

## Malasanità o mala giustizia?

### *Malpractice or maljustice?*

Giovanni Josa \*

UO Medicina Interna, Ospedale "Ginesio Marconi", Cesenatico (FC)

L'analisi di una "casistica" giornalistica rappresenta un ap-proccio, oltre che originale, necessario per capire con quali occhi noi medici veniamo visti e obbligarci a una riflessione non corporativa. Fondamentale, inoltre, la riaffermazione di Renato Malta e Salvatore Di Rosa dell'analisi in chiave etica: la relazione umana che si instaura tra medico e paziente è un elemento insostituibile dell'atto diagnostico e terapeutico, il fondamento di un sapere che non può essere soltanto tecnico, professionale e razionale, ma anche personale e soggettivo.

Il 14 aprile 2005 è stata presentata in Palazzo Vecchio a Firenze la "Carta di Firenze", per ribadire alcune regole che devono essere alla base di un nuovo rapporto tra medici e pazienti. Il paziente ha diritto alla piena e corretta informazione sulla diagnosi e sulle possibili terapie, ma anche all'autonomia di scelta. Viene, inoltre, affermato un principio importante: il tempo dedicato all'informazione, alla comunicazione e alla relazione è tempo di cura (afferma-zione importante in tempi di budget e "tempari").

Il tema dei media è in ogni caso cruciale e costituisce una delle sfide più importanti: i medici sono a un tempo vittima e protagonisti (sia come professionisti veri sia nelle fiction). Imminente è la programmazione di una nuova serie televisiva dal titolo *Crimini bianchi*, prodotta da TaoDue Film per Canale 5 e incentrata su un gruppo di medici e avvocati che fonda un'associazione per i diritti del malato; questa l'anteprima sulla stampa: «La storia promette di raccontare quello che nessun telefilm, neppure americano, ha ancora fatto: l'errore sanitario, la malasanità, i brogli in corsia, il baronato, il medico che si approfitta della fiducia del paziente».

Pensate, abbiamo superato anche gli americani; eppure il tema della *malpractice* è tipicamente statunitense ed è certamente una delle principali cause della crisi di quel sistema sanitario, che dovrebbe essere sì attentamente osservato, ma per trarne insegnamenti e cercare strade diverse. Ricordiamo che secondo l'Organizzazione Mondiale della Sa-

nià l'Italia è al secondo posto, dopo la Francia, per il miglior sistema sanitario, mentre gli Stati Uniti sarebbero al ventisettesimo posto; secondo il *British Medical Journal*, invece, saremmo davanti alla Francia (ai primi due posti Oman e Malta), con gli Stati Uniti al settantaduesimo posto.

A fronte di ciò, la spesa sanitaria in Italia è pari all'8,7% del prodotto interno lordo (10,5% in Francia e 10,9% in Germania) ma, soprattutto, la quota di spesa coperta dallo Stato è pari al 78,4% in Francia, al 75,1% in Italia, al 44,7% negli Stati Uniti. Anche considerando solo parzialmente valide le classifiche internazionali, non vi è dubbio che la sanità italiana sia a livelli medio-alti con costi medio-bassi. Eppure, tra le popolazioni della Comunità Europea, gli italiani sono al primo posto per timore e percezione di malasanità, anche se poi scendiamo molto in graduatoria se, al di là del percepito, si passa all'esperienza diretta o indiretta di malasanità (fonte: *Il Sole 24 Ore-Sanità, Euro-barometer*).

### La situazione del contenzioso in Italia (i numeri dell'alluvione)

Nel 2004, 46.000 erano le controversie per *malpractice* pendenti davanti ai nostri tribunali, con un aumento del 148% dei sinistri denunciati (responsabilità civile professionale dei medici) alle assicurazioni nel periodo 1994-2002 e "solo" del 31% delle denunce alle strutture sanitarie. Quindi, nonostante il medico spesso sia solo l'ultimo anello di una catena che lo conduce a sbagliare, il paziente è sempre più orientato a fare causa al singolo piuttosto che all'Azienda, mentre è proprio il processo che deve essere esaminato e non l'individuo. Infatti solo il 15% dei problemi che incontrano i pazienti nei servizi sanitari è dovuto a incompetenza professionale, mentre l'85% è dovuto a incompetenza del sistema [1].

Si parla molto di sovraffollamento degli ospedali: ebbene, un lavoro del 2006 dimostra come il tasso di mortalità sia direttamente proporzionale a quello di occupazione e significativamente superiore non solo, come parrebbe ovvio, per tassi di occupazione superiori al 100%, ma anche nell'intervallo 90-100% [2].

