

**Affari
Legali**

*Responsabilità
sanitaria,
la riforma Gelli
resta al palo*

da pag. 29

La riforma Gelli-Bianco del 2017 è ancora monca per l'assenza dei decreti attuativi

Responsabilità sanitaria, un anno pieno di incertezze

Pagine a cura
di **SABRINA IADAROLA**

Poco più di un anno fa entrava in vigore la legge cosiddetta Gelli-Bianco (legge 8 marzo 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»). L'intento era di contrastare il fenomeno della cosiddetta «medicina difensiva» e ripristinare un'alleanza terapeutica tra medico e paziente, introducendo nel sistema sanitario italiano alcuni punti fermi, con l'affermazione di principio secondo cui «la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività». Le principali innovazioni normative riguardano: il risk management, ossia l'attività nelle strutture sanitarie (pubbliche e private) di prevenzione e gestione del rischio clinico (nell'ottica di imparare dagli errori per prevenirli), con il costante monitoraggio dell'attività mediante la raccolta dei dati; l'introduzione di un siste-

ma ufficiale di linee guida, ossia di raccomandazioni che nella sua attività l'esercente la professione sanitaria è tenuto ad osservare, ma solo se adeguate alla specificità del caso concreto, per essere esonerato da responsabilità penale e civile; la canalizzazione del contenzioso giudiziario verso le strutture sanitarie (sia pubbliche che private), e non verso i medici strutturati che in esse operano, mediante la previsione della responsabilità contrattuale a carico delle prime ed extracontrattuale a carico dei secondi (essendo giuridicamente gli oneri processuali a carico del paziente danneggiato, che intende far valere il proprio diritto al risarcimento, meno gravosi nella responsabilità contrattuale rispetto a quella extracontrattuale); la riduzione della discrezionalità del giudice in sede di liquidazione del danno non patrimoniale; l'assicurazione obbligatoria della responsabilità sanitaria, con la previsione di una azione diretta risarcitoria del paziente danneggiato nei confronti della società assicuratrice e l'istituzione di un Fondo di garanzia.

Ad oggi è ancora presto per poter tirare le somme, alla luce del fatto che, come concordano gran parte degli operatori del diritto, se da un lato si ritiene che la legge Gelli Bianco sia positivamente intervenuta nel tentativo di estirpare il problema della malasana e della medicina difensiva, dall'altro si tratta di una riforma «monca» poiché mancano decreti attuativi in grado di dare sostanza e contenuto ad alcuni principi che, per il momento, appaiono soltanto enunciati nelle norme. Il punto più critico sembra essere proprio il capitolo «assicurazione». «Come tante leggi approvate negli ultimi anni», commenta **Giulio Ponzanelli**, partner dello studio legale **BonelliErede**, «la legge prevedeva un'ampia normazione secondaria, affidata a decreti: soprattutto importanti e molto attesi da tutti erano i decreti in materia assicurativa proprio per la grande fuga dal mercato della *medical malpractice* delle imprese assicurative per lo squilibrio intervenuto tra il livello dei premi (premiums) e quello dei danni (losses). Una re-

sponsabilità che se non riesce ad essere assicurata è una responsabilità molto pericolosa che porta a situazioni di *overdeterrence* non accettabili». «Inoltre la legge», aggiunge Ponzanelli, «vuole ridurre il livello di contenzioso, facendo precedere la vera fase giudiziale dall'accertamento tecnico preventivo (Atp)

cui dovrebbero partecipare le imprese di assicurazione in modo da frenare e/o limitare l'instaurazione di un contenzioso spesso caratterizzato da una eccessiva ansia risarcitoria nei confronti della struttura e dell'esercente la professione medica. Questa scelta è sicuramente positiva anche se ad oggi non è ancora possibile avere dati precisi sulla riduzione dell'onda del contenzioso. Un limite della legge è stato l'aver previsto strumenti e rimedi propri della circolazione auto (azione diretta ed altro) in un

settore completamente diverso (il paziente non può certo essere equiparato al conducente di un autoveicolo).

«Le questioni aperte», spiega l'avvocato **Elena Felici**, partner dello studio legale **Pavia e Ansaldo**, «sono state sinora soprattutto di carattere «inter-temporale» e hanno riguardato, per esempio, la natura della responsabilità dell'operatore sanitario, qualificata espressamente come extracontrattuale, nei giudizi pendenti all'entrata in vigore della legge ma relativi a fatti antecedenti nonché alcuni aspetti processuali, quali la natura del rito per l'instaurazione del giudizio di merito successivamente alla (obbligatoria) fase preliminare, nei casi in cui la stessa sia stata esperita prima dell'entrata in vigore della legge. Sono proprio alcuni aspetti processual-civilistici a destare le maggiori perplessità applicative. Si pensi alla perentorietà del termine di sei mesi previsto per la conclusione dell'Atp: è evidente che la mole di contenzioso che intasa la maggior parte dei Tribunali non renderà possibile, se non eccezionalmente, il rispetto di questo termine, con conseguenze sul processo che oggi non sono chiare e sui cui inevitabilmente dovremo



Supplemento a cura
di **ROBERTO MILIACCA**
rmiliacca@class.it
e **GIANNI MACHEDA**
gmacheda@class.it