

CIVITAS

HIPPOCRATICA

ANNO XXXVI * NUMERO 4-5 * LUGLIO/OTTOBRE 2015

CIMO

IL SINDACATO DEI MEDICI

Atti del Convegno

La professione e la professionalità del
medico al servizio della salute del cittadino

Salerno, 11 giugno 2015

Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO

CIVITAS



HIPPOCRATICA

ANNO XXXVI * NUMERO 4-5 * LUGLIO/OTTOBRE 2015

Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



**HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO**

Pubblicazione bimestrale del Centro Studi di Medicina “Hippocratica Civitas”

Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 Salerno

e-mail: civitashippocratica@yahoo.it

Autorizzazione del Tribunale di Salerno n. 515 del 15/12/1979

Spedizione in abbonamento postale art. 2 comma 20/c L. 662/96 - Filiale di Salerno

La Rivista viene inviata gratuitamente ai Soci del Centro Studi

Socio Ordinario € 30,00 - Socio Onorario € 60,00

Numeri arretrati e Supplementi € 10,00 - Atti Congressi € 20,00

Versamento sul c/c postale n. 13252846 intestato a Mario Colucci - Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 Salerno (IBAN: IT92 F076 0115 2020 0001 3252 846)

o bonifico bancario sul c/c n. 1000/989 presso Banco di Napoli

Agenzia n. 2 di Salerno (IBAN: IT38 N010 1015 2021 0000 0000 989)

intestato al Centro Studi di Medicina “Hippocratica Civitas”.

Direttore Responsabile

Domenico Della Porta

Direttore

Mario Colucci

Comitato di redazione

Adriano Berra, Giovanni Biasiucci, Corrado Caso, Alberto Catalano, Franz Cozzi de Mane, Giuseppe Lauriello, Bruno Musio, Loredana Serino, Pio Vicinanza.

Comitato scientifico

C. Carella / Napoli, A. Carli / Siena, A. Crisci / Salerno, C. D’Aniello / Siena, S. Formisano / Napoli, G. Girbino / Messina, S. Lombardi / Napoli, F. Piccinino / Napoli.

Norme per i collaboratori

Coloro che desiderano inviare scritti da pubblicare su questa Rivista debbono farli pervenire al seguente indirizzo:

Redazione della Rivista “CIVITAS HIPPOCRATICA”

Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 SALERNO

e-mail: civitashippocratica@yahoo.it

La Direzione della Rivista si riserva la scelta dei lavori da pubblicare nei vari numeri, essendo la precedenza condizionata alla migliore armonizzazione dei contenuti e di apportare modifiche strutturali al lavoro per uniformarlo alle norme redazionali.

I lavori devono essere inediti e inviati in duplice copia, dattiloscritti a doppio spazio, in una sola facciata. E’ auspicabile l’invio del lavoro su floppy disk o Cd Rom in Word per Windows o Macintosh. Le figure devono essere inviate, in un altro file, in formato TIF, JPG o EPS.

Nella prima pagina verranno indicati: il titolo, il nome e cognome per esteso degli Autori, l’Ospedale o Istituto di appartenenza e l’indirizzo dell’Autore al quale inviare eventuali comunicazioni, bozze ed estratti.

Ad ogni lavoro bisognerà allegare un riassunto (non più di 200-250 parole) e le parole chiave in italiano ed in inglese.

Il testo, redatto in italiano o inglese, dovrà articolarsi in: premessa, materiale (o pazienti) e metodi, risultati, discussione, conclusioni. La bibliografia dovrà essere completa secondo le norme internazionali (cognome per esteso, iniziale del nome, titolo del lavoro in lingua originale, titolo del periodico, anno, volume, pagina di inizio e di fine).

La correzione delle bozze di stampa dovrà essere limitata alla semplice revisione tipografica. Le bozze di regola vengono inviate una sola volta all’Autore: diligentemente corrette e definitivamente licenziate, debbono essere restituite a stretto giro di posta. In caso di ritardo verranno corrette in redazione. Unitamente alle bozze verrà comunicato agli Autori l’importo realtivo al contributo stampa ed estratti.

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità degli Autori.

Nel caso di pubblicazione di sperimentazioni eseguite su soggetti umani occorre indicare se le procedure eseguite sono in accordo con la dichiarazione di Helsinki del 1975, e relative aggiunte del 1983, e comunque con la normativa etica vigente.

E’ riservata la proprietà di qualsiasi articolo pubblicato nella Rivista e ne è vietata la riproduzione anche parziale senza citare la fonte.

Tipolitografia Tirrena - Via Caliri, 36 - 84013 Cava de’ Tirreni (SA)

Finito di stampare nel mese di Marzo 2016.



SOMMARIO

| | |
|---|---------|
| Editoriale | IV |
| <i>Riccardo Cassi</i> <i>Antonio De Falco</i> | |
| Saluti | Pag. 53 |
| <i>Raffaele Guglielmi</i> | |
| Introduzione | Pag. 54 |
| <i>Gianfranco Faletti</i> | |
| Le recenti novità legislative che incidono sull'esercizio della professione del dirigente medico del SSN | pag. 55 |
| <i>Bruno Ravera</i> | |
| L'attività professionale del medico alla luce del Codice Deontologico | Pag. 58 |
| <i>Mario Lepre</i> | |
| Le ultime affermazioni giurisprudenziali in tema di responsabilità professionale del medico (Responsabilità contrattuale, responsabilità da deficit organizzativi) | pag. 65 |
| <i>Giulio Antonio Cecchini, Floriana Petrogalli</i> | |
| Il rischio da radiazioni: la professionalità fa le differenze | pag. 68 |
| <i>Mario Iannotti</i> | |
| Auto-tutela e gestione dell'emergenza | pag. 71 |
| <i>Guido Quici</i> | |
| Proposta CIMO per una nuova carriera del medico | pag. 73 |
| Relatori e Moderatori | pag. 75 |

Editoriale

Il rapporto tra utenti/pazienti e professionisti o strutture sanitarie ha subito, negli ultimi anni, una profonda evoluzione che ha visto, nello stesso tempo, un rilevante aumento dello stato di conflitto in ambito sanitario come testimoniato dal numero delle vertenze e dal comportamento dei mass media.

Di fronte ad un tale contesto il medico appare talora impreparato o, peggio, disorientato. CIMO Campania con il Convegno “La professione e la professionalità del medico al servizio della salute del cittadino”, tenutosi a Salerno lo scorso 11 giugno e di cui vengono pubblicati gli Atti in questo numero di Civitas Hippocratica, ha voluto offrire ai partecipanti un aggiornamento in tema di organizzazione sanitaria, normativa attuale, deontologia e sicurezza delle cure e delle procedure diagnostiche.

Ovviamente è stato tenuto in considerazione anche il tema della responsabilità medica.

Mario Colucci

Un invito a rinnovare l'abbonamento alla Rivista e, quindi, l'iscrizione al Centro Studi “Civitas Hippocratica” per l'anno 2016

Socio Ordinario: € 30,00

Socio Sostenitore: € 60,00

Versamento sul c/c postale n. 13252846 intestato a Mario Colucci
Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 Salerno
(IBAN: IT92 F076 0115 2020 0001 3252 846)
o bonifico bancario sul c/c n. 1000/989 presso Banco di Napoli
Agenzia n. 2 di Salerno (IBAN: IT38 N010 1015 2021 0000 0000 989
intestato al Centro Studi di Medicina “Hippocratica Civitas”.

Saluti

Riccardo Cassi

Buongiorno.

Ringrazio il segretario regionale dott. De Falco ed i dirigenti CIMO di Salerno per avermi invitato anche quest'anno al Convegno che organizzano annualmente e che è ormai diventato un appuntamento importante per CIMO.

Il tema di quest'anno è estremamente attuale; mai come ora la professione del medico è messa in discussione ed è sotto l'attacco di diversi attori: il Governo che non finanzia i contratti e blocca assunzioni e carriere, le Regioni e le aziende che vedono nei medici non una risorsa ma una forza lavoro da sfruttare e da sostituire con professioni a minor costo (e mi riferisco al famigerato comma 566 ed alle iniziative di Emilia Romagna e Toscana, ma anche di altri che ben conoscete), Associazioni che hanno visto nella legislazione ormai inadeguata della colpa professionale un'occasione per trarre profitti a danno dei medici.

In questo contesto il mondo medico non ha saputo fino ad oggi trovare risposte adeguate, diviso al proprio interno e con forti componenti ideologizzate e negative ad ogni tentativo di cambiamento, nonostante l'evidente fallimento della 229 e della qualifica dirigenziale che favorisce l'omologazione con altri professioni sanitarie, facendo così perdere le peculiarità della professione medica e favorendone la sua progressiva, ma costante emarginazione.

CIMO è stato il primo sindacato a ribellarsi. Già due anni fa pose il problema del riconoscimento per legge dell'atto medico, portandolo al centro del dibattito tanto da essere stato uno degli argomenti trainanti delle recenti elezioni ordinarie e da aver spinto una collega deputato a presentare un DDL.

L'altra iniziativa importante è stata la presentazione di una proposta di affiancare alla carriera "gestionale" una carriera "professionale" per ridare una prospettiva ai colleghi ai quali il

continuo taglio di strutture nega il giusto riconoscimento delle loro capacità e competenze; un altro argomento, che era tabù, è ora ritenuto fondamentale anche dalla parte pubblica tanto da essere uno dei punti dell'art. 22 del Patto per la Salute, ma anche su questo il mondo medico è diviso. Ci sono poi le questioni della colpa professionale e della difesa della libera professione che hanno visto CIMO protagonista da sola o con altri.

La frammentazione della rappresentatività e la divisione del mondo medico pesano come macigni sulla possibilità del recupero per il medico del ruolo centrale nella tutela della salute dei cittadini che la politica, con la complicità troppo spesso di nostri colleghi, hanno progressivamente ridotto in questi ultimi venti anni.

CIMO si è quindi posta come obiettivo un recupero di un'unità di intenti e di azioni. Con altri sindacati rappresentativi di tutto il lavoro medico ha dato vita lo scorso ottobre ad "Alleanza per la Professione Medica" che ha rappresentato una novità importante è che ha assunto iniziative comuni e dato un importante contributo sui maggiori temi "caldi". Nello stesso tempo ha cercato alleanze all'interno del mondo della dipendenza con quei sindacati che non hanno rinunciato ad essere medici, rifiutando la "marmellata" della dirigenza sanitaria; sindacati che, non a caso, adesso sono tutti in APM.

Siamo quindi ad uno snodo importante e ci auguriamo che il rinnovo dei vertici FNOMCeO appena eletti e il nuovo presidente, la dott.ssa Roberta Chersevani, sappiano ridare alla professione un ruolo che oggi appare appannato, ricucendo le divisioni che si sono verificate all'interno del mondo ordinistico negli ultimi tempi.

CIMO dà la sua disponibilità ad azioni comuni, ma proseguirà comunque la propria attività a difesa della professione medica.

Antonio De Falco

Un caro saluto ed un ringraziamento a tutti voi per essere presenti a questo che è diventato ormai un evento fisso nel panorama dei convegni CIMO.

Quest'anno il tema che abbiamo voluto proporre verte, non a caso, sulla professione e sulla professionalità del medico al servizio della salute del cittadino.

Il termine professione indica un'attività intellettuale per l'esercizio della quale sia richiesta la laurea o una particolare abilitazione mentre per professionalità (che è una derivazione del termine "professionale") s'intende la qualità di chi svolge la propria professione legata ad abilità, bravura, capacità, adeguata preparazione e competenza.

E già qui, almeno nella nostra Regione, vorrei soffermarmi sulla "adeguata preparazione e competenza".

Quando colleghi che hanno adeguata preparazione e competenza nel loro specifico campo (es. pediatri, ginecologi) per carenza di personale e/o per carenze organizzative sono di fatto "sbattuti", (mi si consenta il termine) con improvvisate disposizioni, nei P.S. generali perché "medici", ad impattare patologie acute non di

loro competenza, mi chiedo e chiedo a Voi: in questi casi quale professionalità si è messa al servizio della salute del cittadino? E tutto questo il cittadino lo sa?

Ed ancora, questa è notizia di pochi giorni fa, ma voglio pubblicamente denunciarla perché riguarda uno dei più grandi ospedali del mezzogiorno cioè il Cardarelli.

Ebbene per il pensionamento del Direttore di UOC della Chirurgia Toracica il Commissario Straordinario ha pensato bene non di fare l'articolo 18 per affidare temporaneamente la responsabilità dell'UOC ad uno dei dirigenti della stessa Unità avente diritto e titolo (nel rispetto della normativa contrattuale) ma di nominare responsabile di questa UOC, ad interim, il Direttore del Dipartimento Chirurgico che sembrerebbe non avere il requisito specifico richiesto, cioè la specializzazione in Chirurgia Toracica, né una specializzazione equipollente (requisito indispensabile ed essenziale per accedere al concorso pubblico per ricoprire sia il posto di Dirigente dell'UOC di Chirurgia Toracica che quello, a maggior ragione, di Direttore).

Ed allora quale professionalità, cioè quale preparazione

e competenza al servizio della salute del cittadino? Ed il cittadino lo sa? E quanti altri casi simili a questo vi sono nella nostra Regione?

E se tutto questo avviene nel disinteresse e nel silenzio generale perché meravigliarsi poi se oggi, come classe medica, siamo circondati da altre componenti professionali del sistema sanitario che premono in attesa di una loro trasformazione da comprimari a protagonisti?

Ed allora ecco il fiorire del famigerato comma 566 o, ancora peggio, l'atto d'indirizzo della Regione Lazio per l'adozione degli atti aziendali in cui vengono separate la linea clinica da quella assistenziale il cui governo (quella della linea assistenziale) è posto a capo delle UOC delle professioni sanitarie non mediche. Atto al momento per fortuna bocciato dal TAR Lazio (in attesa del ricorso in Consiglio di Stato).

Da un lato si de-professionalizza il medico nelle sue specifiche competenze, invece di esaltarne la specificità, abbassandone così la qualità professionale e lo si ottiene il più delle volte disattendendo leggi, contratti e regolamenti; dall'altro si potenziano le altre figure professionali sanitarie innalzandone le competenze, forzando le interpretazioni normative e pressando il legislatore nazionale a prenderne atto o sostituendosi ad esso legiferando nel nome dell'autonomia regionale.

Tutto questo avviene, diciamo così, per una forza dal basso che va poi ad inserirsi in un contesto più ampio che è il perenne conflitto tra Stato e Regioni dove il mancato rinnovo del "Patto per la Salute", che sembra arenato, ne è un esempio eclatante.

Purtroppo la cronistoria di quest'ultimi mesi e le dichiarazioni dei protagonisti confermano, oltre ogni ragionevole dubbio, che in questo perenne conflitto, stiamo assistendo ad uno spettacolo patetico che delegittima le istituzioni ed indebolisce entrambi i poli con compromessi sempre più al ribasso.

Le conseguenze del conflitto inevitabilmente ricadono su Aziende Sanitarie e professionisti, ma soprattutto su pazienti e famiglie delle fasce socio economiche più deboli.