\* Corrispondenza:

Giovanni Josa, UO Medicina Interna, Ospedale Ginesio Marconi,  
v.le Ghirrotti 286, 47042 Cesenatico (FC),  
e-mail: gjosa@ausl-cesena.emr.it

## Il conflitto

Esiste una conflittualità tendenzialmente disonesta, cioè richieste di risarcimenti per danni da lesioni intentate contro i medici con finalità diversa da quella di "giustizia"; si pensa erroneamente che questo tipo di conflitto sia poco rappresentato in Italia, ma in realtà non è azzardato ritenere che oramai, tra le cause, vi siano le sollecitazioni verso i pazienti fatte con ogni mezzo da "compagni" interessate.

Vi è poi una conflittualità tendenzialmente onesta, fondata sull'eccesso di aspettative maturate circa l'esito delle cure, e qui si che esiste una responsabilità dei medici, i quali tendono, a volte per interesse, a mostrare i risultati strabilianti della conquista medica ingenerando false attese. Altre volte, poi, adottano un atteggiamento rassicurante sulla prestazione, che non prepara il malato a qualsiasi inconveniente.

Qual è l'esito del conflitto: nel Regno Unito il paziente vince la causa solo nel 17% dei casi [3]. E in Italia? Mancano statistiche precise, perché presso i tribunali i delitti vengono registrati per tipologia del reato e non per autore (i medici vengono inquisiti per lesioni colpose come gli automobilisti) e le società assicurative considerano la richiesta di risarcimento e l'informazione di garanzia alla stregua di un sinistro (quindi anche le richieste che non avranno seguito). Per questo, un'importante proposta è quella di istituire un osservatorio del contenzioso e dell'errore medico.

Con tali limiti, si può comunque affermare che un chirurgo ha 80 probabilità su 100 di ricevere un avviso di garanzia o di essere citato in giudizio per lesioni e circa 15.000 medici l'anno vengono accusati di *malpractice* e sottoposti a richieste di risarcimento per danni, ma i due terzi vengono assolti per non avere commesso il fatto.

La vicenda giudiziaria, sebbene risolta con la più ampia formula assolutoria, crea comunque sempre un danno per il medico innocente: un danno patrimoniale (diminuita attività lavorativa, spese legali per la difesa, aumento del premio assicurativo) e non patrimoniale (frustrazione, stress, rinuncia al fare, gogna mediatica).

Fra le discipline più coinvolte, in testa vi sono ovviamente l'Ostetricia, la Chirurgia Generale e l'Ortopedia, ma, attenzione, la Medicina Interna è al quarto posto di questa particolare "top ten", con medici dell'urgenza e psichiatri in rapida ascesa.

## L'errore

È evidente che, in ambito sanitario, evitare un errore tutela tre volte la salute: innanzitutto quella dei pazienti, inoltre determina un risparmio sui costi (530 milioni di euro per premi assicurativi è il dato ufficiale) e, infine, mantiene l'indispensabile clima di fiducia fra sistema sanitario e cittadino, tra medico e paziente.

Purtroppo gli esseri umani, in qualsiasi contesto lavorativo, commettono sbagli, ma per quelli medici la società è convinta che si tratti sempre di un errore che non si sareb-

be dovuto verificare. Il medico (e il pilota d'aereo o il comandante della nave) non dovrebbe commettere errori. Tutto è centrato sull'individuo, quindi l'errore prevede l'isolamento, la colpa, la punizione e la sanzione. Tra questi aspetti, il peggiore è costituito dall'isolamento, perché se si isola l'individuo dal contesto non saranno mai identificate le condizioni che generano gli errori e non si potranno apprendere gli insegnamenti derivanti dall'evento.

Per far crescere il meccanismo di *incident reporting* occorre prevedere che le informazioni non possano essere utilizzate in azioni giudiziarie (intervento legislativo).

## L'approccio ingegneristico

Nessuno si reca al lavoro con l'intenzione di commettere errori: gli errori sono prevalentemente involontari. L'obiettivo principale della gestione del rischio (*risk management*) è costituito dalla rimozione delle insidie che conducono a sbagliare e dall'identificazione degli errori ricorrenti e delle situazioni a rischio, per porre rimedio a tale situazioni. La fallibilità fa parte della condizione umana e non può essere modificata, mentre si possono cambiare le condizioni in cui le persone lavorano.

Quello che dovremmo affermare con forza è che il problema è rappresentato dall'aumento di complessità del sistema; paradossalmente, lo sviluppo scientifico in campo medico rende la medicina sempre meno esatta, con maggiore probabilità di trovarsi in situazioni *borderline*.

Il rischio è definito come il prodotto della probabilità che accada uno specifico avvenimento per la gravità delle sue possibili conseguenze.

Il processo di *risk management* si esplicita nelle attività cliniche gestionali e amministrative intraprese per identificare, valutare e ridurre il rischio di danni per pazienti, operatori e visitatori e il rischio di perdite per l'organizzazione stessa (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*).

