

Corso triennale di formazione specifica in Medicina generale

‘Le problematiche medico-legali nell’ambulatorio di Medicina Generale’

Dott.ssa Adriana Elisa Colpani

**Tesi**

Triennio 2013-2016

Polo didattico ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo

Pubblicazione non in vendita. Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento può essere pubblicata senza citarne la fonte.

**Éupolis Lombardia**

Istituto superiore per la ricerca, la statistica e la formazione

via Taramelli 12/F - Milano

[www.eupolislombardia.it](http://www.eupolislombardia.it)

Contatti: training-mmg@eupolislombardia



Corso triennale di formazione specifica in Medicina generale

***frontespizio***

‘Le problematiche medico-legali nell’ambulatorio di Medicina Generale’

Dott.ssa Adriana Elisa Colpani

|  |  |
| --- | --- |
| Polo didattico:ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo | Triennio 2013-2016, anno III. |

Relatore: Dott.ssa Anna Carla Pozzi

Co-relatore 1: Dott. Matteo Marchesi, specialista in Medicina Legale presso HPG XXIII

Milano, 15 dicembre 2017

*Al mio amico Sandro*

*A Tommaso e Filippo,*

*cercate sempre il vero e il bello*

*e difendetelo*

***Indice***

[Introduzione 13](#_Toc498604117)

[1- PREMESSE ALLO STUDIO 19](#_Toc498604120)

[1.1 I COMPITI DEL MMG 20](#_Toc498604121)

[1.2 IL CONFLITTO 26](#_Toc498604122)

[1.3 ITER MEDICO-LEGALE E NUOVE PROSPETTIVE 32](#_Toc498604123)

*[1.3.1 SEGNALAZIONE ALL’ATS-DPCP](#_Toc498604124)* [32](#_Toc498604124)

*[1.3.2 SEGNALAZIONE ALL’ORDINE DEI MEDICI](#_Toc498604124)*  [34](#_Toc498604124)

*[1.3.3 ITER CIVILE-RICHIESTA RISARCITORIA](#_Toc498604124)* [38](#_Toc498604124)

*[1.3.4 PROCEDIMENTO PENALE](#_Toc498604124)* [39](#_Toc498604124)

*[1.3.5 NUOVE PROSPETTIVE: LA LEGGE GELLI 24/2017](#_Toc498604124)* [40](#_Toc498604124)

[1.4 LA MEDICINA DIFENSIVA 54](#_Toc498604124)

[2- APPROCCIO OPERATIVO 59](#_Toc498604125)

[2.1 MATERIALI E METODI 60](#_Toc498604126)

[2.2 RISULTATI 61](#_Toc498604127)

[2.3 DISCUSSIONE E CONCLUSIONI 75](#_Toc498604128)

[3- PROPOSTA DI METODO 79](#_Toc498604129)

Allegati 85

[Bibliografia 95](#_Toc498604134)

[Sitografia 96](#_Toc498604135)

Abstract

Questo elaborato si prefigge di analizzare il fenomeno del *conflitto* all’interno dell’ambulatoruio del Medico di Medicina Generale, fenomeno che si sta palesando sempre più nella pratica medica e di conseguenza anche nella Medicina Generale, e che fonda le sue radici nella profonda crisi del *rapporto fiduciario*, presupposto indispensabile e fondamento stesso dell’intima relazione medico-paziente. In un clima caratterizzato dalla necessità di coniugare la qualità e la sicurezza delle cure con il contenimento dei costi e della spesa sanitaria, il labile equilibrio tra le crescenti esigenze di una popolazione di pazienti anziani, spesso cronici, e la riduzione delle risorse sanitarie a disposizione, stiamo assistendo in questi anni all’incremento di un fenomeno allarmante, quello della *medicina difensiva*, ovvero «un atteggiamento dei medici caratterizzato dal prescrivere test, trattamenti o visite, o dall’evitare pazienti o trattamenti ad alto rischio, primariamente (ma non necessariamente in modo esclusivo) allo scopo di ridurre la propria esposizione al rischio di accuse di malasanità», la quale sperpera ulteriormente risorse preziose.

Proprio dall’evidenza di questo fenomeno e dalla necessità di disciplinare la sicurezza delle cure nasce la recentissima *Legge Gelli* (pubblicazione ufficiale in Gazzetta il 17.03.2017), di cui verranno analizzati i punti salienti e le criticità rispetto alle Medicina Generale in una sezione dedicata di questo elaborato.