Il Ministro Lorenzin ha dichiarato che "non ci possono

essere in Italia 20 sanità diverse, la nostra salute non può dipendere dalla città in cui nasciamo". Certo l'affermazione è condivisibile da 60 milioni di cittadini. Purtroppo però, la riforma che l'esecutivo sta portando avanti non va in questa direzione. Infatti, con l'attuale formulazione dell'art. 117 del titolo V la legislazione esclusiva riguarda solo la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali – ma non quelli sanitari – che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale; oltre tutto la clausola di salvaguardia non include la tutela della salute.

Ed allora se l'art. 32 della Costituzione affida alla Repubblica la tutela del diritto alla salute il conflitto istituzionale Stato/Regioni non paralizza solo il Patto per la Salute ma rischia di rendere sempre più evanescente il concetto di Repubblica.

Certo i professionisti medici di oggi sono e devono essere diversi da quelli di ieri, essere oltre che professionalmente qualificati capaci anche di "gestire". Purché ci si ricordi sempre (con i necessari riconoscimenti legislativi) che al medico solo compete la responsabilità e la direzione (qui il medico è dirigente davvero!) dei processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie fisiche e psichiche della persona, attività che può svolgere in autonomia ovvero con la collaborazione di altro personale sanitario laureato o non. Tutto ciò rappresenta null'altro che il riconoscimento del "ruolo del medico", obiettivo strategico che l'attribuzione della qualifica dirigenziale ha finito per porre in ombra in quest'ultimi vent'anni con l'effetto di un accerchiamento progressivo per i nostri ambiti di esplicazione professionale.

Questo convegno pertanto vuole riaffermare e dimostrare, se ce ne fosse ancora bisogno, il valore della professionalità del medico e la sua insostituibilità non per mero scopo corporativo, come banalmente talvolta ci viene rinfacciato, ma proprio per salvaguardare quel diritto alla salute del cittadino a parole da tutti sbandierato ma nei fatti poco tutelato.

Sono sicuro pertanto che gli illustri relatori riusciranno con i loro interventi in tale compito.

A tutti loro e a Voi il mio augurio di buon lavoro.

Introduzione

Raffaele Guglielmi

Cari amici, anche quest'anno abbiamo organizzato a Salerno questo convegno che come sempre viene onorato dalla presenza di autorevoli relatori che ci intratterranno con argomenti sempre attuali e sempre problematici per la vita quotidiana del dirigente medico.

Nella prima sessione Giancarlo Faletti affronterà le recenti novità legislative per la nostra professione, il Presidente del nostro Ordine provinciale Bruno Ravera ci parlerà dell'attività professionale dal punto di vista deontologico, mentre il Presidente Mario Lepre mostrerà le ultime

affermazioni giurisprudenziali in tema di professione medica.

La seconda sessione vede Giulio Cecchini, regionale CIMO Liguria, affrontare il rischio radiologico, Mario Iannotti la gestione dell'emergenza ed infine Guido Quici, vicepresidente nazionale vicario, la questione della progressione di carriera.

Come vedete anche quest'anno CIMO Salerno si aggiorna con argomenti importanti e spesso irrisolti relazionati dai nostri migliori quadri dirigenti oltre che da autorevolissimi ospiti.

Le recenti novità legislative che incidono sull'esercizio della professione del dirigente medico del SSN

Giancarlo Faletti

Nel breve volgere di poche settimane prima della pausa estiva, numerosi e qualificati sono stati gli interventi del legislatore e del Governo che, occupandosi specificamente di sanità, hanno introdotto modifiche allo status quo o ne prospettano alcune di significato particolarmente dirimpente; di modo che mi pare essenziale fornirne un brevissimo elenco, cui fare però seguito con informazioni di dettaglio sull'improvviso risveglio di un'attenzione generalizzata sulla questione della responsabilità professionale dei sanitari, medici in primis, risveglio anche indotto dalla ennesima campagna scandalistica sulla incidenza economica della inappropriatazza delle cure e dei costi della medicina difensiva.

Andiamo con ordine:

- È stato convertito in legge, e definitivamente approvato dai due rami del Parlamento, il decreto legge "sugli enti locali" (DL 78/15) che ha introdotto un sostanzioso taglio al finanziamento del SSN: vale unicamente la pena di osservare che il taglio operato in unica soluzione corrisponde - nel suo ammontare - a ciò che la "revisione della spesa" griffata Cottarelli aveva proposto di ottenere in un triennio
- Il testo della legge di conversione, che ricomprende il solito emendamento di matrice governativa per la cui approvazione è stata posta dal Governo la ennesima fiducia, introduce, tra gli altri, gli artt. 9 quater e 9 quinquies sui quali è doverosa una approfondita riflessione. Il primo è intitolato "riduzione delle prestazioni inappropriate" e rinvia a successivo decreto ministeriale (di subitanea approvazione - 30 giorni dalla data di entrata in vigore della legge) il compito di individuare "le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale". Il verosimile contenuto del DM è già stato anticipato nella mail del 5.8.15 del Presidente che ha riferito dell'incontro del 4.8 con il Ministro. Ciascuno è in grado di valutare la portata di quelle previsioni: ciò che qui interessa sono, secondo me, almeno due possibili conseguenze. La prima è legata alla burocratizzazione della professione che induce sempre più il professionista ad operare secondo impostazioni predefinite: nel DL Balduzzi, premiale era il rispetto delle linee guida; qui, non punitivo è il rispetto delle indicazioni ministeriali. La seconda è l'introduzione di un messaggio dall'evidente tono intimidatorio che sanziona

economicamente il "medico prescrittore dipendente del SSN" (oltre a quello convenzionato) che non rispetti le indicazioni ministeriali ovvero non sia in grado di giustificarne "sufficientemente" la deroga.

- L'art. 9 quinquies è, invece, intitolato "rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa del personale dipendente del SSN" che, lungi dal dare la stura ad una ormai appassita stagione di rinnovi contrattuali che - a questo punto - sarebbe doveroso avviare se non altro per rispettare il dettato della nota (e curiosa) sentenza della Corte Costituzionale, si preoccupa di "permanentemente ridurre" l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento economico del personale "in presenza di riorganizzazioni finalizzate al rispetto degli standard ospedalieri" (di cui al noto DM 70/15 la cui applicazione va a scadere i primi giorni del prossimo settembre): la riduzione corrisponde all'importo "pari ai risparmi di trattamento accessorio derivanti dalla diminuzione delle strutture operata in attuazione di detti processi di riorganizzazione". Per farla breve, la retribuzione di risultato e la variabile aziendale della retribuzione di posizione relativa ai posti già destinati alle strutture che saranno "riorganizzate" sarà cancellata - permanentemente e mano a mano che procederà il processo di riorganizzazione - dal fondo di competenza: dell'avvio della contrattazione non si parla proprio ma, al contempo, il legislatore ha già provveduto a decurtare i fondi a disposizione.
- È stato poi definitivamente approvato il ddl Madia sulla "riforma della Pubblica Amministrazione": si tratta di una legge delega per la cui attuazione saranno necessari uno stock di decreti legislativi (che, come noto, non prevedono un ulteriore passaggio parlamentare). Gli effetti in capo alla "dirigenza medica" della riclassificazione della dirigenza (ex) pubblica derivanti dalle nuove disposizioni non sembrano - allo stato - così chiaramente definiti: nella migliore delle ipotesi, nulla sembrerebbe cambiato rispetto all'attuale previsione di cui all'art. 15 d.lgs. 502/92 e s.m. ed i., salvo valutare se tutti i principi regolatori del rapporto (di cui al ddl Madia) si applichino o meno anche alla "dirigenza medica" che, come noto, è stata espressamente esclusa da quella "regionale". Il dato certo, invece, è che, in quel testo, non è affermata la rivitalizzazione dell'area contrattuale

specifica cosicchè, al riguardo, dovrà essere sanato il bisticcio, a questo punto evidente, tra le aree contrattuali della Brunetta e la nuova impostazione della dirigenza del ddl Madia (ruoli unificati della dirigenza dello Stato, delle regioni, degli enti locali).

Nel corso della conferenza stampa che ha fatto seguito all'incontro con le OO.SS., il Ministro ha dato notizia del fatto che sui medici è stato "portato a termine l'iter della commissione Alpa sulla medicina difensiva. Il Dossier lo consegneremo nei prossimi giorni alla Commissione Affari Sociali della Camera, che sta lavorando alla legge sulla Responsabilità professionale, e la nostra volontà è di far camminare insieme alle misure dell'appropriatezza anche le norme su medicina difensiva, e questo entro la prossima Legge di stabilità".

Fa piacere rilevare che le proposte come sintetizzate nel documento finale sono, da alcuni anni, il cavallo di battaglia CIMO nella materia.

Più in dettaglio, le proposte della Commissione, riassunte in tre scarse paginette, sono le seguenti:

Per quel che riguarda la responsabilità civile del medico:

- Attualmente la giurisprudenza della Cassazione attribuisce al rapporto tra medico e paziente natura di rapporto contrattuale. Ne consegue che il medico risponde nei confronti del paziente per inadempimento contrattuale: la prescrizione dell'azione è quindi decennale ed opera la c.d. inversione dell'onere della prova (non è il paziente che deve dimostrare la colpa del medico, ma il medico che ha l'onere di provare in giudizio di aver agito senza colpa).

La Commissione ministeriale propone di distinguere tra medico dipendente di una struttura sanitaria e medico libero professionista.

Per il medico dipendente di una struttura sanitaria (ospedale o casa di cura, pubblica o privata) e per quello convenzionato la responsabilità professionale sarà di natura extracontrattuale (art. 2043 c.c.), mentre per il medico libero professionista sarà di natura contrattuale. Per i medici dipendenti e convenzionati l'azione risarcitoria si prescriverà pertanto in 5 anni (non in 10) e l'onere della prova della colpa graverà sul paziente.

- Saranno introdotti limiti all'azione di rivalsa da parte della struttura sul medico dipendente e nello stesso tempo si rivedrà il rapporto tra l'azione di rivalsa stessa ed il giudizio erariale della Corte dei conti, prevedendo che l'attivazione di quest'ultimo inibisca la prosecuzione della prima.

Per quel che riguarda la responsabilità penale del medico:

- Si propone una fattispecie autonoma di lesioni ed omicidio colposo per i professionisti sanitari, che risponderebbero penalmente solo per colpa grave e dolo. In tale contesto si prevede una specifica definizione di colpa grave.
- Si propone altresì una revisione delle norme del codice di procedura civile e del codice di procedura penale,

nonché delle relative disposizioni di attuazione, in ordine alle **consulenze tecniche** nelle controversie civili e penali in materia di responsabilità professionale sanitaria. Si introdurrà un Albo di superperiti al quale i giudici dovranno attingere per le C.T.

Per quel che riguarda l'assicurazione e la gestione del rischio clinico:

- Si rafforzerà il sistema che prevede l'obbligatorietà dell'assicurazione delle strutture ospedaliere pubbliche, delle strutture sanitarie private e degli operatori sanitari.
- Si introdurrà nell'ambito dei giudizi di risarcimento del danno derivante da malpractice, la previsione di un accertamento tecnico preventivo e di una conciliazione preventiva obbligatoria. In sintesi, il paziente che intenda fare causa ad un medico dovrà obbligatoriamente attivare un procedimento in contraddittorio per l'espletamento di una perizia e soltanto all'esito di tale procedimento (e se la perizia sancirà la colpa del medico) potrà proporre azione risarcitoria. E' evidente che qualora l'accertamento tecnico preventivo non sancirà la colpa medica, il paziente non proporrà alcuna azione legale. Ne conseguirà un effetto deflattivo importante per i contenziosi giurisdizionali.
- Si renderanno uniformi i flussi informativi sulla gestione degli Eventi Sentinella e sui Sinistri, attualmente incardinati il primo presso il Ministero della Salute, Direzione della Programmazione Sanitaria, il secondo presso Agenas, per cui il Gruppo ha espresso l'utilità di unificare i flussi in seno alle aziende sanitarie e ha deciso di effettuare la medesima operazione di riunificazione dei due flussi in seno all'Osservatorio sulla gestione del Rischio Clinico presso il Ministero della Salute - Direzione della Programmazione Sanitaria, nonché di far confluire presso l'Osservatorio ministeriale anche le informazioni inerenti la Farmacovigilanza, gestite dall'A.I.F.A., e la Dispositivo Vigilanza, gestite dalla Direzione dei Dispositivi Medici del Ministero. Parallelamente a questi eventi, poi, è stato nominato in Commissione Affari Sociali della Camera il nuovo relatore del ddl "in materia di responsabilità professionale del personale sanitario" (il PD Gelli) che ha dichiarato essere sua intenzione lavorare su un testo base già disponibile in modo da pervenire alla formulazione di un testo condiviso entro la fine dell'anno. E' curioso rilevare che, al netto di altre previsioni, il testo base in questione propone, a propria volta, alcuni dei capisaldi del lavoro della Commissione Ministeriale. In specie,
 - riguardo alla colpa sanitaria e i profili penali proponendo una modifica del Codice Penale con l'aggiunta di un articolo 590-ter: "(Morte o lesioni come conseguenze di condotta colposa in ambito medico e sanitario). "L'esercente la professione medica o sanitaria che in presenza di esigenze preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, avendo eseguito o ommesso un trattamento, cagioni la morte o una lesione personale del

paziente è punibile solo in caso di colpa grave o dolo. Ai sensi del presente articolo, la colpa sussiste quando l'azione o l'omissione dell'esercente la professione medica o sanitaria, inosservante delle buone pratiche e delle regole dell'arte, crei un rischio irragionevole e inescusabile per la salute del paziente, concretizzatosi nell'evento".

- Riguardo alla responsabilità civile per danni a persone derivanti da comportamenti sanitari colposi, verificatisi in una struttura sanitaria pubblica o privata, posta a carico della struttura stessa, inclusa ogni tipo di prestazione sanitaria eseguita all'interno della struttura stessa, comprese quelle libero-professionali. La responsabilità civile dell'esercente la professione sanitaria è invece di natura extracontrattuale. La struttura sanitaria potrà esercitare azione integrale di rivalsa nei confronti dei propri prestatori d'opera, dipendenti e non, soltanto quando il fatto sia stato commesso con dolo. Infine, in caso di danno derivante da colpa diretta del sanitario, accertato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile con sentenza passata in giudicato, la struttura sanitaria potrà esercitare azione di rivalsa nei confronti del proprio dipendente nella misura massima di un quinto della retribuzione, per un periodo di tempo non superiore ai cinque anni.

