

IL MEDICO ACROBATA

(LE NUOVE E SEMPRE MAGGIORI DIFFICOLTÀ DELLA PROFESSIONE SANITARIA)

Avv. B. Cataldo

Vicepresidente A.M.A.M.I associazione per i medici accusati di malpractice ingiustamente, Perugia

"La vita è breve, l'arte lunga, l'esperienza ingannevole, il giudizio difficile".

La professione del medico, nel nostro Paese, si è profondamente modificata negli ultimi trent'anni, diventando sempre più difficile, in ragione delle continue scoperte scientifiche, del ricorso a tecniche diagnostiche sempre più sofisticate, del contatto con esperienze di altri Paesi maggiormente industrializzati e più "ricchi", dell'operare in strutture sanitarie sempre più complesse e molto spesso mal gestite, del pressante controllo della Magistratura e, quindi, della necessità di assumere consapevolezza "giuridica" delle conseguenze del proprio agire.

In mezzo a mille ostacoli e difficoltà, il medico - come un acrobata - è chiamato oggi a svolgere la sua quotidiana attività lavorativa.

IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

Il primo ostacolo che il medico deve oggi superare, è quello dell'incrinato rapporto fiduciario con il paziente, che porta il sanitario ad agire nella consapevolezza, più o meno inconscia, che dovrà rapportarsi con persona che non solo non conosce, ma che probabilmente non si fida di lui.

Al maggior sforzo dei medici, compiuto per continui aggiornamenti, per l'apprendimento di tecniche sofisticate e per il sacrificio quotidiano di cercare di colmare - con la propria abnegazione, con il proprio senso del dovere e della "missione" di alleviare le sofferenze dei pazienti - le inefficienze delle strutture o le scarse risorse umane ed economiche messe a disposizione, corrisponde, sorprendentemente, nei pazienti una netta diminuzione della fiducia, se non un clima di sospetto, verso il loro operato.

Anche in passato, l'immagine del medico è stata talvolta oggetto perfino di dileggio - basta ricordare le opere di Molière - ma è innegabile che questo non sia tuttavia riuscito a scalfire il rapporto con i pazienti e con le loro famiglie.

Vale la pena di chiedersi che cosa sia accaduto.

Occorre innanzitutto prendere atto che le modalità di presentazione di una medicina scientifica trionfante,

enfaticizzata dalla stampa con i suoi successi, che occupa spazi sempre più ampi, talvolta anche oltre i confini della semplice terapia (com'è tipicamente il caso della chirurgia estetica), stanno alimentando false aspettative nella popolazione.

È certo che le richieste di larga parte dell'opinione pubblica sono improntate dall'erronea convinzione che la Medicina possa realizzare qualsiasi desiderio ed è ovvio che, in questo contesto, il primo dei desideri è quello della salute ad ogni costo, di una sopravvivenza senza limiti, anche nei trattamenti che riguardano persone in età avanzata, con salute molto compromessa, per le quali i pazienti o i loro familiari si attendono dai medici quelli che sono definibili soltanto come miracoli.

Dalla delusione di queste aspettative irrealistiche nasce, in un numero sempre crescente di casi, la reazione giudiziaria agli insuccessi.

Si assiste, quindi, ad una valutazione positiva espressa da buona parte dei cittadini nei confronti della *Scienza Medica*, e ad una valutazione molto critica e pessimistica nei confronti dei *medici* che la praticano.

Non vi è, in genere, consapevolezza adeguata della rischiosità intrinseca della Medicina, dovuta al concorso tra la dannosità delle malattie e la possibile dannosità dei trattamenti diagnostici e soprattutto di quelli terapeutici, chirurgici e medici. Né vi è adeguata consapevolezza dei grandi limiti che connotano anche la medicina più avanzata. Molte malattie sono tuttora di genesi oscura, per molte altre, di varia natura, le terapie disponibili sono spesso a carattere sintomatico e non assicurano la guarigione, ma solo una maggiore sopravvivenza e la possibilità di sopportare la cronicità della malattia con minori sofferenze.

Da questi *rischi*, e dai *limiti* della medicina scientifica, conseguono inevitabilmente insuccessi o addirittura conseguenze dannose iatrogene che in genere non sono addebitate alla Medicina in quanto tale, ma ai singoli medici o a gruppi di medici.

