenza-normativa, quale autonoma fonte di diritto che ha concorso a determinare la decodificazione e depatrimonializzazione del diritto civile. In questa prospettiva, sulla base della Costituzione repubblicana del 1948 (che ha determinato il passaggio dallo Stato liberale allo Stato sociale, caratterizzato da un punto di vista giuridico dalla c.d. centralità della persona), e della successiva legislazione ordinaria (nonché delle fonti giuridiche sopranazionali), è acquisito il principio della configurabilità del nascituro quale soggetto giuridico (ancorché - non ancora - dotato di capacità giuridica).

NASCITURO - SOGGETTIVITA' GIURIDICA - DIRITTI - DIRITTO A NASCERE SOLO SE SANO - INSUSSISTENZA

Il nascituro è titolare di interessi personali in via diretta, quali il diritto alla vita, il diritto alla salute o integrità psico-fisica, il diritto all'onore o alla reputazione, il diritto all'identità personale; pertanto ove si realizzi la condicio juris della nascita, la violazione di questi diritti può essere azionata in sede giudiziaria ai fini risarcitori, ad esempio quando la madre - non essendo stata debitamente informata circa la potenziale nocività di un farmaco - lo abbia assunto determinando così una malformazione del feto; fermo restando che al concepito poi nato non spetta alcun risarcimento per il fatto che la madre non sia stata posta in condizione di procedere all'aborto, bensì solo il risarcimento per le malformazioni e i danni che si sarebbero potuti evitare se la madre fosse stata correttamente informata dei rischi derivanti dalle cure cui era sottoposta.

Osservazioni

A seguito della sentenza delle Sezioni Unite Penali 18 dicembre 2008 - 21 gennaio 2009, n. 2437, appare assodato che non incorre in responsabilità di natura penale (e di conseguenza sembrerebbe anche civile) il medico che, pur in assenza del "consenso informato" del paziente, ponga in essere un intervento che determini un miglioramento della di lui salute; in quanto l'intervento non consentito, visto nell'insieme della attività terapeutica, non cagiona, bensì cura, una malattia: il chirurgo che asporti un cancro incide sul corpo del paziente infliggendogli una ferita, ma a conclusione dell'intervento il paziente consegue un beneficio.

Resta però aperto il problema di quali siano le conseguenze giuridiche ove l'intervento medico, non debitamente assentito, pur in sé conforme alle *leges artis* determini un peggioramento della salute del paziente o gli arrechi (come nel caso esaminato dalla sentenza in rassegna) un altro danno esistenziale (quale la nascita di un figlio malformato).

In effetti nella vicenda esaminata dalla Cassazione con la sentenza 10741/09 la cura somministrata alla paziente per favorire una (desiderata) gravidanza era appropriata e di uso medico (a quel che sembra) piuttosto diffuso. Comportava però un certo (modesto) rischio, di cui la paziente non era stata informata. Sopravvenuta l'ipotesi infausta al medico non si contestava un'imperizia o una negligenza relativa alle modalità tecniche dell'intervento, ma solo di "non aver informato". E la paziente asseriva "se avessi saputo del pericolo non avrei accettato la medicina".

A loro volta, i magistrati hanno riconosciuto alla madre ed al bambino il diritto al risarcimento del danno.

Occorre però tenere presente che si discuteva di un intervento non propriamente curativo bensì volto a perseguire una specifica richiesta della paziente: cioè una gra-

vidanza. Ed allora, forse, il principio affermato nella sentenza 10741/09 può essere circoscritto alle sole ipotesi di interventi medici che non hanno una obbiettiva, cioè socialmente acquisita, valenza positiva per il paziente, e che divengono leciti e doverosi esclusivamente a causa del consenso, o in certi casi dell'esplicita richiesta del paziente stesso.

In altre parole, la paziente che desideri veder favorita una propria gravidanza si trova in condizioni diverse rispetto a chi sia affetto da una malattia. Solo in questo secondo caso l'opera del medico è, per sua stessa natura, volta alla difesa della salute; mentre nel caso contemplato dalla sentenza 10741/09 l'obbiettivo perseguito dall'intervento medico, pur apprezzabile sul piano sociale, assume funzione curativa solo in quanto sussista una informata volontà della paziente di raggiungere una gravidanza attraverso quella specifica cura.

Una situazione differente è presa in considerazione dalla sentenza civile della Corte di Cassazione, 14 marzo 2006, n. 5444 (in *Corriere giuridico*, 2006, 1243, con nota critica di S. Meani, Sul danno risarcibile in caso di mancato consenso all'intervento eseguito correttamente), che ha affermato, in un caso in cui la radioterapia, pur correttamente eseguita su una signora affetta da grave tumore, aveva determinato un peggioramento nella salute della paziente: «la responsabilità del sanitario (e di riflesso della struttura per cui egli agisce) per violazione dell'obbligo del consenso informato discende dalla tenuta della condotta omissiva di adempimento dell'obbligo di informazione circa le prevedibili conseguenze del trattamento cui il paziente venga sottoposto e dalla successiva verifica, in conseguenza dell'esecuzione del trattamento stesso, e, quindi, in forza di un nesso di causalità con essa, di un aggravamento delle condizioni di salute del paziente".

Per quanto attiene alla seconda parte della prima massima, cioè all'affermazione secondo cui il medico risponde per la mancata compiuta informazione del paziente anche ove tale erronea informazione sia cagionata da colpa lieve, in quanto tale omissione integra una negligenza e non mai un'imperizia, si deve osservare come ben possa invece accadere che l'inadeguatezza dell'informazione sanitaria derivi da un errore medico da imperizia, poiché l'imperizia del medico può condizionare la valutazione complessiva dei rischi e lo sviluppo dell'intero iter sanitario.

La seconda e la terza massima ribadiscono, nel quadro di considerazioni di carattere generale circa il ruolo della giurisprudenza nell'attuale momento storico, l'affermazione secondo cui il nascituro è portatore di un "diritto a nascer sano" (cfr. combinato disposto di cui agli articoli 4 e 6 della legge 194/78, nonché con gli articoli 462, 687, 715 cod.civ.) e, dunque, il bambino ha diritto al risarcimento del danno ove abbia a nascere con malformazioni dovute ad un errato intervento medico (quali la somministrazione alla madre di un farmaco inappropriato) o

che avrebbero potuto comunque essere evitate se il medico avesse agito con diligenza (rilevando una situazione di pericolo fronteggiabile nella fase prenatale).

Ove invece si ritenga che una corretta informazione avrebbe indotto la madre all'aborto, il risarcimento dei danni può essere chiesto solo dalla madre; non essendo concepibile nel nostro ordinamento un diritto a non nascere del minore malformato (Cass., sez. III, 14 luglio 2006, n. 16123; Sez. III Civile, n. 6735, del 10 Maggio 2002; Cass. Sez. III Civile 11488 del 29 luglio 2004;).

La giurisprudenza ritiene cioè che risponda ad un criterio di regolarità causale che la donna, ove adeguatamente e tempestivamente informata della presenza di una malformazione atta ad incidere sulla estrinsecazione della personalità del nascituro, preferisca non portare a termine la gravidanza.

Non sono invece danni che derivano dall'inadempimento del medico quelli che il suo adempimento non avrebbe evitato, quali una nascita che la madre non avrebbe potuto scegliere di rifiutare; una nascita che non avrebbe in concreto rifiutato; la presenza nel figlio di menomazioni o malformazioni al cui consolidarsi non avrebbe potuto porsi riparo durante la gravidanza in modo che il figlio nascesse sano.

QUANDO L'ANESTESIA E' ATTIVITA' ACCESSORIA?

Sentenza n. 11004 del 26 febbraio - 12 marzo 2009, della Corte di Cassazione, sez. VI penale, Pres. De Roberto, Rel. Gramendola, P.G. Iacoviello (concl. diff.) P.R. Asti c. Ligresti

PROFESSIONE MEDICA - ATTIVITA' AMBULATORIALE - ANESTESIA - RIENTRA NELLE ATTIVITA' ACCESSORIE CONSENTITE AD OGNI MEDICO - REATO DI CUI ALL'ART. 348 CODICE PENALE - ESCLUSIONE

Massima: La legge 9 agosto 1954 n. 653, ha disciplinato esclusivamente l'attività di anestesista all'interno delle strutture ospedaliere (ove viene praticata l'anestesia totale), riservandola a personale particolarmente qualificato. L'anestesia parziale necessaria per interventi ambulatoriali (nel caso di specie di chirurgia estetica) costituisce invece attività accessoria consentita ad ogni medico chirurgo, che quindi ove provveda direttamente alla anestesia parziale (senza avvalersi di un apposito collaboratore specializzato) non commette il reato di esercizio abusivo di una professione "protetta" previsto dall'art. 348 c.p. (perciò la Corte rigetta il ricorso della Procura della Repubblica di Asti avverso l'ordinanza con cui il Tribunale della Libertà aveva disposto il dissequestro dello studio in cui un medico chirurgo eseguiva interventi di chirurgia plastica provvedendo anche ad anestetizzare i pazienti).

... il danno lo paga la clinica, non il medico ...

..... a cura di Alessandro Riccioni e Nicola Mazzera
avvocati in Roma

L'INFORMAZIONE GIURIDICA - note di giurisprudenze sulla responsabilità professionale medica - nota II/2009

Nota: testi pubblicati progressivamente come "Massimario giurisprudenza medici" nel sito www.ANPO.net.