L’intento di questo lavoro di tesi può essere quindi così riassunto:

1. Rilevare quali siano le principali cause di conflitto nell’ambulatorio del MMG, e se i conflitti irrisolti che danno maggiormente origine a iter medico-legali a carico del medico derivino più dall’ambito amministrativo o clinico;
2. Chiarire il possibile iter medico-legale a cui può andare incontro il medico, attraverso un’analisi approfondita delle opzioni secondo cui lo stesso si possa espletare: segnalazione all’ATS, segnalazione all’Ordine dei Medici, richiesta risarcitoria e processo Civile, iter Penale, e quali siano le principali novità in ambito legislativo rispetto alla tutela del professionista;
3. Valutare l’entità del fenomeno della medicina difensiva;
4. Restituire, dopo una attenta analisi dei recenti cambiamenti socio-culturali che hanno determinato un incremento delle dinamiche conflittuali anche nella Medicina Generale, uno strumento utile al medico per affrontare, conoscere e arginare il conflitto stesso, in modo tale da rafforzare il rapporto fiduciario con i suoi pazienti e di conseguenza mantenere un corretto e sereno atteggiamento clinico, e innalzare la qualità delle cure tutelandosi da spiacevoli iter medico-legali che lo spingano verso un ‘approccio difensivo’.

L’originalità del lavoro si rileva dal fatto che attualmente non esita letteratura di riferimento relativa all’argomento sopra descritto nell’ambito della medicina del territorio e in particolar modo nella Medicina Generale.

Si è resa quindi necessaria la stesura di un *questionario anonimo*, somministrato ai Medici di Medicina Generale della provincia di Bergamo, e distribuito con la collaborazione dell’Ordine dei Medici.

Dal questionario sono emersi dati interessanti relativamente al fatto che:

1. La quasi totalità dei MMG vive dinamiche di conflitto con i propri assistiti;
2. Le cause principali di iter medico-legale derivante da conflitti irrisolti ambulatorialmente sono rappresentate da motivi clinici e amministrativi, con una prevalenza significativa dei primi rispetto ai secondi;
3. Le vie principalmente intraprese dal paziente sono rappresentate dalla segnalazione all’ATS e all’Ordine professionale di riferimento del medico coinvolto, ma non mancano casi di richieste risarcitorie tramite legale, o citazione in giudizio civile. Rari casi hanno avuto risvolto penale.
4. Le sanzioni inflitte ai medici ritenuti responsabili di comportamenti illeciti sono state principalmente richiami verbali da parte dell’ATS (sanzione più lieve applicabile dal dipartimento di cure primarie), e in rari casi obblighi risarcitori a seguito di giudizio civile.
5. Non si riscontra solitamente, a fronte delle sanzioni sopra riportate, un aumento del premio assicurativo, che solo in casi limitati è aumentato, a giudizio del medico imputato, in modo incongruo a seguito dell’iter.
6. In circa la metà dei casi, l’iter ha poi comportato l’interruzione del rapporto medico-paziente, a mezzo di ricusazione pervenuta all’ATS in modo sovrapponibile da entrambe le parti. La ricusazione è stata successivamente accettata dall’Azienda nella stragrande maggioranza dei casi senza opposizione della stessa.
7. A seguito della problematica conflittuale, una quota consistente di MMG ha poi ammesso di aver subito un condizionamento del proprio operato clinico in termini ‘difensivi’: per la gran parte dei medici l’applicazione della medicina difensiva avviene solo in alcuni casi, per una quota più esigua invece, questo avviene sistematicamente;
8. Solo pochi MMG non ritengono l’empatia e la capacità comunicativa strumenti necessari e sufficienti per arginare il conflitto, mentre la quasi totalità di essi le ritiene strumenti molto spesso efficaci e sufficienti per evitrare l’insorgere di situazioni a rischio di sequele medico-legali, tant’è che la maggior parte dei medici coinvolti nell’indagine si dimostrerebbe interessata alla partecipazione a programi di formazione alla comunicazione, anche se una quota significativa degli interpellati non ritene utile una proposta formativa in questo senso, in quanto non ammette la possibilità che le capacità relzionali siano acquisibili, nè necessarie e sufficienti ad alimentare una solida alleanza medico-paziente, e quindi che siano uno strumento efficace per limitare o risolvere le conflittualità.