La confusione concettuale tra il disservizio sanitario (malasanità) e il comportamento che esce dagli standard professionali riconosciuti dalla comunità medica (*malpractice*), induce le persone, soprattutto quelle di scarsa cultura, a ritenere che dunque la scienza medi-

ca è esatta, le strutture perfette ed il medico un professionista in genere poco affidabile.

LA STRUTTURA IN CUI IL MEDICO È INSERITO

Il secondo ostacolo che il sanitario incontra nella sua attività è dato dalle disfunzioni, e spesso alle carenze, della struttura sanitaria in cui opera.

Il medico, inserito in qualunque struttura, non è in grado di scegliersi i propri collaboratori, né è in grado di dotarsi delle migliori apparecchiature che, tuttavia, sa in teoria essere esistenti.

A ciò si aggiungono la storica carenza di personale e la ristrettezza di risorse economiche destinate alla sanità, che determinano un eccessivo carico di lavoro e lo svolgimento del lavoro in turni forsennati e troppo prolungati, che determinano il rischio, sempre in agguato, di errore dovuto a fretta o a stanchezza.

Stesso rischio può derivare da pericolose "falle" nell'organizzazione delle procedure di controllo, come sembra che sia accaduto nel caso di vicende di ampia rilevanza mediatica, in cui sono stati trapiantati organi donati da persona sieropositiva.

Né va sottovalutata l'incidenza negativa della burocrazia strutturale del Sistema Sanitario in cui proliferano regolamenti e protocolli, poco utili - se non talvolta dannosi in caso di imprevisti o di emergenze - che condizionano l'agire del sanitario e che lo preoccupano per le conseguenze che la Magistratura potrebbe far derivare dal loro mancato rispetto.

Il medico finisce, così, col sentirsi sempre più solo e consapevole del fatto la stessa struttura in cui opera troverà molto più conveniente, da un punto di vista politico, scaricare su di lui le "colpe" il giorno in cui dovesse verificarsi un incidente, piuttosto che ammettere le proprie responsabilità, dirette o indirette che siano.

LA CARTELLA CLINICA

Sembra facile redigere questo strumento che molti medici credono essere soltanto un diario clinico.

E, invece, anche questo è un ostacolo o una trappola da evitare.

La cartella clinica, infatti, NON è soltanto un diario clinico, ma è anche un ATTO PUBBLICO: *"La cartella clinica, della cui regolare compilazione è responsabile il primario, adempie alla funzione di diario del decorso della malattia e di altri fatti clinici rilevanti; attesa siffatta funzione i fatti devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi e pertanto tutte le modifiche, le aggiunte, le alterazioni e le cancellazioni integrano falsità in atto pubblico"*. (Cass. Pen., Sez. V, 17/2/2004 n. 13989).

È anche importante sottolineare che, a prescindere dall'esistenza del dolo e, quindi del reato, l'irregolare o inesatta tenuta della cartella clinica è elemento valutabile ai fini della diligenza nella prestazione sanitaria.

"La violazione dell'obbligo di controllare la completezza e l'esattezza del contenuto della cartella clinica configura un difetto di diligenza ed inesatto adempimento della corrispondente prestazione medica" e, più esattamente, *"In tema di responsabilità professionale del medico chirurgo, la lacunosa formazione della cartella clinica redatta dai medici del Pronto soccorso ospedaliero non vale ad escludere per mancanza di prova l'omissione colposa della diagnosi da parte degli stessi, poiché il medico ha l'obbligo di controllare la completezza e l'esattezza del contenuto della cartella, la cui violazione configura difetto di diligenza ai sensi del secondo comma dell'art. 1176 c.c. ed inesatto adempimento della corrispondente prestazione medica. (Nella specie, la S.C. ha cassato la decisione della Corte di merito che aveva escluso la responsabilità dei medici del pronto soccorso che, suturato scorrettamente il nervo ulnare, meno visibile ed accessibile, non avevano accertato lo stato anatomico delle altre formazioni nervose del plesso brachiale, omettendo di diagnosticare la lesione dei nervi mediano e mediano cutaneo)*. (Cass. Civ., Sez. III, 5/7/2004, n. 12273).

