

Dal Convegno su "LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEL MEDICO"

Acquaviva delle Fonti, 23 Marzo 2002

SALA CONVEGNI ENTE ECCLESIASTICO OSPEDALE MIULLI

Con il patrocinio dell'Ordine degli Avvocati di Bari e del Centro Studi Ente Ecclesiastico Ospedale Miulli

La responsabilità del medico nella prospettiva medico - legale

Prof. Franco Introna – Professore Straordinario di Medicina Legale
Università di Bari

Dopo le ottime disquisizioni di Vito Romano, dell'avv. Iacobellis, dell'avv. Russo Frattasi e del dott. Di Paola, non voglio di fare una trattazione sulla responsabilità medico-legale, anche perché mi piacerebbe focalizzare alcuni momenti che concorrono dall'esterno nel determinismo dei criteri che vengono valutati per la responsabilità del medico. Ho fatto il medico, non faccio solo il medico-legale, nell'ambito della mia carriera ho fatto il medico di guardia medica, il medico di base, il prelevatore, il medico di Pronto Soccorso. Quindi conosco bene qual è la realtà dei colleghi che operano nelle varie realtà ospedaliere del nostro territorio. In un primo momento vorrei trovare il perché c'è stata questa corsa all'accusa di "mal practis", perché si usa "mal practis": malavita. I sanitari, i medici, quando sbagliano, sono paragonati mentalmente ai criminali.

Oggi ci sono i tribunali dei malati. Noi oggi siamo fortemente inquisiti e stiamo sotto una spada di Damocle che progressivamente ci sta colpendo, il cui filo si sta progressivamente erodendo per una marea di fattori e, comunque, devo anche dire che oggi come oggi, il 2002, il peggio è passato. Stiamo risalendo, perché si sta obbiettivando che le colpe che attribuiscono a noi sanitari, non sono solo ed esclusivamente a noi addebitabili e vedremo perché.

E' inutile dire che il ruolo progressivo di criminalizzazione medica è dovuto ad una distorta informazione sanitaria della popolazione. Questo è ovvio. Mi pare che certi programmi televisivi, andrebbero non cancellati, ma distrutti. Non è possibile dare alla popolazione determinate informazioni che sono lesive per i pazienti, lesive per la dignità medica e soprattutto, i colleghi che vanno a parlare, andrebbero immediatamente segnalati all'Ordine, perché agiscono in contrasto con le normative sulla pubblicità sanitaria. La pubblicità gratuita su terapie inesistenti, non attuabili nell'ambito della

media degli ospedali italiani, andrebbe non detta. L'esempio classico: il caso Di Bella. La popolazione crede alla terapia Di Bella. Studi epidemiologici seri, fatti da medici, hanno dimostrato quello che hanno dimostrato sull'attualità della terapia Di Bella. Eppure la gente paga fior di soldi. Le regioni sovvenzionano questa terapia Di Bella. Siamo distorti, la popolazione ha avuto un taglio informativo che non è quello sanitario.

E' difficile capire la medicina per chi non ha fatto il medico, per chi non ha studiato medicina, per chi non ha il contatto, il polso con i pazienti, uno diverso dall'altro pur affetto dalla stessa patologia. Oggi si crede che la medicina risolva tutto. Io ho lavorato due anni negli Stati Uniti; conosco la realtà dei Pronto Soccorso americani, conosco l'emergency room americana. Quando iniziarono ad effettuare la trasmissione E.R. io ho avuto cinque, sei persone che mi sono venute a richiedere prestazioni di responsabilità professionali contro i medici del pronto soccorso perché non erano state trattate come vedevano fare in televisione.

Peraltro, oggi si pensa che la gente non deve morire più, non esiste più la morte, non esiste più la malattia, tutti devono guarire senza postumi, devono guarire al meglio. A questo noi dobbiamo associare i mass media che confondono le persone; sull'inserito di una rivista leggo: "Come si riconosce un bravo medico". Il buon chirurgo cosa deve chiedere? Che stile di vita avete, se avete avuto malattie, se soffrite di allergie, se avete fatto cure.... Adesso se il chirurgo magari non chiede se avete avuto allergie o magari chiede altro, non è un buon medico! Quindi noi medici, non siamo stati autoottimizzati, ma siamo stati proprio grigliati, o facciamo così o non siamo buoni.