E’ importante giungere alla consapevolezza che la medicina di oggi, soprattutto nell’ambito della Medicina Generale, deve necessariamente andare incontro ad una evoluzione: il paziente ha bisogno di essere visto nella sua interezza, e solo approcciando i propri assistiti in quest’ottica (attraverso strumenti quali l’*empatia*, il *ragionamento a voce alta* che rende ragione del proprio àgito, l’*analisi della propria responsività emozionale* come mezzo per percepire, comprendere e orientare il conflito, e il *prender tempo e dichiaralo* in modo tale che il paziente noti l’attenzione del medico a lui, secondo le sue peculiarità e le sue esigenze in quel momento…) si può pensare di rinsaldare la relazione con lui e avere la serenità di rapporto che consenta al medico di spiegare e far valere le proprie ragioni rispetto alle sue decisioni.

Questa possibilità rende pensabile una Medicina Generale che si fa di nuovo protagonista dell’azione clinica e della presa in carico del paziente, e scongiura il rischio che il MMG venga relegato ai margini della gestione degli assistiti, in qualità di mero trascrittore delle indicazioni degli specialisti (senza possibilità di giudizio o di replica), e di ammnistratore sanitario.

E’ necessario quindi riscoprire la forza della Medicina Generale, e le sue peculiarità: il *contesto*, la *continuità*, la *relazione*, necessarie a lottare contro una marginalità minacciosa e contro una cultura distruttiva che non lascia più spazio alla fiducia ma che vede nel conflitto l’unica modalità di approccio alla sanità. Solo all’interno di una serena e duratura relazione medico-paziente, che riaffondi la propria consistenza nel rapporto fiduciario, può trovare spazio la soddisfazione del malato, unica speranza per ridurre il numero e l’intensità dei contrasti.

1

Introduzione

## *****Il giuramento di Ippocrate - Testo Classico*****

*"Giuro per Apollo medico e*[***Asclepio***](https://www.riflessioni.it/riflessioni-iniziatiche/ofiuco.htm)*e Igea e Panacea e per gli dèi tutti e per tutte le dee, chiamandoli a testimoni, che eseguirò, secondo le forze e il mio giudizio, questo giuramento e questo impegno scritto:*

*di stimare il mio maestro di questa arte come mio padre e di vivere insieme a lui e di soccorrerlo se ha bisogno e che considererò i suoi figli come fratelli e insegnerò quest'arte, se essi desiderano apprenderla;*

*di rendere partecipi dei precetti e degli insegnamenti orali e di ogni altra dottrina i miei figli e i figli del mio maestro e gli allievi legati da un contratto e vincolati dal giuramento del medico, ma nessun altro.*

*Regolerò il tenore di vita per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio, mi asterrò dal recar danno e offesa.*

*Non somministrerò ad alcuno, neppure se richiesto, un farmaco mortale, né suggerirò un tale consiglio; similmente a nessuna donna io darò un medicinale abortivo.*

*Con innocenza e purezza io custodirò la mia vita e la mia arte. Non opererò coloro che soffrono del*[***male***](https://www.riflessioni.it/enciclopedia/male-concetto.htm)*della pietra, ma mi rivolgerò a coloro che sono esperti di questa attività.*

*In qualsiasi casa andrò, io vi entrerò per il sollievo dei malati, e mi asterrò da ogni offesa e danno volontario, e fra l'altro da ogni azione corruttrice sul corpo delle donne e degli uomini, liberi e schiavi.*

*Ciò che io possa vedere o sentire durante il mio esercizio o anche fuori dell'esercizio sulla vita degli uomini, tacerò ciò che non è necessario sia divulgato, ritenendo come un segreto cose simili.*

*E a me, dunque, che adempio un tale giuramento e non lo calpesto, sia concesso di godere della vita e dell'arte, onorato degli uomini tutti per sempre; mi accada il contrario se lo violo e se spergiuro".*

## *****Il giuramento di Ippocrate - Testo Moderno*****

*Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo,*

*GIURO:*

*di esercitare la medicina in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento;*

*di perseguire come scopi esclusivi la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza, cui ispirerò con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni mio atto professionale;*

*di non compiere mai atti idonei a provocare deliberatamente la morte di un paziente;*

*di attenermi nella mia attività ai principi etici della solidarietà umana, contro i quali, nel rispetto della vita e della persona non utilizzerò mai le mie conoscenze;*

