
Malpratica in ambito sanitario (*)

di Maurizio Mottola (**)

Recenti sentenze della corte di Cassazione hanno delineato nuovi scenari e fissato peculiari paletti, che ridefiniscono l'assetto della responsabilità in ambito sanitario. Con sentenza n. 13746 del 2011 la IV Sezione penale della Cassazione asserisce che non si possono effettuare interventi chirurgici in pazienti senza speranza anche in presenza del loro consenso informato, confermando la condanna per omicidio colposo nei confronti di tre medici dell'ospedale San Giovanni di Roma: erano intervenuti su una paziente con cancro metastatico al pancreas, provocandone la morte.

Tutto ciò, secondo la sentenza, "in dispregio al codice deontologico che fa divieto di trattamenti informati a forme di inutile accanimento diagnostico terapeutico".

Secondo Lorenzo D'Avack, vicepresidente del Comitato nazionale di Bioetica, "La sentenza è corretta e i medici dovrebbero fare un passo indietro. D'altro canto è lo stesso Codice deontologico della categoria a prevedere che il medico possa agire solo laddove vi sia una possibilità di intervento sanitario o chirurgico ragionevole e nell'interesse del paziente. Al contrario, l'accanimento terapeutico è espressamente vietato".

Invece secondo Rocco Bellentone, segretario della Società italiana di chirurgia, "la sentenza documenta ancora una volta la pericolosità del fatto che non ci sono, in Italia, leggi specifiche sull'atto medico. È assurdo che siamo ancora fermi al codice Rocco. Se le perizie sul caso specifico dimostrano che l'atto non è stato compiuto per fini terapeutici ma di altro tipo non può che essere positiva. Ma la sua interpretazione rischia di essere devastante, perché toglie al chirurgo la possibilità del rischio calcolato in situazioni disperate, andando a ledere la vita di migliaia di persone che si sono salvate proprio grazie a interventi temerari. Interventi che si sa, possono anche andare male."

In un'altra recente sentenza della Corte di Cassazione si è sancito la preminenza del diritto alla salute del paziente sul rispetto delle linee guida.

"Il medico non può essere lasciato in balia di una giustizia che fa a pezzi linee guida, evidenze scientifiche e fattori di rischio" è stato il grido di allarme contenuto nella lettera che il **segretario nazionale di Anaa-Assomed, Costantino Troise**, ha scritto ai presidenti della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (Fnomceo) e della Federazione italiana delle società medico-scientifiche (Fism).

Questa sentenza, scrive Costantino Troise, "mette in discussione il valore delle linee guida assieme al ruolo delle Società medico-scientifiche e all'evoluzione dei processi tesi a fornire ai medici le migliori evidenze possibili per supportare i loro comportamenti decisionali".

Il risultato è quello di lasciare il medico "più solo, stretto tra logica clinica, efficienza gestionale, codice deontologico, invadenza medico-legale", nell'incertezza "sulla posizione in cui collocarsi rispetto alle conseguenze legali di ogni suo atto". "Di quella sentenza" aggiunge in una intervista Troise "continuiamo a condividere il principio secondo il quale il diritto alla salute dei cittadini viene prima dei bilanci. Ci preoccupano invece frasi apodittiche e giudizi che fanno a pezzi i riferimenti scientifici della professione e negano l'idea che anche nell'ospedale più tecnologico si possa morire senza errore o colpa di qualcuno".

Di qui la lettera a Fnomceo e Fism, nella quale viene rivolto alle due sigle l'invito a una presa di posizione comune sul tema. "Il medico rischia di rimanere schiacciato tra codice disciplinare e codice deontologico" conclude Troise "serve un intervento, anche legislativo se occorre, per ridare serenità a chi lavora nel Ssn".

Inoltre aumentano i litigi tra medici e pazienti. Il rapporto tra i camici bianchi e i cittadini che si affidano alle loro cure sta diventando sempre più conflittuale. Dal 2005 al 2010, a Roma, (città dove si concentra peraltro circa il 10% dei medici di tutta Italia), le cause che hanno per oggetto la responsabilità medica sono aumentate del 15%, con una variazione annuale media di circa il 6%. E' quanto emerge dalla Mappa dei conflitti, primo rapporto sul fenomeno nella Capitale, presentato il 28 marzo 2011 in Campidoglio.

La Mappa è stata elaborata dall'Osservatorio sui conflitti e sulla conciliazione, costituito nel luglio 2010 dai principali soggetti pubblici chiamati istituzionalmente a occuparsi di conflitti: Roma Capitale, Tribunale di Roma, Ordine degli avvocati di Roma, Camera di conciliazione di Roma, Ordine dei dottori commercialisti ed esperti contabili di Roma, Ordine provinciale dei medici-chirurghi e odontoiatri di Roma, Osservatorio sulla responsabilità medica (Orme).