LA CLINICA (DI REGOLA) RISPONDE DELL'OPERATO DEL MEDICO

Sent. N. 18805 del 28 agosto 2009 (emessa il 19 maggio 2009) della Corte Cass., Sez. III - Pres. Varrone Rel. Lanzillo

Massime: RISARCIMENTO DANNI - DANNI DA INTERVENTO MEDICO - RESPONSABILITA' DELLA STRUTTURA SANITARIA IN CUI IL MEDICO OPERA - SUSSISTENZA -

L'istituto ospedaliero che autorizzi un medico (nel caso di specie chirurgo plastico) ad operare al suo interno, mettendo a disposizione di costui le sue attrezzature e la sua organizzazione, e concluda con il paziente il contratto per la degenza e le prestazioni accessorie, assume contrattualmente la posizione e le responsabilità tipiche dell'impresa erogatrice del complesso delle prestazioni sanitarie, ivi inclusa l'attività del chirurgo. Ed è irrilevante la circostanza che il paziente sia pervenuto alla clinica solo attraverso il medico e per sua indicazione rimane irrilevante .

RISARCIMENTO DANNI- DANNI DA INTERVENTO MEDICO- RESPONSABILITA' DELLA STRUTTURA SANITARIA IN CUI IL MEDICO OPERA- ESCLUSIONE- CONDIZIONI- STIPULAZIONE DI SEPARATI CONTRATTI

Non è escluso, in linea di principio ed in astratto, che il paziente concluda con l'istituto ospedaliero e con il medico due separati contratti, l'uno relativo alla degenza, l'altro avente ad oggetto l'intervento operatorio, con separazione delle rispettive responsabilità. Tale, inconsueta regolamentazione richiede però quanto meno la prova certa e rigorosa dell'esistenza dei due separati contratti, con espressa specificazione nelle relative clausole approvate dal paziente in piena libertà e consapevolezza delle prestazioni incluse nell'uno e nell'altro e dei soggetti su cui gravano le conseguenti responsabilità (nei limiti in cui la legge permette l'esplicitarsi dell'autonomia privata in materia), considerato che non è sempre agevole parcellizzare e separare fra loro i diversi contributi inerenti ad una prestazione sanitaria complessa quale un intervento chirurgico.

Osservazioni

La sentenza offre un sostegno alle proposte di riforma legislativa secondo cui "la responsabilità civile per danni a persone causate dal personale sanitario medico e non medico, occorsi in una struttura ospedaliera pubblica o privata, è sempre a carico della struttura stessa" (art. 1 del testo unificato dei disegni di legge in tema di responsabilità medica proposto dal relatore Saccomanno). E sviluppa portando alle estreme logiche conseguenze spunti già presenti nella giurisprudenza della Corte Suprema.

Cfr. Cass. 13 aprile 2007, n. 8826 secondo cui in presenza di contratto di ospedalità, la responsabilità della struttura ha natura contrattuale, e coinvolge anche l'operato dei medici in forza dell'art. 1228 c.c., secondo cui il debitore che nell'adempimento dell'obbligazione si avvale dell'opera di terzi, ancorché non alle sue dipendenze, risponde anche dei fatti dolosi o colposi dei medesimi; a questi fini è sufficiente che la struttura sanitaria comunque si avvalga dell'opera di un medico; né ad escludere tale responsabilità è idonea la circostanza che ad eseguire l'intervento sia un medico di fiducia del paziente, sempre che la scelta cada (anche tacitamente) su professionista inserito nella struttura sanitaria, giacché la scelta del paziente risulta in tale ipotesi operata pur sempre nell'ambito di quella più generale ed a monte effettuata dalla struttura sanitaria, come del pari irrilevante è che la scelta venga fatta dalla struttura sanitaria con (anche tacito) consenso del paziente. Cass., 26 gennaio 2006, n. 1698 (che riprende concetti affermati da Cass., sez. un., 1 luglio 2002, n. 9556): il rapporto che si instaura tra paziente e casa di cura privata (o ente ospedaliero) ha fonte in un atipico contratto a prestazioni corrispettive con effetti protettivi nei confronti del terzo, da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (che ben può essere adempiuta dal paziente, dall'assicuratore, dal ssn o da altro ente), insorgono a carico della casa di cura (o dell'ente), accanto a quelli di tipo lato sensu, alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni od emergenze; ne consegue che la responsabilità della casa di cura (o dell'ente) nei confronti del paziente ha natura contrattuale, e può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c., all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, nonché, ai sensi dell'art. 1228 c.c., all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo ausiliario necessario pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale, non rilevando in contrario al riguardo la circostanza che il sanitario risulti essere anche «di fiducia» dello stesso paziente, o comunque dal medesimo scelto (nella specie, relativa a parto gemellare in seguito al quale una neonata aveva riportato encefalopatia da asfissia secondaria ad una sofferenza fetale, la

suprema corte ha cassato la sentenza di merito che aveva escluso la responsabilità della casa di cura, pur avendo rilevato l'omessa effettuazione di idonei controlli, quali il monitoraggio ctg, all'ingresso in clinica della partoriente e la circostanza che l'ostetrica in servizio presso la clinica aveva ascoltato il battito di un solo feto senza sollecitare interventi medici o ulteriori accertamenti).

* * *

Cfr. altresì Cass. 14 giugno 2007, n. 13953; il chirurgo risponde dell'operato del personale di supporto messogli a disposizione da una struttura sanitaria dalla quale il medico non dipende, dovendosi esigere dal chirurgo operatore un dovere di controllo specifico sull'attività e sulle iniziative espletate dal personale sanitario con riguardo a possibili e non del tutto prevedibili eventi che possono intervenire non solo durante, ma anche prima dell'intervento e in preparazione di esso (nella specie, la suprema corte, sulla scorta del suddetto principio, ha confermato la sentenza impugnata con la quale era stata affermata la responsabilità di un medico chirurgo che aveva effettuato, presso una casa di cura privata dalla quale non dipendeva, un intervento - ritenuto di routine - di liposuzione agli arti inferiori ad una paziente rimasta danneggiata in virtù di un'infezione batterica che ne era conseguita, così respingendo il motivo del ricorrente ad avviso del quale non avrebbe potuto essergli addebitata alcuna responsabilità in relazione all'attività disimpegnata dal personale della clinica per il fatto che in ordine alla stessa egli non avrebbe avuto la possibilità, giuridica e di fatto, di esercitare qualsivoglia potere di direzione, vigilanza e controllo, ivi compreso quello sulla perfetta sterilizzazione della sonda suttrice e concretamente utilizzata, dalla quale si era propagata l'infezione conseguita in danno della paziente).

Si ritiene opportuno riportare il testo integrale della sentenza.

"Svolgimento del processo"

Con atto di citazione notificato il 2 e il 12.10.1995 la sig.ra XX ha convenuto davanti al Tribunale di Monza la s.p.a. Clinica ZZ, e il dott. YY, chirurgo estetico, chiedendo il risarcimento dei danni subiti a seguito di un intervento di ingrandimento del seno, liposuzione delle cosce e rinoplastica, il primo dei quali aveva dato risultati negativi, residuando cicatrici deturpanti, che non era stato possibile eliminare, nonostante due successivi interventi chirurgici riparatori.

Ciò le aveva provocato gravi danni, patrimoniali e non patrimoniali, considerato che essa, appena ventenne all'epoca del fatto, aveva iniziato l'attività di indossatrice e di dimostratrice di capi d'abbigliamento prodotti dall'azienda di famiglia.

I convenuti si sono costituiti, il chirurgo negando la sua responsabilità e la Clinica eccependo la sua carenza di legittimazione passiva, poiché il chirurgo non era suo dipendente o collaboratore, ma utilizzava episodicamente la Clinica per gli interventi sui suoi pazienti.

Esperita l'istruttoria anche tramite CTU, con sentenza n. 1630 del 2001, il Tribunale di Monza ha condannato i convenuti, in via solidale, a pagare in risarcimento dei danni la somma complessiva di Lit. 229.993.000, oltre interessi dalla data della sentenza.

Proposto appello principale dalla paziente e incidentale dalla Casa di cura, e rimasto contumace il chirurgo, con sentenza 28 ottobre - 28

novembre 2003 n. 3273 la Corte di appello di Milano, in parziale riforma, ha condannato gli appellati a pagare, in aggiunta alle somme liquidate dal Tribunale, € 15.000,00 in risarcimento dei danni patrimoniali ed € 5.834,00, in rimborso dei costi di un intervento chirurgico riparatore, non liquidati in primo grado; oltre rivalutazione monetaria ed interessi su entrambe le somme.

Con atto notificato il 7.1.2005 la paziente propone un motivo di ricorso per cassazione. Resiste con controricorso la Clinica, proponendo quattro motivi di ricorso incidentale.

La ricorrente ha depositato memoria.

Motivi della decisione

1. Va preliminarmente disposta la riunione dei due ricorsi (art. 335 cod. proc. civ.).
2. Premesso che risulta definitivamente accertata la responsabilità personale del chirurgo, non essendo stata impugnata sul punto la Tribunale, conviene prendere anzitutto in esame il primo motivo del ricorso incidentale, che concerne l'estensibilità alla Clinica della responsabilità per i danni subiti dalla paziente, mentre gli altri motivi, principali e incidentali, riguardano la quantificazione dei danni.