*di prestare la mia opera con diligenza, perizia e prudenza secondo scienza e*[***coscienza***](https://www.riflessioni.it/enciclopedia/coscienza-1.htm)*ed osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della medicina e quelle giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della mia professione;*

*di affidare la mia reputazione esclusivamente alle mie capacità professionali ed alle mie doti morali;*

*di evitare, anche al di fuori dell'esercizio professionale, ogni atto e comportamento che possano ledere il prestigio e la dignità della professione;*

*di rispettare i colleghi anche in caso di contrasto di opinioni;*

*di curare tutti i miei pazienti con eguale scrupolo e impegno indipendentemente dai sentimenti che essi mi ispirano e prescindendo da ogni differenza di razza, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica;*

*di prestare assistenza d'urgenza a qualsiasi infermo che ne abbisogni e di mettermi, in caso di pubblica calamità, a disposizione dell'Autorità competente;*

*di rispettare e facilitare in ogni caso il diritto del malato alla libera scelta del suo medico tenuto conto che il rapporto tra medico e paziente è fondato sulla fiducia e in ogni caso sul reciproco rispetto;*

*di osservare il segreto su tutto ciò che mi è confidato, che vedo o che ho veduto, inteso o intuito nell'esercizio della mia professione o in ragione del mio stato.*

|  |
| --- |
|  |

In data 4.9.2017 ‘Il fatto Quotidiano’ pubblica un articolo così intitolato: ‘IL MEDICO SI RIFIUTA DI RILASCIARE UN CERTIFICATO FALSO: IL PAZIENTE LO PICCHIA’.

Il contenuto dell’articolo illustra come, a fronte di un rifiuto da parte del MMG di compilare un certificato che consentisse un rinnovo della patente di guida a un paziente non idoneo (per cui il paziente aveva specificamente chiesto al medico di omettere informazioni clinicamente rilevanti ai fini della idoneità), il paziente abbia aggredito il medico dapprima verbalmente, poi fisicamente, causandogli lesioni tali da necessitare una prognosi superiore a quaranta giorni.

Il fatto è stato successivamente denunciato dal segretario provinciale della Federazione dei medici di medicina generale di Matera (Dott. Michele Campanaro) il quale, esprimendo solidarietà al collega, evidenzia come l’accaduto sia sintomatico della ‘scarsa considerazione e rispetto della professione medica ormai schiacciata tra burocrazia e malcostume’, nonché del ‘venir meno della tutela della categoria, attribuibile al rapporto fiduciario medico-paziente’. [1]

E’ ormai chiaro come nella quotidianità stiamo assistendo sempre più ad una crisi e ad uno sgretolamento del rapporto di fiducia che lega il medico al suo paziente, cuore dell’attività del Medico di Medicina Generale (MMG).

Questo elaborato ha come oggetto il cambiamento del rapporto tra il curante e il suo assistito, e si pone l’intento di rilevare ed analizzare:

* le principali conflittualità di natura medico-legale con gli assistiti,
* gli eventuali procedimenti in ambito amministrativo, civile, penale, e/o forense a carico del MMG,
* le strategie messe in atto o da pianificare in modo tale da risolvere tali criticità nella pratica clinica,
* la valutazione di quanto queste conflittualità pesino sul lavoro del clinico e alimentino dinamiche relative al fenomeno della ‘medicina difensiva’ (fenomeno in costante crescita).

L’originalità del lavoro si rileva dal fatto che attualmente non esita letteratura di riferimento relativa all’argomento sopra descritto nell’ambito della medicina del territorio e in particolar modo nella Medicina Generale.

Un uleriore svilluppo dell’elaborato mira a valutare se la conflittualità si delinei più in ambito clinico piuttosto che amministrativo, e relativamente a ciò, si prefigge di analizzare quale dei due ambiti (clinico o amministrativo) sia maggiormente correlato a iter medico legale e quale invece abbia più probabilità di risolversi nel contesto dell’ambulatorio.

Verrà poi successivamente analizzata la nuova legge in ambito di responsabilità professionale degli operatori sanitari (legge Gelli n. 24/2017 in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le priofessioni sanitarie - pubblicazione in Gazzetta Ufficiale il 17.03.2017), per evidenziarne le novità, i punti forti e i punti deboli riguardo alla tutela del professionista della salute e, nel nostro caso, del MMG.

