

La visita medica urgente

A cura di: Antonio Chiodo
Augusto Pagani
Salvatore Santacroce

Premessa

Nel nostro Paese, in base alle norme giuridiche vigenti (Codice Penale, Codice civile, T.U. leggi Sanitarie, R.D. 27 luglio 1934 n° 1265), il **medico** è l'esercente una professione intellettuale che può essere ricondotta a tre figure giuridiche:

- **pubblico ufficiale,**
- **incaricato di pubblico servizio,**
- **esercente un servizio di pubblica necessità.**

E' un **pubblico ufficiale** il medico che esercita "una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa" ed una "funzione amministrativa, disciplinata da norme di diritto pubblico o da atti autoritativi, e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della Pubblica Amministrazione o dal suo svolgersi, per mezzo dei poteri autoritativi o certificativi"(art. 357 c.p.), funzioni esercitate in ambito ospedaliero da direttori sanitari, medici di accettazione e Pronto Soccorso, primari ma anche aiuti che, in assenza del primario svolgono mansioni dirigenziali sostitutive. Tali funzioni possono essere estese comunque a qualsiasi sanitario in rapporto organico con il Servizio Sanitario Nazionale o altri istituti assistenziali e previdenziali.

E' **incaricato di pubblico servizio**, invece, il medico che esercita un "pubblico servizio" inteso, secondo l'art. 358 c.p., come "attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione", pur senza i poteri tipici di questa: sono questi la maggioranza dei medici ospedalieri e convenzionati con il SSN.

E' infine **esercente un servizio di pubblica necessità** il medico libero professionista che esercita la professione sanitaria (art. 359 c.p.).

La qualifica di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio pone il medico in una particolare posizione riguardo alla sua responsabilità nei confronti della pubblica amministrazione. Profili di **responsabilità amministrativa del medico** possono ricondursi a illeciti penali, in violazione degli artt. 314 c.p. (PECULATO), 316 c.p. (PECULATO MEDIANTE PROFITTO DELL'ERRORE ALTRUI), 317c.p. (CONCUSSIONE), 318 c.p. (CORRUZIONE PER UN ATTO D'UFFICIO), 319 c.p. (CORRUZIONE PER UN ATTO CONTRARIO AI DOVERI D'UFFICIO), 323 c.p. (ABUSO D'UFFICIO), 326 c.p.(RIVELAZIONI DI SEGRETI D'UFFICIO),328 c.p. (OMMISSIONE O RIFIUTO DI ATTI D'UFFICIO), 330 c.p.(ABBANDONO COLLETTIVO DI PUBBLICI UFFICI, IMPIEGHI, SERVIZI, LAVORI), 331 c.p.(INTERRUZIONE DI UN SERVIZIO PUBBLICO O DI PUBBLICA NECESSITA').

La legge 26 aprile 1990 n°86 ha apportato, con l'art. 16, una significativa modifica all'art. 328 c.p. circa la disciplina dei reati di **rifiuto ed omissione in atti di ufficio**. Il nuovo art. 328 c.p. c. 1 recita testualmente: "Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni". Si tratta dell'ipotesi di un reato di pericolo, che consiste nel rifiuto di atti qualificati, cioè atti motivati da ragioni di giustizia, sicurezza pubblica, ordine pubblico, igiene e sanità, rifiuto che può manifestarsi anche con un mero silenzio, sotto forma di mancata adozione di un atto dovuto nel termine previsto o nella sua adozione in tempo non più utile.

Il 2° comma dello stesso articolo prevede invece l'omissione di atti di ufficio, quando il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, fuori dei casi di cui al precedente comma, non compia l'atto del suo ufficio e non risponda per esporre le ragioni del ritardo entro trenta giorni dalla ricezione di una richiesta in forma scritta da parte di chi vi abbia interesse.

Negli ultimi anni si contano numerose pronunce giurisprudenziali relative all'esistenza o meno di ragioni di igiene e sanità che possano dare rilevanza penale all'adozione o all'omissione di un atto amministrativo. È stato più volte affermato che risponde del reato di rifiuto di atto d'ufficio il personale medico o paramedico che non assuma necessari provvedimenti atti ad evitare danni alla salute fisica o psichica del singolo, comprendendo fra gli atti sanzionati anche quelli commessi in violazione degli obblighi del medico di informazione del paziente circa le proprie condizioni di salute, se da tale omessa comunicazione possa derivare un danno alla salute. Il "rifiuto" per essere penalmente rilevante deve essere "indebito", cioè antidoveroso in quanto mancata assunzione di un atto che il soggetto era tenuto a compiere, e deve concernere un atto "urgente e indifferibile", che deve quindi essere compiuto senza ritardo. Ove invece non vi sia una specifica norma legislativa o regolamentare che richieda l'adozione dell'atto, che quindi si ponga come esercizio di un potere discrezionale, il rifiuto dello stesso non dovrebbe considerarsi indebito.

