

# quotidianosanita.it

Mercoledì 21 DICEMBRE 2016

## Quei continui “Stop and go” sulla responsabilità professionale

*Gentile Direttore,*

il rapporto medico-paziente si è profondamente modificato nel tempo: si è passati dall'era del “paternalismo” in cui la parola del medico era inconfutabile, “all'autonomia di cura” sia del medico che del paziente (1950-1980), “alla parsimonia burocratica” degli anni '80 nei quali la parola d'ordine era risparmio, sino ai giorni nostri dove impera “l'obbedienza giurisprudenziale”. Il medico si reca a lavoro e, la prima domanda che si pone è “quali sono oggi le novità della Cassazione in materia di responsabilità professionale?”

Il 15 aprile 2015 si inizia a porre la giusta attenzione sulla “colpa medica”, anche se già il decreto “Balduzzi” (158/12) aveva eliminato la responsabilità per colpa lieve del sanitario che segue le buone pratiche.

La crescente elaborazione giurisprudenziale in ambito sanitario si è resa necessaria ed indispensabile a causa dell'aumento esponenziale del numero di contenziosi medico-legali: 30.000 sono ogni anno le richieste di risarcimento danni per presunta “malpractice”, di cui circa 12000 per errori imputati ai medici. Con elevato ricorso al Tribunale ed una spesa causata dalla cosiddetta ‘medicina difensiva’ che sembra attestarsi su 10 miliardi ogni anno.

Il fenomeno è stato incrementato dall'evoluzione dei mezzi di diagnosi e cura, ma anche dal controllo esterno sull'attività realizzata dal sanitario da parte del paziente, spesso fuorviata da informazioni mendaci diffuse da dott. google.

Il Ministro della salute **Beatrice Lorenzin**, nei primi mesi del 2015, promuove un intervento dinamico con il “testo unico della commissione consultiva” guidata da **Guido Alpa**, con interessanti proposte di legge:

- in materia di responsabilità civile, il rapporto tra medico e paziente diventa di tipo extracontrattuale e, tra struttura sanitaria e paziente rimane contrattuale (in questo modo l'onere di dimostrare la colpa del sanitario passa al paziente e i tempi di prescrizione si riducono da 10 a 5 anni).
- rimane l'azione di rivalsa da parte dell'azienda sui dipendenti in caso di colpa grave, ma con dei limiti a favore del professionista.
- introduzione del sistema “no fault”, come in America e in altri stati che prevede un indennizzo per il paziente a prescindere dalla condanna del medico.

Nel mese di agosto 2015 l'Onorevole **Gelli** viene nominato relatore in Commissione Affari sociali della Camera e lavora al testo unico sul ddl.

A settembre 2015 insorge il sindacato Anaa e il Segretario nazionale, **Costantino Troise**, denuncia l'assenza della politica sulla prevenzione del rischio clinico, l'inesistente fine pena per i reati sanitari, la rivalsa piena da parte delle aziende a carico dei dipendenti in caso di colpa grave, il paradosso di una legislazione che obbliga i medici ad assicurarsi, ma non le assicurazioni ad offrire polizze con condizioni e premi accettabili. “Vogliamo essere trattati come giudici” protesta il sindacato.

Ad ottobre 2015 Cittadinanzattiva critica aspramente la proposta che prevede l'onere della prova a carico del paziente, secondo Aceti, peggiorerà la situazione aumentando i casi di malasanità.

Finalmente a gennaio 2016 il testo viene approvato alla Camera con importanti novità: nel decreto Balduzzi si faceva un riferimento troppo generico alla colpa, nella nuova proposta l'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività cagiona a causa di imperizia la morte o le lesioni personali, risponde di omicidio colposo o di lesioni personali colpose, solo in caso di colpa grave. E, neanche per colpa grave, se vengono rispettate le linee guida pubblicate nel sito dell'Istituto Superiore di sanità, quindi iscritte in un elenco presso il Ministero della salute.

Si ribadisce il rapporto extracontrattuale tra medico dipendente e paziente con successiva inversione dell'onere della prova a carico del paziente, i tempi per la denuncia si riducono da 10 a 5 anni, l'azione di rivalsa da parte dell'azienda sul dipendente viene regolarizzata e, il risk management viene gestito da figure professionali adeguatamente formate e, gli eventi avversi pubblicati ogni sei mesi nei siti web aziendali.

Si evidenziano immediatamente alcune criticità: i tempi di prescrizione ridotti da 10 a 5 anni non cambiano molto la situazione, perché questi devono essere conteggiati dal momento in cui il paziente si accorge che può aver subito un danno per quel presunto errore medico, per cui tempo illimitato per poter denunciare, altro punto critico è quello che riguarda le linee guida, noi tutti sappiamo che ogni paziente è diverso per condizioni cliniche, è bene attenersi a linee guida, ma questo non può essere un diktat ministeriale, in alcuni casi è meglio che prevalga l'ars medica e il buon senso, piuttosto che le linee guida che non badano al particolare, ma al generale.

Inoltre, la mancanza di risorse umane e finanziarie come già denunciato da Gabriele Gallone (componente Esecutivo nazionale Anaa Assomed e Presidente Fondazione Pietro Paci) nel novembre 2016, renderebbero difficile la realizzazione di un sistema organizzato di risk management.

Il 16 febbraio 2016 il testo approda in Senato, il relatore è il Senatore **Amedeo Bianco**, e svolge un lavoro che conta ben 44 audizioni.

I punti chiave più importanti rimangono:

- le linee guida che saranno affidate a Società scientifiche e ricontrollate periodicamente, la responsabilità civile e penale del professionista, i regolamenti in materia di conciliazione e assicurazioni, la creazione di un fondo rischi per le strutture sanitarie che permetta di risarcire i sinistri, il potenziamento del risk management.

Una volta approvato, il testo tornerà alla Camera per la definitiva conversione in legge.

E' certamente apprezzabile il lungo e duro lavoro eseguito da Camera e Senato, ma sarebbe auspicabile vedere finalmente la conclusione e la nascita di questa legge che, anche se ben fatta, non sarà mai la panacea di tutti i mali.

L'azione importante è stata sicuramente quella di aver portato alla ribalta un problema che deve continuare ad essere discusso e rivisto, per cui ci si augura che la discussione non si fermi mai, ma ci sia sempre un "go!" nell'interesse del medico e del paziente.

**Michela Piludu**

*Responsabile Anaao giovani Sardegna*