LE RESPONSABILITÀ

Ai tempi dei babilonesi e dell'antico Egitto, i medici erano gravati dal rischio di severe condanne per gli eventuali insuccessi: fino alla condanna a morte, comminata in Egitto dal Codice Hammurabi, ai medici il cui paziente non fosse stato trattato con protocolli di cura elaborati attraverso l'esperienza, e ne fosse seguita la morte che si presumeva, pertanto, legata da nesso causale con la violazione delle regole di condotta professionale.

Da allora le cose sono, fortunatamente, cambiate, ma molte sono le responsabilità che incombono sul medico e di esse il sanitario non sempre ha un'esatta e piena consapevolezza, di tal che egli le avverte come pericoli dai contorni indefiniti, ma non per questo meno preoccupanti.

A) La responsabilità penale

Questa responsabilità può sussistere, *in primis*, per il compimento di reati colposi (lesioni ed omicidio), che verranno valutati dal Giudice secondo le norme dettate dal codice penale del 1930 per reati comuni.

Non esiste, infatti, nel nostro Paese una normativa specifica per i reati commessi nell'esercizio dell'attività

medica ed i sanitari vengono valutati con i criteri ordinari della colpa: negligenza, imprudenza, imperizia.

La stessa giurisprudenza (Cass. SS.UU. Penali 18/12/2008-22/01/2009) comincia ad avvertire il disagio di giudicare l'operato del medico con lo stesso metro con cui si valuta il comportamento di un automobilista e, soprattutto, comincia a rendersi conto che, mentre la considerazione del diritto del paziente alla salute è sempre più "costituzionalmente orientata" e, quindi, sempre più meritevole di attenzione e tutela, nulla si è fatto per modificare norme nate in regimi "pre-costituzionali" o soltanto per leggere nella stessa ottica costituzionale l'operato del medico, come persona abilitata a compiere l'atto (medico) a tutela della salute, e che, quindi, dovrebbe essere egualmente destinatario di letture costituzionalmente orientate della liceità intrinseca dell'atto medico, a prescindere da scriminanti specifiche o da consenso dell'avente diritto.

I delitti contro la persona, fra i quali sono rubricati i reati di lesioni colpose (art. 589 C.P.) e di omicidio colposo (art. 590 C.P.), vengono puniti, in queste fattispecie, a titolo di colpa.

Il reato è colposo, recita l'art. 43 del C.P.: "Quando l'evento anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza, imprudenza o imperizia (colpa generica) ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline (colpa specifica)".

Questa norma codifica le prime TRE REGOLE che per il diritto devono improntare l'agire del medico. Esse sono:

La PERIZIA, poiché il Giudice potrà valutare l'operato in termini di IMPERIZIA, la DILIGENZA, poiché il Giudice potrà valutare il comportamento in termini di NEGLIGENZA, e la PRUDENZA, valutazione di IMPRUDENZA.

IMPERIZIA è deficienza di cultura professionale o di abilità tecnica o di esperienza specifica richieste, invece, per l'esercizio di determinate professioni.

NEGLIGENZA è sinonimo di trascuratezza, significa insufficienza di attenzione e ricorre in caso di scarso impegno, dimenticanza, svogliatezza, superficialità.

IMPRUDENZA è la contrazione della parola "imprudenza" ed ha luogo in caso di non avvedutezza, avventatezza, eccessiva precipitazione, scarsa ponderazione, scarsa considerazione per gli interessi altrui.

Carnelutti scriveva: "È prudente chi, conoscendo i risultati dell'esperienza, è in grado di agire prevedendo l'evento che deriva dall'azione; è perito chi, oltre a sapere, sa fare; ed è diligente chi opera con amore evitando così le distrazioni e le mancanze".

Ad esempio, il medico che sbaglia la dose di una ricetta (o in una terapia): è negligente, se ha errato per distrazione scambiando una specialità medicinale con altra, magari simile; è imprudente, se si è cimentato in

una branca specialistica che ignorava e senza le dovute consultazioni; è imperito, se ciò ha fatto per ignoranza incompatibile con il suo livello professionale.