- Riguardo all'obbligo di assicurazione secondo cui le aziende sanitarie del Servizio sanitario nazionale, le strutture e gli enti privati operanti in regime autonomo o di convenzione con il Servizio sanitario nazionale e tutte le altre strutture o enti che, a qualunque titolo, rendono prestazioni sanitarie, devono essere provviste di copertura assicurativa per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso l'azienda, la struttura o l'ente. Il personale sanitario che esercita la propria attività al di fuori di una struttura sanitaria di cui sopra, dovrà invece essere provvisto di propria copertura assicurativa per la responsabilità civile verso terzi. Alle Regioni viene riconosciuta la facoltà, per cinque anni dalla data di entrata in vigore della legge, di istituire forme di auto-assicurazione delle aziende sanitarie del Servizio sanitario nazionale operanti nel territorio regionale, salva la garanzia assicurativa di tutela contro i grandi rischi derivanti dalla prestazione di attività sanitarie.

La coincidenza temporale e di contenuti è davvero importante: sarà che, per una volta, il buon senso faccia premio sui fiumi di inchiostro versati, fino ad ora, invano?

Indirizzo per corrispondenza:

Avv. Giancarlo Faletti

e-mail: giancarlo.faletti@studiolegalefaletti.it

L'attività professionale del medico alla luce del Codice Deontologico

Bruno Ravera

L'aggettivo deontologico indica ciò che deve essere, in contrapposizione all'ontologico che indica ciò che è (da Parmenide in poi).

Il codice deontologico è la somma dei principi fondati sull'etica medica a cui deve ispirarsi l'attività professionale.

Potrebbe anche definirsi come la disciplina dei doveri. Si tratta di fonte normativa secondaria, di rango subordinato alla normativa primaria, costituita dalle leggi statali o regionali e dai Regolamenti aventi forza e valore di legge, e, quindi, meramente integrativa dei precedenti normativi (in giurisprudenza, si vedano T.A.R. Lazio Sez. III Roma 29 ottobre 2012 n. 8858; Cass. Sez. VI civ. 4 agosto 2011 n. 17004; Cass. Sez. Un. Civ. 17 giugno 2010 n. 14617).

Se volessimo proprio tentare una definizione più completa si potrebbe ricorrere a quella del prof. Vittorio Fineschi: "Dottrina che coniuga con esemplare equilibrio il complesso dei doveri e potestà del medico con l'ansia delle attese sociali e prima ancora individuali e quindi con i diritti-valori delle persone".

E' lecito porsi una domanda pregiudiziale. Perché è necessario un Codice Deontologico che riguarda una professione, quando c'è un ordinamento statale che deve normare i comportamenti di tutte le persone?

Una prima risposta può essere rintracciata nella scomparsa (perché di questo si tratta) di un'etica condivisa. La persona umana che precede qualunque pretesa dello stato non è più un valore indisponibile al potere politico e al diritto. Ma, dato che vi è sempre la permanente esigenza di affermare i principi etici, in presenza di un pluralismo etico è indispensabile una normazione deontologica.

Per cui si assiste ad una vera evoluzione dell'ordinamento giuridico all'interno del quale la legge dello Stato perde il monopolio a favore di una regolamentazione che riscontra la propria legittimità nel fatto di essere il prodotto dell'autonomia della classe della quale diventa addirittura la espressione più elevata (Sandulli).

E' evidente che questa non può essere libera nei contenuti, ma deve rispettare necessariamente i limiti e gli equilibri stabiliti dalla nostra Costituzione, che restano inderogabili. Lo Stato, quando si rispettano questi valori, "si rimette alla sensibilità della classe professionale e dei suoi organi per la selezione, la conservazione e l'osservanza delle regole di correttezza e di decoro professionale, astenendosi da ogni ingerenza nella convinzione che il più geloso custode del prestigio della classe abbia ad essere la classe stessa" (Sandulli).

Per valutare come in questo delicatissimo settore vi sia una evoluzione negli atteggiamenti giurisprudenziali, è opportuno considerare la differenza che intercorre tra due orientamenti resi chiari da due pronunce della Suprema Corte Sezioni Unite: in una 23.07.1993 n. 8239. in cui

viene affermata la separazione tra norma etica e norma giuridica negando quindi il valore giuridico della norma deontologica in quanto quest'ultima esprime "precetti extragiuridici", ovvero "norme interne alla categoria e non invece all'ordinamento generale".

In una sentenza delle Sezioni Unite Civili del 1975 questa posizione viene ulteriormente precisata: "Al pari di altri Ordini, quello delle professioni sanitarie è, per antica tradizione, titolare di poteri di autarchia e di autonomia, il cui esercizio realizza il principio dell'autogoverno della professione. E la manifestazione più elevata di questo è costituita dall'enunciazione e dalla conservazione delle regole di deontologia professionale, nonché, in un successivo e solo eventuale momento, dalla concreta applicazione delle regole stesse, secondo le forme e le garanzie della procedura disciplinare. L'ordinamento riserva, quindi, alla categoria professionale ed agli organi che ne sono espressione, poteri di autonomia in relazione alla individuazione delle regole di comportamento dei professionisti e poteri di cd. autocrazia in sede di applicazione delle regole stesse. Queste, però, non assurgono a norme dell'ordinamento generale, ma operano quali regole interne della particolare categoria professionale cui si riferiscono. Questa limitazione è coerente conseguenza di un più generale principio, condiviso dalla dottrina, secondo cui le fonti metagiuridiche non si trasformano, di regola, in fonti dell'ordinamento giuridico generale, in difetto di espressa previsione legislativa".

Ma queste proposizioni, di cui nessuno ovviamente contesta l'autorevolezza, non si sono sottratte ad alcune riflessioni critiche, magistralmente indicate da Jadecola, che qui non è possibile riassumere, anche se hanno grande forza argomentativa. Viene solo indicata una successiva pronuncia delle Sezioni Unite della Cassazione che definisce le norme deontologiche "come vere e proprie norme giuridiche vincolanti nell'ambito dell'ordinamento di categoria" le quali (commento di Jadecola) "trovano fondamento nei principi dettati dalla legge professionale e nella previsione normativa (per legge dello Stato) del procedimento disciplinare in caso di violazione degli stessi (nella fattispecie si trattava del Codice deontologico forense, ma la qualificazione risulta del tutto mutuabile nell'ambito della deontologia medica, che presenta le medesime connotazioni strutturali)".

In conclusione di questo breve excursus si può affermare che è ormai pacificamente accettato il grande valore dell'autonomia professionale, che in più di un caso ha percorso persino la configurazione giuridica in atto.

Si pensi, per fare qualche esempio che andrebbe approfondito, alla tutela della riservatezza dei dati personali del paziente (art. 10) tra cui l'obbligo del segreto professionale, che è illecito professionale indipendentemente dagli eventuali effetti, mentre l'ipotesi di reato di cui all'art.

622 c.p. esige per il suo concretizzarsi che dalle rivelazioni scaturisca un danno per il soggetto. Potremmo citare le norme cui il medico deve attenersi nella procreazione medicalmente assistita.

Già il termine procreazione, preferito a quello di fecondazione o riproduzione, non è un distinguo semantico ma esprime una particolare attenzione a quei valori strettamente connessi a questioni essenziali, che non sono riconducibili esclusivamente al semplice fatto riproduttivo, ma attengono al rispetto della persona umana in tutte le fasi della vita.

Tutto il Codice è funzionale a un diverso rapporto medico-paziente. Si parla di atti terapeutici o altro. La relazione medico-paziente è sempre una relazione asimmetrica. L'elemento fondamentale che scandisce e caratterizza questa nuova relazione è il consenso informato (art. 38) (per la verità io preferirei il termine consenso consapevole).

Non basta parlare, ma accertarsi che il paziente abbia veramente capito. Questo elemento è la fine non rimpiaanta del paternalismo medico. Non si tratta di apporre una firma distratta su un foglio di carta ma di spiegare bene, ripeto in termini comprensibili, quello che si propone all'ammalato. Se vi è l'autonomia del medico vi deve essere l'autodeterminazione del paziente, che ha anch'esso dei diritti e dei doveri. Il diritto di essere informato e il dovere di non pretendere prestazioni non appropriate. Questa assoluta necessità relazionale porta ovviamente al fattore tempo, sia in un ricovero che in una visita. E' necessario capire (lo dovrebbero per la verità capire anche le amministrazioni) che il tempo dedicato alla comunicazione è parte integrante e insostituibile dell'atto clinico e non può essere limitato oltre un certo limite, pena la qualità e la sicurezza delle cure.

Continuiamo. L'informazione "laica" in materia di sessualità, riproduzione e contraccezione (art. 42); l'obbligo di "tener conto" delle dichiarazioni anticipate di trattamento, sottoscritte e datate da persona capace e successive ad una informazione medica di cui resti traccia documentale, fa sì che il medico non sia un semplice notaio e questo accresce la sua responsabilità anche in assenza di precise norme legislative. Come già detto il medico ha il compito importantissimo di aiutare, essere vicino, accompagnare l'ammalato nel morire e non a morire.

Questo Codice Deontologico, approvato dal Consiglio Nazionale FNOMCeO il 16 maggio 2014 dopo un ampio dibattito in cui sono emersi i diversi orientamenti ideologici, riesce ad offrire un insieme di doveri, espressione di una raggiunta maggiore maturità deontologica del medico italiano.

Se fosse possibile racchiudere questo complesso lavoro, in cui non sono mancati accenti polemici, alcuni anche dal nostro Ordine, in un tentativo di sintesi mi sentirei di dire che vi è stata la transizione dalla medicina difensiva all'autonomia professionale responsabile, espressione della raggiunta e direi consolidata consapevolezza del primato della deontologia. Devo dire quasi in premessa, forse

sarebbe meglio dirlo a conclusione, che i contenuti positivi del Codice potranno pienamente esplicarsi con l'auspicata riforma dell'Ordine Professionale che, si spera, rafforzi la responsabilità ma dia anche gli strumenti per incidere profondamente sul costume, appropriatezza ed equità, e che accanto al potere disciplinare ponga le basi di quello che è o dovrebbe essere il governo clinico della Sanità. E questo al di fuori di ogni tentazione corporativa, ma tenendo nel massimo conto un principio fondamentale: il Codice è a garanzia del cittadino non del medico.

Vi è da notare preliminarmente una sostanziale concordanza con la precedente enunciazione dei principi, che si traduce nel ribadire l'esigenza che il comportamento del medico, anche al di fuori dell'esercizio professionale, sia ispirato al rispetto rigoroso del decoro e della dignità dell'uomo prima ancora che del medico.

Fondamentale ci sembra avere posto come obbligo etico e deontologico il giuramento professionale. Non vi appare più ovviamente il ricorso a testimoni sacri, né vi sono altri riferimenti sacrali. Il nuovo giuramento acquista tutta la sua forza nell'impegno che il medico assume di seguire la propria coscienza illuminata dalla cultura scientifica e dalle leggi della propria deontologia. In effetti, l'unica maniera veramente vincolante per l'uomo di oggi è impegnare la coscienza personale, che è l'insieme delle proprie convinzioni e che caratterizza la sua personalità. In un'epoca in cui si parla, e a ragione, di crisi dei valori il giuramento è quindi un'orgogliosa rivendicazione di una vera diversità.

Essenza della professione del medico, sancita dal Giuramento di Ippocrate e sublimata dall'insegnamento del Samaritano, è, per dirla con le parole del nostro antenato di Kos, "in qualunque casa io entrerò sarà solo per la salute dell'infermo".

E questa affermazione è tanto più significativa in un periodo storico in cui la tavola dei valori, che la coscienza di una società riconosce e lo Stato democratico garantisce, non è più unanimemente condivisa.

Questo in relazione al cosiddetto tramonto dell'umanesimo che è la tragica deriva di una società che si ispira a una nuova antropologia chiamata post-umanesimo.

Ecco perché negli anni '80 del secolo scorso la rivista americana Time ha dedicato la copertina all'essere vivente più influente, attribuendogli il titolo di Uomo dell'Anno. Quest'uomo era il computer, che può aiutare a fare il medico ma certamente non ad essere medico. Dietro al computer ci deve essere Ippocrate.

Nei primi articoli del Codice sono di fatto confermate le caratteristiche imprescindibili della libertà, indipendenza e dignità della professione, che si concretizzano nella rivendicazione dell'autonomia professionale strettamente coniugata con le responsabilità. Il medico non può pretendere, in nome della autonomia professionale (che è un valore sacrosanto), di fare quello che vuole o anche quello che ritiene utile al paziente al di fuori di regole (se non si vogliono chiamare "linee guida").

Diciamo subito che le linee guida dovrebbero essere elaborate da un gruppo di studiosi di chiara fama di cui sia accertata l'autorevolezza e l'assenza di qualsiasi conflitto d'interessi.

E' noto, per esempio, che la relazione circa l'impiego dei nuovi farmaci per l'epatite C (Sofosbuvir-Sovaldi) della GILEAD e stata elaborata da un comitato di 25 professori, di cui 19 lavorano o avevano lavorato per la stessa industria.

Detto questo, sarebbe pregiudiziale il tentativo di definire bene il concetto dell'uso appropriato delle risorse, che o è una tautologia o un obbligo e un dovere che nessuno vuole ignorare, ma che messo in un Codice può rappresentare una minaccia per il medico, perché la sua valutazione discrezionale è demandata all'autorità amministrativa.

Ma che cos'è l'appropriatezza? Senza fare sforzi di erudizione si potrebbero riportare varie definizioni non tutte concordanti.

La nostra preferenza va alla definizione di R. Brook: "E' appropriata quella prestazione per cui i benefici per il paziente superino i rischi in misura tale da giustificarne l'erogazione".

Avrei quasi la tentazione di dire: comportiamoci con buon senso che, direbbe il Giusti, "un di fu caposcuola ed ora purtroppo è morto affatto, la Scienza sua figliola, lo ha ucciso per veder com'era fatto". Ci limitiamo invece a dire che l'Appropriatezza è: fare la cosa giusta, al soggetto giusto, al momento giusto, da parte dell'operatore giusto, nella struttura giusta, nel modo giusto.

Se si porta l'analisi sugli obblighi professionali si può notare che vi è maggiore insistenza nella difesa del segreto professionale e sul rispetto della privacy, riaffermando il dovere di tutelare la riservatezza dei dati personali, subordinando il trattamento al consenso della persona (art. 11 e 12).

Fondamentale, nel successivo art. 13, la riappropriazione dell'autonomia prescrittiva ai fini di "prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione che resta una specifica esclusiva e non delegabile competenza del medico". Questa enunciazione non è una preclusione all'intesa e alla collaborazione con altre professioni sanitarie, tanto è vero che (art. 66) "il medico si adopera per favorire la collaborazione, la condivisione e l'integrazione fra tutti i professionisti sanitari coinvolti nel processo di assistenza e di cura, nel rispetto delle reciproche competenze, autonomie e correlate responsabilità".

