



La visita domiciliare del medico va retribuita quando il paziente è trasportabile



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

PAROLE CHIAVE

Corruzione atti d'ufficio - Medico di medicina generale - Visita domiciliare - Pagamento - Spettanza in caso di trasportabilità

MASSIMA

La visita domiciliare a un paziente da parte del medico di medicina generale è dovuta solo se il paziente non è trasportabile. Il concetto di intrasportabilità è distinto dal concetto di urgenza e deve essere dichiarato con un giudizio ex post dal medico dopo la visita al paziente. Non integra gli estremi del reato di cui all'art. 318 codice penale in tema di corruzione per un atto d'ufficio il pagamento di una visita domiciliare per un paziente non trasportabile.

Con sentenza del 21 dicembre 2000 il Tribunale di Milano dichiarò colpevole del reato di cui all'art. 318, sec. comma C.P. [1] perché in qualità di medico convenzionato con il S.S.N. riceveva dalla congiunta di una giovane paziente, dopo una visita a domicilio, retribuzione dei £ 100.000, non dovuta, rientrando detta prestazione tra le attività retribuite col sistema a quota fissa; lo condannava pertanto alla pena di giorni venti di reclusione, con conversione nella corrispondente pena pecuniaria.

Secondo la versione della denunciante Ghidotti Elena, accettata dal Tribunale per una serie di considerazioni, la stessa aveva la sera precedente telefonato al medico perché la figlia stava male con febbre alta e, a precisa richiesta del dott. Carelli di accompagnarla presso il suo studio, oppose la intrasportabilità proprio a causa della febbre, insistendo per visita domiciliare urgente, visita rimandata dal medico al giorno successivo; in quest'ultima circostanza fu presente Zappa

Rita, nonna della ragazza, la quale riaccompagnare il dottore alla porta chiese a puro titolo di cortesia se doveva qualcosa, ricevendone la richiesta delle centomila lire, somma che la donna, sebbene meravigliata, versò senza replicare.

Ricorre per cassazione l'imputato, lamentando: inosservanza o erronea applicazione di legge penale o extrapenale: essendo la visita domiciliare in regime di convenzione subordinata, ai sensi dell'art. 33 della convenzione coi medici di medicina generale, alla sola condizione della intrasportabilità dell'ammalato, è del tutto fuorviante la indagine svolta dal Tribunale circa la espressa pattuizione o meno di una visita di quel tipo e delle relative condizioni; così come è ultroneo l'accertamento circa l'urgenza o meno dell'intervento sanitario (il dott. Carelli, del resto, aveva, già attraverso le indicazioni telefoniche, potuto escludere la intrasportabilità: anche se va respinto, si aggiunge, l'assunto, implicito nel ragionamento del Tribunale, che la

valutazione della intrasportabilità vada fatta dal medico con valutazione ex ante), mancato riconoscimento della esimente di cui all'art. 5 e/o 47,3° co: C.P.: la disciplina normativa delle visite domiciliari presenta rilevanti difficoltà interpretative (specie sul concetto di intrasportabilità) per come risulta e dalla documentazione acquisita in dibattimento e dalle testimonianze di funzionari della A.S.L. interessata sul tipo di istruzioni via via impartite; donde l'errore in cui è incorso l'imputato col ritenere la visita in regime di libera professione ammissibile nella sola assenza dello stato di intrasportabilità, senza tenere conto delle altre condizioni prospettate dal Tribunale; mancanza e/o manifesta illogicità della motivazione: la sentenza sembra, in sostanza, oscillare, senza giungere a un preciso orientamento, tra due elementi difformi e confliggenti: la ritenuta necessità di un previo accordo con l'assistito; l'atteggiamento soggettivo dell'agente rispetto alla natura della prestazione svolta.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Va premesso che rettamente la sentenza è stata gravata, ai sensi dell'art. 18 L. n. 468/1999, all'epoca vigente, di ricorso per cassazione, anziché di appello: per l'art. 57 L. 689/1981, le sanzioni sostitutive come la detenzione e la libertà controllata si considerano per ogni effetto giuridico come pene detentive della specie corrispondente a quella della pena sostituita; la pena pecuniaria, al contrario, si considera sempre come tale, anche se sostitutiva della pena detentiva. Non può quindi trovare seguito la richiesta del P.G. di provvedimento a sensi del quinto comma dell'art. 568 c.p.p.

Ciò posto, si rileva che il primo e il terzo motivo, da esaminare congiuntamente, sono fondati.

