- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.91 Sat, 05 Jul 2025, 20:19:47

Opinione

Cardiologi e *malpractice*: tempi maturi per affrontare un problema scottante

Stefano De Servi, Paolo D'Agostino*

*U.O. di Cardiologia, Ospedale Civile, Legnano (MI), *Cattedra di Diritto Penale, Università degli Studi, Torino*

(Ital Heart J Suppl 2003; 4 (12): 978-980)

© 2003 CEPI Srl

Le opinioni espresse in questo articolo non riflettono necessariamente quelle degli Editors dell'Italian Heart Journal.

Ricevuto il 16 ottobre 2003; accettato il 23 ottobre 2003.

Per la corrispondenza:

Prof. Stefano De Servi

U.O. di Cardiologia
Ospedale Civile
Via Candiani, 2
20025 Legnano (MI)
E-mail:
cardiologialegnano@ao-legnano.it

Alcune delle esperienze più amare che si possano vivere nella nostra carriera medica sono senza dubbio quelle rappresentate dalle vicissitudini medico-legali. Per alcuni di noi sono eventi sconvolgenti che, se non giungono addirittura a modificare la personalità di chi ne è coinvolto, sicuramente ne compromettono il rapporto con il mondo esterno e con i pazienti e possono influenzare negativamente la sfera familiare. Eppure non sono più episodi rari tali da essere considerati sfortunati incidenti di percorso o isolati segni di un destino avverso, ma fanno parte ormai della realtà in cui dobbiamo operare ogni giorno.

In una Editor's Page del *Journal of the American College of Cardiology*, William Parmley[1] attribuisce questa conflittualità sempre più crescente a quattro fattori:
1) un'attitudine mentale della nostra società a ricercare comunque un colpevole quando un evento avverso si verifica;
2) una sovrabbondanza di legali e un eccessivo valore dei rimborsi stabiliti dalle giurie;
3) la possibilità di percepire conguagli elevati, simili a vincite di lotterie;
4) la risoluzione di molte controversie al di fuori delle aule di tribunale, senza entrare nel merito delle vicende, per evitare lunghi e noiosi dibattimenti.

Tutte le "patologie" su indicate sono certamente presenti anche nel nostro Paese: un fenomeno per ora più limitato rispetto agli Stati Uniti pur essendo tuttora pendenti più di 12 000 giudizi per lamentata *malpractice* medica (dati del Tribunale del malato 2001).

Il mondo dei media affonda con malcelato sadismo il suo coltello in questa materia, dà grande risalto alle tesi accusatorie, dipinge i medici incriminati come superficiali e incapaci nella migliore delle ipotesi e dà scarso risalto (quando ne dà) alle fasi successive dei procedimenti giudiziari che si concludono con assoluzioni piene per i sanitari coinvolti.

In Italia le norme penali e civili che disciplinano la materia non hanno ricevuto alcuna variazione negli ultimi 50 anni: questo significa che tutte le modifiche intervenute sono dovute al mutare dell'orientamento giurisprudenziale.

Ne consegue che *il problema giudiziario del singolo medico diventa il problema di tutti*: se un collega subisce una sentenza specifica negativa, questa si riverbererà sull'attività svolta da tutti i colleghi operanti su tutto il territorio nazionale. Muovendo da tale considerazione, si può affermare che *proteggere dalla responsabilità professionale significa proteggere il futuro della stessa attività professionale*: altrimenti, se una sentenza passa in giudicato fondandosi su un'abnormità pseudoscientifica, questa diventerà un precedente giurisprudenziale e condizionerà le decisioni future sui medesimi comportamenti.

Lo scopo di questo breve intervento è un invito a cominciare a rompere una cortina di silenzio che si è creata attorno a questo tema, che invece merita di essere dibattuto anche (e soprattutto) all'interno delle Società Scientifiche nazionali. Esistono alcune distorsioni del sistema che devono essere discusse e che possono essere corrette.

Il problema legislativo e politico

Se veramente si volesse fornire risposta – seria e definitiva – ai problemi evidenziati, occorrerebbe l'intervento da parte del le-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.91 Sat, 05 Jul 2025, 20:19:47

gislatore. È evidente, infatti, l'inadeguatezza delle norme giuridiche attualmente presenti nel nostro ordinamento nel disciplinare la *malpractice* medica; un argomento estremamente complesso e atipico. Un esempio per tutti: è possibile che un medico che compie un'operazione chirurgica su un paziente in presenza di un consenso informato "carente" debba essere trattato con le stesse norme che si applicano ad un accoltellatore (nel caso in cui il paziente lamenti una lesione personale) o ad un assassino (se il paziente muore). Proprio per far fronte ad un'analoga inadeguatezza, il legislatore francese ha di recente modificato radicalmente la disciplina del settore medico prevedendo, ad esempio, un'estrema riduzione dell'operatività della disciplina penale.