I compiti possono essere e sono diversi ma non opposti o conflittuali, e la collaborazione deve essere ricercata e favorita nell'esclusivo interesse della persona ammalata, che, nessuno lo dimentichi, resta sempre al centro del sistema. E' come in un'orchestra, ove vi è un direttore e tutti i componenti sono importanti, direi indispensabili, lì per l'armonia, qui per l'efficienza e l'efficacia, ma non tutti hanno la stessa funzione. Non è un problema di importanza ma del rispetto dei ruoli in assoluta autonomia; in una parola, di funzionalità. Io ho la netta impressione che il contrasto tra medici e infermieri sia in gran parte dovuto al fatto che lo stato maggiore degli infermieri quasi sempre non

esercita più questa nobile e insostituibile professione. Chi ha consuetudine di lavoro in Ospedale anche e soprattutto al Pronto Soccorso deve riconoscere che l'attività si svolge sempre in un clima di serena concordia. Vi sono come in tutte le professioni chi si distingue per impegno preparazione e competenza e a questi sono affidati i compiti più delicati, che non possono essere dettagliatamente previsti come una sorta di Tavole della legge, date una volta per sempre, non sul Monte Sinai ma sugli avamposti degli Ospedali sedi di P.S. e dei dipartimenti di emergenza. E' logicamente auspicabile che abbia termine questo clima di guerriglia (v. Comma 566) e si rispettino le leggi che anche in presenza della Riforma del Titolo V della Costituzione non sono state abolite da nessuno. E' allora necessario che la conferenza Stato-Regioni, con la presenza della FNOMCeO e dei sindacati, elabori protocolli che definiscano gli ambiti delle rispettive responsabilità. E' pacifico che al medico spetti fare diagnosi e terapia e all'infermiere spetti il "care" che è l'altro fondamentale pilastro per la cura delle persone. Applicare la legge 42/99 e l'art. 22 del patto della Salute. No a fughe in avanti ma anche no a posizioni di retroguardia che vorrebbero configurare l'infermiere solo al ruolo di mero esecutore delle altrui disposizioni.

Questa responsabilità del medico affiora anche nella cosiddetta prescrizione off LABEL da modulare sempre con la libertà del paziente, che può anche esprimersi con un rifiuto. Quindi più stringente è il dovere di un'informazione esauriente e sensibile. Di grande importanza nello stesso articolo è il concetto "il medico tiene conto delle linee guida diagnostiche e terapeutiche accreditate da fonti autorevoli e indipendenti, quali raccomandazioni e ne valuta l'applicabilità nel caso specifico". Questo articolo assume una particolare rilevanza solo che si rifletta sul ruolo che la legge 189/2012, la cosiddetta legge Balduzzi, assegna alle linee guida.

"L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della sua attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica, non risponde penalmente per colpa lieve".

Questa disposizione è stata anzi ribadita con maggiore incisività nella legge sulla responsabilità professionale (la cosiddetta legge Gelli, dal nome del proponente) già approvata dalla Camera dei Deputati e attualmente all'esame del Senato. Nel testo si è aggiunta però una importante precisazione: "salvo le rilevanti criticità del caso concreto", a ribadire che le linee guida sono non più di una raccomandazione o di una traccia, ma la responsabilità è sempre del medico. A dare ad esse l'esatto significato interviene la Suprema Corte che con sentenza n. 8254 del 2.03.2011 afferma: "il rispetto delle linee guida, quindi, assunto nel caso di specie quale parametro di riferimento della legittimità della decisione di dimettere dall'ospedale il paziente e di valutazione della condotta del medico, nulla può aggiungere o togliere al diritto del malato di ottenere le prestazioni mediche più appropriate né alla autonomia ed alla responsabilità del medico nella cura del paziente".

D'altra parte, partendo dall'affermazione di Sackett, fondatore dell'EBM: "il medico dopo aver identificato e valutato le migliori prove disponibili e avendole interpretate con la sua esperienza, decide nel rispetto di aspettative valori e preferenze del paziente", si può concordare che per le decisioni sono solo necessarie la conoscenza e l'esperienza. Tra parentesi, la conoscenza è anche alla base dell'appropriatezza e da questa discende la riqualificazione della spesa che è l'obiettivo di Choosing Wisely e di Slow Medicine. Se questa affermazione è condivisibile, come io credo che sia, se ne deduce che le linee guida sono un contributo alla conoscenza, qualità indispensabile per un orientamento clinico (nulla di più nulla di meno). Da qui l'esigenza di un costante aggiornamento, oggi si dice ECM (o educazione continua). E il Codice Deontologico al riguardo obbliga il medico alla formazione permanente, la cui inosservanza configura un illecito disciplinare.

Grande coerenza rivela il contenuto dell'art. 15 che, affrontando "sistemi e metodi di diagnosi e cura non convenzionali", rivendica l'esclusiva e pertinente responsabilità del medico per ogni pratica alternativa che, comunque, "non può né deve prescindere dal rispetto del decoro e della dignità professionale né sottrarre le persone assistite a trattamenti scientificamente fondati e di comprovata efficacia e tanto meno favorire l'esercizio abusivo della professione".

L'art. 16 riguarda il cosiddetto accanimento terapeutico (anche se opportunamente non utilizza questa diffusa ambigua espressione). Anche qui il medico, "tenendo conto della volontà espressa dal paziente o dal suo rappresentante legale e dai principi di appropriatezza ed efficacia delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e terapeutiche non appropriati ed eticamente non proporzionali".

Questo articolo riveste una grande importanza perché afferma un principio fondamentale; una cosa è procurare la morte e una cosa è prendere atto che non è possibile impedirla. Le cure debbono essere proporzionate.

Il successivo art. 17 ribadisce il rifiuto dell'eutanasia (non si è capito perché non si sia voluto usare questo termine, malgrado sia stato espressamente richiesto, bensì una sua specificazione. E' solo un problema semantico? Non si deve avere paura delle parole): "il medico anche se richiesto dal paziente non deve affrettare o favorire atti finalizzati a provocare la morte" (anche nella fattispecie penalmente rilevante dell'omicidio del consenziente).

E' del pari dovere del medico il controllo efficace del dolore che si configura in ogni situazione clinica come trattamento appropriato e proporzionato. Vi è qui il rispetto di quanto prescrive la legge 38/2012 sulle cure palliative e sulla terapia del dolore. Questo articolo nella sua brevità riecheggia l'antico monito: "*Divinum opus est sedare dolorem*".

La terapia del dolore intesa come un indeclinabile dovere non fa ancora parte del codice genetico del medico. Troppi di noi non si impegnano nell'eliminare o almeno ridurre fortemente il dolore fisico (un discorso a parte

meriterebbe il conforto per il dolore morale, che spesso angustia ancor di più l'ammalato). La terapia del dolore è lecita e doverosa anche se dovesse al di là delle cure, procurare, favorire o accelerare la morte (quale esito non voluto, né ipocritamente né fraudolentemente). E' giusto ricordare che questa posizione illuminata e innovativa è stata sostenuta dal Pontefice Pio XII nel corso del Congresso Mondiale di Anestesia del 1956. E' peraltro significativo segnalare che il Codice Deontologico, nel trattare i doveri e le competenze del medico, usa espressioni non equivocate. "I doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona senza discriminazione alcuna". Il Codice riassume in questa espressione il dovere del medico di non abbandonare mai l'ammalato anche quando non vi è alcuna speranza che le terapie possano sortire qualche effetto. Ripeto si deve aiutare la persona nel morire non a morire.

Anche l'attività medico-legale nell'art. 62 conferma in gran parte quanto contenuto nel codice 2006. Si ribadisce il dovere per il medico-legale di avvalersi dell'opera di un collega specialista di particolare competenza nelle discipline interessate. Per converso il medico chiamato si deve avvalere dell'opera di un medico-legale. L'articolo comporta l'obbligo morale per il medico nominato come CTU di non accettare l'incarico se non si ritiene competente nella disciplina. Vi è l'esigenza, anche se si tratta solo di un auspicio (che peraltro il nostro ordine ha tradotto in una richiesta esplicita rivolta ai vertici della Magistratura Salernitana), che la disposizione di un CTU risponda solo ai canoni della competenza.

Una novità interessante è contenuta nell'art. 35 (la citiamo qui per l'attinenza al tema trattato) che riguarda il consenso o il dissenso del legale rappresentante di un minore o incapace. Il medico "segnala all'autorità competente l'opposizione da parte del minore informato e consapevole a un trattamento ritenuto necessario". Cioè il minore è riconosciuto titolare se non di un diritto, di una facoltà di poter esprimere consenso o dissenso.

L'art. 33 riguarda l'informazione e la comunicazione con le persone assistite. Il medico è tenuto a "garantire al minore elementi di informazioni utili perché comprenda le sue condizioni di salute e gli interventi diagnostici e terapeutici programmati al fine di coinvolgerlo nel processo decisionale".

Un tema di grande attualità è quello della pubblicità sanitaria (art. 54-55-56). Il medico promuove e attua un'informazione sanitaria accessibile, trasparente, rigorosa e prudente fondata sulle conoscenze scientifiche e non divulga notizie che alimentino aspettative o timori infondati. E' bene considerare questi articoli non come una generica invocazione alla purezza della scienza, ma come il dovere, direi di più, l'obbligo di non dare notizie di interventi "miracolosi" o sperimentazioni rare di cui non si conoscono i benefici. Il riferimento è a quella sorta di pubblicità indiretta che, con il pretesto di una divulgazione scientifica, esalta di fatto il proprio operato.

Quando vi sono offerte molto pubblicizzate, per esempio in campo odontoiatrico, in cui i prezzi di prestazioni che comportino l'utilizzazione di materiale protesico sono inferiori al costo dello stesso materiale ancorché di qualità appena accettabile, vi è da riflettere su alcune decisioni dell'organo amministrativo che, al di là delle intenzioni, favorisce l'avventurismo (ad essere benevoli). Gli antichi romani, che in tema di diritti qualcosa hanno rappresentato nella storia della civiltà umana, dicevano: *summus ius – summa iniuria*, e avevano ragione.

Credo che tutti i medici possono condividere questa impostazione. Eppure l'antitrust per la tutela della concorrenza e del mercato ha ritenuto questo articolo lesivo della legge della concorrenza e ha comminato alla FNOMCeO una sanzione di 800mila euro. Il TAR Lazio ha ridotto questa multa e il Consiglio di Stato l'ha annullata ma, si badi bene, solo per intervenuta prescrizione, senza entrare nel merito. L'equivoco è già contenuto nella prima relazione dell'Antitrust di Amato a firma del sindacalista Militello, che assimilava l'attività del medico a un'attività di impresa. Che l'attività del medico produca anche un guadagno, e quindi un reddito e per questo paghi giustamente le imposte, è evidente, ma l'impresa è un'altra cosa. L'attività del medico è diretta a promuovere, tutelare e recuperare la salute; non è un'azienda manifatturiera o un esercizio commerciale. Tutta questa confusione terminologica scaturisce dal decreto Bersani che si faceva carico di una giusta e condivisibile preoccupazione: tutelare la concorrenza, ma l'applicazione del principio è profondamente errata. La libertà non può scadere nella licenza. Il decoro e la dignità professionale sono autentici valori che una società deve tutelare, controllando però che la loro rivendicazione non nasconda la merce avariata della difesa di privilegi e impedisca la legittima aspirazione dei giovani a realizzare la loro professionalità. Ecco perché la Consulta Deontologica Nazionale della FNOMCeO ha proposto sulla base dell'indicazione dell'anti-trust una nuova formulazione che si trascrive integralmente. “La pubblicità informativa sanitaria del medico e delle strutture sanitarie pubbliche o private, nel perseguire il fine di una scelta libera e consapevole dei servizi professionali, ha per oggetto esclusivamente *i titoli professionali e le specializzazioni, l'attività professionale*, le caratteristiche del servizio offerto e l'onorario relativo alle prestazioni. La pubblicità informativa sanitaria, con qualunque mezzo diffusa, rispetta nelle forme e nei contenuti i principi propri della professione medica, dovendo sempre essere *veritiera, corretta e funzionale* all'oggetto dell'informazione, mai equivoca, ingannevole e denigratoria. *Al medico e alle strutture sanitarie pubbliche e private non è consentita la pubblicità comparativa sulle prestazioni mediche e odontoiatriche prive di valori di performance cliniche misurabili, certi e condivisi, fermo restando la possibilità di comparare i restanti aspetti della professione, nel rispetto degli imprescindibili requisiti di trasparenza, non ingannevolezza, veridicità e corretta.* Il medico non

diffonde notizie su avanzamenti nella ricerca biomedica e su innovazioni in campo sanitario non ancora validate e accreditate da punto di vista scientifico, in particolare se tali da alimentare attese infondante e speranze illusorie”.

E' molto importante che il Codice nell'attuale stesura abbia conservato la cosiddetta “clausola” di coscienza, cioè il rifiuto da parte del medico di non prestare la sua opera professionale in contrasto con la propria coscienza e i propri convincimenti etici e tecno-scientifici, a meno che il rifiuto non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona. Ne ho sottolineato l'importanza, perché vi era inizialmente una tendenza a tener conto solo degli aspetti tecno-scientifici.

I principi su cui si fonda la sperimentazione sull'uomo (art. 47 e seguito) restano inalterati, forse con una più attenta considerazione della necessità che sia sempre subordinata al consenso del paziente adeguatamente informato, alla più assoluta sicurezza e a un convincente razionale sull'efficacia. A questo proposito è implicita la riflessione che non tutto ciò che è tecnicamente possibile è anche moralmente lecito e che se tutto è permesso all'uso della scienza per l'uomo non tutto è permesso all'uso dell'uomo per la scienza.

Anche la sperimentazione sull'animale deve svolgersi nel rispetto della loro “dignità” e utilizzando mezzi idonei ed evitare inutili sofferenze.

Una riflessione, come si dice oggi contestualizzata, riguarda quanto contenuto nel titolo XIII e in particolare all'art. 70, che riporta la prescrizione del Codice del 2006, manco a farlo apposta anch'esso nell'art. 70 (coincidenza emblematica?). “Il medico deve esigere nella struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno e i requisiti dell'ambiente di lavoro non incidano negativamente sulla qualità e sicurezza del suo lavoro e sull'equità delle prestazioni”.

Non ho la pretesa di fare l'esegeta perché l'articolo è chiarissimo. Domandiamoci: quale tsunami organizzativo si verificherebbe se, per esempio, il medico ospedaliero, in osservanza di questo articolo del Codice, incominciasse a contestare e poi a denunciare le condizioni in cui è costretto a svolgere il suo lavoro; per esempio la carenza di personale medico e infermieristico che obiettivamente condiziona fortemente un equilibrato ed efficace esercizio dell'attività professionale? Ci riferiamo a come si è costretti a lavorare in ospedale, con l'affannosa ricerca di un posto letto libero per accogliere l'elevato numero di cittadini che arrivano al Pronto Soccorso, senza alcun filtro sul territorio per la mancata riforma delle Cure Primarie. E che dire del Direttore Sanitario che è costretto, per assicurare i turni, a fare acrobazie non sempre riconosciute e ad assumersi responsabilità, anche contabili, di fronte a carenze inammissibili e persistenti ormai da molti anni. E come dovrebbero comportarsi i medici della continuità assistenziale spesso sistemati in sedi inospitali e privi di qualsiasi presidio tecnico e farmacologico atto a garantire un ordinato ed efficiente esercizio professionale?