"La colpa del medico, che è una delle cosiddette colpe speciali o professionali, proprie delle attività giuridicamente autorizzate perché socialmente utili anche se rischiose per loro natura, ha come caratteristica l'inosservanza di regole di condotta, le "leges artis", che hanno per fine la prevenzione del rischio non consentito, vale a dire dell'aumento del rischio. La prevedibilità consiste nella possibilità di prevedere l'evento che conseguirebbe al rischio non consentito e deve essere commisurata al parametro del modello di agente, dello "homo eiusdem professionis et condicionis", arricchito dalle eventuali maggiori conoscenze dell'agente concreto. (Nella fattispecie, la Corte ha ritenuto legittima l'affermazione del giudice di merito circa la sussistenza della colpa grave di un ginecologo che, nell'alternativa, aveva scelto la manovra di "disancoramento" del feto meno corretta e più rischiosa per far nascere il neonato, con conseguenti lesioni gravi di quest'ultimo)". (Cass. Pen., Sez. IV, 9/7/2003, n. 37473 conforme a Cass. Pen., Sez. IV, 28/04/1994).

Essere specialisti, poi, comporta l'obbligo della massima diligenza: *"In tema di colpa medica, nel caso di prestazioni di natura specialistica effettuate da chi sia in possesso di diploma di specializzazione, devono essere considerate ai fini della valutazione della condotta le condizioni generali e fondamentali proprie di un medico specialista nel relativo campo, per cui va richiesto con maggior rigore l'uso della massima prudenza e diligenza".* (Cass. Pen., Sez. IV, 23/6/2004, n. 40183).

Essere periti e rispettare le "leges artis" della materia, tuttavia non basta per andare esenti da responsabilità penale, perché la Cassazione è severissima nel valutare i parametri della colpa professionale della negligenza e dell'imprudenza.

"Sussiste la responsabilità per colpa professionale del personale medico e paramedico, qualora si ometta di assicurare la dovuta protezione nei confronti di un paziente nella fase post-operatoria, indipendentemente dal fatto che siano stati rispettati il proprio turno di lavoro e le regole che presiedono agli obblighi contrattuali, in quanto ogni operatore di una struttura sanitaria è portatore di una posizione di garanzia verso il paziente, la cui salute va tutelata contro un qualunque pericolo che ne minacci l'integrità. Ne consegue la responsabilità per la morte del paziente sia del medico-chirurgo che, dopo avere eseguito un'operazione chirurgica, pur perfettamente riuscita, lo abbia affidato nelle mani di personale paramedico non in grado di fornire idonea assistenza post-operatoria, sia del medico di guardia che, pur rimanendo a disposizione

nella propria stanza durante il turno di servizio, abbia ommesso di informarsi sulla presenza di pazienti in situazioni di emergenza, sia del personale infermieristico per non avere raccolto durante la notte le richieste allarmate di intervento da parte dei familiari del paziente". (Cass. Pen., Sez. IV, 1/12/2004, n. 9739).

"In tema di responsabilità per delitto colposo nell'esercizio della professione medica, i criteri di valutazione ed apprezzamento della condotta - ove la colpa del medico trovi la propria origine nella negligenza e imprudenza - non possono che essere quelli generali dettati dall'art. 43 c.p.; sussiste, pertanto, la responsabilità del medico che non riduca al minimo i rischi di ogni terapia, prescrivendo farmaci potenzialmente idonee (come il metadone) a determinare l'insorgere di intossicazioni acute, con conseguenze sul sistema nervoso centrale o su quello cardio-respiratorio, senza far precedere o accompagnare la somministrazione dagli opportuni accertamenti, dalle necessarie analisi di laboratorio, dalle idonee cautele, configurandosi, in tal modo, la colpa sotto il profilo dell'imperizia ed insieme, della mancanza della normale prudenza o della più comune diligenza, rapportata al grado medio di cultura e capacità professionale". (Cass. Pen., Sez. IV, 21/3/1988).

Gli errori in agguato, che possono avere rilevanza penale, sono tanti e comprendono l'omessa o erronea diagnosi, l'omissione di una terapia o l'adozione di un trattamento al posto di un altro, ecc.