Il rapporto raccoglie i dati relativi alle controversie giudiziali negli ultimi sei anni, con particolare riferimento alle materie per le quali è stata prevista la mediazione obbligatoria, entrata in vigore il 21 marzo 2011. Analizzando le tabelle dell'indagine -elaborata su dati del Tribunale di Roma e del ministero della Giustizia- si scopre che in campo medico, negli ultimi sei anni, si sono registrati 2.372 procedimenti. Così suddivisi: 369 nel 2005; 396 nel 2006; 407 nel 2007; 474 nel 2008; 302 nel 2009; 424 nel 2010. Rispetto a questi dati, l'Ordine dei medici capitolino fa però notare un elemento: "in 6 anni solo 2.372 cause a fronte di milioni di atti sanitari".

A fronte di una complessiva riduzione di tutte le altre tipologie di contenziosi, dall'indagine dell'Osservatorio emerge che l'unico incremento riguarda la responsabilità medica. Ad esempio, per quanto riguarda le locazioni commerciali e non, le cause -tra il 2005 e il 2010- si sono ridotte del 7%. Anche in materia di RC auto il calo è stato del 5%. In campo medico, l'aumento del 15% è un dato significativo e ha un suo valore specifico di grande rilievo proprio per l'oggetto della controversia, la salute del cittadino, qualitativamente diverso da graffiature alla carrozzeria o infiltrazioni di acqua nelle pareti.

"Non vi è dubbio - si legge nel rapporto - che il dato tragga le sue origini dalla forte tensione conflittuale che si è sviluppata proprio in questi ultimi anni tra medico e paziente, che ha trovato come unico sbocco il ricorso alla strada giudiziaria. Non è compito dell'Osservatorio trattare le ragioni di tale incremento, ma ci si limita a segnalare che la conciliazione obbligatoria su una materia come la responsabilità medica potrebbe avere effetti deflattivi significativi".

Nel corso della presentazione della Mappa dei conflitti, sempre il 28 marzo 2011 è stata siglata la convenzione tra l'Ordine dei medici di Roma e la Camera di Conciliazione sui contenziosi tra medici e pazienti per presunti errori dei camici bianchi. In base alla convenzione stipulata, la Camera di Conciliazione di Roma si impegna "ad attivare e gestire un servizio di conciliazione rivolto specificamente alle controversie in materia di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e odontoiatrica".

"Come Ordine di Roma già dal 2005 abbiamo fatto da apripista in Italia alla conciliazione in campo medico - ha ricordato Mario Falconi, presidente dei medici capitolini - prima con il progetto "Accordia", poi con il primo studio territoriale, con criteri scientifici, sulla medicina difensiva, conseguenza diretta del crescente ricorso dei pazienti alle aule del Tribunale. Oggi consolidiamo il percorso con la firma della convenzione con la Camera di conciliazione".

"Il documento siglato oggi (28 marzo 2011) - ha sottolineato Falconi - è stato preceduto dal protocollo d'intesa stipulato due anni fa con il Comune di Roma con l'obiettivo di avere più sinergie anche con chi amministra la città e di fornire informazioni certe sulla realtà della salute collettiva e della categoria medica. Una categoria professionale che - ha aggiunto - si trova a operare in condizioni lavorative e sociali sempre più difficili che generano poi situazioni di conflitto".

Per il presidente dell'Ordine dei medici di Roma, "non bisogna mai dimenticare, però, che il numero di controversie, per quanto in aumento, è una goccia nel mare di tutti gli atti che quotidianamente vengono praticati sui pazienti e che in molte di queste cause il medico viene assolto. Quindi - ha concluso - non esiste una malasania a Roma; ci sono soltanto episodi sporadici, da indagare sempre con il massimo rigore, senza abbandonarsi a irresponsabile sensazionalismo e ingiustificato allarmismo".

Decisa la presa di posizione di Maurizio Maggiorotti, presidente dell'Associazione per i medici accusati di malpractice ingiustamente (Amami), per il quale "se facciamo gli interessi dei malati, come professionalità e coscienza ci impongono, le amministrazioni ci licenziano; se cerchiamo di ridurre la spesa sanitaria, secondo i dettami della politica e degli amministratori, la magistratura ci arresta; si susseguono le condanne a carico di medici accusati d'imprudenza.

Medici puniti per aver proceduto, come gli s'impone, alle dimissioni di pazienti che poi al proprio domicilio hanno presentato problemi legati al motivo del ricovero. Le amministrazioni ospedaliere, di contro, pretendono che siano rispettati i tempi minimi di ricovero e le linee guida per il contenimento della spesa sanitaria". L'unica risposta resta secondo l'Amami la protesta plateale.