Denunciando violazione degli art. 1176, 1228, 2043, 2049 e 2236 cod. civ., 189 cod. proc. civ., nonché omessa, insufficiente o contraddittoria motivazione su punti decisivi della controversia, la Clinica assume di non dover rispondere personalmente e solidalmente dell'operato del chirurgo, come ha disposto la Corte di appello, poiché la paziente ebbe a concordare l'esecuzione dell'intervento esclusivamente e direttamente con il chirurgo, e fu quest'ultimo, non la paziente, a scegliere la clinica nella quale eseguire l'intervento, a prenotare la camera e la sala operatoria ed a riscuotere direttamente dalla cliente il proprio onorario.

Rileva la ricorrente che il chirurgo non era legato da alcun rapporto di lavoro dipendente o di collaborazione stabile con la Clinica, presso la quale eseguiva solo sporadicamente interventi chirurgici per la sua personale clientela; che la paziente pagò alla Clinica solo le fatture relative alla degenza, mentre i compensi per l'intervento chirurgico e per le prestazioni dell'anestesista erano stati da lei direttamente pagati al chirurgo; che il rimanente personale della Clinica non ha svolto alcuna attività in favore della paziente.

Assume che la responsabilità dell'ente ospedaliero può essere affermata solo in relazione all'inadempimento di obbligazioni proprie dell'ente stesso, obbligazioni non sussistenti nel caso di specie, ove non è prospettabile alcuna sua responsabilità contrattuale, per mancanza di accordo diretto fra essa e la paziente; né alcuna responsabilità extracontrattuale, essendo la colpa dell'accaduto da ascrivere solo al chirurgo. Richiama la giurisprudenza di questa Corte secondo cui - ove la prestazione medica sia stata direttamente concordata fra medico e paziente - la responsabilità dell'ospedale può essere affermata solo per l'inadempimento delle obbligazioni a carico dello stesso (Cass. civ. n. 9556/2002)

2.1. Il motivo non è fondato.

La ricorrente assume, nella sostanza, che la paziente avrebbe concluso un contratto con la Clinica, relativo alla degenza, ed altro separato contratto con il chirurgo, avente ad oggetto l'intervento operatorio. Essendosi i danni verificati solo per errore del chirurgo, la Clinica non dovrebbe risponderne.

Premesso che non si può escludere, in linea di principio ed in astratto, che le parti liberamente assumano accordi di tal genere, è indubbio che una tale, inconsueta regolamentazione richiederebbe quanto meno la prova certa e rigorosa dell'esistenza dei due separati contratti, con espressa specificazione nelle relative clau-

sole - approvate dal paziente in piena libertà e consapevolezza - delle prestazioni incluse nell'uno e nell'altro e dei soggetti su cui gravano le conseguenti responsabilità (nei limiti in cui la legge permette l'esplicarsi dell'autonomia privata in materia), considerato che non è sempre agevole parcellizzare e separare fra loro i diversi contributi inerenti ad una prestazione sanitaria complessa quale un intervento chirurgico (quali sono le prestazioni incluse nella degenza? Solo il vitto e l'alloggio? Chi risponde delle prestazioni pre e post operatorie? Chi è responsabile delle medicazioni e delle terapie, quanto alla prescrizione e quanto all'esecuzione e somministrazione dei medicinali? come si valuta il concorso fra le ipotetiche negligenze?..)

Nella specie nulla di tutto ciò risulta dimostrato ed è chiaro che si tratta di un modello a dir poco inconsueto e difficilmente praticabile. La Corte di appello ha assunto la sua decisione sul presupposto che i fatti si siano svolti in modo diverso, cioè secondo il modello consueto, nel senso che la paziente ha preso per la prima volta contatto con il chirurgo e - una volta deciso di sottoporsi all'intervento chirurgico - si è rivolta alla Clinica alla quale il chirurgo l'ha indirizzata, per ottenere la prestazione chirurgica unitamente a tutte le prestazioni accessorie, mediche e non, senza alcuna separazione o delimitazione di competenze e responsabilità. La Corte di appello ha altresì accertato che all'intervento chirurgico ha partecipato anche personale medico alle dipendenze della Clinica: vi hanno partecipato, in particolare, il direttore del reparto con mansioni di aiuto chirurgo, e l'anestesista. Su questi presupposti, giustamente ha affermato la responsabilità solidale della Clinica per l'esito infausto dell'intervento.

Ed invero, ove un istituto ospedaliero autorizzi un chirurgo od un medico ad operare al suo interno, mettendogli a disposizione le sue attrezzature e la sua organizzazione, e con esso cooperi, concludendo con il paziente il contratto per la degenza e le prestazioni accessorie, esso viene ad assumere contrattualmente, rispetto al paziente, la posizione e le responsabilità tipiche dell'impresa erogatrice del complesso delle prestazioni sanitarie, ivi inclusa l'attività del chirurgo. La circostanza che il paziente sia pervenuto alla clinica solo attraverso il medico e per sua indicazione rimane irrilevante (cfr., fra le altre, Cass. civ. S.U. Sez. U, 1° luglio 2002 n. 9556; Cass. civ. Sez. III, 14 giugno 2007 n. 13953; Cass. civ. Sez. III, 26 gennaio 2006 n. 1698)

Ed invero, il medico non avrebbe potuto operare se non nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera ed, accettandone l'attività, la casa di cura ha assunto le conseguenti responsabilità. Non si può certo ammettere che un ente ospedaliero dia accesso a chiunque si presenti, senza averne previamente verificati i titoli di abilitazione, la serietà, la competenza e affidabilità, anche in relazione alle esperienze pregresse, per poi trasferire sui pazienti gli effetti dannosi dell'eventuale imperizia dell'operatore, adducendo a motivo di averlo solo estemporaneamente ospitato.

Si consideri, ancora, che la suddetta ospitalità non è prestata a titolo gratuito, in quanto la casa di cura trae vantaggio quanto meno dalle rette di degenza pagate dai clienti introdotti dal medico esterno, se non anche dall'eventuale corrispettivo versato dallo stesso. Traendo un utile dall'attività, l'impresa ospedaliera non può poi sottrarsi ai conseguenti rischi. Infine, il risultato dell'intervento o della cura è o può essere il frutto del concorso di una molteplicità di fattori, non sempre agevolmente distinguibili fra loro, di cui va imputata la responsabilità a chi, avendone assunti l'organizzazione ed il coordinamento, sia in grado di individuare gli effettivi responsabili ben più e meglio che non il paziente danneggiato.

Sotto ogni profilo, pertanto, la decisione della Corte di appello di estendere alla Clinica la responsabilità per l'operato del chirurgo appare conforme alla legge.