Male instradato probabilmente anche

dalla condotta istruttoria delle parti e dalla documentazione prodotta, il Tribunale ha finito con l'introdurre nella normativa secondaria di riferimento (accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, reso esecutivo con DPR 22/7/1996 n. 484, di seguito Accordo) almeno due elementi, quello della preventiva pattuizione del compenso tra medico e assistito e l'altro della valutazione della urgenza da farsi ex ante, il primo completamente estraneo all'Accordo, il secondo menzionato dal comma quarto dell'art. 33 ma per finalità (tempo della visita) che non riguarda la materia del compenso nei limitati termini qui in discussione.

Occorre viceversa, per stabilire se la retribuzione per la visita a domicilio fosse o meno dovuta (secondo che si trattasse o non di rapporto professionale privatistico, perciò sottratto al regime di convenzione), avere riguardo all'unico discrimine previsto dal primo comma dell'art. 33, che è appunto quello della trasferibilità dell'ammalato.

Dato atto che, per quanto risulta dallo stesso tenore della sentenza impugnata, il significato della locuzione (che la norma usa al negativo) non risulta chiaro in alcun protocollo o atto formale dell'autorità sanitaria e considerato che già sul piano semantico aggettivi come non trasferibile, non trasportabile, inseriti in un certo contesto documentale non possono che avere riguardo, di regola, alle condizioni della persona con esclusione di altri dati come quelli attinenti a situazioni ambientali, disponibilità di mezzi e quanti altri eventualmente valutabili a diversi fini, risulta obbligatorio il riferimento alle sole comuni nozioni di scienza medica, alle quali del resto si uniforma il sanitario che quella valutazione è chiamato a compiere.

A parere di questa Corte è da ritenere che un infermo sia trasferibile quando

si trova in uno stato soggettivo, dipendente anzitutto dalla natura e dallo stadio di evoluzione della malattia ovvero dal 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 gravi rischi 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 solo distinto, com'è del tutto evidente, da quello di urgenza, ma non è neppure sinonimo di scongiabilità 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 facile 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'art. 31 dell'Accordo) e che ogni indebito sconfinamento in campi di attività libero-professionali è fonte di sanzioni anche molto gravi (e così l'art. 6, comma 2, dell'Accordo, che recepisce precisa direttiva rinveniente da art. 8 D.lgs 30/12/1992, n. 502, 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.

Certo, il sistema assistenziale non

può, almeno tendenzialmente, atteggiarsi in modo che una persona malata (o che reputa di esserlo) debba sentirsi in qualche modo costretta a lasciare la propria abitazione per trovare l'assistenza sanitaria: ma questa esigenza si fronteggia in modo diverso e anzitutto con mezzi il cui costo possa gravare, ripartito, sulla collettività, senza penalizzare ingiustificatamente una certa categoria professionale: come sempre in situazioni di questa natura, la via giusta di attacco è quella della graduatoria dei valori in campo e della relativa comparazione.

Quanto al momento e al modo di accertamento della trasferibilità (o non trasferibilità) del paziente, sembra anzitutto doversi escludere che il giudizio, da parte del medico chiamato a intervenire, debba essere dato ex ante, perché intanto la funzionalità del sistema non ne riceverebbe, nella normalità dei casi, apprezzabili benefici, ma soprattutto potrebbe quel giudizio essere fornito di intese su modalità e compensi in vista dell'intervento domiciliare, negozio da ripudiare, quanto meno come illecito sul piano civilistico, siccome coinvolgente la salute (va da sé che il medico può servirsi con la dovuta cautela delle informazioni che sovente gli vengono date, a distanza, prima della visita, per stabilire, lui che al momento è il solo responsabile, necessità, tempo e luogo dell'esame diretto del paziente, come può illustrare quanto normativamente prescritto circa il proprio compenso: importante è che si astenga da qualsiasi comportamento o indicazione che possa in qualche modo orientare il malato, o chi per lui, nella scelta dell'uno o dell'altro tipo d'intervento).

Se tutto questo è, appare obbligata la soluzione prospettata dal ricorrente, ossia che il giudizio sia da posticipare alla visita: e ciò non solo per la ovvia esigenza tecnica di informazione il più

possibile completa, quanto perché ormai ogni apprezzabile rischio di mercanteggiamento sulla salute risulta superato; l'ulteriore intuitivo corollario sul piano che qui interessa è che la prova della fondatezza della valutazione di trasferibilità, onde desumerne, almeno, che la retribuzione per la visita domiciliare non è, per i fini di cui all'art. 318 c.p., dovuta, incombe all'accusa.

E poiché nel caso nulla indica che il giudizio implicante formulato dal sanitario nel momento in cui riscosse il compenso sia stato inesatto (deponen-

do, anzi, per la correttezza la circostanza che si trattava di una sedicenne con alterazione febbrile da stato influenzale), non resta che da escludere la materialità stessa del contestato reato.

PQM

Annulla senza rinvio la sentenza impugnata perché il fatto non sussiste.

Roma, 4 ottobre 2001.

Depositata in Cancelleria il 20 novembre 2001.