Proprio in ambito sanitario più volte si è voluto privare di ogni carattere discrezionale l'attività del medico agente come pubblico ufficiale, riconoscendo una responsabilità penale in alcuni particolari casi:

- 1) il medico di guardia presso il Pronto Soccorso che abbia rifiutato il ricovero (necessario) di un paziente, per mancanza di posto letto, limitandosi a consigliare il ricovero presso altra struttura senza predisporre il trasferimento mediante ambulanza presso altro ospedale
- 2) il medico di guardia medica che, chiamato per una visita urgente la cui richiesta rivesta inequivoci connotati di gravità, non abbia visitato un paziente, rifiutandosi di recarsi presso il suo domicilio,
- 3) il medico che rifiuti il ricovero del paziente, ritenendolo non necessario, senza provvedere ad una adeguata visita medica
- 4) il medico del Pronto Soccorso che, avvisato della presenza di una persona da assistere nell'immediata vicinanza dell'ospedale, non sia intervenuto personalmente o non abbia inviato un mezzo di soccorso
- 5) il medico reperibile di un reparto ospedaliero che si sottragga alla chiamata deducendo, secondo un proprio personale giudizio tecnico, che non sussisterebbero i presupposti di un'invocata urgenza
- 6) il medico reperibile che, a disposizione dell'ospedale e con l'obbligo di raggiungerlo nel più breve tempo possibile, lo faccia con grave ritardo, nonostante reiterati inviti da parte di colleghi o infermieri
- 7) il primario reperibile che, essendo stato chiamato da altro medico che abbia ravvisato l'urgenza di un intervento chirurgico, rifiuti di recarsi subito in ospedale per visitare il malato
- 8) il medico che rifiuti di intervenire per la somministrazione di farmaci atti ad alleviare le atroci sofferenze di un malato.

Il medico è infatti titolare di un **obbligo giuridico di impedire un evento dannoso per il paziente** ed è responsabile non soltanto se l'azione che aveva il dovere di compiere, e che ha omesso, avrebbe quasi certamente impedito la lesione, ma anche quando essa avrebbe potuto ridurre il pericolo di lesione del bene protetto. Quando un intervento tempestivo potrebbe salvare il paziente il medico ha comunque il dovere di compierlo, e il diniego di qualsiasi prestazione richiesta in materia di Pronto Soccorso comporta gravi rischi di responsabilità, anche per il fatto che una richiesta di intervento, pur se obiettivamente non urgente, può diventare giustificabile per il fatto che esprime un'urgenza soggettiva. Alcune sentenze della Cassazione penale sono interessanti per i casi trattati e le decisioni in merito.

In Cass.pen.,8/09/1995, n° 9493 viene rigettato il ricorso contro la condanna per il reato di cui all'art. 328 c.p del medico di turno presso un **Pronto Soccorso** che aveva visitato un paziente a seguito di infortunio e senza sottoporlo ad esami diagnostici, pur in presenza di sintomi molto significativi di trauma cranico complicato, aveva consigliato alla moglie di condurlo con mezzi propri presso altro ospedale più attrezzato, senza predisporre il trasferimento mediante ambulanza.La Corte richiama in motivazione l'art. 14 della legge 27/03/1969,n°128 in cui si afferma che “è affidato al medico di guardia il giudizio sulla necessità del ricovero e sulla destinazione del malato (sesto comma); tuttavia il medesimo sanitario non può rifiutare il ricovero, qualora ne abbia accertata la necessità (ottavo comma)” e, quando manchino i posti letto o sia comunque impossibile il ricovero presso lo stesso ospedale è lo stesso medico di guardia che “apprestati gli eventuali interventi di urgenza”,.deve assicurare “a mezzo di propria autoambulanza e, se necessario, con adeguata assistenza medica, il trasporto dell'infermo in altro ospedale (ottavo comma)”. Ed è l' art. 7 del D.P.R. 27/03/1992 che stabilisce che “L'ospedale sede di pronto soccorso deve assicurare oltre agli interventi diagnostico- terapeutici di urgenza compatibili con le specialità di cui è dotato, almeno il primo accertamento diagnostico, clinico, strumentale e di laboratorio e gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente, nonché garantire il trasporto protetto”. E' a carico del Servizio Sanitario Nazionale anche il trasferimento tra sedi ospedaliere disposto da un ospedale verso un altro in grado di fornire prestazioni specializzate, una volta che il paziente sia stato sottoposto agli interventi necessari alla sua stabilizzazione, come previsto nella Carta dei Servizi pubblici sanitari del 1996.