3. Con l'unico motivo la ricorrente principale lamenta la violazione degli art. 2043 e 2059 cod.civ. e l'omessa o insufficiente motivazione, quanto alla liquidazione dei danni patrimoniali e non patrimoniali conseguenti all'invalidità temporanea e permanente.
- 3.1. Quanto ai danni patrimoniali, deve essere preliminarmente disatteso il terzo motivo del ricorso incidentale - che viene congiuntamente esaminato - che denuncia l'insufficiente e contraddittoria motivazione sul punto, poiché la danneggiata non avrebbe fornito la prova di avere svolto attività remunerata come modella, né la prova della diminuita capacità lavorativa. La sentenza appare sul punto adeguatamente motivata, con il richiamo degli elementi di prova da cui la Corte ha tratto il suo convincimento e pertanto non appare censurabile, essendo la valutazione delle prove rimessa alla discrezionalità del giudice di merito, con il solo limite dell'adeguata motivazione.
- 3.2. La ricorrente principale contesta invece il medesimo capo della decisione sotto il profilo dell'entità della liquidazione, sul rilievo che la Corte di appello - pur avendo riconosciuto che le lesioni le causeranno la perdita di chances lavorative, tenuto conto della documentazione acquisita agli atti circa la sua attività di modella e fotomodella - ha quantificato il danno in termini sostanzialmente arbitrari, senza indicare i parametri ai quali ha voluto fare riferimento. E' incorsa poi in palese contraddizione, quantificando i danni patrimoniali in € 30.000.000,00 nella motivazione, ed in € 15.000,00 nel dispositivo.
- La Clinica ha chiesto la correzione della sentenza, assumendo che la somma di 30 milioni va letta come lire, anziché come euro, e che - avendo il Tribunale già liquidato £ 20 milioni per i danni patrimoniali da perdita di chances - il dispositivo va inteso come condanna al pagamento della differenza, pari ad € 5.164,57.
- L'istanza di correzione è stata respinta, non trattandosi di semplice errore materiale, e la ricorrente, alla luce delle considerazioni contenute nella motivazione, assume che deve escludersi che la Corte di appello volesse incrementare la somma da liquidare solo di tale minimo importo, per di più comprensivo di rivalutazione monetaria e di interessi.
4. Le censure sono fondate.
- Giustamente rileva la ricorrente che il giudice, pur quando decida in via equitativa, deve indicare i criteri ai quali ha voluto fare riferimento per determinare la somma dovuta. Nel caso di danno patrimoniale da perdita di chances tali criteri consistono, in linea di massima, nell'entità dei guadagni percepiti dal danneggiato al momento dell'illecito; nella concreta prevedibilità di un loro incremento in futuro; nella misura in cui le lesioni possono pregiudicare la capacità di guadagno e l'incremento della stessa. (Fermo restando peraltro che è onere della danneggiata offrire al giudice la prova dei dati di fatto rilevanti allo scopo)
- Inoltre, risulta effettivamente incomprensibile quale somma la Corte di appello abbia voluto liquidare in risarcimento dei danni patrimoniali. E' presumibilmente da escludere che abbia voluto attribuire la somma di 30 milioni di euro, che figura nella motivazione.
- Non è dato comprendere, tuttavia, se l'errore debba essere corretto in 30 milioni di lire, oppure in 30.000 euro. Né risulta se la quantificazione del danno - qualunque essa sia - si riferisca al danno globale, e vada quindi intesa al lordo delle somme già liquidate dal Tribunale, o se sia da attribuire in aggiunta a quanto già liquidato.
- La sentenza impugnata deve essere per questa parte annullata con rinvio, per l'integrazione della motivazione, nella parte in cui è lacunosa, e per la decisione circa la somma dovuta in risarcimento dei danni patrimoniali.
5. La ricorrente lamenta poi che la Corte di appello abbia confermato la sentenza di primo grado nella parte in cui le ha attribuito un'unica somma in risarcimento dei danni fisici - le lesioni subite, la malattia, tre interventi operatori, la protesi ad un seno e un'infezione sviluppatasi nell'altro seno, con fenomeni di rigetto) - senza tenere conto dei danni "non fisici", cioè dei danni alla vita di relazione, ivi inclusi i gravi turbamenti della sfera affettiva e sessuale, sebbene essa ne avesse chiesto con l'atto di appello il separato conteggio. La motivazione della Corte di appello è gravemente lacunosa e contrastante con i rilievi del CTU - a cui la sentenza ha dichiarato di volersi uniformare - nella parte in cui ha dichiarato che le lesioni al seno non hanno carattere funzionale e che i problemi di depressione avrebbero potuto essere agevolmente superati.
- Il CTU ha infatti valutato l'incidenza delle lesioni nella misura del 50% del totale, ed ha ritenuto necessario un trattamento psicoterapeutico per il superamento dello stato depressivo.
- 5.1. La censura è fondata.
- La motivazione con cui la Corte di appello ha confermato sul punto la sentenza di primo grado appare insufficiente e contraddittoria. Da un lato essa ha fatto riferimento all'asserito carattere non funzionale delle lesioni, concetto che non appare in termini con riferimento ai danni fatti valere nel caso di specie. Il concetto di funzionalità va posto in relazione con la natura del danno di cui si chiede il risarcimento, e la presenza di cicatrici deturpanti sul seno non può considerarsi "non funzionale", allorché vengano in considerazione l'estetica e la sfera sessuale della persona. Appare poi intrinsecamente contraddittorio il rilievo che il danno da depressione è di scarso momento perché potrebbe essere superato tramite cure psicoterapiche.
- Il fatto stesso che si debba ricorrere ad una psicoterapia manifesta la presenza di un turbamento grave.
- Manca inoltre nella motivazione ogni riferimento alla specificità delle voci di danno non patrimoniale a cui si è inteso dare ripara-zione mediante la somma liquidata.
- La più recente giurisprudenza di questa Corte ha precisato che i danni non patrimoniali di cui all'art. 2059 cod. civ. comprendono tutti i pregiudizi non connotati dalla patrimonialità, e che la categoria non può essere suddivisa in diverse sottovoci suscettibili di autonomo risarcimento (danno esistenziale, alla vita di relazione, estetico, morale, biologico, ecc.), come si è spesso verificato in passato nella prassi giurisprudenziale. Sicché va liquidata un'unica somma in risarcimento di tutti i danni non patrimoniali (cfr. Cass. civ. S.U. 11 novembre 2008 n. 26972, n. 26973)
- La sentenza impugnata non appare meritevole di censura, pertanto, nella parte in cui non ha attribuito somme diverse a titolo di risarcimento dei danni che la ricorrente definisce fisici (tradizionalmente, danni biologici) e dei danni morali veri e propri.
- La Corte di appello non ha però tenuto conto che i diversi aspetti che il danno non patrimoniale presenta nel singolo caso debbono essere tenuti in considerazione, nel quantificare l'unica somma da attribuire in risarcimento, ed ha confermato la liquidazione del Tribunale, senza verificare se essa fosse adeguata alla reale consistenza dei danni non patrimoniali nel caso di specie, in considerazione della loro attinenza all'integrità fisica, alla sfera relazionale, psichica, sessuale, emotiva, ecc.
- E' chiaro infatti che l'unica somma da attribuire in risarcimento dei danni non patrimoniali può e deve essere diversamente quantificata nei diversi casi, in relazione alle natura delle conseguenze lesive prodotte dall'illecito, secondo che esse attengano prevalentemente ad uno o ad altro aspetto, od a più aspetti congiuntamente, sì da attribuire in ogni caso concreto ed effettivo ristoro dell'intero danno, in tutti i suoi aspetti.

Sotto questo profilo la sentenza impugnata appare del tutto carente di motivazione, sebbene l'appellante avesse espressamente sollecitato, con i motivi di appello, la considerazione di tutti i peculiari aspetti che i danni non patrimoniali hanno assunto nel caso particolare e sebbene l'esigenza che la liquidazione sia accompagnata da congrua e specifica motivazione assuma particolare rilievo, con riguardo alla liquidazione globale e onnicomprensiva, al fine di evitare sia eccessive disparità di trattamento fra i diversi casi; sia l'attribuzione di somme inadeguate, per difetto o per eccesso, rispetto alla reale consistenza dei danni.

6. Con il secondo motivo del ricorso incidentale la Clinica deduce omessa e contraddittoria motivazione, per avere la Corte di appello erroneamente ritenuto che la sua domanda di rinnovazione della CTU non fosse stata proposta in appello e per avere quindi omesso di decidere in proposito. Afferma che nella comparsa di risposta in appello essa aveva rilevato che l'istruttoria svolta in primo grado aveva accertato la falsità di alcune affermazioni contenute nell'elaborato peritale, ed in particolare di quelle secondo cui essa Clinica sarebbe priva del reparto di terapia intensiva, ed il suo dipendente, dott. Tamburini, sarebbe entrato in camera operatoria con gli abiti inquinati; che pertanto il perito ed i suoi accertamenti non potevano essere ritenuti affidabili.
7. Il motivo è inammissibile perché relativo alla valutazione delle prove, valutazione che spetta esclusivamente al giudice di merito, con decisione non censurabile in sede di legittimità, ove sia congruamente e correttamente motivata, come nel caso di specie.

La ricorrente non ha posto in evidenza lacune o contraddizioni nell'iter logico in base al quale la Corte di appello è pervenuta alla sua decisione, né la conclusione da essa raggiunta, secondo cui la rinnovazione della CTU era irrilevante, non avendo l'appellante impugnato l'accertamento della responsabilità del chirurgo. Le sue censure si rivolgono esclusivamente al merito della decisione, né si può prendere in esame in questa sede la questione relativa alla rispondenza al vero delle circostanze di fatto che avrebbero dovuto indurre il giudice a ritenere inattendibile la CTU.

8. Con il quarto motivo la Clinica lamenta la violazione degli art. 112, 329 e 346 cod. proc. civ. per avere la Corte di appello liquidato all'appellante le spese del giudizio di primo grado, sebbene il capo relativo non fosse stato specificamente impugnato dall'attrice.
- 8.1. Il motivo non è fondato.
Solo nel caso di rigetto del gravame il giudice di appello non può modificare la statuizione sulle spese del giudice di primo grado. Ove invece accolga l'impugnazione, egli deve procedere ad una nuova regolamentazione delle spese dell'intero processo, ivi incluso il giudizio di primo grado, anche d'ufficio e a prescindere da specifica richiesta, quale conseguenza della pronuncia di merito adottata. L'onere delle spese, infatti, deve essere attribuito e ripartito tenendo presente l'esito complessivo della controversia (Cass. civ. S.U. 17 ottobre 2003 n. 15559; Cass. civ. Sez. III, 4 giugno 2007 n. 12963; Cass. civ. Sez. III, 11 giugno 2008 n. 15483)."

... consenso informato, decorso post-operatorio, cartelle cliniche ...

..... a cura dello studio legale Cicala - Riccioni

www.studiocr.com

L'INFORMAZIONE GIURIDICA - note di giurisprudenza sulla responsabilità professionale medica - nota III/2009

il testo integrale delle sentenze verrà inviato a chi ne faccia richiesta (info@studiocr.com)

Contenuto

ESIGENZE MEDICHE IMPREVISTE E CONSENSO INFORMATO - Sent. N. 20806 del 29 settembre 2009 (emessa il 7 maggio 2009) della Corte Cass., Sez. III - Pres. Petti, Rel. Chiarini

IL CHIRURGO DEVE PREOCCUPARSI DEL DECORSO POST-OPERATORIO? - Sent. N. 20790 del 29 settembre 2009 (emessa il 21 maggio 2009) della Corte Cass., Sez. III - Pres. Massera Rel. Chiarini

LE CARTELLE CLINICHE VANNO REDATTE CON SCRUPOLO - Sent. N. 20954 del 30 settembre 2009 (emessa il 3 luglio 2009) della Corte Cass., Sez. III - Pres. Di Nanni Rel. Amatucci

Nota: testi pubblicati progressivamente come "Massimario giurisprudenza medici" nel sito www.ANPO.net.

