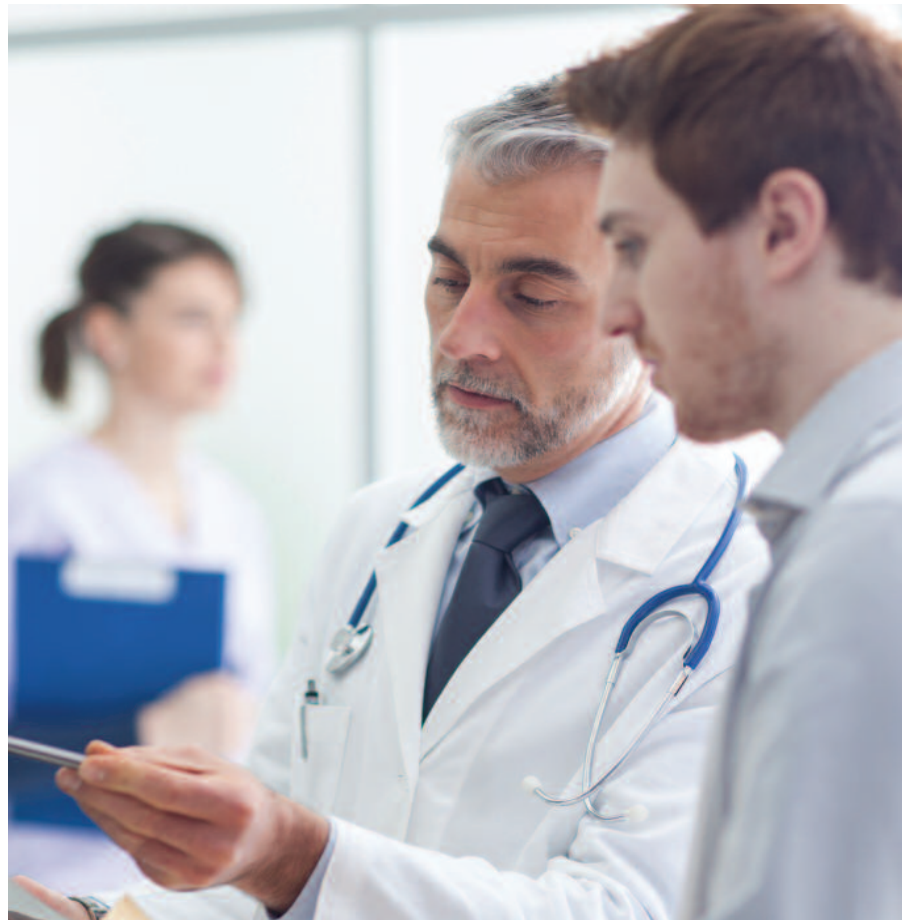


Linee Guida, Pdta, procedure, buone pratiche cliniche: oneri e onori dopo la legge Gelli-Bianco

Dal 1 aprile 2017 è in vigore la Legge recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie, la Legge Gelli-Bianco



L’**“onore” della Legge** è quello di ridurre il contenzioso, civile e penale, avente ad oggetto la responsabilità medica, pur garantendo un miglior sistema risarcitorio nei confronti del paziente e di tentare di arginare il consistente fenomeno della medicina difensiva, che rappresenta circa il 10% della spesa sanitaria. Infatti l’articolo 5 *“Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida”* stabilisce come sia esclusa la colpa grave quando, salve le rilevanti specificità del caso concreto, sono rispettate le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle Linee guida, come definite e pubblicate ai sensi di legge.

Ma ecco gli oneri. Chi lavora in sanità infatti pur riconoscendo nel complesso la *“bontà”* della Legge con la volontà da parte del Legislatore di arginare la costante crescita del contenzioso in ambito sanitario e di migliorare il rapporto medico-paziente ne ravvede anche importanti criticità soprattutto in merito alla sua attuazione.

Le Linee guida furono introdotte nella pratica clinica circa sessant’anni fa, con l’obiettivo di standardizzare l’attività medica. Sono quindi anche definibili delle *“dichiarazioni sistematiche”* in quanto fondate su studi clinici controllati, che comprovano un li-

vello di efficacia decisionale in una data situazione clinica con l’obiettivo di limitare le differenze di condotte cliniche. Qui emerge una delle principali criticità correlate alle linee guida perché se pur rappresentano delle direttive di alto valore scientifico per una data patologia i pazienti attuali sono frequentemente pazienti con più patologie e quindi unici nelle loro caratteristiche pertanto decisioni e azioni dei professionisti sanitari sono più spesso guidate dalle caratteristiche personali di ciascun paziente oltre che dalle sue preferenze e aspettative più che dalle linee guida. E quindi dato che in letteratura non esistono linee guida applicabili al paziente cronico pluripatologico verranno create linee guida ad hoc? E nel frattempo quali saranno le *“buone pratiche clinico-assistenziali”* alle quali il sanitario potrà far riferimento? Inoltre spesso la letteratura offre molteplici linee guida per una singola patologia vedi ad esempio le linee guida europee o americane o canadesi sullo scompenso cardiaco che in taluni casi possono presentare anche indicazioni terapeutiche differenti se non discordanti. *E quindi, quale linee guida verrà scelta? Come verrà scelta? E la scelta troverà l’accordo di tutta la comunità scientifica? Lo stesso accreditamento delle va-*

rie società scientifiche a livello ministeriale come stakeholder sta presentando importanti criticità in primis per i requisiti necessari all’accreditamento (come ad esempio la necessità di una rappresentatività del 30% della disciplina in oggetto).

Infine l’applicazione delle Linee guida non può prescindere dal contesto organizzativo in cui si opera. Come tutti ben sappiamo ci sono importanti differenze in termini di risorse e di servizi sanitari a livello sia intra che interregionale. L’implementazione di una linea guida si deve quindi confrontare con carenze identificabili in ambito strutturale, organizzativo, gestionale delle risorse e non per ultimo nell’ambito della gestione di aree disagiate e pertanto ad oggi è sempre più spesso demandata, alla buona volontà del sanitario che ha in cura il paziente piuttosto che alle strategie aziendali. Risulta quindi evidente come il poter *“rispettare le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida”* implica necessariamente l’assunzione di LG validate a livello ministeriale che devono essere tradotte in strumenti operativi, quali i percorsi diagnostico-terapeutici (Pdta) e le procedure realizzati sulla base delle risorse locali con quindi notevoli differenze e disomogeneità tra le varie realtà locali.



PAOLA GNERRE
Componente
Direttivo
Nazionale Anaao
Giovani