Per ben inquadrare il problema si sono rese necessare una serie di premesse:

* analisi approfondita dell’ACN (Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 2005), in particolar modo degli articoli che disciplinano i compiti del medico – art.45 , la responsabilità convenzionale, le violazioni e il Collegio Arbitrale – art. 30 , la revoca e la ricusazione della scelta – art. 41;
* analisi del possibile iter medico legale che può scaturire dal conflitto con il paziente (attraverso ATS- legislatura ordinaria- legislatura forense);
* i presupposti socio-colturali che stanno alla base della profonda crisi del rapporto fiduciario, la quale si esprime nella dinamica stessa del conflitto.

Cuore del lavoro di tesi è stata l’elaborazione di un *QUESTIONARIO*, realizzato in collaborazione con il Dott. Marchesi e con la Dott.ssa Pozzi.

Il questionario è stato somministrato ai MMG di Bergamo e Provincia, in modo tale da produrre un’analisi quanto più fedele all’esperienza diretta, a partire dal vissuto del singolo collega.

Proprio dall’esperienza ambulatoriale e dalle sue attuali criticità nasce l’idea di questo elaborato: il suo valore sta nel rilevare quanto la dinamica del conflitto condizioni l’attività clinica del MMG, in primis perché di fronte al venir meno dell’alleanza terapeutica con il paziente, stiamo assistendo negli ultimi anni ad un approccio di tipo ‘difensivo’ che sperpera risorse che il SSN potrebbe investire in modo costruttivo, in quanto per evitare il generarsi di scontri, il medico è portato a modificare il suo àgito clinico a favore non tanto del corretto percorso diagnostico-terapeutico, quanto più dalla necessità di accontentare il paziente ed evitare in questo modo l’insorgere di problematiche medico-legali non auspicabili.

In secondo luogo, oltre a descrivere e a cercare di quantificare un fenomeno che incide non poco sulla quotidianità del medico, questo lavoro si augura di restituire ai MMG uno strumento utile a mettere in atto alcune ‘strategie’ che possano creare una salda alleanza terapeutica con il paziente, e mantenere il rapporto fiduciario che ne è la base, in modo tale da arginare l’instaurarsi delle dinamiche di conflitto, per lasciare spazio alla buona pratica clinica.

1. PREMESSE ALLO STUDIO

Come anticipato, al fine di chiarire meglio la posizione del MMG di fronte al paziente, e per delineare il clima socio-colturale che ha generato una labilità del rapporto fiduciario tra il medico e il suo assistito, si è resa necessaria un’analisi preliminare di alcuni aspetti che incidono fortemente sulle tematiche affrontate in questo elaborato.

* 1. I COMPITI DEL MMG
  2. IL CONFLITTO
  3. ITER MEDICO-LEGALE E NUOVE PROSPETTIVE
  4. LA MEDICINA DIFENSIVA

Le suddette premesse verranno analizzate e approfondite allo scopo di introdurre e contestualizzare i punti cardine che verranno indagati nel questionario distribuito.

* 1. I COMPITI DEL MMG

I compiti del Medico di Medicina Generale sono definiti dall’Art.45 dell’*ACN* (Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 2005 con successive modificazioni e integrazioni del 2009), e resi chiari e disponibili per gli assistiti nella *carta dei servizi* (esposta nei locali dello studio medico), definita dagli Accordi regionali vigenti, in merito ai compiti e ai doveri e diritti del medico e dei cittadini (Allegato 1.1).

Il comma 1 dell’articolo 45 dell’ACN (sia nell’edizione del 2005, sia nella sua edizione integrata del 2009 - all’interno della quale le modifiche riguardano più l’aspetto organizzativo ed aggregazionale della medicina generale, nonché l’informatizzazione del sistema di trasmissione dei dati relativi ai pazienti in Regione - ) definisce quindi le funzioni e i compiti individuali del medico di assistenza primaria e li distingue in 3 grandi categorie:

1. Servizi essenziali, ovvero la gestione delle patologie acute e croniche *secondo la miglior pratica e in accordo con il malato*, inclusi gli interventi appropriati e azioni rilevanti di promozione della salute;
2. Gestione dei malati nell’ambito dell’ADP (assistenza domiciliare programmata) e dell’ADI (assistenza domiciliare integrata), in collegamento se necessario con l’assistenza sociale;
3. Assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività.