Vi si potrebbe aggiungere il severo monito della Corte di Cassazione che afferma nella citata sentenza: “il medico che risponde anche ad un preciso codice deontologico, che ha in maniera più diretta e personale il dovere di anteporre la salute del malato a qualsiasi altra diversa esigenza e che si pone, rispetto a questo, in una chiara posizione di garanzia, non è tenuto al rispetto di quelle direttive, laddove esse siano in contrasto con le esigenze di cura del paziente, e non può andare esente da colpa ove se ne lascia condizionare, rinunciando al proprio compito e degradando la propria professionalità e la propria missione a livello ragionieristico”.

In sintesi conclusiva possiamo dire che il Codice Deontologico sconta la debolezza degli attuali Ordini professionali che, come non mi stanco di ripetere, nella configurazione del D.L. 233/1946 sono dei reperti archeologici di scarsa utilità.

Vi è da augurarsi (è il caso di incrociare le dita) che il nuovo ordinamento degli Ordini professionali, attualmente all’esame del Senato, oltre a prevedere logiche modifiche riguardanti il metodo elettorale e il rispetto delle minoranze, rendano gli Ordini strutture complesse in grado di incidere sotto la propria responsabilità sui settori di loro competenza, con azioni dirette a migliorare l’attuale organizzazione sanitaria. Non è concepibile che sia la politica a indicare i criteri per l’appropriatezza prescrittiva, ma dovrebbe essere connaturato all’attività del medico il rispetto delle compatibilità. Se siamo arrivati al punto che il potere pubblico si arroga il compito di disciplinare una professione medica, vuol dire che c’è un vuoto da colmare. Gli antichi empiristici sostenevano che “*natura abhorret a vacuo*”, solo che il vuoto non si riempie con la zavorra di provvedimenti amministrativi. La FNOMCeO oggi giustamente protesta contro il Governo per il Decreto sull’appropriatezza prescrittiva pubblicato sulla G.U. il 20.01.2016 e ne chiede il ritiro o almeno una radicale modifica. Bene! Ma al Governo, in questa partita non amichevole, che cosa offre in cambio? Non si può pretendere una resa senza condizioni, come quella sancita a Casablanca nel 1943, né ci si può limitare a promettere il rispetto del Codice. Non lo si può fare, perché è ovvia l’obiezione: come mai non lo avete fatto fino ad ora? Già oggi il Codice prevede “l’uso appropriato delle risorse”. Queste sono le contraddizioni di una politica quando diventa una corsa ad ostacoli, perché non sono chiari gli obiettivi e i mezzi per conseguirli.

E allora la domanda: perché siamo arrivati a questo punto ignorando i tanti avvertimenti ricevuti nei nostri Consigli Nazionali?

Il Codice è stato approvato a maggioranza nel maggio 2014 con 87 voti a favore, due astensioni e 10 voti contrari. Ed è la prima volta che accade. Al di là di aspetti particolari la critica di fondo dei dissenzienti riguardava l’esigenza di un Codice nuovo, non una semplice riedizione del precedente del 2006, con qualche sia pure incisivo aggiustamento. Vi è da dire che il Codice è una fonte normativa secondaria rispetto all’ordinamento e in quanto tale può avere anche

un’articolazione provinciale, fatti salvi ovviamente il rispetto dei principi costituzionali.

Il nuovo Codice, rispetto alle precedenti edizioni, ha scelto nell’art. 1 che ai principi di umanità e solidarietà, cui deve ispirarsi, si aggiungono quelli civili di sussidiarietà, preconizzando, io credo, la trasformazione dell’Ordine previsto dal D.L. del 1946 da organo ausiliario della pubblica amministrazione in organo sussidiario (e quindi con compiti molto più importanti) come auspicato nel progetto di riforma degli Ordini professionali.

E’ ribadito che l’inosservanza del Codice e del Giuramento, che da esso scaturisce, costituisce un illecito disciplinare. Tra i doveri del medico “la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona”, si aggiunge “senza discriminazione alcuna” (nel Codice precedente le discriminazioni erano elencate). Nello stesso articolo il medico “esercita attività basata sulle competenze, specifiche ed esclusive, prevista negli obiettivi formativi degli orientamenti didattici dei corsi di laurea in medicina e in odontoiatria integrati e ampliati dallo sviluppo delle conoscenze in medicina e dalle innovazioni organizzative e gestionali in sanità”.

Questo enunciato ha sollevato molte perplessità perché, se le innovazioni gestionali comportassero pregiudizi o difficoltà per l’attività del medico, si verrebbe a creare un contrasto con le norme deontologiche dell’art. 70. E il riferimento agli ordinamenti didattici non può eludere il problema posto dalla necessità di una riforma degli studi nelle Facoltà (o Dipartimenti) di Medicina e Chirurgia. Da più parti, mondo accademico, studenti e a maggior ragione dai medici, viene insistentemente posta l’esigenza di rivedere gli ordinamenti didattici, per renderli più funzionali a formare il medico di domani. Questo discorso si inserisce in un disegno più vasto che riguarda il complesso della formazione anche pre e post-laurea. E’ giunto il momento che la FNOMCeO ponga con forza questi problemi all’attenzione della politica.

Questa relazione non ha ovviamente la pretesa di rappresentare un esame approfondito del nuovo Codice con le sue luci e le sue ombre, per cui non è azzardato prevedere (anzi vorrei addirittura suggerirlo) che non trascorrerà molto tempo prima che si proceda all’elaborazione di un Codice autenticamente innovativo. Quello che abbiamo sinteticamente presentato non è, come avrebbe detto l’indimenticabile amico e collega Aldo Pagni (alla cui memoria mando un caro e grato saluto), il “manuale delle giovani marmotte” e neppure rappresenta un codice penale adottato per il medico. Quanto in esso contenuto non esaurisce ovviamente i doveri del medico. Essi non sono tutti codificabili o esauribili in articoli e formule. In sintesi rappresentano un forte richiamo ad osservare le leggi della deontologia che sono iscritte nel Codice genetico di ogni persona che vuole essere, non fare, il medico. Vuole soprattutto ricordare al medico il rispetto per gli altri, che si



traduce in sensibilità e comportamenti coerenti. Una volta si diceva: il medico cura spesso, guarisce qualche volta, consola (non compatisce) sempre. Oggi il medico cura sempre? (SSN), guarisce spesso, non consola mai o la fa in misura insufficiente. Parlare di alleanza terapeutica o relazione medico paziente significa percorrere una strada simile al sentiero di Emmaus, in cui i viandanti scoraggiati e delusi sono i pazienti e colui che illustra le Scritture e li consola è il medico, che accompagna le persone sofferenti e li conforta nel difficile cammino della vita e rappresenta una guida forte e autorevole, ma soprattutto carica di umanità. Il medico moderno, ha solide preparazioni scientifiche, ma deve avere anche solidissime basi morali per sorreggere l'uomo di oggi che si dibatte nei frenetici opifici che caratterizzano l'esistenza umana.

Non vi è una grande apertura sui problemi della bioetica, questo ponte per il futuro tra cultura umanistica e sapere scientifico. Sarebbe forse più appropriato parlare oggi non di bioetica ma di bioetiche e questo porta inevitabilmente ad una deriva in senso relativistico, che è per definizione contraria alla fondazione universale del sapere morale. Si assiste oggi

alla cosiddetta "diluizione dei confini". Quando inizia la vita umana? Dal concepimento, dall'attecchimento o dalla formazione di un abbozzo di sistema neurale? Tener presente la sentenza della Corte di Giustizia dell'Unione Europea del 2011 con il superamento della dottrina del pre-embrione e la conseguente tutela dell'embrione. Quando termina la vita? Con la cessazione del battito cardiaco, la perdita delle funzioni cerebrali, di tutte le funzioni dell'encefalo o della sola funzione corticale? La morte in sintesi è un evento o un processo? Sono questi della vita e della morte problemi di enorme portata, attualmente appena sfiorati dal Codice (che almeno si spinge anche più avanti di quanto la definizione legislativa preveda, vedi per esempio le dichiarazioni di fine vita). Si pensi all'impatto destabilizzante sull'esperienza umana nel procreare, il potere di dissociare la sessualità dalla procreazione per mezzo delle tecniche contraccettive; ma anche il potere di dissociare la procreazione dalla sessualità per mezzo delle tecniche di riproduzione medicalmente assistite. Di questi problemi e di tanti altri il medico è garante. Si dovrebbe dire molto di più ma la sintesi necessaria impone di fermarci qui (almeno per ora).

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Bruno Ravera

e-mail: raverabruno@virgilio.it

Le ultime affermazioni giurisprudenziali in tema di responsabilità professionale del medico (Responsabilità contrattuale, responsabilità da deficit organizzativi)

Mario Lepre

Ho inteso citare alcuni dei recenti e significativi pronunciati giurisprudenziali su tematiche di attualità. Deve premettersi che il problema della responsabilità nell'esercizio dell'attività sanitaria (espressione in cui va ricompresa la responsabilità del medico, quella del paramedico e della struttura, pubblica o privata) è complesso anche perché riguarda i diversi profili, che il più delle volte sono tra loro collegati, della colpa, del nesso causale del consenso.

Si ricordi che la questione del nesso causale va esaminata prima di quella relativa alla colpa per l'ovvio motivo che, ove il nesso causale tra un certo comportamento e il danno venisse escluso, non vi sarebbe motivo di indagare sulla colpa; e la tematica del nesso causale presenta notevoli profili, posto che coinvolge ipotesi di causalità attiva e causalità omissiva, nel quale ultimo caso si deve procedere a quello che si è soliti definire "giudizio controfattuale ipotetico", ipotizzando cioè per realizzata l'attività omessa per concluderne quale sarebbe stato l'esito. Infine, vi è il problema della "causa ignota" con le implicazioni che ne discendono in punto di responsabilità, e quello della differenza tra "causa" ed "occasione", ricorrendo la quale ultima la responsabilità andrebbe esclusa: la trattazione di ognuna di queste tematiche, come è facile intuire, richiederebbe molto tempo.

Riguardo a questi problemi cui si è brevemente accennato, stante la mancanza di una normativa *ad hoc* si è soliti parlare di "diritto giurisprudenziale", perché appunto alla elaborazione giurisprudenziale si devono i principi di volta in volta affermati: principi a volte collimanti a volte no anche a livello della Suprema Corte, con la conseguente necessità che alcune questioni vadano rimesse alle Sezioni Unite della stessa Corte al fine di garantire uniformità nei giudizi.

Cassazione 22338/2014, est. Rossetti

Caso: parto: lesione plesso brachiale verificatasi *intra partum* e non congenita.

Tribunale di Messina: esclude responsabilità dei sanitari perché danno ascrivibile a carenze organizzative dell'ospedale, rigetta la domanda contro azienda ospedaliera ritenendo responsabile la Regione Sicilia.

La Corte d'Appello conferma.

La Cassazione:

- a) Conferma la legittimazione passiva della Regione: si noti che da poco la situazione è regolata in modo diverso, cioè rispondono le ASL e non le Regioni.
- b) Nel giudizio di risarcimento del danno da inadempimento contrattuale l'articolo 1218 c.c. solleva l'attore dall'onere di provare la colpa del convenuto di cui

allega l'inadempimento, ma non lo esonera dal provare il nesso di causa tra inadempimento e danno dovendo allegare, a tal fine, un inadempimento astrattamente idoneo alla produzione di quel danno. Del principio vi fu una importata applicazione in tema di danni lungolatenti (trasfusione cui segue epatite) in cui si affermò che non doveva essere il paziente a dimostrare che quando era entrato nella struttura non era portatore di epatite, bastando la prova che era stato trasfuso (fatto cioè astrattamente idoneo a produrre il danno), di tal che l'onere probatorio si ribaltava a danno della struttura tenuta a dimostrare di non aver iniettato sangue infetto.

- c) Il primario risponde dei deficit organizzativi del reparto a lui affidato quando questi siano consistiti in una carente assegnazione di compiti e mansioni al personale, in una carente diramazione delle istruzioni da seguire e dei compiti da assolvere, in una negligente diramazione di istruzioni con riferimento al singolo degente. Si è ancora specificamente affermato che il primario ospedaliero deve avere "puntuale conoscenza delle situazioni cliniche che riguardano tutti i degenti, a prescindere dalle modalità di acquisizione di tale conoscenza (con vista diretta o interpellato degli altri operatori sanitari) ed è perciò obbligato ad assumere informazioni precise sulle iniziative intraprese dagli altri medici cui il paziente era stato affidato, indipendentemente dalla responsabilità degli stessi...". Nella specie: un professionista "diligente" non avrebbe trascurato di impartire adeguate direttive al personale a lui sottoposto per gestire le emergenze, né avrebbe trascurato di informarsi sull'andamento di un parto che si preannunciava distocico. Inoltre, accertato il deficit organizzativo della struttura, bisognava accertare se i medici si erano preoccupati di predisporre il trasferimento della paziente in una struttura idonea e se questo sarebbe stato possibile.
- d) A fronte di circostanziate e analitiche censure mosse alla c.t.u. il giudice che intenda disattenderle ha l'obbligo di indicare esaustivamente e analiticamente perché esse non scalfiscono la c.t.u., ovvero è tenuto a porre quesiti integrativi.
- e) **Due principi di diritto:** quanto al primario, la responsabilità per il deficit organizzativo della struttura da lui diretta si supera solo se si dimostra di aver adempiuto tutti gli obblighi a lui impartiti dall'articolo 7 del d.p.r. 27 marzo 1969 n. 128; quanto al medico: in genere questi è responsabile per non aver disposto il trasferimento in struttura più adeguata. Rinvio quindi ad altra sezione della Corte d'Appello di Catania per nuovo esame.

Cassazione 2222/2014

Caso: intervento chirurgico di tiroidectomia cui segue lesione del nervo ricorrente destro. Le domande di risarcimento rigettate nei gradi di merito.

La Cassazione:

- a) Il paziente creditore ha il mero onere di provare il contratto e allegare il relativo inadempimento o inesatto adempimento, e cioè la difformità della prestazione ricevuta rispetto al modello normalmente realizzato da una condotta improntata alla normale diligenza, non essendo invece tenuto a provare la colpa del medico e/o della struttura sanitaria, e la relativa gravità.
- b) In ogni caso di insuccesso incombe al medico, soprattutto se si tratta di uno “specialista”, dare la prova della particolare difficoltà della prestazione, *a fortiori* quando, come nella specie, trattasi di intervento semplice o rutinario.
- c) Quando, come nella specie, si tratti di consulenza “percipiente” e non “deducente”, la c.t.u. costituisce fonte oggettiva di prova, discostarsi quindi da essa impone che il giudice motivi più che adeguatamente e non, come nella specie, apoditticamente. Si ricorda in proposito che la c.t.u. non è normalmente fonte di prova (ma lo è per il diritto penale quanto al P.M.) in quanto consiste nella elaborazione di dati già acquisiti al processo (consulenza deducente); lo è invece quando la prova non possa essere raggiunta se non in base alle cognizioni tecniche del consulente (consulenza percipiente).