Negli ultimi due anni sono comunque appena 24 i casi finiti sotto la lente d'ingrandimento della Commissione parlamentare sugli errori sanitari, a confronto dei circa 30 milioni di accessi nei pronto soccorsi italiani che si contano ogni anno. Ventiquattro casi, praticamente uno al mese, di cui più della metà in Calabria (7) e in Sicilia (7). Ventitre pazienti hanno perso la vita, tra cui due neonati e quattro bimbi.

È quanto emerge dall'analisi dei casi di presunta malasania legati al sistema dell'emergenza, giunti all'attenzione della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario e i disavanzi sanitari regionali. Non tutti gli episodi, quindi, ma solo quelli che dopo un esposto, una segnalazione o magari un articolo di giornale arrivano sul tavolo del presidente della Commissione Leoluca Orlando, che interviene per chiedere chiarimenti ed eventualmente disporre ulteriori accertamenti.

Migliorare l'efficienza della rete dell'emergenza è considerata una priorità per il presidente della Commissione, Leoluca Orlando: "Il funzionamento del 118, strettamente collegato al sistema integrato di emergenza e urgenza -sottolinea- costituisce uno strumento essenziale per garantire la tutela della salute dei cittadini, con riferimento in particolare a quanti vivono in territori disagiati e distanti dalle strutture sanitarie".

Per Orlando è quindi necessario intervenire per rimuovere "anomalie funzionali e organizzative" del 118. "In taluni casi - conclude - questa realtà non è stata solo terreno di scarsa tutela della salute, ma anche fonte di sprechi e pratiche anomale denunciate alla magistratura ordinaria e contabile".

Per Massimo Cozza, segretario nazionale della Fp Cgil medici "Una delle cause dei disservizi del sistema di emergenza-urgenza è certamente la carenza degli organici", commentando così l'analisi dei casi di presunta malasanità legati al sistema dell'emergenza giunti all'attenzione della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario e i disavanzi sanitari regionali, resi noti il 4 maggio 2011 dall'Adnkronos Salute.

"Una delle cause delle lunghe attese in pronto soccorso - sottolinea Massimo Cozza - è infatti dovuta al grave problema della carenza degli organici, sia dei dipartimenti di emergenza che del 118". A questa criticità va poi aggiunto il problema dei precari. "In questo settore - spiega il segretario della Fp Cgil medici- la precarietà è un danno anche per la qualità dell'assistenza. Il sistema di emergenza è un punto nevralgico e necessita di formazione e stabilità. La prima cosa da fare è quindi quella di eliminare il blocco del turnover nei dipartimenti di emergenza, anche in quelli delle regioni soggette ai piani di rientro".

Secondo Massimo Cozza, un altro intervento da fare per migliorare il sistema dell'emergenza è quello della riconversione dei piccoli ospedali. "Strutture piccole e pericolose sia per chi ci lavora, sia per i pazienti. Potrebbero invece essere riconvertiti in punti di primo soccorso H 24, dove far confluire i codici bianchi e verdi", conclude Massimo Cozza.

Per Giuseppe Mele, presidente della Federazione italiana medici pediatri (Fimp), "Serve una riforma del sistema di emergenza-urgenza che è anche prodromo di quella tanto dichiarata e mai realizzata integrazione dei due poli ospedaliero e territoriale", esaminando ed approfondendo "la possibilità di riformare il sistema attraverso la costruzione di una cabina di regia tra ospedale e territorio e ridefinire le procedure di triage del servizio di 118, affinché solo i codici gialli e rossi siano portati in ospedale, mentre i codici verdi dovranno essere assistiti sul territorio".

Il convegno "Malpratica in Psichiatria ed in Psicoterapia Specificità, convergenze, divergenze con altri ambiti dell'assistenza sanitaria" intende approfondire la tematica che in psichiatria diviene più complessa, in quanto va verificata se e quanto sia presente la coscienza di malattia nel soggetto e per l'alone di presunta pericolosità sociale che circonda taluni pazienti affetti da particolari disturbi psicopatologici. Ma anche in psicoterapia sono in gioco valori come il libero arbitrio del soggetto che talvolta può entrare in conflitto con l'agire liberamente arbitrario dello psicoterapeuta. Pertanto buon lavoro a tutti noi. Grazie.

(*) Relazione introduttiva al convegno Malpratica in Psichiatria ed in Psicoterapia Specificità, convergenze, divergenze con altri ambiti dell'assistenza sanitaria, organizzato dall'Associazione Psichiatri e Medici Psicoterapeuti e dall'Istituto Internazionale di Studi Psicologici e Psicopatologici e svoltosi all'Ordine dei Medici di Napoli venerdì 13 maggio 2011.

(**) Coordinatore dell'Associazione Psichiatri e Medici Psicoterapeuti.