Con sentenza del 24/06/1996, n° 6328 la Cassazione confermava la responsabilità penale per rifiuto di atto d'ufficio del primario di altro Pronto Soccorso il quale, pur essendo reperibile, aveva rifiutato di recarsi in ospedale per valutare l'indicazione ad un intervento chirurgico urgente di appendicectomia, nonostante la chiamata del suo aiuto che ne ravvisava la necessità. Anche in questo caso si profilava un rifiuto penalmente rilevante in quanto, come afferma la normativa in materia (D.P.R. 25/06/1983, n° 348), il medico reperibile è tenuto a recarsi prontamente presso il reparto ospedaliero di pertinenza nel momento in cui il sanitario di turno ne sollecita la presenza, con possibilità, ovviamente anche di optare per una linea operativa difforme da quella del collega, ma solo con una scelta che possibile solo dopo una visita diretta del paziente.

Ancora più grave, per l'epilogo drammatico della vicenda, è stato il comportamento di un chirurgo pediatrico che non aveva voluto recarsi in ospedale nonostante richieste ripetute di un suo intervento, da parte del personale paramedico e medico in servizio presso una Divisione di chirurgia, per visitare un piccolo paziente sottoposto a biopsia rettale per una mancata canalizzazione del colon, aggravatosi dopo l' intervento e deceduto poi per shock da prolungata occlusione intestinale . La Corte (Cass. penale,27/03/2004, n°14959) motivava la sua decisione, con cui respingeva il ricorso del primario contro la condanna per il reato di cui all'art.328 c.p., rilevando la correttezza della decisione del giudice a quo, in quanto “sulla scorta degli elementi comunicati telefonicamente, il sanitario in servizio di pronta disponibilità non era invece in grado di escludere del tutto che la sua personale presenza nell'ospedale e la prestazione della sua opera specialistica di medico chirurgo avrebbero potuto esplorare la praticabilità di scelte terapeutiche alternative, ed

eventualmente più efficaci, rispetto a quelle fino ad allora adottate (quanto meno perché solo attraverso una diretta osservazione delle condizioni del paziente egli avrebbe potuto apprezzare con precisione se era attuabile ed indicare un eventuale intervento chirurgico), Egli, pertanto, avrebbe avuto l'obbligo di intervenire senza ritardo, indipendentemente dal personale suo convincimento che la prognosi non avrebbe cessato, per ciò solo, di essere infausta”.

Medico di Continuità Assistenziale

Nell'ambito dell'organizzazione del sistema di emergenza sanitaria nazionale regolato dal DPR n. 27.3.1992 rientrano anche i presidi di guardia medica, ora definita "continuità assistenziale" regolata dagli artt. 48-59 del DPR n. 270\2000.

Vengono descritti i compiti della guardia medica, i rapporti col medico di famiglia, i compiti del medico di famiglia e le sentenze sull'omissione di visita domiciliare.

Ai sensi dell'art. 67 dell'ACN, il medico di C.A. assicura le prestazioni sanitarie non differibili.

Ai sensi del D.M. 25.05.1992 si intendono non differibili gli interventi che vengono inquadrati nel codice giallo e nel codice rosso. Difatti il codice verde è definito “poco critico” e comporta un intervento differibile; il codice bianco corrisponde ad un intervento non critico che con ragionevole certezza non ha necessità di essere espletato in tempi brevi.

Medico di Medicina generale

Per il medico di famiglia non esiste l'obbligo della pronta reperibilità, che è invece un istituto proprio del medico dipendente; allo stesso modo il dovere di effettuare la visita domiciliare è subordinato alla intrasferibilità del paziente dal proprio domicilio allo studio medico.

Ai sensi dell'art. 47 (comma 5), la **chiamata urgente recepita deve essere soddisfatta entro il più breve tempo possibile.**

Orbene, l'art. 47 succitato pone tre questioni: chiamata, urgente, recepita.

Per “**chiamata**” deve intendersi soprattutto quella telefonica relativa alla richiesta di un intervento medico pervenuta nelle ore canoniche di disponibilità di cui al comma 3° dell'art. 47 dell'ACN (*è a cura del medico di AP la modalità organizzativa di ricezione delle richieste di visita domiciliare*). A tal proposito v'è ricordato che il medico di AP non ha l'obbligo della ricezione immediata e diretta tramite cellulare, salvo quanto previsto da taluni Accordi integrativi decentrati siglati senza la necessaria consapevolezza delle ripercussioni giuridiche su di una eventuale omissione di un atto d'ufficio.

