

ERRORI MEDICI E MALASANITÀ: 'TROPPE DENUNCE' (dal sito <http://www.informasalus.it/>)

Nel 2011 sono partite dagli studi legali 31.500 denunce contro i camici bianchi o strutture sanitarie pubbliche e private, per i presunti danni causati da ricoveri, intervento o terapie 'sbagliate', con una media giornaliera che sfiora gli 85 esposti al giorno. Il dato è stato diffuso dall'Ania (Associazione nazionale imprese assicuratrici) nel corso di un'audizione in Commissione Affari sociali della Camera in materia di responsabilità professionale del personale sanitario.

"Il fenomeno dell'aumento del numero delle denunce per **malpractice medica** nell'ultimo decennio - spiega il direttore dell'Ania, Roberto Manzato - ha riguardato molti Paesi sviluppati negli ultimi decenni. Non è un caso circoscritto al nostro Paese. Le principali cause sono una maggiore consapevolezza dei pazienti alle cure ricevute; un aumento degli importi dei risarcimenti; l'ampliamento dei casi da risarcire da parte della giurisprudenza".

"Le **conseguenze** che ne sono derivate per il sistema sanitario nel suo complesso - ha aggiunto Manzato - hanno comportato maggiori costi diretti anche in termini di risarcimenti dovuti ai pazienti con relativo incremento del costo delle eventuali coperture assicurative; maggiori difficoltà nei rapporti tra medico e paziente; maggiori costi indiretti derivanti dal ricorso alla cosiddetta medicina difensiva". Secondo l'Ania è necessario "introdurre misure idonee a mitigare il rischio di malpractice medica al fine di contenere il livello dei costi, di renderli maggiormente prevedibili e, di conseguenza, di ampliare la disponibilità di coperture assicurative".

DEPENALIZZARE L'ERRORE MEDICO: UN RISCHIO O UN'OPPORTUNITÀ? (dal sito <http://www.cineas.it/>)

Un provvedimento per bloccare l'aumento dei contenziosi e la diffusione della medicina difensiva. L'opinione del professor Francesco Pinciroli.

In nove casi su dieci lo specialista viene assolto. Eppure, negli ultimi anni stanno aumentando in modo esponenziale le richieste di risarcimento per malpractice da parte dei pazienti nei confronti dei medici. I professionisti si tutelano con la "medicina difensiva" moltiplicando, cioè, il numero degli esami, delle cure e dei ricoveri che non sono indispensabili, ma che potrebbero diventare prove fondamentali in caso di citazione in giudizio. In questo modo aumentano i costi.

Per bloccare questa spirale, il sottosegretario al Welfare, Ferruccio Fazio, aveva annunciato a giugno un provvedimento legislativo per depenalizzare l'errore medico. Il progetto sta iniziando l'iter per diventare una proposta di legge. Fermo restando che imperizia e negligenza saranno punite, diverso dovrebbe essere il trattamento per tutti quei casi in cui l'errore non è causato da omissioni o inadeguatezza degli strumenti tecnico scientifici.

Abbiamo chiesto un parere su questo tema a Francesco Pinciroli, professore di Sistemi Informativi Sanitari e Telemedicina al Politecnico di Milano, e docente al corso avanzato in Hospital risk management del Cineas.

Quali criticità presenta il rapporto medico paziente? E che cosa vuol dire concretamente depenalizzare l'errore medico?

Il numero di cause che annualmente risultano intentate dai pazienti ai propri medici curanti - numero che è crescente, e che spesso è usato come indicatore di malasanaità - dipende non soltanto dalla numerosità degli errori medici, ma anche dalla propensione del paziente ad intentare una causa, la quale è legata a sua volta alla previsione di facile ottenimento del risarcimento.

Il reato penale è quello in cui, risultando grave al comune percepire la violenza commessa, ed essendo nel contempo debole la parte lesa, lo Stato interviene direttamente a difendere l'offeso. Rimane che la messa in pratica di questa procedura sia poi influenzata, in modo a volte importante, da svariati elementi, tra i quali possiamo citare: il significato di "comune percepire" e la sua evoluzione nel tempo; l'effettiva capacità

dello Stato di far sì che il giudizio risulti condotto a termine con buona certezza e in tempi brevi; infine, dalla frequenza del reato, che non deve diventare elevata a tal punto da essere ingestibile efficacemente.