Cassazione 2854/2015 del 13.2.2015

Caso: intervento chirurgico in artroscopia al ginocchio con seguito di complicanze varie.

La Cassazione:

il consenso informato costituisce legittimazione e fondamento del trattamento sanitario, per cui è errato ritenere il risarcimento del danno da errato intervento medico assorbito dal liquidato risarcimento del danno per mancanza di consenso informato, nella specie relativo alla opportunità o meno della scelta di intervenire chirurgicamente. “L’autonoma rilevanza della condotta di inadempimento della dovuta prestazione medica ne impone, infatti, l’autonoma valutazione rispetto alla vicenda dell’acquisizione del consenso informato, dovendo al riguardo accertarsi se le conseguenze dannose successivamente verificatesi siano, sotto il profilo del più probabile che non, da considerarsi ad essa causalmente astrette. Con l’ulteriore avvertenza che, trattandosi di condotta attiva, non vi è nella specie luogo a giudizio controfattuale: che, come è noto, si riferisce alle ipotesi di responsabilità per omissione, nelle quali si ipotizza avvenuto il comportamento omissivo e se ne traggono le conseguenze in punto di responsabilità.

Cassazione 12205/2015

Un intervento chirurgico necessario e risolutivo non esclude di per sé la violazione del diritto al consenso informato: vi è un assai lungo *excursus* del relatore.

Si consideri essere *ius receptum* che la volontà del paziente va sempre rispettata tranne situazioni particolari quali stato di necessità e simili, in quanto il paziente ha diritto di scegliere non solo quanto ad eventuali trasfusioni (si pensi ai Testimoni di Geova) ma anche in ordine alla scelta di morire e non di vivere in condizioni di particolare debilitazione. Il problema è stato oggetto di numerosi pronunciati, in genere quanto al cartellino “no sangue” di taluni soggetti, ritenendosi che una volontà così espressa e generica può in taluni casi non essere ritenuta espressione di una volontà “attuale” in una situazione di emergenza: di tal che i medici non sarebbero obbligati ad attenersi; in altri termini, almeno in questi casi, si può ritenere un certo *favor* dei giudici verso il medico.

Il problema, sempre, è quello di adattare principi generali ai multiformi casi concreti, il che spesso non è facile: da qui sentenze a volte ritenute contraddittorie e che tali, invero, possono non essere rapportandole al caso specifico.

Cassazione 16993/2015

Il danno al paziente può conseguire anche alla mera perdita della possibilità di scegliere, alla stregua delle conoscenze mediche del tempo, “cosa fare” per fruire della salute residua fino all’esito comunque infausto, in ipotesi rinunciando all’intervento o alle cure. Nella specie la Cassazione ha ritenuto errato il percorso argomentativo della Corte d’Appello che, dopo aver correttamente affermato che il comportamento del medico non era stato improntato alla dovuta diligenza ne aveva escluso la responsabilità sul rilievo che “i consulenti avevano confermato che secondo *l’id quod plerumque accidit* poco o nulla sarebbe cambiato circa il decorso clinico, con specifico riferimento alla forma tumorale, particolarmente maligna ed aggressiva”, traendo da ciò la conferma della “insussistenza del **nesso causale** tra l’aggravamento della malattia e il **comportamento omissivo** del sanitario”.

Cassazione 2847/2015

Interessante caso in tema di consenso. Il caso concerneva la mancata ottemperanza agli obblighi informativi relativamente a una bambina Down: responsabilità asserita avendo i genitori chiesto il rilascio di impegnativa per amniocentesi e altro volto a conoscere eventuali anomalie del feto. La responsabilità nella specie è stata esclusa perché si ritenne che la condotta dei medici non era stata improntata a un **comportamento omissivo** quanto piuttosto “**dissuasivo**” prospettando cioè i profili di rischio di indagini più invasive.

Cassazione 6243/015 del 27.3.015

Trattasi di **pronunciato innovativo** rispetto anche, e in particolare, a difformi principi sostenuti dalla Cassazione penale, essendo stata affermata la responsabilità delle USL in caso di responsabilità del medico di base, di fiducia perché scelto dal paziente: nella fattispecie: tardivo e per di più erroneo intervento in un caso di sintomi di ischemia cerebrale. Il pronunciato penale è molto motivato, altrettanto quello, difforme, della Cassazione Civile.

Cassazione 3569/2015 ordinanza interlocutoria

Giurisprudenza costante secondo cui la gestante ha l'onere di dimostrare che l'accertamento di anomalie o malformazioni l'avrebbe indotta ad abortire e che la conoscenza di tali elementi avrebbe ingenerato in lei uno stato patologico tale da mettere in pericolo la sua salute fisica o psichica. Ma c'è divergenza sul punto se sia "sufficiente che la donna allegghi che si sarebbe avvalsa di quella facoltà" se informata tempestivamente, "essendo in ciò implicita la ricorrenza delle condizioni di legge per farvi ricorso", compresa quella del "pericolo per la salute... derivante dal trauma connesso all'acquisizione della notizia", mentre secondo altro orientamento in "mancanza di una preventiva espressa ed inequivoca dichiarazione di volontà di interrompere la gravidanza in caso di malattia genetica, la mera richiesta di un accertamento diagnostico costituisce un indizio isolato...del fatto da provare (l'interruzione della gravidanza) dal quale il giudice di merito è chiamato a desumere, caso per caso, senza il ricorso a generalizzazioni di tipo statistico".

Altro problema: secondo un orientamento "L'ordinamento positivo tutela il concepito e l'evoluzione della gravidanza esclusivamente verso la nascita... l'orientamento prevalente esclude che sia configurabile anche un "diritto a non nascere" o a "non nascere se non sano" (che sarebbe un diritto "adespota", cioè senza padrone, in quanto non avrebbe alcun titolare, appunto fino al momento della nascita; mentre, questa avvenuta, quel diritto a non nascere ovviamente non esisterebbe più) con la conseguenza che verificatasi la nascita non può dal minore essere fatto valere come proprio danno da inadempimento contrattuale essere egli affetto da malformazioni congenite per non essere stata la madre, per difetto di informazione, messa nelle condizioni di tutelare il di lei diritto alla salute facendo ricorso all'aborto".

Secondo altro orientamento il nascituro "ancorchè privo di soggettività giuridica fino al momento della nascita, una volta venuto ad esistenza ha diritto ad essere risarcito da parte del sanitario con riguardo al danno conseguente all'essere nato non sano...a nulla rilevando né che la sua patologia fosse congenita né che la madre, ove fosse stata informata della malformazione, avrebbe verosimilmente scelto di abortire".

La problematica, complessa sotto il profilo giuridico come dimostrano le contrastanti pronunzie, come è evidente, ha anche rilevanti ricadute sul fronte risarcitorio, e si resta dunque in attesa di una risposta da parte delle Sezioni Unite.

Nella problematica attinente alle nascite indesiderate si inserisce la **obiezione di coscienza** cui accenna il secondo comma dell'articolo 43 del codice deontologico che, opportunamente, ribadisce che questa *si esprime nell'ambito e nei limiti della legge e non esime (il medico) dagli obblighi e dai doveri inerenti alla relazione di cura nei confronti della donna*. Se vengono in conflitto, da un lato il diritto alla obiezione di coscienza, dall'altro il diritto alla vita e alla salute non v'è dubbio che sia quest'ultimo a prevalere. Ciò comporta che il medico obiettore può rifiutarsi di praticare l'aborto, ma non già di prestare assistenza alla donna, se necessario, dopo che la gravidanza sia stata interrotta. Ritengo altresì che debba considerarsi responsabile il medico che, in una situazione di emergenza che venga a determinarsi nel corso di un intervento abortivo da altri praticato, non presti la sua opera, se richiesta e necessaria per la salute e la vita della donna.

Cassazione 2192/2015

Si afferma la responsabilità dell'**infermiere** per non aver segnalato al medico un errore.

Nella specie: colpevole mancato rilievo da parte della capo-sala e conseguente omessa segnalazione del contrasto tra la prescrizione della terapia farmacologica e le denunciate allergie del paziente, con seguito di decesso di quest'ultimo!

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Mario Lepre

e-mail: mariolepre@virgilio.it

Il rischio da radiazioni: la professionalità fa le differenze

Giulio Antonio Cecchini, Floriana Petrogalli

La diagnostica per immagini, con l'evoluzione della tecnologia ed il costante miglioramento della qualità, dell'accuratezza e anche dell'accessibilità, vede un costante, progressivo incremento delle applicazioni e degli accessi.

Mentre le più recenti metodiche utilizzano fonti di energia ritenute sostanzialmente prive di effetti biologici, la più anziana storicamente, ma sempre attualissima ed insostituibile, utilizza le radiazioni ionizzanti e presenta effetti biologici ormai ben noti, importanti, che a fronte di abuso possono provocare anche danni rilevanti.

La popolazione, del resto, anche a seguito di eventi eclatanti come le storiche esplosioni di bombe atomiche o i recenti drammi da incidenti in centrali atomiche, è sempre più sottoposta a informazione e disinformazione, cui contribuiscono in maniera spesso determinante i mezzi di comunicazione di "medicina fai da te" o "divulgativa", con frequenti richieste al medico, da parte del paziente, di prescrizione di specifici esami diagnostici per "sentito dire" o "aver letto".

Ci è sembrato utile pertanto richiamare i doveri dei medici ed i corretti percorsi da cui derivano precise responsabilità, anche di profilo penale oltre che civile ed amministrativo, alla luce di quanto prescritto dal d. lgs. 187 del 2000⁽¹⁾ che, recependo le direttive della Comunità Europea (97/43/Euratom), ha normato la radioprotezione.

La letteratura scientifica, da molti anni dà evidenza e misura dei danni da radiazione con innumerevoli pubblicazioni di natura sperimentale e clinica. Ci pare interessante proporre, perchè particolarmente semplice, comprensibile e convincente, lo studio di De Jong⁽²⁾ dove viene effettuata un'analisi retrospettiva sui pazienti affetti da fibrosi cistica del polmone i quali, per monitorare l'evoluzione della malattia, fin dalla primissima infanzia, vengono sottoposti a periodiche, frequenti valutazioni TC.

Nell'ambito di una complessa analisi, ai nostri fini, è interessante isolare due dati che vengono dimostrati:

- I pazienti con acquisizione annuale di TC presentavano, nel tempo, incidenza circa doppia sia di neoplasie solide che del sistema immuno ematopoietico rispetto a coloro i quali venivano sottoposti con cadenza biennale.
- Coloro che erano stati sottoposti a valutazione con dosaggio di radiazioni ridotto ad 1/5, presentavano eventi neoplastici centinaia di volte meno frequenti.

Vale la pena ricordare che si tratta di uno studio retrospettivo, quindi con follow-up di TC eseguite verosimilmente negli anni '80 e '90, quando un singolo esame somministrava una dose centinaia di volte superiore a quella di un'esposizione Rx convenzionale. Negli anni 2000 la diffusione delle MDTC (Multi Detector TC) ha consentito riduzioni di dose di centinaia di volte, sia per miglioramento dei detettori che dei software utilizzati nell'elaborazione delle immagini. E' altrettanto necessario sottolineare, però,

come la sola TC costituisca la fonte dell'80% circa delle radiazioni utilizzate a scopo diagnostico nei paesi più evoluti e, quindi, rientri nelle "pratiche speciali" (art. 3). Al miglioramento della qualità delle apparecchiature è corrisposto un ampliamento delle prescrizioni, specie nel settore cardiovascolare con nuove indicazioni ed espansione dell'utilizzazione, facilitata dalla grande diffusione delle apparecchiature e dai costi sempre più ridotti.

Acquisita evidenza dei danni da radiazione e del loro stretto rapporto con le dosi erogate, il problema è trovare un metodo per ridurre le dosi. In una delle più prestigiose riviste del mondo, il *The British Journal of Radiology*.⁽³⁾ Lewis, valutando i sistemi di riduzione della dose, sottolinea l'importanza della corretta applicazione del principio di giustificazione e, con estrema sintesi, giunge a dichiarare che il sistema più efficace è "non effettuare gli esami non necessari". Questa affermazione, apparentemente scontata, acquista il peso di un macigno se considerata alla luce delle stime più recenti (società scientifica di Radiologia, fonti ministeriali etc.), che hanno evidenziato come almeno il 40-50% degli esami eseguiti non siano necessari; eliminandoli si dimezzerebbe il rischio di danni da radiazioni oltre a realizzare una consistente riduzione dei costi!

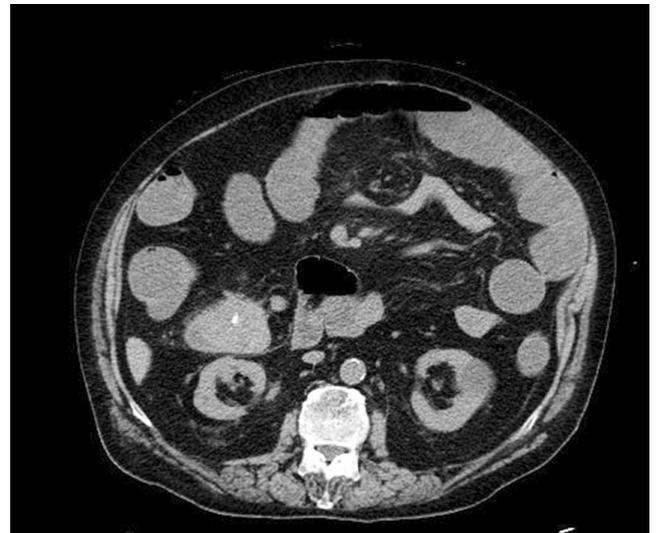


Figura 1: Acquisizione, nelle sole condizioni di base, che evidenzia in maniera esaustiva lesione substenosante del colon ascendente.

Il principio di giustificazione è obbligo di legge, essendo normato dal d.lgs. 187/2000, art. 3 con estrema precisione, sia per quanto riguarda le nuove metodiche sia per le esposizioni individuali, con prescrizione vincolante di un rapporto tra i vantaggi ed i potenziali danni che deve essere sempre vantaggioso per il paziente. Il medesimo articolo 3, unitamente al 5, specifica che la responsabilità dell'esecuzione ovviamente è dello specialista esecutore e, per quanto di competenza, del tecnico, ma vi è evidente

responsabilità, rispetto alla giustificazione, da parte del prescrittore che deve preventivamente valutare l'importanza degli elementi acquisibili con l'esame prescritto e, quanto più l'esame è invasivo e pesante in somministrazione di radiazioni, tanto più fortemente deve essere giustificato e giustificabile ai fini del miglioramento della salute del paziente e, non già alla sola "curiosità" diagnostica cui non seguono determinanti provvedimenti terapeutici. Particolare cautela è prescritta, inoltre, per le indagini medico-legali o a scopo scientifico; in quest'ultimo caso è necessario anche il consenso scritto del paziente.

