



## DOCUMENTO DI SINTESI



# LA LEGGE GELLI-BIANCO

## IL RUOLO E LE RESPONSABILITÀ NELL'AMBITO DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA IN PIEMONTE



**10 Ottobre 2022**  
dalle 10.00 alle 13.00

**TORINO**  
**Consiglio Regionale**  
Sala Viglione - Via Alfieri, 15

Con il patrocinio di





## INTRODUZIONE DI SCENARIO

La legge n. 24/2017, conosciuta anche come Legge Gelli-Bianco si propone di superare le incertezze interpretative causate dalla precedente L. n. 189/2012, ridefinendo i confini della responsabilità del sanitario e operando un bilanciamento tra diritti in capo al medico e al paziente. In ambito penale fondamentale è l'introduzione dell'art. 590-sexies c.p., che prevede una causa di non punibilità per il medico che, nella sua condotta, abbia rispettato le linee guida (elaborate da enti e istituzioni iscritti in un elenco gestito dal Ministero) o le buone pratiche clinico-assistenziali che risultino adeguate alla specificità del caso concreto, mentre dal punto di vista della responsabilità civile, riguarda la determinazione legislativa della natura della responsabilità del medico e della struttura ospedaliera.

Nel caso della struttura sanitaria, la legge parla di responsabilità contrattuale. Si tratta di un'affermazione che fa riferimento al contratto atipico di ospedalità, che il paziente concluderebbe con la struttura al momento del ricovero. Trattandosi di un contratto a contenuto ampio e complesso, includente prestazioni di assistenza e obblighi di protezione, già prima della Legge Gelli era stato affermato che in caso di comportamento negligente o colposo del medico ne rispondeva anche l'ospedale o la clinica.

Per quanto riguarda il singolo medico, invece, l'art. 7 della Legge Gelli prevede che egli risponda dei danni eventualmente cagionati al paziente a titolo di responsabilità extracontrattuale. Tuttavia, la norma si premura di escludere la responsabilità extracontrattuale del medico nei casi in cui la prestazione sanitaria sia eseguita in costanza di un rapporto contrattuale con il paziente. Le prestazioni intramoenia, invece, rimangono nell'ambito della responsabilità extracontrattuale, ma le strutture sanitarie risponderanno sempre a titolo contrattuale.

L'aver stabilito una responsabilità extracontrattuale in capo al medico, rende di sicuro maggiormente gravosa la proposizione di azioni da parte dei pazienti, posto il termine di prescrizione quinquennale che caratterizza tale responsabilità e la necessità di provare anche tutti gli elementi della fattispecie (condotta, danno, nesso di causa ed elemento soggettivo).



Al fine di evitare il dilagare della c.d. medicina difensiva, il legislatore ha voluto rendere più difficile agire contro il medico, dando in cambio la possibilità di chiedere sempre il risarcimento a titolo contrattuale alle strutture sanitarie.

Contrappeso a questo sistema è l'azione di rivalsa esercitabile, da parte degli istituti, nei confronti del medico, ma solo in caso di dolo o colpa grave ed entro un anno dal pagamento del risarcimento al paziente.

In questo quadro assumono un ruolo centrale le assicurazioni, di cui gli istituti devono obbligatoriamente dotarsi a copertura del rischio per i danni cagionati dal personale, a qualunque titolo esso operi, poi, il paziente che abbia subito un danno ha azione diretta nei confronti dell'impresa di assicurazioni, con obbligo però di citare anche la struttura sanitaria o il medico responsabile, ma non si potrà agire in giudizio senza prima aver esperito un tentativo di conciliazione o in alternativa, un accertamento tecnico preventivo di con una consulenza tecnica di un collegio di medici (cfr. art. 15), che cercheranno anche di conciliare le parti.

In quest'attività assume rilevanza l'offerta economica che l'impresa di assicurazione (obbligata a partecipare al procedimento) deve necessariamente fare al danneggiato (oppure comunicare i motivi per cui ritiene di non farla), pena la trasmissione della sentenza favorevole al paziente all'Ivass, per le verifiche del caso.

La legge in definitiva cerca di conciliare le esigenze dei vari attori del sistema, chiarendo modalità, termini, responsabilità e partecipazione delle strutture pubbliche o private, dei medici, dei cittadini e delle assicurazioni. Per discutere su cosa è e sta cambiando con la Legge Gelli-Bianco, e quale siano le responsabilità e le azioni in obbligo anche alle strutture private, ACOP (Associazione Coordinamento Ospedalità Privata) organizza in collaborazione con Motore Sanità un evento sul tema della Responsabilità Medica in rapporto alla legge 24/2017 e le sue ricadute sul sistema sanitario nazionale.