Il tema della sicurezza dei pazienti e degli operatori è presente già da anni tra le priorità dei Piani Sanitari Regionali in particolare di Toscana, Lombardia ed Emilia Romagna e si è sviluppato con i processi di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e i progetti specifici a livello regionale e locale. Il sistema deve essere interamente focalizzato sugli eventi e sulle loro caratteristiche, e non funzionare alla creazione di meccanismi colpevolizzanti e punitivi.

## La colpa

Oggi la situazione prevalente è quella della responsabilità per omissione: non si imputa al medico di aver agito male, bensì di non avere agito quando era necessario (di non avere effettuato un dato esame, una determinata terapia o misura preventiva). L'impossibilità del non fare è alla base di quel disastro clinico ed economico rappresentato dalla medicina difensiva.

Azione penale o civile: l'azione penale non è solo la più economica, ma anche la più facile e deterrente; basta una semplice denuncia-querela per scaricare il lavoro più impegnativo (la ricerca delle prove) sulla pubblica accusa [4]. Si tratta di una condotta a rischio quasi zero perché, nella pratica, il querelante non è tenuto a rifondere le spese processuali sostenute dall'indagato, pur se prosciolto.

La depenalizzazione è una delle questioni più importanti; l'obbligatorietà dell'azione penale spinge i medici, da un lato, a non denunciare quanto succede e, dall'altro, alla medicina difensiva con prestazioni ed esami inutili. Non si rende un servizio al paziente né alle casse del Servizio Sanitario Nazionale.

## Le assicurazioni

Da una mappatura dei sinistri RCT/O – Sistema Sanitario Regionale Lombardo (periodo di riferimento 1999-2004), 11.000 sinistri si riferiscono a richieste di risarcimento danni pervenute a tutte le 44 realtà sanitarie (Aziende Ospedaliere, Aziende Sanitarie Locali, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico), con un costo complessivo di 45,5 milioni di euro.

In un contesto di questo genere, le compagnie meno coinvolte hanno deciso di uscire dal mercato, mentre quelle dotate di maggiori conoscenze ed esperienza in tema di *medical malpractice* continuano a offrire le coperture ma a condizioni più restrittive: sistematico aumento delle tariffe, massimali più limitati, limiti aggregati annuali.

## Dieci proposte

- Diffondere la problematica dell'ingiusta accusa attraverso i media.
- Affrontare il tema della perizia medico-legale compilando elenchi di specialisti di comprovata esperienza tecnica nella materia (albo nazionale).
- Diffondere l'utilizzo dell'accordo arbitrale.
- Rendere ancora allettante e percorribile la scommessa delle assicurazioni: sistemi di accreditamento, strutture dedicate per la sottoscrizione dei rischi e la liquidazione

dei sinistri, inserimento di clausole contrattuali/allegati tecnici, agevolazione di iniziative in tema di controversie extragiudiziali, consenso informato, centri di ascolto, camere di conciliazione.

- Riconoscere i possibili eventi avversi ragionevolmente evitabili e gli eventi avversi senza colpa (alea terapeutica), con previsione (come in Francia) di un fondo di solidarietà a costituzione mista (strutture sanitarie, pool di assicurazioni ospedaliere, Comuni e Regioni, come in Austria).
- Formare i medici alla cultura dell'errore.
- Creare una rete di centri che consentano di introdurre tecnologie e processi produttivi a prova di errore.
- Depenalizzare la responsabilità per colpa.
- Dotare gli ospedali di strutture per la gestione del rischio.
- Creare l'osservatorio permanente sul contenzioso.

## Tre riflessioni finali sulla sicurezza

- La preoccupazione per la sicurezza non dura a lungo; le pressioni quotidiane alla produttività riguadagnano presto il loro posto dominante (J. Reason) [5].
- Troppi medici e infermieri, magari in buona fede, parlano male dei propri colleghi anche davanti ai pazienti; una tentazione cui resistono in pochi, ma che nel malato genera conflittualità, confusione e sospetto.
- Negli Stati Uniti, per ogni dollaro di risarcimento solo un terzo va al paziente, il resto finisce nelle mani degli avvocati o nella gestione del contenzioso legale.

## Bibliografia

- [1] Øvretveit J. Quality evaluation and indicator comparison in health care. *Int J Health Plann Manage* 2001;16(3):229-41.
- [2] Sprivulis P. *Academy Health Annual Meeting*. Boston (MA); June 26, 2006.
- [3] Stauch M, Wheat K, Tingle J. *Sourcebook on medical law*. 2<sup>nd</sup> Ed. London: Cavendish Publishing, 2002:357.
- [4] Cass. 16 novembre 1993, n. 11287; Cass. 16 novembre 1988, n. 6220.
- [5] Novaco F, Damen V. *La gestione del rischio clinico*. Torino: Centro Scientifico Editore, 2004.