ESIGENZE MEDICHE IMPREVISTE E CONSENSO INFORMATO

Sent. N. 20806 del 29 settembre 2009 (emessa il 7 maggio 2009) della Corte Cass., Sez. III - Pres. Petti, Rel. Chiarini

Massime:

COLPA MEDICA - PRESTAZIONE DI ROUTINE - RESPONSABILITA' DEL MEDICO - SI PRESUME

Se la prestazione professionale è di routine spetta al professionista superare la presunzione che le complicità sono state determinate da omessa o insufficiente diligenza professionale o da imperizia o da inesperienza o da inabilità; dimostrando che esse discendono invece da un evento impreveduto ed imprevedibile, secondo la diligenza qualificata in base alle conoscenze tecnico-scientifiche del momento (applicazione ad un caso di perdita di funzionalità di un occhio conseguita ad un intervento di cataratta- dallo stesso sanitario qualificato come di routine- eseguito su soggetto sano)

PRESTAZIONI SANITARIE - CONSENSO INFORMATO - SEGNALEZIONE DELLE POSSIBILI COMPLICAZIONI - OBBLIGO-ESIGENZE INSORTE NEL CORSO DELL'INTERVENTO - DISCIPLINA

Il consenso informato, espressione del diritto personalissimo, di rilevanza costituzionale, all'autodeterminazione terapeutica, è un obbligo contrattuale del medico perché è funzionale al corretto adempimento della prestazione professionale, pur essendo autonomo da esso. Perciò il medico ha il dovere di segnalare al paziente le possibili complicazioni conseguenti all'intervento prospettato; ed ove sorga una complicazione che renda necessario un nuovo intervento deve -salvo il caso di assoluta urgenza - attendere il risveglio del paziente dall'anestesia per richiedere l'ulteriore consenso, o quanto meno deve informare i congiunti (nel caso di specie la moglie) e chiederne il consenso alle successive manovre tecniche, diverse da quelle originariamente concordate. Tale obbligo di richiedere un ulteriore consenso informato è tanto più evidente ove si renda necessario un secondo intervento a giorni di distanza.

Osservazioni

La sentenza in rassegna ribadisce un insieme di principi che possiamo considerare come pacifici. Il caso di specie non richiedeva una puntuale pronuncia sul delicato problema del rapporto fra difetto del consenso informato e danno risarcibile. In buona sostanza: ci si domanda quali danni debba risarcire il medico che proceda ad un intervento senza essere assistito dal consenso informato del paziente; o -come più di frequente accade e accaduto nel caso di specie- con un consenso che riguarda solo una prima parte dell'intervento effettuato; oppure con un consenso rilasciato da un paziente cui non sono stati evidenziati alcuni pericoli inerenti all'intervento e dunque non adeguatamente "informato". In un commento alle sentenze penali 22676/2009 e 35099/2009 (contenuto nella nostra nota II/2009) abbiamo espresso la convinzione che la normativa sul consenso tuteli la libertà personale e non la salute del soggetto; e perciò la valutazione del danno da lesioni colpose debba (almeno di regola) prescindere dal "fattore consenso". Del resto, se, in base alle sentenze 22676/2009 e 35099/200, colui che (illegittimamente) spaccia droga risponde della morte del consumatore solo ove abbia violato una qualche specifica regola prudenziale volta ad impedire che il consumo di droga abbia esiti letali, sarebbe francamente paradossale che venisse trattato più severamente il medico che adempia al suo dovere istituzionale, non dedicando però adeguata attenzione ad un principio (l'informato consenso) di grande importanza, ma che non è strumentale alla tutela della salute, la cui violazione dunque non pone in pericolo l'incolumità del paziente.

In questa nostra opinione troviamo conforto nella Sentenza delle Sezioni Unite Penali della Cassazione 2437/2009 [1]

[1] Sentenza sez. unite penali 18 dicembre 2008 - 21 gennaio 2009, n. 2437, pres. Gemelli, rel. Macchia, Giuliani: Sul piano del fatto tipico di lesioni descritto dall'art. 582 cod. pen., il concetto di malattia - e di tutela della salute - non può che ricevere una lettura "obiettiva", quale è quella che deriva dai dettami della scienza medica, che necessariamente prescindono dai diversi parametri di apprezzamento della eventuale parte offesa. Per esito fausto dovrà però intendersi quel giudizio positivo sul miglioramento apprezzabile delle condizioni di salute del paziente. Nell'intervento medico-chirurgico realizzato per fini terapeutici la condotta del medico è teleologicamente orientata allo scopo che fornisce copertura costituzionale alla legittimazione dell'atto medico, cioè a realizzare un beneficio per la salute del paziente; e non soltanto al raggiungimento di uno specifico obiettivo "prossimo" (quale la riuscita, sul piano tecnico-scientifico, dell'atto operatorio in sé e per sé considerato). Perciò l'atto operatorio rappresenta solo una "porzione" della condotta terapeutica, e deve essere valutato nel contesto di tale condotta; e le "conseguenze" dell'intervento chirurgico ed i correlativi profili di responsabilità, nei vari settori dell'ordinamento, debbono essere valutate nell'insieme della condotta terapeutica. Questa valutazione d'insieme esclude che il chirurgo risponda del delitto di lesioni, per il solo fatto di essere "chirurgicamente" intervenuto sul corpo del paziente, (salvo ipotesi teoriche di un intervento "coatto"); ed invece, proprio perché la sua condotta è rivolta a fini terapeutici, è sugli esiti dell'obiettivo terapeutico che andrà misurata la correttezza dell'agere, in rapporto, anche, alle regole dell'arte, e quindi in caso di esito fausto non viene a realizzarsi una "malattia" e pertanto è esclusa la configurabilità del delitto di lesioni (dolose e colpose). Ove invece l'esito sia infausto a causa di una violazione delle *leges artis* il chirurgo risponderà di lesioni o omicidio a titolo di colpa e non di dolo perché la sua volontà era volta al conseguimento di un risultato di cura e non di una "malattia".

Ci pare cioè logico che il medico risponda di lesione (o omicidio) colposo quando l'evento morte, l'evento malattia siano stati cagionati da una imprudenza, una negligenza, un'imperizia attinenti alla sua propria attività tecnico-professionale; il medico che contravvenga all'obbligo di assicurarsi il "consenso informato" dovrà essere colpito con le sanzioni proprie di tale infrazione, che sussiste anche in caso di esito fausto. Non ci parrebbe equo che il difetto di consenso informato trasformasse un intervento conforme alle *leges artis* in un delitto di lesioni, per il solo fatto che nel caso di specie sia sopraggiunto un esito non felice non dovuto a imperizia o negligenza del medico (così come statisticamente inevitabile, specie in caso di interventi "a rischio").

Tuttavia nella giurisprudenza civile si registrano sentenze di condanna di medici che avevano compiuto, in assenza di consenso informato, interventi in sé corretti e conformi alle *leges artis*; e che tuttavia avevano -per malcaso- cagionato un nocumento al paziente. Valga in proposito la recentissima affermazione della Corte di Cassazione, III sezione civile [2] secondo cui: "i medici curanti, che siano in condizione di conoscere i rischi rappresentati da un farmaco per la presenza di studi scientifici che illustrano tali rischi, versano in colpa ove non abbiano reso edotto il paziente di tali rischi, anche se non frequenti; in quanto la conoscenza di essi avrebbe consentito al paziente di valutare appieno la scelta di ricorrere o meno a tale farmaco (nel caso di specie per indurre l'ovulazione, con possibilità -in concreto verificata- di insorgenza di malformazioni nel feto). Né il medico può invocare la limitazione stabilita dall'art 2236 c.c della responsabilità del prestatore d'opera intellettuale

alla colpa grave, in quanto essa è applicabile nei casi di prestazioni particolarmente difficili, soltanto per la colpa da imperizia; mentre il medico, che è un debitore qualificato, ai sensi dell'art 1176, 2° comma c.c., pur in casi di particolare difficoltà, risponde per colpa lieve sotto i profili della imprudenza e della negligenza" [3].

[2] Sentenze n. 10741 del 11 maggio 2009 e n. 20790 del 29 settembre 2009 (di cui riferiamo in questa stessa nota).

[3] La sentenza Cass. 14 marzo 2006 n. 5444, (in *Corriere giuridico*, 2006, 1243, con nota critica di S. Meani, *Sul danno risarcibile in caso di mancato consenso all'intervento eseguito correttamente*) ha affermato, in un caso in cui la radioterapia pur correttamente eseguita su una signora affetta da grave tumore aveva determinato uno scadimento nella salute della paziente: "la responsabilità del sanitario (e di riflesso della struttura per cui egli agisce) per violazione dell'obbligo del consenso informato discende dalla tenuta della condotta omissiva di adempimento dell'obbligo di informazione circa le prevedibili conseguenze del trattamento cui il paziente venga sottoposto e dalla successiva verifica, in conseguenza dell'esecuzione del trattamento stesso, e, quindi, in forza di un nesso di causalità con essa, di un aggravamento delle condizioni di salute del paziente, mentre, ai fini della configurazione di siffatta responsabilità è del tutto indifferente se il trattamento sia stato eseguito correttamente o meno, svolgendo rilievo la correttezza dell'esecuzione agli effetti della configurazione di una responsabilità sotto un profilo diverso, cioè riconducibile, ancorché nel quadro dell'unitario "rapporto" in forza del quale il trattamento è avvenuto, direttamente alla parte della prestazione del sanitario (e di riflesso della struttura ospedaliera per cui egli agisce) concretatesi nello svolgimento dell'attività di esecuzione del trattamento. La correttezza o meno del trattamento, infatti, non assume alcun rilievo ai fini della sussistenza dell'illecito per violazione del consenso informato, in quanto è del tutto indifferente ai fini della configurazione della condotta omissiva dannosa e dell'ingiustizia del fatto, la quale sussiste per la semplice ragione che il paziente, a causa del deficit di informazione, non è stato messo in condizione di assentire al trattamento sanitario con una volontà consapevole delle sue implicazioni, con la conseguenza che, quindi, tale trattamento non può dirsi avvenuto previa prestazione di un valido consenso ed appare eseguito in violazione tanto dell'art. 32 Cost., comma 2, (a norma del quale nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge), quanto dell'art. 13 Cost., (che garantisce l'inviolabilità della libertà personale con riferimento anche alla libertà di salvaguardia della propria salute e della propria integrità fisica), e dalla L. 23 dicembre 1978, n. 833, art. 33 (che esclude la possibilità d'accertamenti e di trattamenti sanitari contro la volontà del paziente, se questo è in grado di prestarlo e non ricorrono i presupposti dello stato di necessità; ex art. 54 cod. pen.), donde la lesione della situazione giuridica del paziente inerente alla salute ed all'integrità fisica per il caso che esse, a causa dell'esecuzione del trattamento, si presentino peggiorate. Per converso, sul piano del danno-conseguenza, venendo in considerazione il mero peggioramento della salute e dell'integrità fisica del paziente, rimane del tutto indifferente che la sua verifica sia dovuta ad un'esecuzione del trattamento corretta o scorretta".