Un'altra peculiarità tutta italiana è la responsabilità diretta del medico dipendente per i danni causati dalla cosiddetta "colpa grave": in tal caso, l'ospedale che risarcisce il danno subito dal paziente "deve" richiedere al medico quanto versato; altrimenti, in caso contrario, compie un danno erariale (con conseguente condanna da parte della Corte dei Conti). Per risolvere questo imbarazzo, il Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro per la Dirigenza Medica prevedeva (art. 24) l'istituzione di un'apposita Commissione Paritetica la quale doveva costituire un apposito Fondo nazionale – in cui dovevano confluire tutti i premi assicurativi pagati da Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie Locali italiane (più di 1000 miliardi di vecchie lire) e le "famose" 50 000 lire al mese per ogni medico ospedaliero (60 miliardi circa) – e realizzare apposite convenzioni assicurative a definitiva soluzione di ogni problema. Tuttavia, come spesso accade nel nostro amato Paese, non è successo nulla. Non era ancora stata fissata la prima riunione della Commissione, che l'Antitrust aveva già deciso che non vi era alcuna possibilità di dialogare con le Imprese di assicurazione: un affare da 1060 miliardi smuove alcuni interessi ... Pur con questi primi limiti, si è cercato di definire un'unitarietà fra le diverse volontà presenti in Commissione, ma da parte delle Regioni è emersa, fin da subito, l'impossibilità di realizzare un Fondo unico nazionale (come previsto dal Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro), in cui far confluire realtà regionali così diverse ed incompatibili (la Lombardia con la Calabria, il Piemonte con la Sicilia). Così, pian piano, il lavoro della Commissione si è ridimensionato e svuotato di contenuti fino a limitarsi a fornire delle mere indicazioni di massima da adottare in sede regionale nella formulazione di contratti assicurativi a favore di Aziende Ospedaliere o Sanitarie Locali. Anche queste, comunque, non sono state approvate dalla Commissione dei Presidenti delle Regioni.

Problemi assicurativi e risarcimenti

In attesa del risveglio del legislatore, occorre smettere di banalizzare il problema ed incominciare, sia come singoli che come Società Scientifiche, a porre un serio primo passo per fronteggiare un fenomeno che ha visto i medici, fino ad oggi, sempre sconfitti.

Analogamente a quanto affermato da William Parmley, anche in Italia la *malpractice* medica comporta un enorme movimento di interessi economici, sia di risarcimenti danni riconosciuti che (come si è avuto modo di esporre) di premi assicurativi. Nonostante l'incremento dei costi delle polizze assicurative – dovuti al fatto che le società assicurative lamentano una "sofferenza" nel settore professionale medico superiore al 400% – ormai i risarcimenti liquidati hanno assunto una tale entità da far andare deserte le gare assicurative degli ospedali italiani. Quanto alle polizze individuali, i medici che hanno subito una sentenza negativa (immediatamente disdettati dall'assicurazione) ormai faticano a reperire una nuova polizza assicurativa, anche a costi molto elevati.

Questo fenomeno ha una diffusione mondiale. Qualche mese fa, in Australia, i chirurghi scioperarono dopo il fallimento della società che raccoglieva la maggior parte dei premi assicurativi. L'incremento esponenziale delle cause e l'aumento dell'entità dei risarcimenti stabiliti dalle giurie fu la causa del tracollo. Il tema ebbe grande risonanza e fece intervenire il primo ministro australiano per cercare una soluzione. Non è sorprendente che gli effetti principali di questa distorta problematica si manifestino negli Stati Uniti. Nel giugno scorso, a Palm Beach, in Florida, 8 cardiologi, costituitisi in Cardiology Associates Group, hanno minacciato di sospendere la loro attività clinica se i legislatori non avessero affrontato il problema di abbassare i premi delle polizze assicurative che erodono dal 5 al 10% dei salari dei medici (www.theheart.org). Lo scopo della protesta fu quello di accelerare la proposta del governatore di quello Stato – Jeb Bush, fratello del Presidente degli Stati Uniti – di porre un tetto di $250 000 alle richieste di risarcimento per i casi di *malpractice* medica. Il provvedimento è stato adottato dal governo della Florida il 13 agosto scorso, ponendo il tetto dei rimborsi a $500 000 (www.washingtontimes.com). Lo stesso Presidente americano avrebbe intenzione di proporre un'analoga limitazione su scala nazionale, suscitando reazioni nel mondo politico e assicurativo (www.washingtontimes.com).

La credibilità dei periti

Se, come si è detto, la materia comporta un enorme movimento di interessi economici, occorre affrontare un altro grande tema: la credibilità dei periti. Si intende far riferimento non solo a quelli che collaborano con l'avvocato del paziente, ma soprattutto a quelli incaricati dai giudici di accertare, valutare e definire, le responsabilità dei medici indagati; quelli da cui dipende la sorte del giudizio. Ma chi sono questi periti?