## SALUTI ISTITUZIONALI

La sanità, come dimostrato durante la pandemia da Covid, è un tema centrale per l'esistenza e la crescita del Paese. Ora che, attraverso gli investimenti del PNRR, il SSR si appresta a potenziare l'offerta ospedaliera e territoriale è di centrale importanza ragionare sugli aspetti giuridici della medicina per permettere da un lato ai medici di lavorare al meglio e dall'altro lato garantisce i diritti dei cittadini/pazienti.

## LA NASCITA DELLE LEGGE GELLI-BIANCO

La Legge n. 24 del 2017 conclude l'iter di un provvedimento legislativo, di iniziativa parlamentare, apertosi alla Camera nel 2013. Un processo lungo e travagliato in ragione degli ambiziosi obiettivi che si era posto il disegno riformatore.

Non si trattava infatti di aggiungere un nuovo pezzo al mosaico in tema di rischio clinico, sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria così come fatto da plurimi interventi legislativi precedenti, ma di mettere "a sistema" un impianto ordinamentale che, fermo restando la tutela della salute individuale e collettiva desse risposte concrete e praticabili a punti di crisi quale l'aumento del contenzioso sanitario, le pratiche professionali difensive, la fuga delle assicurazioni, la frammentazione delle culture dei modelli di rilevazione e gestione del rischio specifico ramo di attività, la frammentazione delle culture e dei modelli di gestione del rischio clinico, l'ondivaga interpretazione giurisprudenziale delle norme civili e penali, infine l'esorbitante costo economico che esplodeva la cosiddetta malasanità.

Questo insieme di fattori costituiva allora come oggi una complessità forse non superabile ma certamente da poter e dover governare meglio riposizionando diritti e tutele, doveri e opportunità, culture e prassi di tutti gli attori del sistema. La Legge qualifica la sicurezza delle cure quale "parte costitutiva del diritto alla tutela della salute..." e individua misure che intervengono in modo sistemico su tutti i determinanti del complesso fenomeno.



## ACOP E L'IMPORTANZA DELL'OSPEDALITA' PRIVATA NEL SISTEMA SALUTE ITALIANO

Quando si verifica un evento avverso è necessario da un lato mettere in sicurezza i professionisti e dall'altro tutelare i pazienti, garantendo il ristoro delle sofferenze patite, siano queste dirette o indirette. Ciò può senz'altro avvenire attraverso la copertura assicurativa del rischio oppure in autogestione.

Non è giusto, però, scaricare sulla struttura sanitaria responsabilità proporzionate al rischio reale e assicurabile. In Piemonte i costi dei premi Rc dei soli ospedali pubblici sono di circa 24 milioni di euro, cui si aggiungono i costi dei risarcimenti liquidati, un valore altissimo, risorse tolte alla cura dei pazienti.

Doverosi sono i risarcimenti per gli effettivi danni da malpratica medica, ma invece le migliaia di richieste di piccoli risarcimenti del tutto ingiustificati comportano un gravissimo danno all'economia della sanità piemontese, sia pubblica sia privata.

Ma esiste una sanità privata? No, se non in piccolissima parte, perché la sanità è pubblica: con capitale pubblico nel caso degli ospedali e a capitale privato nel caso delle strutture accreditate. Le strutture sanitarie private non erogano prestazioni ai ricchi come pensano erroneamente alcuni, ma a tutti e anche alle persone decisamente non abbienti.

La sanità privata garantisce anche il diritto di scelta del cittadino sulle proprie cure, ma per garantire questo diritto è fondamentale che all'interno del sistema non vi siano discriminazioni. Questo perché quando il cittadino esercita il suo diritto di scelta lo fa sempre all'interno di un unico servizio sanitario e l'unica forma di competizione tollerabile è quella legata alla qualità e all'efficacia dei servizi erogati.



## LA RESPONSABILITA' DEL MEDICO E DELLA STRUTTURA: RESPONSABILITA' CONTRATTUALE ED EXTRACONTRATTUALE

La recente emanazione della legge Gelli ha posto un freno al dibattito in questione alla responsabilità del medico e della struttura: i connotati della responsabilità civile del sanitario sono stati definiti in maniera chiara e differente a seconda che la responsabilità per un determinato danno debba essere ascritta a coloro che operano presso una struttura sanitaria (a qualsiasi titolo) o alla struttura sanitaria stessa, sia essa privata che pubblica. Mentre, difatti, i medici rispondono a titolo di responsabilità extracontrattuale, e quindi ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, le strutture sanitarie rispondono a titolo di responsabilità contrattuale ex artt. 1218 ss c.c., con tutte le conseguenze che ne derivano.