Quando si è in presenza di un decesso, e qualora sorgano dubbi delle eventuali concorrenze di dolo o colpa, che la Stato dia corso ad un'indagine penale è azione molto appropriata. In altri casi la convinzione sull'appropriatezza non pare così facilmente condivisibile. Più fattori possono concorrere a rendere problematica la convinzione:

- la mancanza di una situazione così definitiva come il decesso;
- la particolare complessità del rapporto tra medico e paziente, tipicamente asimmetrico e fiduciario, che rimane elevata anche nei casi in cui il consenso informato venga espletato al meglio;
- le spinte a comportamenti umani negativi, comunque presenti sia tra i medici sia tra i pazienti;
- una certa previsione sulla presumibile prassi di giudizio;
- la rilevanza del ruolo clinico assunto dalle tecnologie biomediche, da tempo divenute quotidianamente indispensabili nella diagnosi, nella terapia e nella riabilitazione. Tali tecnologie continuano a non essere accolte nei cammini formativi curriculari della Laurea in Medicina e Chirurgia;
- la quasi nulla considerazione accordata ai temi delle tecnologie biomediche nei cammini ECM di formazione permanente del medico;
- la troppo rara adozione negli enti di ricovero e cura di organizzazioni facilitanti la tempestiva segnalazione dell'errore medico.

Questi sono tra i primi fattori che contribuiscono alla valutazione di iniziative di depenalizzazione dell'errore medico.

Perché depenalizzare l'errore medico?

Tutti constatiamo come, da qualche anno a questa parte, il tema del rischio clinico sia andato incontro ad un aumento rilevantissimo dell'interesse, anche da parte della stampa. La generalizzata richiesta di maggiore rigore nell'erogazione dell'atto clinico al paziente è certamente sostenuta dal progredire della conoscenza medica. Nel momento in cui sia disponibile una specifica linea-guida clinica, accreditata da una pertinente società scientifica, che sia sostenibilmente erogabile al paziente, eventualmente appoggiandosi agli appropriati enti di ricovero e cura, allora il procedimento penale dell'eventuale reato può a mio avviso permanere. Altrimenti, credo che sia meglio soprassedere, senza però che ciò costituisca alibi per non porre mano alla migliore sistematizzazione e al possibile superamento dei richiamati fattori di problematicità.

MEDICI, SCATTA L'OBBLIGO DI ASSICURAZIONE PROFESSIONALE (dal sito <http://it.blastingnews.com/>)

Con il Decreto Legge n°69 del 21 giugno 2013 è scattato l'obbligo per tutti i medici di sottoscrivere un'assicurazione di Responsabilità civile e professionale che andrà in vigore dal 14 agosto 2014.

Coperture della polizza professionale per i medici

Questa assicurazione copre il medico, sia che egli operi in una struttura pubblica e/o privata o come libero professionista, dalle richieste di risarcimento che si possono presentare a seguito di errori commessi mentre si esercita la professione, assicurando inoltre la copertura legale, anche se è la struttura stessa presso cui si esercita a indicare come responsabile il medico degli errori commessi, durante il solo periodo di validità del contratto assicurativo. Quindi non rientrano gli errori che si sono verificati nel periodo di sottoscrizione ma di cui si è venuti a conoscenza quando la polizza risultava già scaduta. Allo stesso modo, anche gli errori commessi nei periodi precedenti, che vanno da due anni fino ad un massimo di cinque se previsto dal contratto assicurativo, ma di cui si viene a conoscenza mentre la polizza è valida, sono coperti.

Errori dei medici coperti dalla polizza

Nella categoria degli errori vengono inclusi: l'errata o ritardata diagnosi di una patologia ed errate prescrizioni e compilazioni di cartelle cliniche che mettono a repentaglio la vita del paziente.

Premio e massimale della RC Professionale Medici

Tale polizza, che prende il nome di Rc Professionale Medici, sancita dal Decreto Balduzzi, prevede un premio che può toccare anche i 20.000 Euro all'anno ed un massimale che arriva fino a 1 Milione di Euro, mettendo così in seria difficoltà tutta la categoria dei medici, dai più giovani e neolaureati fino ai

medici più affermati: nessuno da quest'estate, infatti, ne sarà esente, eccetto i medici che sono dipendenti Pubblici del Sistema Sanitario Nazionale, come dichiarato anche dal Ministro della Salute Beatrice Lorenzin.

La durata prevista della polizza è di tre anni

Considerato che nel caso di azioni dannose ricidive da parte del medico, l'agenzia assicurativa può richiedere di chiudere in maniera anticipata il contratto, la durata prevista attualmente è pari a tre anni.