B) La responsabilità civile

Nell'ambito della responsabilità risarcitoria, il medico è soggetto a quasi tutti i tipi di responsabilità esistenti: quella extracontrattuale, prevista dall'art. 2043 C.C. (qualunque fatto doloso o colposo che cagiona un danno ingiusto, obbliga chi lo ha commesso a risarcire il danno), e quella contrattuale, derivante da "contatto" o "contratto" sociale.

La prima, extracontrattuale, può sempre essere dedotta in sede civile, qualora si deduca un fatto illecito, a prescindere dalla celebrazione di un processo penale per il delitto di omicidio o di lesioni colpose e a prescindere anche dall'astratta configurabilità del fatto come reato.

La prescrizione è di 5 anni, salva la maggior durata della prescrizione penale. Sull'attore (paziente) incombe l'onere probatorio di dare la prova del fatto, dell'azione e del danno con il relativo nesso causalità.

La seconda, contrattuale, è una vera e propria creazione giurisprudenziale che, in estrema sintesi, nasce dalla considerazione che il medico è un professionista - ancorché dipendente di una struttura pubblica - che entra in "contatto" con il paziente, che si rivolge al sistema sanitario.

Come ogni professionista, il sanitario risponde, quindi, contrattualmente non solo per inadempimento, ma anche per inesatto adempimento.

Conseguenza di questo tipo di responsabilità è l'applicazione di un termine di prescrizione più lungo (10 anni) ed un rovesciamento dell'onere probatorio. Detto onere è, infatti, ripartito nel senso che il paziente deve provare il fatto dannoso, non l'inadempimento del sanitario, mentre il medico deve provare il suo esatto adempimento.

Questa invenzione giurisprudenziale di responsabilità è, inoltre, "costituzionalmente orientata", poiché privilegia in modo assoluto il diritto alla salute, in quanto garantito dalla Carte costituzionale.

La dottrina giuridica ha già fatto osservare come le regole in tema di responsabilità medica siano passate dalla rigidità precedente, che determinava una situazione di "under compensation" (in cui il risarcimento assicurato alle vittime di errori medici era difficile da perseguire e assolutamente inadeguato), ad una eccessiva elasticità interpretativa che determina una situazione di "over compensation", intesa come sovrabbondante entità del contenzioso.

Sta, dunque, accadendo in Italia quel che è successo negli Stati Uniti dove la costante crescita di procedimenti giudiziari contro i medici ha portato a situazioni paradossali: esodo di massa dalle specializzazioni più rischiose verso quelle meno invasive; scarsità di neurochirurghi disposti ad operare in emergenza; ricorso alla "medicina difensiva"; aumento dei premi assicurativi e delle spese sanitarie.

Alcuna considerazione viene prestata dalla giurisprudenza al fatto che il sanitario che opera in una struttura pubblica, NON è un libero professionista, perché non può scegliersi i suoi collaboratori, né gli strumenti, né è libero di organizzare i reparti ed il suo stesso lavoro. Egli non percepisce compensi liberi professionali, ma un semplice stipendio, derivante dal rapporto di lavoro subordinato.

Questo importantissimo aspetto della tutela dei lavoratori dipendenti, che nell'ambito dei dipendenti pubblici è particolarmente tenuta presente dall'ordinamento (D.P.R. n. 3/1957), svanisce completamente quando si tratta di responsabilità del medico.

C) La responsabilità contabile

"In tema di responsabilità amministrativa degli amministratori e dipendenti pubblici per danni cagionati ad amministrazioni od enti diversi da quelli di appartenenza, la giurisdizione del giudice contabile sussiste tutte le volte in cui tra l'autore del danno e l'amministrazione od ente pubblico danneggiato sia ravvisabile un rapporto, non solo di impiego in senso proprio o ristretto, ma anche di servizio, per quest'ulti-

mo intendendosi la sussistenza di una relazione funzionale caratterizzata dall'inserimento del soggetto nell'iter procedimentale o nell'apparato organico dell'ente, tale da rendere il primo compartecipe dell'attività amministrativa del secondo". (Cass. Civ., Sez. Unite, 27/11/2002, n. 16829). "Sussiste la responsabilità amministrative e contabile del sanitario che preposto all'ordinario espletamento di pratiche operatorie ponga in essere gravi omissioni ed errori, con l'inosservanza del minimo di diligenza richiesta nel caso concreto ovvero imperizia, superficialità e noncuranza". (C. Conti Basilicata, Sez. Giurisdiz., 14/9/2006 n. 204).