Nella maggior parte dei casi essi sono quelli indicati negli albi presso i tribunali, per lo più specialisti in

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.91 Sat, 05 Jul 2025, 20:19:47

Medicina Legale, che ben conoscono le procedure ed il linguaggio giuridico, ma hanno scarsa o nulla esperienza clinica nella disciplina su cui devono giudicare e, per tale ragione, chiedono la collaborazione di specialisti. A loro volta, questi ultimi, spesso appartengono ad un sottobosco professionale non sempre caratterizzato da un curriculum di esperienze o di cultura sufficiente per potere esprimere un giudizio su una condotta clinica controversa. Il giudice questo non lo sa e non è in grado ovviamente di distinguere la solidità scientifica di opinioni contrastanti e, al di là del mero utilizzo del buon senso, si affida quasi sempre al responso del "suo" perito.

Anche questo problema ha naturalmente dimensioni mondiali ed è stato posto all'attenzione della comunità cardiologica mondiale da Michael Lauer[2], noto cardiologo di Cleveland, il quale scrisse una *viewpoint* sul *Journal of the American College of Cardiology*, narrando la sua odissea di medico e di uomo di fronte alla spiacevole esperienza di un processo subito per sospetta *medical malpractice*. Lauer lamentò, soprattutto, la disparità esistente tra l'evidenza dei dati, basati su risultanze scientifiche certe, che sono alla base della nostra condotta medica, e l'evidenza raggiunta nelle aule di tribunale, in cui è sufficiente la parola di un "esperto" (o supposto tale) per condannare o assolvere un medico.

Il suggerimento scaturito da quel commento era di sottoporre a *peer review* le conclusioni del perito, con un procedimento analogo a quello utilizzato per la pubblicazione di un lavoro scientifico. Analogamente a Lauer, ci permettiamo di proporre qualche modesto suggerimento per regolamentare questa disciplina che è fonte di gravi distorsioni e talora vere ingiustizie. Come espresso anche dall'*American College of Cardiology*[1] bisognerebbe innanzitutto garantirsi che i "periti" (incaricati come consulenti tecnici di ufficio) abbiano veramente un'esperienza clinica diretta della materia su cui devono esprimersi. A tal fine, il profilo clinico e scientifico dei "periti" dovrebbe essere oggetto di un avallo, di un riconoscimento specifico, dalla loro Società Scientifica di riferimento (a livello nazionale). Ancora meglio, a nostro avviso, liste di esperti per discipline potrebbero essere proposte, nelle varie sedi processuali, dalle Società Scientifiche nazionali. Un altro provvedimento da proporre rapidamente, dovrebbe essere quello di porre un tetto ai risarcimenti per non costringere, tra non molto tempo anche da noi, le società assicurative alla bancarotta ed i medici alla pensione anticipata.

La "cultura dell'errore"

È indispensabile che le Società Scientifiche comincino a promuovere tra i propri associati una "cultura dell'errore", un nuovo atteggiamento che potrebbe aiutarci a migliorare la nostra professionalità e a comprendere meglio il significato giuridico dei nostri comportamenti. Per ottenere questo risultato sarebbe auspicabile istituire un osservatorio cui riferire le proprie esperienze medico-legali. In questo modo sarebbe possibile conoscere e approfondire l'ambito ed i contenuti degli errori in cardiologia. Nessuno in Italia è a conoscenza di quale sia il rischio specifico in cardiologia: non lo sanno i medici, gli ordini e nemmeno le stesse società assicuratrici che operano in questa area di rischio. Gli unici dati esistenti sono quelli (parziali e limitati) del Tribunale del malato. Per tale ragione è fondamentale creare un punto di riferimento comune di confronto e discussione su questi temi per definire esattamente quali siano gli errori che, di anno in anno, si verificano nella specialità. In questo modo sarebbe più facile definire gli strumenti di prevenzione degli errori utilizzando questi dati anche come strumenti di "formazione/informazione" in favore di tutti i soci. Con tale strumento sarebbe inoltre possibile evidenziare con esattezza ogni richiesta di risarcimento danni "infondata" e di individuare chi ha fornito "faziosi" strumenti medico-legali. Occorre che chi compie una perizia sappia che questa sarà visionata e valutata da un Board della loro Società di appartenenza.

Queste poche indicazioni intendono sensibilizzare alla necessità di porre le basi per una maggiore coscienza e cultura sul problema della *malpractice* in cardiologia: prologo indispensabile per fronteggiare al meglio il fenomeno in attesa di un (si spera) rapido ed efficace intervento politico.

Bibliografia

1. Parmley WW. Who should be an expert witness? (editorial) J Am Coll Cardiol 1999; 34: 885.
2. Lauer MS. Cardiologist on trial: reflections on credible evidence. J Am Coll Cardiol 2002; 40: 563-4.