Associate questo, poi, a chi parla di malasana; Ordine dei giornalisti: l'Ordine Nazionale reprime determinate attività dicendo: "L'informazione oggi è un'industria e non può identificarsi così facilmente come in passato quale messaggera di verità". Le logiche di mercato tendono a privilegiare un giornalismo spregiudicato più invadente; si fa l'informazione spettacolo, si accentua la tendenza a sbattere il mostro in prima pagina e così via. Mentre il codice deontologico dei giornalisti ci dice che il giornalista non deve dare notizia di accuse che possono danneggiare la reputazione o la dignità della persona.

Il giorno dopo l'avviso di garanzia, noi siamo condannati, sulla stampa, con nome e cognome; a volte ho visto anche indirizzo e luogo di professione. Medici che sono criminalizzati prima ancora che si faccia il procedimento. E' serietà questa? Da parte della stampa, non credo. E' vero

che il giornalista poi ha l'obbligo di dare la smentita, ma le smentite vengono pubblicate a processo finito, due righe, non serve a niente. Io ho visto colleghi distrutti che hanno dovuto cambiare mestiere, assolutamente incolpevoli, criminalizzati dalla stampa che aveva interesse a sollecitare l'opinione pubblica in una determinata maniera, perché l'opinione pubblica è poi anche il polso nei confronti del magistrato. Quando l'opinione pubblica preme, il magistrato cosa deve fare? Ci sono dei magistrati che vanno avanti, ma ci sono altri che l'avvertono l'opinione pubblica. Allora questa stampa ha bisogno, il codice deontologico lo dice, di ridimensionare gli eventi.

Poi c'è da considerare l'animus lucrativo; ho visto nell'ambito di procedimenti civili persone che hanno detto: "Ma tanto paga l'assicurazione". L'assicurazione per il medico è il nodo scorsoio. Se noi arriviamo come gli Stati Uniti, dove c'è la depenalizzazione di alcuni reati medici, noi vivremo in funzione delle assicurazioni. Se l'assicurazione ci garantisce, lavoreremo, se sbagliamo la seconda volta e l'assicurazione chiude il contratto con noi, lo chiudono tutte le assicurazioni, noi abbiamo finito di lavorare. Quindi non è vero che c'è l'assicurazione. L'assicurazione c'è per gli errori professionali, lì dove non bisogna contrabbandare l'errore professionale con il normale avvenimento; paga l'assicurazione se c'è l'errore, se c'è la colpa professionale, nei modi in cui deve essere valutata.

L'avv. Russo Frattasi ha colto nel segno quando ha iniziato a parlare della superficialità dei consulenti. Io punto pesantemente il dito contro alcuni consulenti di parte, sulla valenza che i consulenti di parte hanno nel procedimento. Stranamente i consulenti di parte dell'accusa sono sempre forieri di verità; i consulenti di parte della difesa sono sempre dei mestatori nel torbido, indipendentemente dalla valenza e da quello che dicono nei confronti, sia del magistrato, che dell'opinione pubblica.

Poi, incominciamo a vedere le colpe interne alla categoria dei medici. Noi siamo abituati a fare i medici, tutto ciò che è adempimento burocratico è un po' lontano dalla nostra mentalità. "Il consenso è un adempimento inutile": noi abbiamo già parlato con il paziente, gli abbiamo già detto quello che gli dovevamo dire, e poi dobbiamo andare a scrivere tutto il consenso, sempre più dettagliato. Adesso c'è l'inversione, non sempre più dettagliato ma abbastanza ampio, ma tale che il paziente ci dica effettivamente se ha capito o non ha capito. Noi il medico lo facciamo al 30% del nostro tempo, il resto sono solo sanzioni e compiti amministrativi-burocratici che ci vengono perennemente imposti se vogliamo continuare ad avere lo stipendio e fare quello che dobbiamo fare. Un altro compito

importante è il mancato coinvolgimento dell'entourage familiare.

A parte che in ogni famiglia c'è un medico che sentenzia che quello che ha fatto il collega è sicuramente sbagliato (questo è un mal vezzo interno che noi abbiamo, che va represso a livello di Ordine dei Medici). Non si può affermare che quello che ha fatto un altro chirurgo è completamente sbagliato, senza una documentazione che attesti effettivamente che ci sono degli errori o delle colpe. Peraltro, la mentalità è che bisogna coinvolgere nella scelta terapeutica la famiglia. Cosa c'entrano i familiari? Però sono i primi che presentano l'esposto, se non vengono coinvolti nella scelta terapeutica. L'unico ad avere il diritto all'informazione è il paziente.