Bisogna però ricordare che il principio di giustificazione, in sede medico legale, è valido per qualsiasi pratica medica per cui, nel rapporto tra potenziali rischi e danni versus benefici, sia i primi che i secondi vanno valutati cumulativamente, relativamente alla procedura nel suo complesso. Esempio tipico le procedure angiografiche che, pur somministrando dosi più basse di Rx, risultano più invasive, quindi globalmente più rischiose della MDTC e possono essere preferite, senza discussione, solo nel caso in cui si prevedano procedure interventistiche terapeutiche, non realizzabili in TC⁽⁴⁾.



Figura 2: Ricostruzioni secondo piani coronali del medesimo caso con evidenza di linfonodi, aspetti infiltrattivi ed altri reperti accessori

Il medesimo decreto legislativo, all'art. 4 prescrive l'applicazione del **principio di ottimizzazione** per cui le dosi somministrate, in estrema sintesi, debbono sempre essere le minime possibili, compatibilmente con il raggiungimento dell'obiettivo diagnostico prefissato. La responsabilità in

questo caso ricade sugli operatori che eseguono l'esame, anche in regime di attività complementare, che vedremo più avanti, per quanto riguarda le modalità di esecuzione (Kv, Ma, secondi) che devono essere coerenti con i Livelli Minimi di Riferimento (LDR), ma si estende al responsabile dell'attrezzatura, al fisico sanitario ed all' esercente per quanto riguarda la qualità delle attrezzature. La questione, spesso poco o affatto considerata, è invece assolutamente rilevante, come dimostra un interessante studio pubblicato su *La Radiologia Medica*⁽⁵⁾ da G. Compagnone che analizza 19 centri di erogazione di esami TC dell'Emilia Romagna rispetto ai principali organi valutabili. Ebbene, si dimostra che tra i centri con dosi erogate più modeste e quelli con dosi più elevate, vi sono differenze significative, con dosi doppie, triple e fino dieci volte superiori. Evidentemente vanno ottimizzati i protocolli operativi e spesso aggiornate o sostituite le apparecchiature specie se obsolete.

Le precauzioni fin qui trattate acquisiscono particolare valore e vanno trattate con estremo rigore nelle cosiddette "Pratiche speciali" (art. 9) che riguardano le esposizioni mediche relative ai bambini, ai programmi di screening⁽⁶⁾ e le procedure comportanti alte dosi per il paziente, quali la radiologia interventistica, la tomografia computerizzata o la radioterapia. In tali casi acquisisce un ruolo rilevante anche l'esperto in fisica medica per collaborazioni estemporanee o continuative (radioterapia). Poiché, come già detto, in diagnostica la maggior parte delle radiazioni somministrate deriva da esami TC, si comprende quanto siano frequenti ed importanti le procedure speciali.

Ancora più precise e cogenti le norme dell'art. 10 relative alla "Protezione particolare durante la gravidanza e l'allattamento". Acquisisce estrema importanza nelle donne in età fertile l'anamnesi per escludere lo stato di gravidanza e, comunque, i principi di giustificazione e di ottimizzazione. Ormai in caso di urgenza, nei dipartimenti di emergenza e pronto soccorso, in caso di necessità di diagnostica con RX viene praticato sempre il dosaggio delle beta-hcg. Si tende così ad escludere la possibilità di gravidanza in corso, ma il risultato, relativamente ai primi giorni dopo la fecondazione, non è attendibile perché il tasso ormonale inizia ad innalzarsi solo alcuni giorni dopo il concepimento. In tale periodo, tuttavia, relativamente al danno da radiazioni vi è un meccanismo del "tutto o nulla". Il danno che si verifica, in tale fase, o è talmente grave da provocare l'aborto spontaneo oppure viene riparato dalle cellule, ancora totipotenti, senza problemi residui. Dalla seconda e fino all'ottava settimana, si ha invece il periodo più pericoloso perché, essendo in corso l'organogenesi, si ha la massima probabilità di malformazioni. Da ciò deriva come proprio nel primo periodo si debba porre la massima attenzione sia in termini anamnestici che di valutazione endocrina. Nelle settimane successive lentamente, ma progressivamente, diminuisce la sensibilità alle radiazioni e di conseguenza la gravità delle patologie provocate. Poiché il periodo in questione rientra nei termini di legge previsti per le I.V.G., a fronte di casi di estrema gravità, ove si debbano per esempio iniziare con urgenza pesanti terapie radianti, è necessario affrontare le

problematiche con la massima eticità, fornendo informazione completa, per un consenso profondamente informato sui percorsi diagnostici terapeutici.

Va per altro ricordato come altre noxe, purtroppo diffuse e voluttuarie, incidano pesantemente sulla gravidanza in termini, per esempio, di ritardi della crescita, più di un singolo esame Rx⁽⁷⁾. Già molti anni fa si valutava e segnalava come consumo di alcool e fumo di sigarette provocassero danni più frequenti e diffusi.

Essendo prettamente specialistiche le procedure relative all'allattamento, si ritiene siano meno funzionali alla presente trattazione e quindi volutamente si omettono rinviando alle fonti ed alle competenze specialistiche.

La conoscenza delle normative definite attraverso la legge 187 è indispensabile per tutti i medici in quanto potenziali prescrittori, ma lo è ancora di più per molti specialisti, tra i quali si devono citare specialmente gli ortopedici, i cardiologi interventisti, i cardiocirurghi, gli urologi, i pneumologi, gli odontoiatri e tanti altri in quanto all'art. 2, punto 1 lettera b, vi è la definizione di "attività radiodiagnostiche complementari: attività di ausilio diretto al medico chirurgo specialista o all'odontoiatra per lo svolgimento di specifici interventi di carattere strumentale propri della disciplina, purchè contestuali, integrati ed indilazionabili, rispetto all'espletamento della procedura specialistica". La norma fornisce quindi ampia possibilità di utilizzare le fonti di radiazioni ad ogni medico ed odontoiatra, con i limiti temporali e di funzionalità rispetto all'atto medico principale e nella stretta osservanza di tutte le altre prescrizioni, in particolar modo i principi di giustificazione, ottimizzazione e protezione particolare durante la gravidanza.

Tutto il personale medico e non medico che opera in ambiti professionali direttamente connessi con l'esposizione medica e partecipa alla somministrazione di radiazioni, ovviamente anche in attività complementare, è obbligatoriamente tenuto (art. 7) alla frequenza di un corso di formazione ed aggiornamento con periodicità quinquennale.

Per concludere, consideriamo un esempio della pratica clinica quotidiana: il paziente proveniva dal pronto soccorso con quadro di addome acuto e stato sub occlusivo. I parametri ematochimici erano coerenti ed oltre ad una anemizzazione si rilevava tendenza ad insufficienza renale. Come visibile già dall'acquisizione diretta con MDTC (fig. 1), completata dalle ricostruzioni secondo piani coronali (fig. 2), si dimostrava con chiarezza la lesione organica produttiva substenosante del colon ascendente con edema e infiltrazione del tessuto adiposo circostante e presenza di un linfonodo di oltre 1 cm sul profilo mediale oltre ad altri millimetrici. L'ecografia confermava l'assenza di lesioni focali epatiche di natura secondaria e la presenza di colelitiasi. La diagnosi integrata eco-TC pressoché esaustiva, la tendenza ad atrofia del parenchima renale con conseguente insufficienza funzionale e la coerenza con il quadro clinico, in applicazione rigorosa delle norme sul principio di giustificazione, inducevano a non procedere in tale fase ad ulteriori somministrazioni di radiazioni e m.d.c. iodato, ma procedere verso la preparazione alla terapia chirurgica, con successivi risultati positivi.

In conclusione, ogni volta che ci si accinge a prescrivere un esame con somministrazione di radiazioni, ci si deve sempre porre la domanda se sia indispensabile procedere a quell'esame per modificare la terapia e migliorare le condizioni del paziente o se si possa anche procedere in maniera più semplice e diretta o, addirittura, non procedere affatto, specialmente se le manovre terapeutiche sono già a priori condizionate o vincolate.

Per altro, il professionista che esegue l'esame, profondamente cosciente di tutte le implicazioni biologiche, fisiche, mediche, tecniche ed etiche, deve applicare tutti gli accorgimenti esistenti sia per la salvaguardia della salute del singolo paziente, sia contemporaneamente di tutta la popolazione: quanto più la nostra professionalità ci consentirà di ridurre la dose di radiazioni prodotte globalmente, tanto più si ridurranno sulla popolazione gli effetti collaterali e cioè i danni che, essendo prevalentemente di natura neoplastica, sono particolarmente significativi.

Riferimenti Bibliografici

1. DECRETO LEGISLATIVO 26 maggio 2000, n. 187: *Attuazione della direttiva 97/43/Euratom in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche*. GU n.157 del 7-7-2000 - Suppl. Ordinario n. 105
2. DE JONG PA, MAYO JR, GOLMOHAMMADI K, NAKANO Y, LEQUIN MH, TIDDENS HA, ALDRICH J, COXSON HO, SIN DD: *Estimation of cancer mortality associated with repetitive computed tomography scanning*. Am J Respir Crit Care Med. 2006 Jan 15; 173(2): 199-203. Epub 2005 Oct 27
3. LEWIS MA, EDYVEAN S: *Patient dose reduction in CT*. Br. J. Radiol. 2005 Oct; 78(934): 880-3
4. ZANZONICO P, ROTHENBERG LN, STRAUSS HW: *Radiation exposure of computed tomography and direct intracoronary angiography: risk has its reward*. J. Am. Coll. Cardiol. 2006 May 2; 47(9): 1846-9. Epub 2006 Apr 19
5. COMPAGNONE G, ANGELINI P, PAGAN L: *Monitoring of the medical radiological exposures of the population of the Emilia-Romagna Region*. Radiol Med. 2006 Apr; 111(3): 469-80. Epub 2006
6. MASCALCHI M, BELLI G, ZAPPA M, PICOZZI G, FALCHINI M, DELLA NAVE R, ALLESCIA G, MASI A, PEGNA AL, VILLARI N, PACI E: *Risk-benefit analysis of X-ray exposure associated with lung cancer screening in the Italung-CT trial*. AJR Am J Roentgenol. 2006 Aug; 187(2): 421-9
7. MOSSMAN KL, HILL LT: *Radiation risks in pregnancy*. Obstet Gynecol. 1982 Aug; 60(2): 237-42

Indirizzo per corrispondenza:
Dott. Giulio Cecchini
 e-mail: cecchinigiulio@libero.it

Auto-tutela e gestione dell'emergenza

Mario Iannotti

Il grado di conoscenza dei fenomeni che sottendono le malattie ha raggiunto livelli impensati. Altrettanto mutato è l'armamentario terapeutico e diagnostico di cui può disporre il medico d'oggi.

Eppure le sue condizioni professionali sono drammaticamente peggiorate. Il medico non solo non ha tratto vantaggio da questo progresso, ma è diventato la vittima sacrificale delle inefficienze di un intero sistema.

I medici sono diventati gli agenti quasi inessenziali di un processo di produzione della salute equiparato a una sorta di catena di montaggio. Il medico è un numero, anzi un costo. I medici hanno perso la battaglia!

- **Hanno ceduto alla politica e alla loro lusinghe ;**
- **Non sempre hanno saputo esprimere vertici dei sindacati in grado di rinnovarsi;**
- **Non hanno saputo costruire un rapporto con gli utilizzatori finali del servizio: i cittadini.**

L'unica strategia implementata è stata infatti quella della medicina difensiva. Un gioco perverso in cui vige una doppia alienazione: quella del medico che prescrive prestazioni inutili (e costose) e quella del cittadino che viene spersonalizzato e cosificato.

In questo malsano rapporto si è incuneata la "logica della colpa". Il medico che viola i principi dell'appropriatezza va punito con una sanzione economica, punendo nello stesso tempo e nello stesso modo il malato. Ma questo accade anche perché i medici non sanno affrontare il cambiamento.

"... è necessario che, l'attuale modello di assistenza, è ...mero strumento per assicurare a tutte le persone, in un'ottica di sostenibilità sistemica e di qualità, le prestazioni ... secondo un criterio dell'appropriatezza che può essere riconducibile unicamente a responsabilità scientifico professionali" (XII Commissione Igiene e Sanità del Senato).

Bisogna reimpostare le politiche in materia, avendo riguardo alla sostenibilità in un'ottica non meramente economicistica ma piuttosto incentrata sul concetto di risposta ai bisogni di salute e di qualità delle prestazioni:

- Quanto la responsabilità personale confligge con il contesto in cui operiamo?
- E' meglio una insicurezza che garantisce il risparmio o un approfondimento diagnostico che comporta spese?
- Chi può stabilire cosa è inutile in un Pronto Soccorso?
- Cosa deve avere a disposizione l'Operatore di pronto soccorso?
- Quali consulenti lo devono aiutare?
- Quale buona sanità consente il ricovero in barella o sulle scrivanie?
- Quale accuratezza diagnostica può dare una visita fatta in un ambiente sovraffollato e scomodo con parenti che incalzano o minacciano?

Il processo di riassetto strutturale e di qualificazione della rete assistenziale ospedaliera non è ancora in grado di

conseguire risparmi.

In relazione alle spese per il personale sanitario, occorrerebbe invertire quanto prima una dinamica che vede tale voce in costante riduzione, con un correlato aumento delle spese per acquisto di beni e servizi: tale andamento rivela che il sistema sanitario tende sempre più a ricorrere a forme di lavoro interinale, cosa che minimizza il ricambio generazionale, lo scambio di saperi, penalizza tutti gli operatori e, al contempo, pregiudica la continuità assistenziale e la qualità delle prestazioni all'utenza.

In tema di investimenti in strutture e tecnologie, manca un programma strategico complessivo inerente all'intero sistema sanitario.

I fondi europei per gli investimenti strategici sono lasciati inutilizzati o persi.

Succederà, invece, che, nel tentativo maldestro da parte di una politica goffa di affrontare il problema della medicina difensiva, intesa e definita come ricorso alle prestazioni inutili e inappropriate per ridurre a scopi cautelari il rischio professionale:

- il cittadino pagherà di tasca propria le prestazioni "inutili";
- il ministero definirà le condizioni di erogabilità e le indicazioni prioritarie per la prescrizione appropriata;
- al di fuori delle condizioni di erogabilità consentite, le prestazioni saranno poste a totale carico dell'assistito;
- saranno attivati controlli ad hoc e qualora risulti che un medico abbia prescritto una prestazione senza osservare le condizioni e le limitazioni citate;
- l'azienda sanitaria locale o l'azienda ospedaliera, dopo aver richiesto al medico stesso le ragioni della mancata osservanza, ove ritenga insoddisfacente le motivazioni addotte, imporrà una riduzione del trattamento economico accessorio per il personale medico dipendente del SSN.

Su alcuni concetti credo si possa concordare:

- tagli lineari e medicina difensiva sono assolutamente correlati tra loro;
- il problema della medicina difensiva non può risolversi con penalizzazioni finanziarie;
- la buona medicina ha bisogno anche di organizzazioni e strutture adeguate oltre che di adeguate competenze;
- una cattiva medicina, praticata per ignoranza, per mancanza di motivazioni etiche, per mancanza di mezzi o strutture adeguate, per scarsità di Operatori, fa male alla medicina.