Si deve però considerare che nel caso specifico si discuteva di un intervento volto a perseguire una specifica richiesta della paziente: la gravidanza. Ed allora il principio affermato nella sentenza 10741/2009 può forse essere circoscritto alle sole ipotesi di interventi medici che non hanno una obbiettiva, cioè socialmente acquisita, valenza positiva per il paziente, e che divengono leciti e doverosi esclusivamente a causa del consenso, o in certi casi dell'esplicita richiesta, del paziente stesso.

In altre parole, la paziente che desideri veder favorita una propria gravidanza si trova in condizioni ben diverse rispetto a chi sia affetto da una malattia (come avven-

nuto nella vicenda che ha dato luogo alla già citata sentenza delle Sezioni Unite Penali della Cassazione 2437/2009). Solo in questo secondo caso infatti l'opera del medico è, per sua stessa natura, volta alla difesa della salute; mentre nel caso contemplato dalla sentenza civile 10741/2009 l'obbiettivo (gravidanza) perseguito dall'intervento medico, pur apprezzabile sul piano sociale, assume funzione curativa solo a causa dell'informato assenso della paziente ad assumere quella determinata medicina; che non potrebbe mai essere somministrata in difetto del consenso, anche ad una paziente momentaneamente incapace di intendere e volere. Dunque una non corretta informazione circa i possibili esiti negativi della cura avrebbe potuto indurre l'aspirante madre a rinunciare alla cura stessa, senza che da questa rinuncia derivassero danni di natura fisica e medica (ma l'abbandono della speranza di maternità).

IL CHIRURGO DEVE PREOCCUPARSI DEL DECORSO POST-OPERATORIO?

Sent. N. 20790 del 29 settembre 2009 (emessa il 21 maggio 2009) della Corte Cass., Sez. III - Pres. Massera Rel. Chiarini

Massime: COLPA MEDICA- PROBLEMI TECNICI DI SPECIALE DIFFICOLTA' - COLPA GRAVE - NECESSITA' - PRECAUZIONE ED ATTENZIONE- COLPA LIEVE

Ove un problema tecnico da risolvere trascenda la preparazione media, non essendo ancora sufficientemente studiato dalla scienza medica e sperimentato nella pratica, con conseguente maggior margine di rischio del risultato, il medico è responsabile solo in caso di colpa grave (art. 2236 codice civile). Risponde però per colpa lieve ove non adotti tutte le precauzioni per impedire prevedibili complicazioni e non espliciti tutta la scrupolosa attenzione che la particolarità del caso richiede, secondo la prudenza e la diligenza esigibili dalla specializzazione posseduta.

COLPA MEDICA- CHIRURGO - OBBLIGO DI SEGUIRE IL DECORSO POST OPERATORIO- SUSSISTENZA

L'obbligo della prestazione secondo le *leges artis*, persiste per il chirurgo per tutte le fasi dell'intervento, anche per quelle post-operatorie, egli deve perciò attentamente seguire il paziente anche in relazione a possibili e non del tutto prevedibili eventi che possono intervenire dopo l'intervento, ponendo in essere tutte le precauzioni e i rimedi conosciuti e conoscibili in quel dato momento storico dalla scienza e alla pratica medica - specialistica del settore.

Osservazioni.

Cfr. la sentenza penale della Cassazione, sez. IV, 7 marzo 2008: in tema di colpa medica nell'attività di equipe, tutti i soggetti intervenuti all'atto operatorio devono partecipare ai controlli volti a fronteggiare il ricorrente e

grave rischio di lasciare nel corpo del paziente oggetti estranei; ne consegue che non è consentita la delega delle proprie incombenze agli altri componenti, poiché ciò vulnererebbe il carattere plurale, integrato, del controllo, che ne accresce l'affidabilità.

LE CARTELLE CLINICHE VANNO REDATTE CON SCRUPOLO

Sent. N. 20954 del 30 settembre 2009 (emessa il 3 luglio 2009) della Corte Cass., Sez. III - Pres. Di Nanni Rel. Amatucci

Massima: DANNO DA INTERVENTO SANITARIO - RAPPORTO CONTRATTUALE - ONERE DELLA PROVA - RIPARTIZIONE - CARTELLA CLINICA - RILEVANZA E DISCIPLINA

Ove il paziente ricoverato assuma di aver subito un danno a seguito del trattamento medico ricevuto nella struttura sanitaria, stante la natura contrattuale della responsabilità della struttura ospedaliera e la conseguente applicabilità della regola posta dall'art. 1218 c.c., secondo la quale il creditore (qui il paziente) che sostenga l'inadempimento deve provare solo la sussistenza del nesso causale fra questo ed il danno, mentre compete al creditore (qui l'azienda ospedaliera) la prova della non imputabilità della sua causa e dunque, dell'assenza di colpa. Tale colpa va valutata in relazione all'affidamento del paziente nella diligenza del debitore della prestazione sanitaria (nel caso di specie caratterizzata dalla somministrazione di un farmaco di risaputa otossicità che avrebbe determinato una lesione del labirinto posteriore destro con conseguenti vertigini), e tenendo conto che la cartella clinica è documento la cui formazione rientra nella totale disponibilità di una sola delle parti del rapporto obbligatorio e le cui eventuali carenze non possono in alcun modo ridondare a carico del paziente.

Osservazioni

La sentenza in rassegna ribadisce l'importanza che nella valutazione della responsabilità medica assume la cartella clinica; ed i pericoli cui si espone chi la rediga disattentamente o con dati incompleti.

Molti esercenti professioni intellettuali, ed in particolare molti sanitari, tendono, ad attribuire scarsa importanza e scarso rilievo alla documentazione del proprio lavoro, sbrigativamente vista come produttiva di mere "scartoffie"; o forse sarebbe meglio dire "tendevano" perché le esperienze negative di tanti hanno insegnato tutti quanto sia importante "tenere a posto le carte".

Infatti, un'omissione di questo tipo rivelarsi perniciosa per un corretto svolgimento della attività professionale; sia perché non sempre la memoria ci soccorre quanto presumiamo, sia perché ben può darsi che la "vicenda" passi di mano e quindi un secondo professionista abbia bisogno di informazioni puntuali e dettagliate.

La giurisprudenza ha poi elaborato un indirizzo assai severo nei confronti del medico che non rediga diligentemente le documentazioni che su di lui incombono ed in particolare la "cartella clinica". Quando un evento dannoso si verifichi in un momento cronologicamente posteriore ad un intervento medico, è abbastanza logico che il danneggiato (o i suoi parenti) invochino il vecchio brocardo "post hoc ergo propter hoc", ed è altrettanto naturale che la difesa del professionista prospetti l'intervento di una causa determinante l'evento pregiudizievole, autonoma ed indipendente dall'operato del professionista stesso. E frequentemente perizie di parte e d'ufficio non consentano di giungere ad una risposta sicura al 100%. Ciò è ad esempio accaduto nella vicenda umana in cui si è inserita la sentenza della terza sezione civile della Cassazione n. 11316 del 21 luglio 2003 [4].

[4] ed in quella, meno incisiva ma pur sempre rilevante che ha dato luogo alla sentenza della medesima Corte 5 luglio 2004, n. 12273: in tema di responsabilità professionale del medico-chirurgo, la lacunosa formazione della cartella clinica redatta dai medici del pronto soccorso ospedaliero non vale ad escludere per mancanza di prova l'omissione colposa della diagnosi da parte degli stessi, poiché il medico ha l'obbligo di controllare la completezza e l'esattezza del contenuto della cartella, la cui violazione configura difetto di diligenza ai sensi del 2° comma dell'art. 1176 c.c. ed inesatto adempimento della corrispondente prestazione medica (nella specie, la suprema corte ha cassato la decisione della corte di merito che aveva escluso la responsabilità dei medici del pronto soccorso che, suturato scorrettamente il nervo ulnare, meno visibile ed accessibile, non avevano accertato lo stato anatomico delle altre formazioni nervose del plesso brachiale, omettendo di diagnosticare la lesione dei nervi mediano e mediano cutaneo).