Però se il paziente muore per un evento accidentale ed io non ho informato la famiglia, parte l'esposto. Ci vuole il coinvolgimento terapeutico; ma il coinvolgimento terapeutico di chi? Noi dobbiamo fare i medici, noi dobbiamo informare il paziente e avere il suo consenso se non ricorre lo stato di necessità. E vi posso dire che ottenere il consenso o dare l'informativa corretta in determinate circostanze è difficilissimo, non è una cosa semplice. E' facile parlare del consenso informato stando al di qua della barricata. Informare un paziente neoplastico che deve morire e deve sottoporsi ad una determinata terapia è difficilissimo. Non è una cosa facile. Moduli scritti da firmare e così via sono cose che dobbiamo fare, cerchiamo di farle al meglio.

Il consenso va dato, l'informazione va data, corretta, in funzione delle patologie che il soggetto ha, si cerca di darla in funzione del livello culturale di chi abbiamo di fronte. Fino a che punto arriveremo a dire le cose? Dobbiamo dire che si muore in corso di un intervento di appendice o no? Dobbiamo fare terrorismo sanitario? Ebbene la giurisprudenza ci dice che dobbiamo fare terrorismo sanitario. Quanto dobbiamo dire? Fino a che percentuale di complicazione dobbiamo dire al paziente? Fino alla più remota o no? E questo è un problema irrisolto perché secondo le normative noi dovremmo dire tutto, ma tutto vuol dire che qualunque patologia, anche la scissione di un ascesso sottocutaneo può portare alla morte. E allora questo si chiama terrorismo sanitario, spaventare la popolazione, e non è questo che noi vogliamo. Noi dobbiamo dire i casi reali, le percentuali reali.

Un altro problema: dovete dire quante volte avete fatto quell'intervento chirurgico? Che percentuali di successo c'è in un determinato intervento chirurgico che state facendo? Se si tratta di un intervento chirurgico nuovo che state provando per la prima volta? I colleghi che fanno implantologia

certamente non dicono al paziente che è il terzo anno che fanno implantologia, la percentuale d'insuccesso nell'implantologia è cinque volte superiore nei medici che la praticano nei primi cinque anni. Dobbiamo dire quanto siamo esperti? Dobbiamo far vedere qual è il certificato di accreditamento del nostro ospedale, della nostra sala operatoria, del nostro reparto, le nostre casistiche? Alla fine arriveremo anche a questo. Perché il paziente ha il diritto di sapere. Queste sono informazioni che al paziente non vengono date mai. Nè nessuno le darà mai perché ovviamente ci sarà sempre un primo momento in cui s'inizia a fare l'attività sanitaria.

A che cosa porta tutto questo? Ha portato nel tempo alla progressiva criminalizzazione del medico, all'obbligazione di risultati e non più di mezzi, che è pericolosissima, cioè noi dobbiamo garantire non i mezzi, dobbiamo garantire il risultato. Se mi va bene per la chirurgia estetica, mi potrebbe anche andare bene per la chirurgia odontoiatrica, non mi va bene per il resto perché anche nelle altre branche ogni individuo ha una reattività diversa dall'altro. Se la medicina fosse così meccanicistica come la si vuol far diventare, perché con l'obbligazione di risultati e non di mezzi io sono un meccanico che aggiusto un motore, stringo il bullone tanto bene, tanto i motori sono tutti uguali, il risultato deve essere garantito. Il corpo umano non è così. Noi abbiamo una serie di patologie pregresse, di situazioni che identificano personalmente ogni singolo individuo e che lo rendono diverso dagli altri. L'obbligazione, e stiamo tornando, deve essere un'obbligazione di mezzi e non di risultati. Io devo dimostrare che ho fatto il massimo per quel che potevo fare, se poi la situazione non è andata come volevo devo dimostrare che non è un problema di colpa, non è un problema d'imperizia, imprudenza, negligenza.