Creazione di un Fondo Rischi Sanitari per le categorie di medici più a rischio

Ovviamente non sono state poche le polemiche scaturite da quest'obbligo, che già un anno fa era stato previsto e poi prorogato, tanto che probabilmente verrà creato un Fondo Rischi Sanitari, in modo che le categorie ritenute più a rischio, come i chirurghi o i ginecologi, possano usufruirne per le coperture assicurative, alleggerendo così tale spesa non indifferente.

Fondo di Tutela gestito dalla Consap

Per evitare speculazioni da parte delle assicurazioni, sarà la Consap (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici) a gestire un Fondo di Tutela, in modo tale che il medico possa scegliere la tipologia di assicurazione più adatta.

ERRORI MEDICI NEGLI OSPEDALI ITALIANI: MOLTO MENO DELLA MEDIA INTERNAZIONALE (dal sito <http://www.torinomedica.org/>)

La rivista *Epidemiologia Prevenzione* ha recentemente diramato un comunicato stampa con cui si annuncia la pubblicazione di un articolo che riporta il risultato di uno studio che ha valutato la presenza dell'errore medico negli ospedali italiani. "Nei nosocomi italiani –si afferma- si sbaglia più o meno quanto in quelli francesi, spagnoli, olandesi e canadesi: in circa 5 casi su cento. Molto meno se si considera la media dei dati internazionali(9%).

Ma soprattutto, in oltre il 56% dei casi gli errori clinici possono essere prevenuti. A patto che il personale sanitario applichi protocolli e linee guida rigorosi nella gestione del paziente. È quanto emerge dal primo studio italiano che misura il tasso d'incidenza degli eventi avversi e la loro prevenibilità in un campione rappresentativo di pazienti ricoverati in 5 grandi ospedali ubicati al Nord, al Centro e al Sud del Paese, pubblicato sul numero in uscita di *Epidemiologia&Prevenzione*, la rivista dell'Associazione Italiana di Epidemiologia (Riccardo Tartaglia et al. Eventi avversi e conseguenze prevenibili: studio retrospettivo in cinque grandi ospedali italiani. *Epidemiol Prev* 2012;36(3-4):151-61)". Come già segnalato da più parti, e più volte anche sugli spazi della Rete curati dall'OMCeO di Torino anche in Italia si sta facendo strada il coraggio, da parte del personale sanitario, di guardare in faccia l'errore medico per tenerlo sotto controllo e ridurne il più possibile l'entità. Questo studio importante è una tappa di rilievo di questo percorso culturale (necessario e che dovrà essere sempre più articolato e condiviso) per rendere la medicina e la sanità magari meno "eroiche" ma più compiutamente professionali.

MORTI IN OSPEDALE. DENUNCE RADDOPPIATE (dal sito <http://www.iltempo.it>)

Raddoppiati in un anno i casi di malasanità denunciati alla Procura di Roma. Due esposti su tre sono stati archiviati ancora prima di arrivare a processo. Secondo i pm dietro questo trend si nasconde spesso la ricerca di un mero interesse economico da parte dei familiari dei pazienti. «Negli ultimi anni è aumentato in modo esponenziale il numero delle denunce per colpe mediche - spiega il procuratore aggiunto Leonardo Frisani - Una grossa fetta di questi esposti sono finalizzati a ottenere esclusivamente un risarcimento del danno. Eppure la giurisprudenza sulla materia è stringente. Non è sufficiente che i medici abbiano commesso un errore nell'esercizio della loro professione. È necessario che le lesioni arrecate al paziente o il suo decesso siano causate da quell'errore. Serve in sostanza un nesso di causalità tra la morte e l'errore medico».

Nel 2013 ci sono state 136 denunce per presunti casi di malasanità, sfociati nell'apertura di 71 fascicoli per omicidio colposo e 65 per lesioni colpose. Per la prima e più grave fattispecie di reato, 40 procedimenti si sono conclusi con l'archiviazione e 31 con il rinvio a giudizio. Per la seconda fattispecie di reato, solo il 37%

dei casi è arrivato a processo, gli altri sono stati archiviati. I dati relativi al primo semestre del 2014 sono ancora più significativi della crescita del numero delle denunce a carico delle strutture sanitarie e del contestuale aumento dei procedimenti che si concludono con un'archiviazione. Da gennaio a giugno sono arrivati in Procura 142 esposti: in soli sei mesi è già stato superato il totale dell'anno scorso. Dei fascicoli in cui i camici bianchi erano indagati per omicidio colposo, il 60% è già stato archiviato. La percentuale sale ancora di più quando ai medici viene addebitato il reato di lesioni colpose. Su 74 procedimenti aperti, soltanto il 28% ha portato a un rinvio a giudizio. Questa cifra va poi scremata ulteriormente, con i dati dei processi che in sede di dibattimento davanti al Tribunale si concludono con l'assoluzione degli imputati.