E' odioso speculare sui malati e sui medici.

Ma il costo di circa 10 mld l'anno per la medicina difensiva come è stato stimato? Se la spesa riguarda soprattutto gli accertamenti diagnostici si può dire che è stata inutile se questi accertamenti sono negativi? Ma quante ecografie

strutturali sono positive e quanti profili di ingresso routinari svelano patologie? Il loro costo è un motivo per non farli?

Quanto costano, ogni anno, il mantenimento di strutture validate solo dalla dichiarazione di intenti, i materiali, i device, il vitto, la manutenzione degli immobili, il vestiario, il parco macchine, gli elettromedicali, ecc.?

La questione della medicina difensiva non può essere risolta amministrando gli atti prescrittivi del medico limitando con delle astrazioni statistiche (ebm) la sua “scelta” clinica.

Al medico è richiesto di farsi carico di valori etici non solo individuali, ma anche sociali; l’obiettivo ideale è quello della parsimonia clinica (dare al paziente niente di più e niente di meno di ciò che è efficace, appropriato e strettamente necessario per ottenere il miglior risultato conseguibile in termini di salute), che rappresenta uno strumento potente di massimizzazione dell’efficienza. E’ una sua esclusiva prerogativa.

Un medico non è medico se non sceglie ciò che serve ed è meglio per il suo malato: il medico deve essere autonomo e responsabile e disporre di un ambiente ed una organizzazione che agevoli il suo lavoro. Se no non funziona neanche come “Macchina”.

Esiste, di certo, la possibilità di cambiare i medici però, di fatto, i dati ministeriali sui Lea hanno reso evidente il loro peggioramento laddove si sono ottenuti i migliori risultati di bilancio con i Piani di rientro. Tutto questo avviene essenzialmente nel Mezzogiorno.

Nel Mezzogiorno dove si concentra ben il 46,7% degli 8.9 milioni di persone che in Italia costituiscono il mondo dei “senza rete” la cosiddetta “Terza Società”. Gli esclusi, i lavoratori in

nero, i disoccupati, gli scoraggiati. In gran parte donne e giovani.

La discussione avviata in Federsanità punta proprio alla ricerca di strategie che vadano oltre il raggiungimento di economie di scala. Strategie in grado di intervenire sui processi produttivi del Ssn, sulla loro capacità di intercettare la domanda di salute della popolazione e sui loro esiti. Strategie capaci di garantire contestualmente il diritto costituzionale alla salute e lo sviluppo di un comparto produttivo fatto di farmaci innovativi, tecnologie diagnostiche e terapeutiche, moderni sistemi biomedicali e da imprenditori capaci e non voraci. Tutto questo si definisce “innovazione” sia essa tecnologica o gestionale. In parole povere “la capacità di realizzare cose nuove”.

Il SSN lasciato a se stesso esprime un’inarristabile tendenza all’incremento dei costi e una formidabile resistenza al cambiamento. Replica all’infinito sempre gli stessi comportamenti indipendentemente dai contesti e dalle disponibilità economiche nella convinzione di “star operando bene perché si è fatto sempre così”. Forse è il caso di ricordare quanto detto da Schumpeter “Si aggiungano pure in successione tante diligenze quante si vogliono non si otterrà mai una ferrovia”. L’innovazione strutturale e tecnologica oltre allo sblocco del turnover, se governati e condotti insieme a una profonda modifica dei modelli gestionali, può contribuire a rendere efficiente e sostenibile il nostro Ssn.

Nel frattempo il Collega di P.S. fa meglio a prescrivere una costosa TC, che poi risulta negativa (non necessariamente definibile inutile) o a lasciare con il dubbio di un aneurisma disseccato un paziente su una barella nel corridoio?

Indirizzo per corrispondenza:
Dott. Mario Iannotti
e-mail: iannotti.mario@virgilio.it

Proposta CIMO per una nuova carriera del medico

Guido Quici

Oggi il medico vive uno stato di profondo disagio, sembra aver perso la propria identità, lavora in condizioni rischiose perché, in questi anni, è stato costretto ad assumere una doppia entità: da un lato i doveri professionali e deontologici che richiedono una forte autonomia sia tecnica che professionale nella diagnosi, cura e riabilitazione del paziente (... ed *in epoca di spending review, emerge sempre di più il rapporto conflittuale tra economia e deontologia*) e, dall'altro, i doveri di dirigente pubblico che, come tale, deve sottostare alle comuni regole della pubblica amministrazione che non sono improntate su questioni di tecnica ma, prevalentemente, su aspetti economici e gestionali.

La forte connotazione gestionale, attribuita dalla 502/92 e dalla 29/93, ha progressivamente ridimensionato quella professionale svilendo il lavoro del medico che, quale dirigente della PA dopo il fallimento dei principi della 29/93, in tema di separazione tra organo politico e organo dirigenziale, e con la privatizzazione del proprio rapporto di lavoro che sancisce la "relazione fiduciaria tra politica ed alta burocrazia", si trova, oggi, a fronteggiare alla richiesta, da parte della Conferenza delle Regioni di "fidelizzazione delle figure apicali", ed alla possibilità di revoca dell'incarico anche in presenza di una valutazione positiva (D.L. 150/09).

Questo è il motivo per il quale si avverte la necessità di

passare da una logica gestionale ad una logica professionale attraverso l'implementazione di processi professionali finalizzati al raggiungimento di standard clinico-assistenziali.

Occorre, quindi, chiarire che il medico è pur sempre un dirigente ma è un dirigente atipico per cui è necessario recuperare la centralità del proprio ruolo andando oltre la dirigenza. Ma per raggiungere questo obiettivo si deve partire

dall'atto medico e da un nuovo stato giuridico chiarendo, contestualmente, la differenza tra chi dirige e chi gestisce. Dirigere vuol dire "avere poteri decisionali sull'utilizzo delle risorse umane, strumentali, finanziarie e strutturali ai fini del raggiungimento degli obiettivi prefissati dall'organo di governo"; gestire è, invece, "colui che

mette in atto metodi e procedure per raggiungere gli obiettivi prefissati".

In sanità, il significato di medico – dirigente si concretizza quale responsabile unico della strategia diagnostica, e/o terapeutica, e/o riabilitativa e, conseguentemente, della scelta del miglior percorso clinico a favore del paziente"; concetto, questo, che potrebbe rappresentare il vero "spartiacque" tra la professione medica e le competenze avanzate.

Pur tuttavia occorre superare l'appiattimento della carriera medica

sfociato, di recente, verso una vera e propria involuzione essendo oramai marginale la percentuale dei medici con incarichi di struttura.

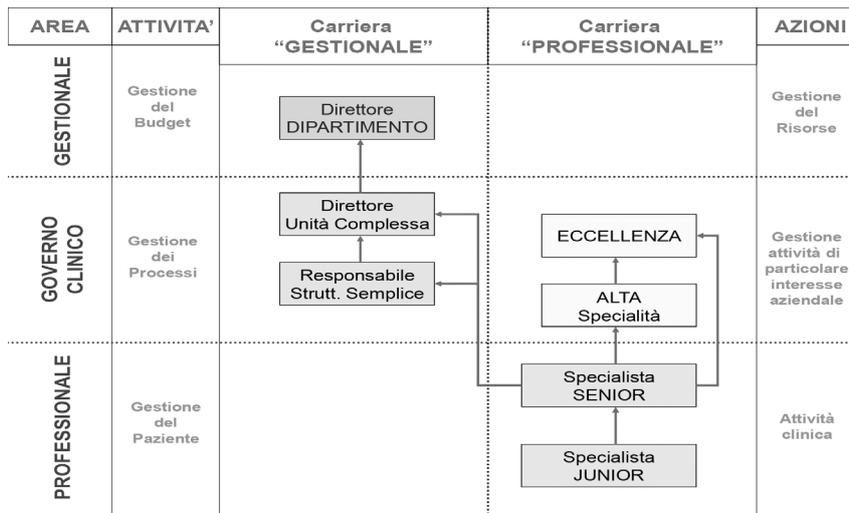


Tabella 1

| INCARICO | GESTIONAL | GOVERNANCE | PROFESSIONAL |
|------------------------------|---|------------|---|
| DIRETTORE DIPARTIMENTO | Direzione del Dipartimento con affidamento di un budget economico | | |
| DIRETTORE Unità Complessa | Direzione del Governo Clinico Struttura : - Organizzazione del lavoro - Gestione risorse umane e strumentali - Formazione del personale - Valutazione delle tecnologie (HTA) - Implementazione linee guida, protocolli, EBM | | |
| RESPONSAB Struttura Semplice | | | |
| ECCELLENZA | | | Profilo professionale di assoluta valenza strategica aziendale con competenze specifiche in settori di eccellenza aziendale |
| ALTA SPECIALITA' | | | Profilo di specialista con funzioni di formazione e tutoraggio che utilizza procedure e tecnologie innovative |
| SPECIALISTA SENIOR | | | Profilo di specialista autonomo |
| SPECIALISTA JUNIOR | | | Profilo di specialista |

Tabella 2

CIMO è convinta che occorre, pertanto, ricreare un nuovo percorso di carriera che offra maggiori aspettative a chi lavora nel SSN, magari anche attraverso una separazione tra carriera gestionale e professionale con valorizzazione concreta di quest'ultima.

Per la carriera gestionale l'affidamento, al solo direttore di dipartimento, della gestione manageriale ed economica della struttura affidata e al direttore di unità complessa e/o di struttura semplice la gestione del governo clinico e dei processi clinico-assistenziali correlati. Viceversa, per la carriera professionale, il raggiungimento di livelli di alta specialità o di eccellenza la cui autonomia ed il cui valore economico potrebbe essere equiparato al direttore e/o responsabile di struttura.

Naturalmente entrambe le carriere dovranno iniziare dallo Specialista Junior anche a completamento, sul campo, del percorso intrapreso in ambito universitario. La successiva evoluzione del percorso, preliminare al doppio sviluppo di carriera, consisterà nel passaggio a Specialista Senior, medico con completa autonomia clinica a cui assegnare anche compiti di consulenza, tutoraggio, ispezione, verifica, didattica, ecc. (Tabella1).

Le due successive tabelle rappresentano, schematicamente, la proposta di nuova progressione di carriera ed il ruolo che ciascun dirigente medico potrà assumere (Tabella 2 e 3).

Strettamente collegata alle attività è, naturalmente la valutazione del medico che dovrà essere basata esclusivamente sulle proprie capacità professionali e non gestionali; questo significa ridimensionare, finalmente, quei sistemi di valutazione di ordine economico e manageriale che sono in netto contrasto con l'autonomia del professionista e con i doveri deontologici. Per ovvi motivi permangono,

in capo al direttore del dipartimento, la valutazione circa il raggiungimento degli obiettivi di budget in termini di efficienza, efficacia ed economicità della struttura.

In conclusione, occorre implementare un sistema di carriera "dinamico" che preveda una progressione verticale, legata alla valorizzazione del percorso professionale, ma anche una

progressione orizzontale derivante dal raggiungimento periodico degli obiettivi assegnati. In modo corresponsabile è necessario prevedere anche una possibile perdita dell'incarico nel caso di una doppia valutazione negativa o per effetto dell'adozione di procedimenti disciplinari.

La proposta CIMO rappresenta una base di confronto aperto che, tuttavia, non può prescindere da due aspetti: il recupero dell'autonomia del professionista e la volontà di creare, davvero, una carriera professionale.

Ci auguriamo che l'imminente riforma della P.A., elaborata dal Ministro Madia, non ricomprenda i medici del SSN e, soprattutto, che per loro non si attui la conversione del fondo di posizione verso la retribuzione di risultato.

| INCARICO | GESTIONAL | GOVERNANCE | PROFESSIONAL |
|-----------------------------|--|------------|--------------|
| DIRETTORE DIPARTIM. | Rispetto obiettivi di budget (efficienza, efficacia, economicità) Efficienza ed efficacia organizzazione del lavoro | | |
| DIRETTORE UOC | Rispetto obiettivi di Governo Clinico Gestione delle risorse assegnate Efficienza clinica ed efficacia delle cure | | |
| RESPONS. STR. SEMPL. | Attuazione formazione del personale Implementazione prevenzione rischio clinico Valutazione HTA | | |
| ECCELLENZA | Valutazione della complessità dei casi trattati Utilizzo procedure e tecnologie sanitarie innovative Complessità dei casi trattati, tasso di mobilità attiva, ecc. | | |
| ALTA SPECIALITA' | Valutazione complessiva dei casi trattati Utilizzo di metodiche e procedure di elevata specialità Valutazione complessiva dell'attività specialistica | | |
| SPECIALISTA SENIOR | Casistica clinica e/o chirurgica Indicatori di outcome Attività di formazione sul campo | | |
| SPECIALISTA JUNIOR | Attuazione linee guida e protocolli diagnostico - terapeutici | | |

Tabella 3

Indirizzo per corrispondenza:
Dott. Guido Quici
e-mail: cimoquici@gmail.com

Relatori e Moderatori

Sergio Barbieri

Vice Presidente Nazionale CIMO

Riccardo Cassi

Presidente Nazionale CIMO

Giulio Cecchini

Segretario Regionale CIMO Liguria

Mario Colucci

Segretario Amministrativo CIMO Campania

Antonio D'Alessandro

Segretario Aziendale CIMO ASL Salerno

Antonio De Falco

Segretario Regionale CIMO Campania

Giancarlo Faletti

Avvocato Responsabile Nazionale Ufficio Legale CIMO

Antonio Giordano

Direttore Generale A.O. dei Colli Napoli

Raffaele Guglielmi

Segretario Provinciale CIMO Salerno

Mario Iannotti

Vice Segretario Aziendale CIMO ASL Salerno

Luigi Iapicco

Segretario Aziendale CIMO AOU "OO.RR. S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" Salerno

Mario Lepre

Presidente Aggiunto Corte di Cassazione Napoli

Ettore Mautone

Giornalista del "Quotidiano Sanità"

Raffaele Nespoli

Giornalista del "Corriere del Mezzogiorno"

Guido Quici

Vice Presidente Vicario Nazionale CIMO

Bruno Ravera

Presidente Ordine dei Medici ed Odontoiatri Salerno

Antonio Squillante

Direttore Generale ASL Salerno

Matteo Tortora Della Corte

Responsabile Pensionati CIMO Campania

Vincenzo Viggiani

Direttore Generale AOU "OO.RR. S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" Salerno

CIMMO

IL SINDACATO DEI MEDICI

ISCRIVITI ALLA CIMO!

GRATIS PER TE:

- 50 CREDITI E.C.M.
- CORSO BLS-D
- ASSISTENZA LEGALE
- ASSISTENZA / CONSULENZA PREVIDENZIALE
- ASSISTENZA FISCALE
- CONVENZIONI HOTEL (nazionali/regionali)



CORSO
BLS-D
GRATUITO

50 CREDITI
GRATUITI



www.cimocampania.it

