

## Errori clinici e medicina difensiva

*Si è tenuto il 24 febbraio all'Ordine di La Spezia un convegno dal titolo "L'errore medico. Aspetti medico-legali, assicurativi e giudiziari". Ne riportiamo una breve relazione del collega Luigi Caselli, segretario regionale Federspev.*

**D**urante la prima relazione del congresso il collega Emilio Falco, primario chirurgo al Sant'Andrea lancia un "j'accuse" contro il rullo compressore del burocratismo sanitario che pretende di trasformare il delicato, meditato,

sapiente atto medico

della diagnosi e

della cura,

medica o

chirurgica

che sia, in

puro atto

tecnico

gestionale,

da confinare nei

limiti di Drg

e di implicazioni

statistico-epi-

demiologico-bud-

gettarie, "Come posso - si

chiede il collega - da chirurgo responsabile di

una équipe ospedaliera, intervenire con la

necessaria serenità e non lasciarmi distrarre

da tutte le responsabilità aggiuntive che oggi

l'amministrazione sanitaria pone a capo della

"nuova" figura di primario? Con quale compe-

tenza posso rispondere della sicurezza

antifortunistica, dell'impiantistica più varia,

della gestione del personale e delle risorse;



non basta più occuparsi del paziente a salvaguardia della sua salute, scegliere per lui le opzioni terapeutiche, migliori, più aggiornate, più collaudate e più accettate? Come trovo il tempo e il modo per acquisirne il consenso "consapevole", informandolo secondo lo spirito della legge, cioè spiegandogli in termini inequivocabilmente recepibili dal suo grado di istruzione e dalla sua sensibilità influenzata dalla sofferenza e dall'ansia per l'imminente intervento?"

Il medico deve ascoltare il paziente, agire nel suo interesse, persino nella scelta del luogo di cura, comprenderne anche le nuove esigenze derivanti dal mutato rapporto medico-paziente. Indietro non si torna: addio al bonario paternalismo, ma anche allo pseudo paritario consenso assenso. Siamo ormai alla fase contrattualistica, dove si cerca di negoziare non solo la guarigione, ma la qualità della vita, confidando in una sorta di taumaturgismo sanitario e di perfezionismo scientifico millantati dai media. Superati i concetti di consenso (acritico e protocollare) e di assenso (che pur prevede il diritto a "non sapere"), ora bisogna tener conto del "dissenso" del paziente: contrasto a cure non condivise, anche per motivi ideologici, come succede per i Testimoni di Geova; del resto la qualità della vita non si misura con parametri oggettivi, e si può non essere d'accordo con la scienza.

Se nei rapporti con il paziente il medico odierno deve affrontare questa negativa evoluzione, perdendo molta della sua passata "intangibilità", anche in quelli con il magistrato ha ceduto terreno. Infatti nel tempo si è verificata una accresciuta sensibilità alle istanze dell'opinione pubblica, parallelamente ad una maggiore attenzione all'operato del medico.

Questi, a fianco di un ammorbidimento dell'atteggiamento penalistico, ha dovuto registrare un irrigidimento di quello civilistico, dove è particolarmente esposto anche per mancanza di una normativa specifica. A peggiorare la situazione del medico, l'affermazione della giurisprudenza che la scienza e la tecnica sanitarie hanno raggiunto livelli tali da rendere meno comprensibile l'insufficiente o negativo risultato del suo intervento, vanificando il concetto sinora invalso che il medico fosse incolpabile soltanto per dolo o colpa grave. Così recita infatti una sentenza della Cassazione (3.03.95, n.2466), che di fatto affossa il "buonismo" dell'art. 2236 C.c. che fungeva da salvagente nei casi di particolare difficoltà. Così, da alcune sentenze del 1973 in poi, il magistrato considera rilevanti anche le ipotesi di "colpa lieve", e sposta sempre di più l'attenzione dall'autore alla vittima. Questa, al centro della responsabilità contrattuale del medico, lo fa rispondere anche quando la sua opera riveste un'importanza apparentemente secondaria, come nel caso della scelta del luogo di cura. Il curante risponde, infatti, delle conseguenze avverse, pur se causate da altri, o da strutture o professionalità non adeguate, configurandosi pur sempre, se non un "contratto", un "contatto" reso responsabile dalla consapevolezza dei rischi.

Non minori sono poi anche le responsabilità "indirette" dei membri di una équipe: il sanitario non può esimersi dal conoscere e valutare l'attività precedente e contestuale dei colleghi. Per tutti vale l'obbligo della corretta prassi. **Talora l'errore può essere "medico", ma non "del medico", in quanto prodotto da un insieme di fattori ambientali e operativi non direttamente dipendenti dal curante;** tuttavia questi ne è spesso il solo o il maggior responsabile. L'errore può anche

non nascere dal fare, ma dal "non fare": l'omissione o l'inadeguatezza comportano anch'esse la responsabilità. Ci può essere errore tanto nell'iter diagnostico come nella terapia, sia per difetto di ragionamento che di accertamento. Può essere commesso involontariamente (per stanchezza, disattenzione, errori della memoria), o con partecipazione: per errata valutazione, per scelta inadeguata, per deviazione da standard consolidato o da ignoranza di linee guida validate. E c'è pure l'errore "incolpevole", quando non è il curante, ma la scienza incapace di risolvere la patologia. Questo succede più spesso di quanto si pensi, è grave, ma ignorato dai media. Si può rispondere per un mancato risultato, non tanto per la mera aspettativa di quello, quanto per la perdita di un valore patrimoniale, una chance, resa vana dall'insuccesso.

**Nell'ambito della attività ospedaliera, può essere chiamato a rispondere di danni chiunque operi nelle strutture e nei servizi.** Anche il direttore amministrativo è penalmente responsabile, ad esempio nel caso in cui non abbia predisposto quel minimo di assistenza che tutti gli interventi chirurgici impongono. Le scarse risorse a disposizione degli ospedali sono un fattore aggiuntivo di rischio per i sanitari dipendenti. La responsabilità di questi, nel caso di errore metodologico, è correlata al grado di rischio specifico, confrontato con le percentuali statistiche. Il sanitario ospedaliero ha l'obbligo di redarre correttamente, tra l'altro, la cartella clinica: l'incompletezza o l'illeggibilità di questa, qualora ne derivasse un evento avverso, ne denuncerebbero la responsabilità. Il lungo elenco delle responsabilità del medico causa l'aumento della medicina difensiva come un ulteriore degrado e impone al legislatore il ricorso alla tutela di una normazione chiara.