Per “**urgente**” deve intendersi quella scaturente dal concetto di differibilità o indifferibilità di cui al DM 25.05.1992 succitato. Inoltre l'urgenza deve essere decisa dal medico in base a connotazioni cliniche ben precise e non già in base ai criteri opinabili derivanti dalle necessità del paziente (si pensi alla visita medica domiciliare urgente per prescrizione farmaci o di accertamenti diagnostici).

Per “**recepita**” deve intendersi non solo quella che il medico può ricevere direttamente in una fase di pausa dell’attività istituzionale (assistenziale e non solo), ma soprattutto quella registrata su segreteria telefonica che il medico non ha l’obbligo di ascoltare a scadenze prefissate.

Il rifiuto ad effettuare con urgenza una visita medica che non riveste, a giudizio del medico, le caratteristiche dell’urgenza, non configura il reato di omissione d’atti d’ufficio (art. 328 c.p.), secondo la sentenza n. 4168 del 19.4.1995 della Cassazione Penale, sezione VI.

Così pure non è reato il rifiuto del medico di famiglia ad effettuare con urgenza una visita domiciliare giudicata in buona fede non urgente sulla base della precedente conoscenza del caso e dell’ulteriore anamnesi raccolta telefonicamente, secondo la sentenza n. 2892 del 12.4.1986 della Cassazione Penale, sezione VI.

Risponde del reato di omissione d’atti d’ufficio, invece, il medico incaricato di guardia medica che omette o ritarda indebitamente una visita domiciliare urgente, secondo le sentenze n. 34047/2003, n.11683 del 30.11.1988 e n. 4304 del 7.5.1985 della Cassazione Penale, sezione VI.

In assenza di un’urgenza reale, il medico di guardia medica non commette reato se rifiuta la visita domiciliare, secondo la sentenza n. 9204/2004 della Cassazione Penale sezione.

Prestazioni urgenti

Il concetto di urgenza in sanità, non può essere associato solo alla visita medica, giacché la diagnosi e quindi la terapia non possono trovare giusta applicazione in mancanza di accertamenti diagnostico-strumentali.

Le prestazioni diagnostiche urgenti possono essere espletate solo presso il Pronto soccorso ospedaliero o presso strutture territoriali con un tempo d’attesa di massimo un giorno. Vedasi a tal proposito la delibera della giunta regionale del Friuli VG n. 2360/2007

<http://www.sabes.it/it/tempi-di-prenotazione-informazioni.asp>

in cui si legge che i tempi massimi di attesa fissati dalla legge per i diversi livelli di urgenza sono:

- **Prestazioni urgenti:** entro 1 giorno
- **Visite prioritarie:** entro 8 giorni
- **Prestazioni non urgenti (=prestazioni prorogabili):** entro 60 giorni
- **Prestazioni programmate:** da 30 a 180 giorni.

In Puglia le prestazioni urgenti devono essere eseguite entro 72 ore che è quanto previsto dal «**Piano nazionale di governo delle liste d’attesa**»
<http://www.quotidianodipuglia.it/articolo.php?id=124428&sez=ATTUALITA>

http://bari.repubblica.it/cronaca/2010/10/26/news/disposizioni_urgenti_in_materia_di_garanzia_dei_tempi_d_attesa_prestazioni_critiche_per_il_quarto_trimestre_2010-8466748/

In Lombardia le prestazioni urgenti differibili devono essere eseguite entro 72 ore e devono essere segnalate mediante l’apposizione di un bollino fustellato verde sulla ricetta.

Dalla cronaca:

(AGI) – Roma, 28 ott. – Visite urgenti al massimo entro 72 ore. Quelle meno urgenti entro 10 giorni, mentre le ‘differibili’ da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici. Sono i tetti fissati per i tempi di attesa nella sanità italiana, secondo il nuovo piano nazionale messo a punto dal ministro della Salute Ferruccio Fazio che ha ricevuto oggi il via libera della Conferenza Stato-Regioni. Saranno oggetto di monitoraggio complessivamente 58 prestazioni, di cui 14 visite specialistiche (tra cui oncologica, ortopedica, cardiologica, neurologica, oculistica, ginecologica, dermatologica) e 29 prestazioni di diagnostica strumentale (tra cui mammografie e ecografie), 5 prestazioni erogate prevalentemente in regime di ricovero diurno (tra cui la chemioterapia) e 10 in regime in ricovero ordinario (prevalentemente interventi chirurgici su vari tipi di tumore). Una corsia preferenziale viene garantita per le malattie oncologiche e quelle cardiovascolari, da anni in testa tra le cause di morte in Italia: “Parte di questi decessi – si legge nel Piano – potrebbe essere evitata non solo attraverso azioni di prevenzione primaria e secondaria, ma anche attraverso interventi tempestivi in termini di diagnosi e cura, nell’ambito di appropriati percorsi diagnostico terapeutici (PDT). Pertanto, in questi ambiti, va prevista una tempistica nell’erogazione delle prestazioni che consenta di garantire ad ogni paziente lo svolgimento dei PDT in tempi adeguati, nonché ‘modalità’ di comunicazione e informazione per l’utente e i familiari rispetto ai PDT previsti e alla relativa tempistica di erogazione”. Le Regioni inizieranno un’azione di monitoraggio sui tempi effettivi, che “non potranno essere superiori ai 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l’inizio della terapia dal momento dell’indicazione clinica per almeno il 90% dei pazienti”. Entro 60 giorni dall’adozione del Piano regionale di governo delle liste d’attesa, che le Regioni dovranno presentare al Ministero, le Aziende sanitarie dovranno adottare un programma attuativo aziendale, in coerenza con quanto definito in ambito regionale, che dovrà recepire i tempi massimi di attesa individuati dal Piano regionale e a prevedere le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la partecipazione alla spesa (ticket).

In buona sostanza si può affermare che il criterio dell’urgenza assume diverse connotazioni da regione a regione, da medico a medico e da istituzione sanitaria ad istituzione sanitaria.

La regolamentazione della visita medica in regime di urgenza per il medico di Assistenza Primaria, deve essere riformata collocandola in regime di Prestazione di Particolare Impegno Professionale (PIIP) in quanto ad essa corrispondono non solo impegno e responsabilità, ma anche oneri economici, organizzativi e strumentali peraltro non previsti dalla Convenzione.

Primo tra tutti l’onere dell’autovettura o di altro automezzo che, come detto, non è previsto dallo specifico articolato che regola l’attività dell’Assistenza primaria a differenza di quanto previsto dall’art. 72 (comma 2°) dell’ACN che riconosce ai medici di continuità assistenziale una specifica indennità.

Inoltre, così come per le prestazioni richieste in pronto soccorso, al medico di Assistenza Primaria che sia chiamato ad espletare una visita medica urgente a livello domiciliare e che urgente sono risultati essere sia perché differibile sia perché il paziente risulta trasferibile, deve potersi applicare un ticket ovvero una tariffa in regime libero-professionale.

Suprema Corte di Cassazione –Sezione Prima Penale – sentenza n. 41646/2001

http://www.lucabenci.it/ART/art_Visita_domiciliare_medico_famiglia.pdf

A parere di questa Corte è da ritenere che un infermo sia intrasferibile quando si trova in uno stato soggettivo - dipendente anzitutto dalla natura e dallo stadio di evoluzione della malattia ovvero del trauma sofferto, ma anche da fattori complementari come età e condizioni generali della persona - tale che il solo fatto dello spostamento - sia pure con opportune cautele, con l'ausilio di familiari o di altri e con l'uso dei normali mezzi di trasporto - possa con rilevante probabilità causare rischi gravi per la salute o creare condizioni di vita particolarmente penose (si pensi, a quest'ultimo proposito, al malato terminale che ha bisogno di assistenza per una lieve ferita).

Il concetto di "intrasportabilità" quindi è non soltanto distinto, com'è del tutto evidente, da quello di "urgenza", ma non è neppure sinonimo di "sconsigliabilità" o di inopportunità, categorie queste ultime intuitivamente più ampie e che certo non a caso sono state tenute fuori da un testo normativo che, per quanto non sempre felice nella forma, è indiscutibile espressione della volontà concorde di categorie di tecnici avvezzi a usare con proprietà almeno i termini tipici del comune linguaggio. Si consideri, d'altra parte, che l'area delle prestazioni rientranti nel regime convenzionale è ben delimitata ma anche molto vasta (la base è quella dell'articolo 31 dell'Accordo) e che ogni indebito sconfinamento in campi di attività libero-professionali è fonte di sanzioni anche molto gravi (e così l'articolo 6 comma 2 dell'Accordo - che recepisce precisa direttiva riveniente da articolo 8 D.Lgs. 502/92 - prevede che "l'accertato e non dovuto pagamento, anche parziale", di somme a compenso di prestazioni professionali determina ipso iure "cessazione del rapporto" col servizio sanitario): di qui anche l'esigenza che il concetto di "non trasferibilità" sia informato a criteri di prudenza e, se si vuole, di rigore.