«La pioggia di denunce per presunte malpractice - spiega il procuratore aggiunto di Roma Leonardo Frisani - ha portato i camici bianchi ad applicare la strategia della medicina difensiva. Per mettersi al riparo da un eventuale incriminazione per lesioni o omicidio colposo vengono prescritti ai pazienti tantissime analisi cliniche e accertamenti diagnostici spesso inutili, con inevitabili costi sul Servizio sanitario». A tutto ciò si somma il fatto che le polizze assicurative contro gli errori medici sono sempre più salate, tanto che alcuni ospedali italiani si auto-assicurano, accantonando per proprio conto dei fondi per gestire le richieste di risarcimenti. E, anche quando si rivolgono ad un assicuratore, lo fanno ormai solo per coprire i sinistri di maggiore entità.

Il sospetto è che dietro l'incremento di denunce contro i medici si nasconda una lobby che lucra sulla disperazione. Proliferano le pubblicità di associazioni e studi legali specializzati in questo ramo che prospettano un lauto risarcimento. «È aumentata la conflittualità - conferma Roberto Crea, segretario di Cittadinanzattiva Lazio - Da un lato, in un momento di crisi, la gente è più arrabbiata e vuole farla pagare al medico. Dall'altro lato c'è una spinta a fare ricorso alla giustizia da parte di associazioni di consumatori o gruppi di avvocati. Tutto questo porta alla medicina difensiva, che costa miliardi al Servizio sanitario, e alla fine il paziente non è che si salva, ma costa di più». «Occorre ripartire dal principio - aveva spiegato il procuratore della Corte dei conti del Lazio, Raffaele De Dominicis, durante l'inaugurazione dell'anno giudiziario 2014 - che il diritto alla salute non implica sempre il diritto alla guarigione e che la responsabilità medica resta comunque obbligazione di mezzo e non di risultato».

DR HOUSE È DISEUCATIVO, TROPPI ERRORI MEDICI (dal sito <http://cinema.fanpage.it/>)

Secondo uno studio canadese le serie Tv mediche come Dr House sono nella quasi metà delle scene ricche di errori e perciò sono di cattivo esempio per gli spettatori.

Cinico, irriverente, misantropo e anche inaffidabile. L'eccentrico Dottor Gregory House, il medico che ha rivoluzionato i canoni dei serial ambientati in corsia, è stato messo sotto accusa da un gruppo di ricercatori canadesi attraverso una ricerca che sarà presentata il prossimo aprile a Toronto durante il meeting annuale dell'*Accademia Americana di Neurologia*.

Lo studio, condotto dalla *Dalhousie University* di Halifax (Nuova Scozia) prendendo in esame 327 episodi delle più popolari serie tv mediche in circolazione, tra cui appunto Dr House, ma anche ER, *Grey's Anatomy* e *Private Practice*, ha rivelato che nel 46% dei casi di ricovero d'urgenza mostrati sul piccolo schermo, sono state effettuate procedure di soccorso inappropriate che nella realtà avrebbero potuto avere conseguenze fatali per il paziente. Solo il 29% delle tecniche di soccorso ha ricevuto la completa approvazione degli specialisti, mentre in un altro 25% è stato impossibile valutarne l'adeguatezza.

A quanto pare, gli eroi in camice bianco del piccolo schermo commettono innumerevoli e madornali strafalcioni tecnici fornendo ai telespettatori esempi diseducativi di come si affronta un'emergenza medica. Nonostante venga riconosciuto e lodato l'intento di questi format a sfondo medico, preoccupa l'eccessiva spettacolarizzazione delle tecniche che questi contengono. In una nota, il ricercatore Andrew Moeller ha spiegato infatti che *"I serial televisivi sono potenzialmente un buon metodo per educare il pubblico e quindi è preoccupante che questi programmi siano sbagliati per quasi la metà"*.

Che sia il caso per gli autori di consultare veri professionisti nella stesura dei copioni? Forse sì. Ma in fondo - ed è un principio basilare della fiction - chiunque guardi House, ha già messo preventivamente in conto che la realtà televisiva non corrisponde a quella della vita vissuta.