COMMENTO

Il fatto è stato riportato dalle cronache nazionali destando un certo interesse presso l'opinione pubblica. Un medico di medicina generale, chiamato al domicilio di un suo assistito, dopo aver compiuto la visita ha preteso il pagamento di una somma di denaro per la prestazione. Rinviato a giudizio ai sensi dell'art. 318 del codice penale per "corruzione per un atto d'ufficio", ha basato tutta la sua difesa, risultata poi vincente, sul concetto di trasportabilità/intrasportabilità del malato.

Innanzitutto occorre tener presente due norme: una integrante la fattispecie penale contenuta all'interno dell'art. 318 cp e l'altra regolamentare dell'accordo che recepisce la convenzione dei medici di medicina generale.

L'art. 318 cp testualmente recita: "Il pubblico ufficiale, che per compiere un atto del suo ufficio, riceve, per sé o per un terzo, in denaro od altra utilità, una retribuzione che non gli è dovuta, o ne accetta la promessa, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni. Se il pubblico ufficiale riceve la retribuzione per un atto d'ufficio da lui già compiuto, la pena è della reclusione fino a un anno".

La norma di carattere regolamentare è invece contenuta nel DPR 26 luglio 1996 (n. 484 "Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 4, comma 9, della legge n. 412 del 1991 e dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, come modificato dal decreto legislativo n. 517 del 1993, sottoscritto il 25 gennaio 1996 e modificato in data 6 giugno 1996") che all'art. 33 denominato "Visite ambulatoriali e domiciliari" recita: "L'attività medica viene prestata nello studio del medico o a domicilio, avuto riguardo alla non trasferibilità dell'ammalato". La norma è stata confermata anche successivamente nel D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270 "Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale".

Affinché un comportamento del medico di medicina generale - in questo caso la richiesta di denaro per la visita domiciliare - possa quindi integrare gli estremi del reato di cui all'art. 318 cp è necessario che il medico pretenda la somma indebitamente e non si realizzi la situazione che assimila la visita domiciliare ad una prestazione privata non coperta dalla convenzione. Nella fattispecie è evidente che la questione ruota intorno alla trasferibilità del paziente.

La trasportabilità, ha notato la Corte, non viene dettagliata in alcun protocollo di carattere clinico o professionale e non può comunque che riferirsi alla persona "con esclusione di altri dati come quelli attinenti a situazioni ambientali, disponibilità di mezzi e quanti altri eventualmente valutabili a diversi fini, risulta obbligatorio il riferimento alle sole comuni nozioni di scienza medica".

Quindi il medico non vicaria le situazioni che rendono di fatto non trasportabile il malato, ma ha come riferimento solo la situazione clinica del paziente e del suo stato soggettivo quale lo "stadio di evoluzione della malattia ovvero dal 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 e con l'ausilio di familiari o di altri e con l'uso dei normali mezzi di trasporto, possa con rilevante probabilità causare gravi rischi per la salute o creare condizioni di vita particolarmente penose".

Il concetto di trasportabilità non si identifica con quello di urgenza e men che mai con quello di emergenza e nemmeno con quello di scongiabilità e di inopportunità, ha precisato la Suprema Corte. Di conseguenza il giudizio, tenendo conto di linee guida o di indicazioni più precise che integrino il precetto regolamentare, non può essere dato *ex-ante* data l'impossibilità per il medico di decidere la reale trasportabilità dalle informazioni parziali che riceve. Inoltre il rischio paventato è quello di orientare il paziente all'intervento a pagamento o alla visita ambulatoriale con tutti gli abusi che da questo possono derivare. Allo stato quindi il giudizio sulla trasportabilità non può essere altro che *ex-post* con il duplice vantaggio di evitare ogni mercanteggiamento sulla salute dell'assistito e di formulare un giudizio che non sia solo basato su quanto riferito dall'utente o dai suoi familiari.

Onde uscire dalla indeterminatezza dei criteri che rendono lecita una visita domiciliare o - più correttamente - inquadrabile all'interno della convenzione, si rende assolutamente urgente la definizione attraverso linee guida di norme di comportamento che guidino l'assistito nel suo rapporto con il medico di medicina generale.

In realtà questa esigenza si sente anche nel rapporto con il pediatra di libera scelta laddove nella convenzione si precisa che "la visita domiciliare, qualora ritenuta necessaria, secondo la valutazione del pediatra, avuto riguardo alla non trasportabilità dell'ammalato...". Rispetto alla convenzione dei medici di medicina generale sembra privilegiarsi il momento della valutazione *ex-ante* del medico, con quell'inciso legato alla valutazione del pediatra. Nel complesso però non sembra di riscontrare particolari differenze tra le due normative, tenuto conto della *ratio* di entrambe.

Luca Benci