Abbiamo una magistratura sempre più giustizialista. Noi oggi se dovessimo avere un avviso di garanzia sappiamo quando iniziamo, non sappiamo né come e né quando finiamo. Dobbiamo sperare in un magistrato che giudichi serenamente, che non abbia degli escursi sanitari precedenti che possano averlo spaventato, terrorizzato e che si affidi ad un C.T.U., corretto perché esistono dei C.T.U. che a mio avviso sono scorretti. Di conseguenza che succede? Succede che questo pubblico ministero che è perennemente accusatorio, accusa sempre. Due, tre volte mi è capitato per alcuni pubblici ministeri di fare delle consulenze assolutorie in casi che poi si sono risolti al secondo appello con l'assoluzione del medico, io sono stato sostituito, perché non andavo più bene. Hanno portato l'accusa in prima istanza, in secondo grado il collega è stato assolto, anche perché i procedimenti contro i medici iniziano pesantemente, magari saranno pure condannati in prima istanza, però in seconda istanza, terza istanza, il 90%

dei procedimenti ha l'assoluzione, perché nessuno di noi agisce perché è imprudente.

Nessuno ha mai fatto cose che non sa fare. Il problema è la negligenza. Questo è il vero problema che è inexcusabile per il medico: la negligenza, la superficialità nel trattamento del paziente. Molto spesso si pensa che ovviamente poi si esaminano le cartelle, appare questa negligenza, però magari il comportamento può essere diverso. E allora voi vi rendete conto come questa caccia alle streghe nei confronti del medico rappresenti soltanto la caccia alle streghe nei confronti di una punta di un iceberg. Noi agiamo perché sono state prese, al di sopra della nostra testa, delle scelte di tipo sanitario dagli amministratori delle strutture nelle quali lavoriamo e delle scelte politiche da parte dei politici che lavorano a livello di regione e province sui fondi che noi abbiamo. Vorrei capire perché nell'emergenza, io che lavoro in Puglia e non ho il 118, devo rischiare; ho visto colleghi che hanno preso in macchina i loro assistiti che stavano morendo e li hanno portati all'ospedale, mentre in strutture poste in altre realtà hanno anche l'eliporto.

Questa è la realtà. E' reale il fatto che abbiano tolto alcune cannule al Policlinico perché costose, nella pediatria hanno deciso che non si può dare più lo yogurt ai bambini che hanno problemi, perché lo yogurt costa. Ora queste scelte che sono superiori alle nostre teste, vengono dagli amministratori. Quindi, perché l'amministratore non deve essere perseguito? La responsabilità penale è soggettiva, ma è la responsabilità d'equipe che ne risponde, è tutta l'equipe, allora iniziamo ad avere una visione allargata dell'equipe. L'equipe sanitaria da chi è fatta? Da chi prende le decisioni, da noi che operiamo, da chi ci dà i mezzi per operare. I problemi della responsabilità, molto spesso, devono essere visti in una maniera diversa, devono travalicare la semplice responsabilità professionale dei medici; come fare non lo so, perché io non sono avvocato, però certamente ci sono delle responsabilità che devono essere prese. D'altra parte ci sono delle sentenze nei confronti degli amministratori delle A.S.L., nell'ambito degli amministratori sanitari ove ovviamente non venga garantito un minimo indispensabile per la gestione della salute pubblica.

Un altro problema cardine, che molto spesso emerge dai quesiti che i magistrati pongono è se i medici si sono attenuti ai protocolli. Strappiamola la laurea, facciamo fare il protocollo all'infermiere, a che serviamo più noi? Lo facesse l'infermiere; con tutto il rispetto per l'infermiere. La medicina non è una scienza esatta. Il protocollo, e lo dice Gianfranco Iadecola, è una

linea guida. E' una linea guida e deve essere personalizzato in funzione delle varie situazioni contingenti, lasciando al medico la libertà di agire o non agire, come meglio ritiene in quel determinato caso; sempre, fermo restando che il medico, poi, deve rispondere di essere stato perito, prudente e diligente nella gestione di quel determinato caso. Se io ho un paziente iperteso con un calcolo tiroideo, non lo seguo nella stessa maniera in cui seguo il paziente con cancro tiroideo senza ipertensione. Esistono linee guide così differenziate? No! Allora volersi attaccare per forza alle linee guida è, secondo me, un'altra mannaia che può colpire il medico in quanto lo libera del libero arbitrio di gestione del paziente secondo la sua scienza e coscienza come buon padre di famiglia e così via.