La norma ha, dunque, introdotto una causa di non punibilità per il medico, la cui condotta imperita abbia causato la morte del paziente o lesioni personali al medesimo, purché siano state rispettate le cd. linee guida accreditate, sempre che esse fossero idonee al caso concreto.

La causa di non punibilità, per contro, è inapplicabile: 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 non esistono linee-guida per il caso concreto; c) se l'evento si è verificato per colpa anche lieve da imperizia nella individuazione e nella scelta delle linee-guida adeguate al caso concreto; d) se l'evento si è verificato per colpa grave da imperizia nell'esecuzione delle linee-guida, ancorché adeguate al caso concreto.

L'art. 7 della Legge Gelli ha, invece, ridisegnato la disciplina della responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria. In particolare al comma 1, ha confermato la natura contrattuale della responsabilità della Struttura Sanitaria, stabilendo che "la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose"; al comma 3, ha demolito la teoria del cd. -



contatto sociale, statuendo la natura extracontrattuale della responsabilità del medico (da notare, non scelto dal paziente), laddove prevede che “l’esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell’articolo 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell’adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente”.

L’articolo in questione rappresenta uno degli snodi cruciali della riforma, e prospetta dunque un doppio binario di responsabilità: quella contrattuale a carico della struttura sanitaria pubblica ovvero privata (e peraltro anche dei medici liberi professionisti) e quella extracontrattuale per l’esercente la professione sanitaria che svolge la propria attività nell’ambito di una struttura sanitaria, purché non abbia agito nell’adempimento di un’obbligazione contrattuale assunta direttamente con il paziente.

## **IL PUNTO DI VISTA DEL MAGISTRATO**

È compito del magistrato, in sede civile, di giudicare non soltanto il medico e la struttura ma tutte le figure che concorrono al processo sanitario. Il giudizio si basa sulla sicurezza delle cure erogate, sulla prevenzione del rischio e di correttezza dell’azione professionale sanitaria. Compito del giudice civile è stabilire il risarcimento basandosi sul principio che l’ordinamento civile non permette che il paziente esca dalla struttura sanitaria peggio di quando se ne è servito.



## LA MEDICINA DIFENSIVA

La riforma Gelli-Bianco è andata a ridisegnare considerevolmente molti aspetti in tema di responsabilità medico professionali. Con questa legge viene stabilito che l'esercente professione sanitaria non sarà ritenuto penalmente responsabile per imperizia se dimostra di aver seguito le raccomandazioni previste dalle linee guida, o in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali. Un passo importante per la pubblica amministrazione a fronte di un passato in cui troppi medici, per tutelarsi, erano costretti a fare enorme ricorso alla medicina difensiva, impattando sul paziente, che vedeva allungati i tempi di cura, sia della sanità, che doveva sopportare una spesa notevole.

## COSA CAMBIERA' CON I DECRETI ATTUATIVI

La legge Gelli Bianco del 2017 segna un punto di riordino dell'intero sistema della responsabilità medica, razionalizzando una giurisprudenza troppo altalenante ma occorre tener presente nel bilanciamento degli interessi anche quello dell'ospedalità. A distanza di più di cinque anni dalla legge il decreto attuativo non è ancora arrivato, la sospensione da parte del Consiglio di Stato fa presumere che sarà soggetto a modifiche. Il decreto, quando sarà emanato, renderà cogente l'obbligo assicurativo o, in alternativa, delle analoghe misure imposte dalla legge Gelli-Bianco. Nella sostanza tale decreto impone, tra l'altro, l'obbligo assicurativo per le strutture sanitarie, prendendo atto della crescente diffusione delle "analoghe misure" alternative alla polizza assicurativa, cui viene conferita una regolamentazione più rigorosa, per evitarne un eventuale utilizzo non corretto. Per rendere il sistema virtuoso, è necessario però uno sforzo sinergico di gestione del rischio, per dare reale sostenibilità ad una sanità responsabile. Inoltre l'emanazione del decreto attuativo porterà ad un effetto immediato:

- possibile azione diretta nei confronti dell'assicuratore da parte del presunto danneggiato;
- conseguente applicazione delle sole eccezioni opponibili al terzo danneggiato previste dalla legge Gelli.