Non si è cioè raggiunta la certezza che la anossia invalidante che aveva colpito il piccolo Giuseppe (morto poi all'età di dieci anni) fosse rilevabile e prevenibile nel momento del parto; e questa incertezza è sfociata in una sentenza del Tribunale che ha condannato il ginecologo che aveva assistito al parto al risarcimento dei danni liquidati in un miliardo e mezzo di lire, in una sentenza della Corte d'Appello che ha mandato totalmente assolto il medico. Simili incertezze sono frequenti nelle aule di giustizia, dal momento che il nero e il bianco sono netti e distinguibili solo agli occhi di Dio, mentre i nostri poveri occhi umani scorgono solo un grigio (ora più vicino al bianco ora più vicino al nero); perciò la decisione viene sovente assunta mediante le "presunzioni" [5], con cui la giurisprudenza indirizza se stessa ed indirettamente il corpo sociale su cui opera. E proprio una di queste presunzioni da essa stessa individuata ed, in certo senso, "creata", ha indotto la Corte di Cassazione a "cassare" la sentenza della Corte d'Appello e quindi a rimettere in discussione la responsabilità del ginecologo, rinviando la controversia avanti ad altro giudice per una nuova valutazione dei fatti.

[5] L'art. 2727 del codice civile qualifica come "presunzione" l'operazione logico-intuitiva con cui dalla conoscenza di un fatto noto si deduce la prova un fatto ignoto (il diritto processuale penale parla di "indizi"). Esempio: percepiamo un rumore in casa (fatto noto) e ne deduciamo (fatto ignoto) che qualcuno sia entrato in casa (invece magari il rumore è stato cagionato da un colpo di vento)

La Corte, rifacendosi a sue precedenti pronunce (sentenza 13 settembre 2000, n. 12103), sottolinea la particolare posizione dei soggetti che abbiano una specifica "vicinanza alla prova" e quindi ad esempio abbiano l'obbligo di documentare lo svolgimento di determinati fatti (nel caso di specie proprio mediante la cartella clinica). Ed afferma che quando uno di questi soggetti non abbia provveduto a raccogliere la documentazione prescritta, scatta una "presunzione" a suo danno, cioè si può "presumere" che i fatti si siano svolti nel modo meno favorevole per colui che avrebbe dovuto curare una loro puntuale documentazione. La sentenza richiama e cita la motivazione della pronuncia 13 settembre 2000, n. 12103, secondo cui "l'omissione colposa consistente nella difettosa tenuta della cartella clinica e nella mancata adozione dei conseguenti interventi terapeutici non vale ad escludere la sussistenza del nesso eziologico tra la colposa condotta dei medici in relazione alla patologia accertata e la morte, ove risulti provata la idoneità di tale condotta a provocarla, ma consente il ricorso alle presunzioni, come avviene in ogni caso in cui la prova non possa essere data per un comportamento ascrivibile alla stessa parte contro la quale il fatto da provare avrebbe potuto essere invocato, nel quadro dei principi in ordine alla distribuzione dell'onere della prova ed al rilievo che assume a

tal fine la "vicinanza alla prova", e cioè la effettiva possibilità per l'una o per l'altra parte di offrirla. La valutazione dell'esattezza della prestazione medica concerne, infatti, anche la regolare tenuta dalla cartella clinica: ove dalla sua imperfetta compilazione derivi l'impossibilità di trarre utili elementi di valutazione in ordine all'accertamento della causa della morte, le conseguenze non possono in via di principio ridondare in danno di chi vanta un diritto in relazione alla morte del creditore della prestazione sanitaria. Lo stesso va detto per l'omessa esecuzione dei necessari riscontri diagnostici, anche in relazione a quelli che avrebbero potuto essere effettuati tramite autopsia, da parte o su iniziativa del debitore". Con le pronunce che abbiamo ricordato la presunzione assume un valore quasi punitivo. Perché in effetti mentre sembra ragionevole presumere che il contribuente che non tenga regolari scritture contabili e fiscali sia animato dal pravo intento di evadere il fisco, e non sia solo vittima della propria negligenza, analogo giudizio presuntivo non mi sembrerebbe giustificato nei confronti del medico, che avrebbe se mai interesse a redigere una cartella clinica formalmente perfetta, magari omettendo i particolari che possono pregiudicarlo. Ma tant'è, il medico negligente viene - nella sostanza - "punito" con una presunzione sfavorevole.

Rivoluzione nella ECM con accordo Stato-Regioni

..... di Marco Pradella

La conferenza Stato-Regioni programmata per il 5 novembre 2009 ha approvato lo schema di accordo sul nuovo sistema di formazione continua in medicina. Questo accordo (Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.) modifica in modo radicale la formazione continua istituzionale che abbiamo sperimentato fino ad ora.

Questa nota non costituisce una trattazione completa delle novità, ma ne seleziona alcune di particolare interesse, riservandosi di tornare sul tema quanto prima.

Il passaggio fondamentale al riguardo è l'accreditamento dei "Provider" (organizzatori e produttori di formazione ECM) e la conseguente assegnazione diretta, da parte degli stessi, dei crediti formativi. Non avremo più quindi l'accreditamento dei singoli eventi da parte di regioni o ministero. I requisiti richiesti, per l'accreditamento dei Provider, riguardano in particolare le caratteristiche del soggetto da accreditare, la sua organizzazione, il rigore qualitativo nella offerta formativa proposta e l'indipendenza da interessi commerciali. Ci sarà uno specifico Manuale di Accredimento dei Provider (Regolamento) sottoposto a periodica revisione dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, sulla base delle esperienze derivanti dalla sua applicazione in un approccio valutativo "dal basso".

L'accreditamento di un Provider ECM è compito della Commissione Nazionale per la Formazione Continua o delle Regioni. Il provider individua ed attribuisce direttamente i crediti ai partecipanti delle attività formative. La competenza nazionale o regionale dipende dall'estensione territoriale delle attività. Ossia, alle attività degli enti accreditati in regione accedono solo operatori della stessa regione. Ciò vale anche per la formazione a distanza (FAD), che deve altresì avere caratteristiche di "tracciabilità". Il provider che vede accettata la sua domanda riceve un accreditamento provvisorio per 24 mesi. Durante questo periodo viene sottoposto a verifiche ulteriori dei requisiti e soprattutto ad audit delle attività formative. L'accreditamento dei Provider ECM è un processo istituzionale che ha caratteristiche e finalità in parte diverse e più ampie di quelle considerate dai sistemi di certificazione della qualità secondo norme ISO (ISO 9001) o altre equipollenti. Stato e Regioni, tuttavia, sembrano incoraggiare tale certificazione in via preliminare come supporto alla richiesta di accreditamento ECM. Ogni anno l'Ente accreditante deve effettuare visite ad almeno il 10 % dei Provider che ha accreditato, secondo propri programmi che tengono conto delle caratteristiche dei Provider, della data dell'ultima verifica e dei risultati delle verifiche precedenti.

Il provider deve possedere tutti i requisiti richiesti per l'accreditamento e l'Ente accreditante deve attuare adeguati controlli non solo sulla reale sussistenza dei medesimi ma anche successivamente sui prodotti formativi cui il provider assegna crediti, al fine di verificare la più completa indipendenza del provider stesso dai soggetti che commercializzano beni e strumenti in favore del Servizio Sanitario nazionale (aziende farmaceutiche, produttori di dispositivi e medicali).

L'indipendenza viene gestita non tanto con la tradizionale autocertificazione di non conflitto di interessi da parte dell'organizzatore e dei docenti coinvolti in ogni singolo evento a progetto formativo, che preveda o no un finanziamento privato (ai sensi della legge n. 326/2003, art. 48 comma 25).

Oggi è condivisa l'esigenza di modificare la procedura, assicurando piuttosto la trasparenza delle fonti di finanziamento e delle relazioni tra il soggetto che sponsorizza ed il soggetto sponsorizzato, nonché di aggiornare le regole che garantiscono il non condizionamento delle attività ECM da parte di interessi diversi da quelli socio-sanitari di interesse pubblico propri dell'ECM.

Infatti "...è convinzione condivisa che, se correttamente gestita, la sponsorizzazione costituisce un'opportunità di utile supporto economico per il finanziamento dei programmi nazionali e regionali per la formazione continua, ed è anche una opportunità culturale e di accrescimento professionale degli operatori della sanità. Le sponsorizzazioni possono quindi contribuire al miglioramento dell'intera sistema sanitario, con ricadute benefiche sull'assistenza al paziente..."

Sono previsti particolari controlli sui provider con sponsorizzazioni commerciali. Sarà verificata la provenienza degli apporti al capitale sociale dei soggetti, società e fondazioni che chiedono di essere accreditati come provider nonché i rapporti di collaborazione dei componenti del consiglio di amministrazione, del comitato scientifico, di docenti e tutor con soggetti che commercializzano beni, servizi e strumenti in favore del SSN. Sarà quindi prevista una dichiarazione esplicita sullo stato dei rapporti tra organizzatore e docente, provider ed azienda, docente ed azienda. Sarà infine acquisito il parere dei discenti/partecipanti sulla percezione di eventuali influenze dello sponsor sui contenuti didattici. Il sistema complessivo si articola in livelli: livello istruttorio, di verifica, ispettivo e di monitoraggi. Il livello istruttorio sarà una verifica di tipo "cartolare" sulla base dei requisiti, mentre il livello di verifica va effettivamente a vedere la sussistenza dei requisiti ai fini del rilascio dell'accreditamento, infine il livello ispettivo ex post - anche a campione - serve a verificare lo stato di mantenimento dei requisiti, infine si prevede un ulteriore livello qualitativo e di monitoraggio affidato agli Osservatori. I sistemi di verifica, controllo e di qualità avranno dei punti di incontro e di reciproca contaminazione. Saranno distinte le competenze necessarie per i soggetti col compito di verifiche di tipo amministrativo e ispettivo, o piuttosto di tipo qualitativo. Se nel primo caso si deve pensare alle strutture tecnico-amministrative della Commissione nazionale, regionali e provinciali, nell'ultimo caso (qualitativo) entrano in campo competenze tipiche degli auditor e che direttamente coinvolgono i profili di competenza ed il ruolo di terzietà in capo agli Ordini e Collegi delle professioni sanitarie.