Quando si tratta di aggiungere delle responsabilità, lo Stato si ricorda che i medici sono dipendenti pubblici e, quindi, rispondono anche contabilmente: per danno al servizio Pubblico!

D) La responsabilità disciplinare

Come ogni iscritto all'Albo, i sanitari sono soggetti a responsabilità disciplinare verso l'Ordine di appartenenza.

In aggiunta, essi rispondono disciplinarmente verso la struttura pubblica in cui lavorano, verso la quale sussistono vari obblighi, tra i quali spicca quello di fedeltà.

Si noti che, da un lato, la giurisprudenza afferma che: "La responsabilità e i doveri del medico non riguardano solo l'attività propria e dell'eventuale équipe, che a lui risponda, ma si estende allo stato di efficienza e al livello di dotazioni della struttura sanitaria in cui presta la sua attività, e si traduce in un ulteriore dovere di informazione del paziente. Il consenso informato, personale del paziente o di un proprio familiare, in vista di un intervento chirurgico o di altra terapia specialistica o accertamento diagnostico invasivi, non riguardano soltanto i rischi oggettivi e tecnici in relazione alla situazione soggettiva e allo stato dell'arte della disciplina, ma riguardano anche la concreta, magari momentaneamente carente situazione ospedaliera, in rapporto alle dotazioni e alle attrezzature, e al loro regolare funzionamento, in modo che il paziente possa non soltanto decidere se sottoporsi o meno all'intervento, ma anche se farlo in quella struttura ovvero chiedere di trasferirsi in un'altra". (Cass. Civ., Sez. III, 30/07/2004, n. 14638); dall'altro, la legge dice che "Nei rapporti con il pubblico, il comportamento dell'impiegato deve essere tale da stabilire completa fiducia e sincera collaborazione tra i cittadini e l'Amministrazione" (art. 13 D.P.R. n. 3/1957) e che "Quando, nell'esercizio delle sue funzioni, l'impiegato rilevi difficoltà o inconvenienti, derivanti dalle disposizioni impartite dai superiori per l'organizzazione o lo svolgimento dei servizi, deve riferirne per via gerarchica, formulando le proposte a suo avviso opportune

per rimuovere la difficoltà o l'inconveniente. Parimenti per via gerarchica deve essere inoltrata ogni altra comunicazione o istanza dell'impiegato" (art. 16 stesso D.P.R.)!

LA MEDICINA DIFENSIVA

Stretto dal timore di un ipotetico giudizio della Magistratura sul suo operato, il medico combatte quotidianamente contro una pericolosa tentazione: quella di ricorrere alla medicina difensiva, cioè a quel modo di esercitare l'attività improntata più a cautela giudiziaria che a convincimento o ad effettiva necessità scientifica.

E questo produce danno: allo Stato ed ai suoi cittadini, in termini di spesa pubblica, ai pazienti sottoposti ad esami inutili, e al sanitario che deve omettere di ascoltare la sua coscienza ed il suo convincimento scientifico.

L'INSODDISFAZIONE E LA SINDROME DEL BURNOUT

Non a caso gli studi degli ultimi anni hanno evidenziato che i medici sono una categoria particolarmente colpita dall'insoddisfazione e da quel male impalpabile noto con il nome di "sindrome del burnout".

"Alcuni Autori identificano il burnout con lo stress lavorativo specifico delle helping professions, le professioni dell'aiuto che comprendono figure come medici, psicologi, infermieri, insegnanti, assistenti sociali, ecc. La definizione che la Maslach fornisce del burnout è di "sindrome caratterizzata da esaurimento emozionale, depersonalizzazione e riduzione delle capacità personali". Le cause del fenomeno più frequenti sono: il lavoro in strutture mal gestite, la scarsa o inadeguata retribuzione, l'organizzazione del lavoro disfunzionale o patologica, lo svolgimento di mansioni frustranti o inadeguate alle proprie aspettative oltre all'insufficiente autonomia decisionale e a sovraccarichi di lavoro.