Si tratta di un aspetto che potrà avere impatto sulle future scelte degli assicuratori



## CONCLUSIONI

La Regione Piemonte paga oltre 24 milioni di premio all'anno per le sue strutture sanitarie. È una cifra importantissima. Un decreto attuativo che definisca correttamente responsabilità e ruoli è oggi quanto mai necessario dopo l'esperienza Covid che ha visto esplodere questi fenomeni, altrimenti si sviluppano dei malfunzionamenti quali la medicina difensiva da parte dei medici e anche l'incremento delle polizze assicurative.

La legge Gelli-Bianco ha avuto il grandissimo vantaggio di creare uno strumento normativo chiaro che ha ridefinito in modo puntuale e preciso le responsabilità dei vari soggetti, da una parte quella extracontrattuale del medico, dall'altra quella contrattuale della struttura che oggi paga il prezzo più pesante. Uno degli elementi caratterizzante disciplina è il rilievo attribuito alle buone pratiche clinico-assistenziali e alle linee guida, il rispetto delle quali diviene fondamentale sotto vari punti di vista e assume un peso specifico nella definizione delle responsabilità del personale sanitario.

In tale ambito è peraltro opportuno arricchire ulteriormente i contenuti applicativi della Legge, in quanto l'elevata complessità delle problematiche sottese all'assicurazione in ambito sanitario da un lato e la scelta di far coesistere quest'ultima con le misure alternative alla stessa richiedono azioni attentamente congegnate.

Peraltro è anche fondamentale che il sistema non perda di vista il miglioramento continuo della qualità clinica ed assistenziale, finalità prioritaria per ogni organizzazione sanitaria in ambito pubblico e privato.



## ACTION POINTS

1. È opportuno arricchire ulteriormente i contenuti applicativi della Legge, in quanto l'elevata complessità delle problematiche sottese all'assicurazione in ambito sanitario da un lato e la scelta di far coesistere quest'ultima con le misure alternative alla stessa richiedono azioni attentamente congegnate.
2. Per rendere il sistema virtuoso, è necessario però uno sforzo sinergico di gestione del rischio, per dare reale sostenibilità ad una sanità responsabile.
3. Essendo la responsabilità legata all'esecuzione da parte degli operatori sanitari delle linee guida è compito dei decisori accertarsi che le linee guida siano sempre adeguate e che vengano aggiornate nel tempo.
4. L'elemento cruciale su cui lavorare nei modelli di organizzazione e di gestione del rischio è la comunicazione, molto spesso la comunicazione tra tutti gli stakeholder può essere migliorata.

**SONO INTERVENUTI (I NOMI RIPORTATI SONO IN ORDINE ALFABETICO):**

**Amedeo Bianco**, già Senatore XVII Legislatura Senato della Repubblica

**Alberto Cirio**, Presidente Regione Piemonte

**Lorena Cordero**, Ramo Responsabilità Civile Direzione Reale Mutua

**Giulio Fornero**, già Medico di Direzione sanitaria, già Direttore sanitario e Direttore generale di Ospedale di Torino

**Luigi Genesio Icardi**, Assessore alla Sanità Regione Piemonte

**Maurizio Irrera**, Professore Ordinario di Diritto delle Assicurazioni, Dipartimento Scienze Economico-Sociali e Matematico-Statistiche Dipartimento di Giurisprudenza Università degli Studi di Torino

**Mario Minola**, Direttore Sanità e Welfare, Regione Piemonte

**Franco Ripa**, Responsabile Programmazione Sanitaria e Socio-Sanitaria e Vicario Direzione Sanità e Welfare Regione Piemonte

**Alessandro Stecco**, Presidente IV Commissione Sanità, Regione Piemonte

**Alessandra Taraschi**, Componente FIMMG Torino

**Stefania Tassone**, Presidente IV Sezione Civile Tribunale di Torino

**Alberto Valle**, Ramo Responsabilità Civile Direzione Reale Mutua

**Michele Vietti**, Presidente ACOP (Associazione Coordinamento Ospedalità Privata)



**MOTORE**  
**SANITÀ**

**panacea**

 **acop** ASSOCIAZIONE  
COORDINAMENTO  
OSPEDALITÀ  
PRIVATA



f  
t  
@  
v  
in

**ORGANIZZAZIONE  
e SEGRETERIA**

**Anna Maria Malpezzi - 329 9744772  
Elisa Spataro - 350 1626379**

**segreteria@panaceascs.com**

**www.motoresanita.it**