In conclusione, si ribalta la situazione attuale, in cui un filtro molto selettivo a monte si contrappone alla scarsità e debolezza

di verifiche a valle. I provider nel nuovo sistema sono quasi completamente autonomi, ma hanno enormi responsabilità. Essi vengono sottoposti a verifiche, ispezioni ed audit. Non sarà facile distinguere questi momenti ed assicurarne l'efficacia. La cosa certa è che richiederanno operatori competenti e qualificati, non funzionari ministeriali o regionali, ma "auditor" (valutatori) con caratteristiche di terzietà molto spiccate. Il sistema sanitario, grazie alla buona volontà, allo spirito di iniziativa di organizzazioni, associazioni, gruppi e singoli individui, ha la fortuna di disporre già di un certo numero di questi soggetti. L'accreditamento istituzionale, pur con tutti i suoi difetti, ha favorito la permeazione nel sistema di una certa cultura della qualità. Ad esempio, il corso realizzato nel 2009 da ANPO con ANMDO e CNIM ha qualificato alcuni operatori esattamente inseribili in questa tipologia di "auditor". Non basteranno certamente, ma possono fornire un primo contingente. Il nuovo sistema di ECM costituisce un ambito assolutamente appropriato in cui utilizzare competenze professionali e "qualitologiche" riunite opportunamente nelle stesse persone.

Anpo news

FOGLIO
informazioni
ANPO

Autorizzazione del Tribunale di Roma
Iscr. Reg. della stampa n. 40/2001 del 8 Febbraio 2001

PERIODICO DI INFORMAZIONE
dell'Associazione Nazionale Primari Ospedalieri
Sede legale: Via E. De' Cavalieri, 12 - 00198 Roma
Tel. 06.85356364 - Fax 06.85356428
e-mail: presidenza@anpo.net

Direttore Responsabile
Raffaele Perrone Donnorso

Direttore Editoriale
Marco Pradella

Redazione
Adriano Ramello, Erasmo Rondanelli, Sergio Orsini,
Paolo Schifflini, Giorgio Gardini

Grafica e Impaginazione
Graphiter s.r.l. - info@graphiter.it - www.graphiter.it

Stampa
Fotolitomaggio - Tivoli - Tel. 0774.38.19.22
finito di stampare: gennaio 2010

Le comunicazioni editoriali vanno indirizzate
a Marco Pradella - Tel. 0423 526056 - Fax 0423 349915
e-mail: web@anpo.net

POSTE ITALIANE S.P.A. SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO
POSTALE D.L. 353/2003 (CONV. IN L. 27/02/2004 N. 46)
ART. 1 COMMA 1 - DCB - ROMA

Dai servizi di www.ANPO.net: la NEWSLETTER

Messaggi di giugno - dicembre 2009

- N. 896 CIRCOLARE ANPO 2009-06-17 [ANPO.net] circolare INPDAP su malattia e pensione
- N. 897 2009-06-18 [Diario ANPO.net] Lugano 10 agosto corso sanità pubblica management
- N. 898 2009-07-06 [Diario ANPO.net] alla Camera testamento, al Senato fumo, rischio, rare, alternative
- N. 899 2009-07-11 [Diario ANPO.net] Disegno di legge sulla colpa medica: il testo modificato in commissione al Senato
- N. 900 CIRCOLARE ANPO 2009-07-12 [ANPO.net] Doveri clinici del primario: direttiva del DG di Trieste
- N. 901 2009-07-12 [ANPO.net] alla Camera consenso informato, al Senato colpa medica
- N. 902 CIRCOLARE ANPO 2009-07-16 [ANPO.net] ANPO VINCE: respinto il ricorso di ANAAO e CIMO - la riflessione del Presidente
- N. 903 2009-07-20 [Diario ANPO.net] ANPO VINCE e RESTA AI TAVOLI - le parti importanti della sentenza...
- N. 904 2009-07-22 [Diario ANPO.net] alla Camera consenso, al Senato tabacco, endometriosi, colpa medica
- N. 905 2009-09-14 [Diario ANPO.net] alla Camera influenza e consenso, al Senato tabacco, endometriosi, colpa medica, malattie rare, cavallo, alter
- N. 906 CIRCOLARE ANPO 2009-09-24 [ANPO.net] dal Presidente: i numeri della rappresentatività sindacale
- N. 907 CIRCOLARE ANPO 2009-09-27 [ANPO.net] sul principio del trattenimento in servizio, il caso degli universitari
- N. 908 CIRCOLARE ANPO 2009-09-28 [Diario ANPO.net] alla Camera governo clinico, al Senato colpa medica, alternative, infermieri, malattie rare
- N. 909 2009-10-21 [Diario ANPO.net] al paziente rिसarcisce il danno la clinica, non il medico
- N. 910 CIRCOLARE ANPO 2009-09-30 [ANPO.net] contratto 2o biennio, nuova pausa
- N. 911 CIRCOLARE ANPO 2009-10-02 [ANPO.net] online Foglio ANPO N. 253 scaricabile da ANPO.net
- N. 912 CIRCOLARE ANPO 2009-10-21 [ANPO.net] Rimini 6 novembre, primari e gestione delle aziende sanitarie
- N. 913 2009-10-23 [Diario ANPO.net] Massimario Giurisprudenza Medici in www.ANPO.net
- N. 914 CIRCOLARE ANPO 2009-10-25 [Diario ANPO.net] LA LEGGE DI CURRICULUM E STIPENDIO ON LINE
- N. 915 CIRCOLARE ANPO 2009-11-05 [ANPO.net] Rimini, 6 novembre, Primari e gestione aziende sanitarie
- N. 916 CIRCOLARE ANPO 2009-11-05 [ANPO.net] Roma 30 novembre, Congresso Nazionale straordinario ANPO
- N. 918 CIRCOLARE ANPO 2009-11-08 [ANPO.net] 16 novembre, Conferenza dei Presidenti regionali
- N. 919 CIRCOLARE ANPO 2009-11-08 [Diario ANPO.net] incontro col Ministro sulla "rottamazione" dei medici
- N. 920 CIRCOLARE ANPO 2009-11-12 [ANPO.net] incontro con sottosegretario Casellati su colpa medica
- N. 921 2009-11-13 [Diario ANPO.net] Sicurezza in sala operatoria
- N. 922 2009-11-16 [Diario ANPO.net] alla Camera psichiatria e cordone, al Senato RU486, tabacco, endometriosi, colpa medica
- N. 923 2009-11-23 [Diario ANPO.net] alla Camera governo clinico e consenso; al Senato colpa medica, medicine alternative, professioni non mediche,
- N. 924 2009-12-02 [Diario ANPO.net] spesa, tagli, Piccin, Congresso, curriculum online, regioni, sentenze, simg, assicurazione, oncologi
- N. 925 CIRCOLARE ANPO 2009-12-02 [ANPO.net] Statuto ANPO approvato il 30 novembre 2009
- N. 926 CIRCOLARE ANPO 2009-12-15 [ANPO.net] ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI vince ancora - Perrone: si mettano l'animo in pace
- N. 927 CIRCOLARE ANPO 2009-12-24 [ANPO.net] Auguri del Presidente Nazionale

Nota: la newsletter raggiunge oggi 686 soci registrati.

Per iscriversi ai servizi di www.ANPO.net inviare alla Sede Nazionale (anche per fax) il modulo della pagina seguente, scaricabile anche dalla sezione MODULISTICA del sito web.

A.N.P.O.

Associazione Nazionale Primari Ospedalieri

Via E. de' Cavalieri n.12 - 00198 Roma

Tel. 06 85356428 (ricerca automatica)

Fax 06 85356428 - 06 85831652

Scheda notizie

e richiesta di accesso ai servizi di www.ANPO.net

Cognome _____

Nome _____ Anno di nascita _____

Disciplina primaria ricoperta _____

Abitazione: CAP _____ Città _____

Via: _____

Ospedale: CAP _____ Città _____

Via: _____

Azienda: _____

Sede legale: _____

Recapiti telefonici - fax - posta elettronica

Abitazione _____ Cellulare _____

Fax _____ Email _____ @ _____

Ospedale diretto _____ Reparto _____

Fax _____ Email _____ @ _____

Studio privato: _____ Fax _____

Il sottoscritto, in qualità di associato all'ANPO, chiede di essere ammesso ai servizi riservati di www.ANPO.net. Login e password* dovranno essere inviate in busta chiusa nominativa personale all'indirizzo personale | professionale

F.to _____

*: i dati registrati, compreso l'indirizzo di posta elettronica, potranno essere aggiornati e modificati personalmente, utilizzando login e password nell'area riservata di www.ANPO.net o all'indirizzo: <http://adm.ANPO.net>

Informativa per la privacy alla pagina internet: url.anpo.net?71