Io mi auguro che nessun collega abbia mai avuto un avviso di garanzia, però vi dico che purtroppo quelli che io ho seguito sono trattati al pari dei criminali. Cioè noi viviamo in una realtà pessima, tremenda, siamo criminalizzati e soprattutto, viviamo cinque anni, come minimo, in una situazione di blocco mentale. Un procedimento penale a carico del medico, lo marca a vita, quel medico non sarà più lo stesso; quel medico vedrà il paziente come nemico, ci saranno dei blocchi psicologici da parte di quel medico nei confronti della realtà. Questi procedimenti partono molto spesso senza che si abbia realmente il polso della fattibilità. Io ho visto ordinari della mia facoltà, gente serissima a livello europeo, essere messi sotto accusa, semplicemente perché il paziente era morto per delle complicanze di una terapia comunque prevedibile. Penso che, se il collega ritiene di non essere responsabile, di non avere responsabilità nell'ambito di quel determinato procedimento, allora deve citare la parte che lo ha citato. Io perdo tempo, perdo di serenità, ho un danno, oggi non esiste più soltanto il danno biologico, esiste il danno esistenziale; io ho cinque anni di danno esistenziale, io ho cinque anni di non serenità in sala operatoria, allora facciamoci pagare. Non esiste la causa, è temeraria, facciamoci pagare. Se è vero che nel 90% ne usciamo, allora vuol dire che queste cause vengono fatte per farci pagare, perché si confonde l'errore con l'incidente, perché l'incidente comunque deve essere risarcito; se non c'è errore del quale noi rispondiamo, citiamo la parte e ci facciamo pagare.

Ultimo problema: accertamento del nesso causale. Il perito ha tutto sottomano, cartelle cliniche spesso malfatte, a volte ci sono certe cartelle: si ricovera, si opera, si dimette. La cartella deve essere quello che fate. Serve al paziente, ma serve a voi. Siete voi che dovete avere interesse a compilare la cartella, per voi. Il perito che viene nominato dal pubblico ministero e che parte con una mentalità accusatoria, ha tutto sottomano. Allora c'è la doppia teoria, visione a volo d'uccello, ha tutto. Non ha la

visione che avete avuto voi passo per passo, calati nella realtà immanente di quel paziente, dove non sapevate come sarebbe andata a finire dando o non dando un farmaco. No: lui ha tutto chiaro; non avete dato quello allora è successo quello, visione post hoc ergo propter hoc, sbagliatissima nell'ambito della responsabilità professionale.

Io dico che bisogna fare una nuova teoria nella responsabilità professionale, quella di Peppino de Filippo; bisogna calarsi nel Presepe, vedere il Presepe da dentro, questo medico in questo momento che cosa sapeva? Che cosa poteva fare? Cosa doveva fare? Tenete anche presente che il perito è nominato dal magistrato quindi sia in civile che in penale ci sono diverse modalità. Sarei curioso di sapere in seconda istanza quante consulenze accusatorie sono state smentite dal G. I. P. o sono state smentite direttamente in seconda istanza, e al perito dell'accusa si dà massima credibilità indipendentemente dalla sua adeguata preparazione.

In altri ambiti io ho visto periti completamente impreparati svolgere in maniera onnisciente e senza associarsi a nessuno, problemi di dermatologia e problemi di oncologia. Quindi, quello che noi chiediamo è che ci sia una tutela del medico! Se si tratta di un problema di tipo ginecologico, deve esserci il ginecologo associato al medico legale, perché il medico legale non è onnisciente e perché il medico deve essere garantito.

Non siamo dei criminali, così come la gente pensa, noi dobbiamo essere garantiti da parte della magistratura, il P.M. dovrebbe garantirci. Io non ho mai visto un P.M. che garantisce effettivamente l'equità nell'ambito della consulenza. Tenete anche presente che esistono quelli che io chiamo periti imperiti; questi periti devono pagare. Quando c'è il perito imperito, il perito paghi. Deve essere citato in sede civile, dimostriamo una grossa imperizia per non conoscenza delle leggi, dei regolamenti delle procedure che devono essere adottate per determinate perizie.

Se io, Pubblico Ministero, faccio fare l'autopsia ad un soggetto che non la sa fare perché non le ha mai fatte, documentata da noi, che non ha mai fatto un'autopsia durante tutta la specializzazione, il perito è imperito sicuramente, ma il problema è il magistrato; perché chiama quel determinato perito? Il magistrato ha i suoi codici, non ne risponde, però io non so quanto determinati Pubblici Ministeri si comportino in maniera accusatoria a tutti i costi.