La sindrome si caratterizza per una condizione di nervosismo, irrequietezza, apatia, indifferenza, cinismo, ostilità degli operatori sociosanitari, sia fra loro sia verso terzi, che però si distingue dallo stress, eventuale concausa del burnout, così come si distingue dalle varie forme di nevrosi, in quanto non disturbo della personalità ma del ruolo lavorativo.

Queste manifestazioni psicologiche e comportamentali possono essere raggruppate, come dalla precedente definizione della Maslach, in tre categorie di disturbi: l'esaurimento emotivo, la depersonalizzazione e la ridotta realizzazione personale". (Francesca Lamanna: Burnout in Sanità: sindrome da stress o malattia professionale?).

CONCLUSIONI NON DEL TUTTO SCONFORTANTI

Pensando al ruolo dei medici ed al loro grande senso di responsabilità e di attaccamento al dovere professionale, può dirsi di loro ciò che un grande giurista (Calamandrei) osservò per gli avvocati: "...bisogna che lavorino disperatamente, vogliano o non vogliano fino all'ultimo respiro, per servire gli altri, per aprire la strada agli altri e arrivino alla morte senza aver potuto fare, quello che li riguarda personalmente e ...che per tutta la vita hanno dovuto rimandare a domani".

Ma non posso concludere il mio intervento con questa conclusione che dipinge un medico rassegnato, costretto ai lavori forzati.

Perché, a ben guardare, ci sono tante iniziative che potrebbero intraprendersi e tanti obbiettivi che potrebbero raggiungersi, laddove i medici fossero davvero uniti e coesi per perseguirli ed ove si armassero della necessaria buona volontà.

Occorre, innanzitutto, adoperarsi per restituire serenità al rapporto medico-paziente.

Solo un'opera di coraggiosa ed onesta informazione sulla scienza medica ed una continua opera di contrasto delle accuse infondate di *malpractice* potranno realizzare un *consenso sociale realmente informato* idoneo a riportare in equilibrio la bilancia delle relazioni tra società e classe medica.

Occorre divulgare le problematiche che i medici stanno vivendo e richiamare i mass media ad un'etica dell'informazione, che eviti gogne medianiche e giustizia sommaria.

Occorre creare un Osservatorio del contenzioso medico-paziente, che funzioni contemporaneamente da feedback con le strutture sanitarie ed i medici per la correzione e la prevenzione di eventi dannosi, che ponga fine alla diffusione di dati allarmistici e falsi sull'errore medico.

Occorre istituire Commissioni di Conciliazione che svolgano un ruolo attivo nell'accertamento reale del danno subito dal paziente e dell'errore medico, evi-

tando la corsa allo strumento della tutela giudiziaria.

Occorre far comprendere ai cittadini l'inutilità della duplicazione dei processi: prima penali e poi civili, e l'uso distorto del processo penale, ricordando "come il presidio penale non possa che profilarsi, nella platea dei possibili rimedi astrattamente ipotizzabili, quale extrema ratio, a fronte, ad esempio, di eventuali meccanismi sanzionatori alternativi, operanti sul terreno civilistico-risarcitorio" (Cass. SS.UU. Penali citata).

Occorre istituire un Fondo per le vittime dell'Alea terapeutica.

Occorre incalzare il Parlamento per: modificare il codice penale, depenalizzando o almeno disciplinando in modo particolare le conseguenze dell'atto medico, restringendole soltanto all'ipotesi di colpa grave o di malattie gravi; fare chiarezza sulla responsabilità civile dei sanitari; tutelare il medico-lavoratore dipendente; dare attuazione alla Convenzione di Oviedo che da otto anni aspetta i decreti attuativi; portare la nostra legislazione al passo di quella degli altri Stati Europei; istituire l'Assicurazione obbligatoria per le strutture sanitarie.

Finché, però, prevarranno il disinteresse, i particolarismi, gli individualismi esasperati, la noncuranza, poco o nulla potrà ottenersi.

Questo è il grande ostacolo che la classe medica deve di certo superare.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

L'Autore dichiara di non avere conflitto di interessi.

✉ Indirizzo dell'Autore:

Avv. Biancamaria Cataldo
Via F. di Lorenzo, 2
06121 Perugia
e-mail: biancamaria.cataldo@fastwebnet.it
www.associazioneamami.it