

Decreto sanità e responsabilità medica

La proposta, formalizzata nell'art. 3 "Responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie" di contenimento delle accuse di malpratica, correlate a denunce per colpa lieve, potrebbe paradossalmente incentivare comportamenti difensivi basati sulla scrupolosa applicazione delle linee guida

Giuseppe Belleri

Medico di medicina generale, Flero (BS)

Quando si pensa agli errori medici tra gli addetti ai lavori prevale l'aspetto operativo a scapito della dimensione cognitiva e mentale: quasi tutte le definizioni di errore, infatti, fanno riferimento ad azioni o alla pianificazione di azioni difettose e non appropriate rispetto allo standard di riferimento. Ne deriva, implicitamente, che per evitare di sbagliare (e prevenire quindi danni per l'assistito), basta seguire scrupolosamente protocolli, linee guida e procedure codificate dalla comunità scientifica. Insomma il pensiero medico sottolinea quasi esclusivamente gli aspetti pratici mentre i processi cognitivi ed inferenziali, tipici del procedimento diagnostico, restano in ombra se non del tutto trascurati: le azioni corrette, gli interventi accreditati e i protocolli codificati sarebbero di per sé e a priori garanti di un buon esito. Secondo questa concezione l'errore (prevalentemente terapeutico) correlato a un atto medico, è:

- ▶ dovuto a negligenza, distrazione, imperizia o trascuratezza nell'applicazione di un protocollo o di una linea guida;
- ▶ prevenibile, osservando scrupolosamente le procedure corrette;

▶ correlato a un danno per il paziente (evento avverso) e quindi ad una responsabilità individuale.

▶ Il Decreto Balduzzi

La riforma delle cure primarie, incentrata sulle nuove forme associative, ha monopolizzato il dibattito pubblico tra i vari portatori di interessi in campo. È così rimasta in ombra la proposta, formalizzata nell'art. 3 comma 1 del decreto Balduzzi, di contenimento delle accuse di malpratica correlate a denunce per colpa lieve. L'articolo 3 ha in sostanza formalizzato l'impostazione culturale sopra descritta, in quanto il giudice, nell'accertamento della colpa lieve di un medico, dovrà tenere in conto se il medico si attiene o meno "a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica". Si tratta di una svolta importante che avrà probabilmente effetti consistenti sulle pratiche assistenziali e non tutti nella direzione attesa. Proviamo ad immaginare questi effetti. Di sicuro le linee guida (LLGG) elaborate per le principali patologie avranno un grande impulso e una rinnovata notorietà. In primo luogo si pone il problema, comune a tutti i clinici pratici, di applicare ai

singoli casi clinici le indicazioni e le raccomandazioni contenute nei documenti di consenso, per forza di cose astratte e impersonali. Come noto, qualsiasi testo è soggetto ad interpretazione ed adattamento alla realtà, sempre più complessa e sfaccettata delle schematizzazioni formali. C'è da attendersi quindi che per attenersi alla lettera alle delle "buone pratiche accreditate" i medici pratici tenderanno ad applicarle in modo scrupoloso e iperfedele. Tuttavia esisterà sempre il problema di quale LLGG adottare tra le tante che si possono reperire in rete: quella della Società scientifica nazionale o quella anglo-sassone tanto prestigiosa?

▶ Le criticità

Già ora il numero, spesso esorbitante, di documenti di consenso sfornati dalla letteratura obbliga ad un *tuor de force* per valutare la qualità dei documenti e districarsi tra indicazioni pratiche, non sempre coerenti e sinergiche. Spesso infatti le linee guida risentono del particolare contesto geografico ed epidemiologico in cui sono state elaborate, per non parlare dell'annoso problema dei conflitti di interesse. E che dire

degli assistiti affetti da polipatologie che dovrebbero seguire contemporaneamente diverse LLGG, magari palesemente in contrasto l'una con l'altra o inconciliabili? E in caso di conflitto o dissonanza tra prescrizioni alternative, a quale bisognerà dare credito? È probabile che per pararsi da eventuali rischi legali i medici siano propensi ad adottare quelle più rigorose e dettagliate. Infine, ma non certo per importanza, c'è un non trascurabile nodo teorico correlato all'applicazione delle raccomandazioni della letteratura: in certi casi potrebbe essere più "etico" e deontologico ignorare o addirittura violare le buone pratiche cliniche codificate a favore di scelte personalizzate o aderenti ai singoli casi clinici, non raramente unici e parti-

colari. D'altra parte è la stessa Corte di Cassazione, nella recente sentenza n. 35922 del 19 settembre 2012, ad aver affermato, in contraddizione con l'articolo 3 della riforma Balduzzi, che l'osservanza o l'inosservanza delle linee guida non determina né esclude automaticamente la colpa del sanitario: *"Dal punto di vista del giudizio sulla colpa del medico, il giudice resta libero di apprezzare se l'osservanza o il discostamento dalle linee guida avrebbero evitato il fatto e cioè se le circostanze del caso concreto imponessero o meno l'adeguamento alle linee guida a disposizione del medico, oppure una condotta diversa da quella descritta in dette linee guida"*. Nelle conclusioni della sentenza, la Corte Suprema, afferma inoltre che le LLGG,

"pur rappresentando un importante ausilio scientifico, con il quale il medico è tenuto a confrontarsi non eliminano l'autonomia del medico nelle scelte terapeutiche (...)". La nuova norma inserita nel Decreto quindi potrebbe paradossalmente incentivare comportamenti difensivi basati sulla scrupolosa applicazione delle linee guida, anche se il giudice chiamato a valutare il comportamento del medico non potrà considerarle un punto di riferimento assoluto. Se si considera che lo spettro dell'errore e l'accusa di malpratica sono le motivazioni primarie della prescrizione di accertamenti o farmaci a scopo difensivo, si può intuire quanto sia consistente il rischio di indurre effetti perversi e contro-intuitivi.