Il comma 2 da indicazioni invece sulle modalità di espletamento delle funzioni sopra elencate. Il MMG è dunque tenuto a:

1. Richiedere consulto con lo specialista e accedere agli ambienti di ricovero dove si trova il suo assistito nelle varie fasi dui cura;
2. Tenere ed aggiornare una scheda sanitaria individuale per ogni paziente, su supporto informatico, in modo tale che questa sia ad uso del medico e ad utilità dell’assistito e del SSN (secondo il teto integrato del 2009 viene poi resa tassativa nell’art. 59-ter, la trasmissione dei dati relativi ad accessi in ambulatorio - visite domiciliari - PIPP, comprese vaccinazioni antinfluenzali per soggetti anziani o cronici - ADI e ADP - a scopo di governance e nel rispetto della privacy del paziente);
3. Rendere edotti i pazienti sui compiti e sui doveri e diritti sia del medico sia del cittadino, attraverso l’esposizione nei locali dell’ambulatorio medico, della *carta dei servizi* definita dagli Accordi regionali (Allegato 1.1);
4. Partecipare alle forme organizzative territoriali (meglio definite nella revisione del 2009, come aggregazioni funzionali territoriali o unità complesse delle cure primarie - art.13 bis, comma 3);
5. Produrre le certificazioni obbligatorie per legge quali:
6. riammissioni alla scuola dell’obbligo, agli asili niodo, alle scuole dell’infanzia e alle scuole secondarie di secondo grado,
7. idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche nell’ambito scolastico , a seguito di specifica richiesta dell’autorità scolastica competente,
8. incapacità temporanea al lavoro,
9. riammissione al lavoro degli alimentaristi laddove previste,
10. Valutazioni multidimensionali relative alle prestazioni di ADI, ADP, e per l’inserimento nelle residenze protette.
11. Sviluppare e diffondere la cultura sanitaria, la conoscenza del SSN (Servizio Sanitario Nazionale) e del Sistema Sanitario Regionale, incluso il *sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie* e il regime delle *esenzioni*, l’osservanza di comportamenti e stili di vita poisitivi per la salute, la donazione di sangue-plasma-organi, la cultura dei trapianti;
12. Compiere scelte assistenziali e terapeutiche e utilizzare le risorse messe a disposizione dal SSN secondo il criterio della appropriatezza, aderire a specifici progetti concordati a livello aziendale e regionale, partecipare a programmi di attività e agli obiettivi regionali e/o aziendali concordati con le organizzazioni sindacali (finalizzati al rispetto dei conseguenti livelli programmati di spesa);
13. Aderire alle campagne vaccinali antinfluenzali rivolte alla popolazione a rischio;
14. Assistere le zone disagiate;
15. Svolgere visite ambulatoriali e domiciliari, nonché quelle occasionali, a scopo diagnostico e terapeutico.

Ai fini del nostro studio risulta determinante non solo la responsabilità derivante dall’aspetto clinico, come punto fondamentale in termini di compiti e responsabilità del medico, ma anche dall’aspetto amministrativo, come parte integrante della professione, in un momento storico in cui l’informatizzazione del SSN viene posto come obiettivo aziendale e spesso come vincolo dell’erogazione delle prestazioni sanitarie in ambito ospedaliero.

Tralasciando l’aspetto aggregazionale – principale ogetto dell’edizione rivista e integrata del 2009 - che riguarda in modo marginale il rapporto medico-paziente (e in senso più stretto il rapporto del MMG con il SSR), vengono definiti come compiti ‘essenziali’ del medico, la presa in carico del paziente e la gestione della patologia acuta e cronica ‘*secondo la miglior pratica e in accordo con il malato’*.

Questo passaggio risulta essere determinante, in quanto andrebbe definito in modo univoco cosa si intenda per ‘ miglior pratica clinica’.

Gesperti internazionali in materia di qualità delle cure tentano di definire la buona pratica medica come “ogni attività, procedura o comportamento riguardante percorsi assistenziali, basata su standard di qualità e sicurezza. Questi standard hanno origine da evidenze, da letteratura e/o da organizzazioni sanitarie. Una buona pratica necessita di indicatori specifici da monitorare nel tempo” - Luciana Bevilacqua, Direttore S. C. Servizio Qualità AO Ospedale Niguarda Cà Granda di Milano.

Non esiste in realtà una definizione univoca della buona pratica in ambito medico: l’indeterminatezza nella individuazione del concetto dimostra che il dibattito sull’argomento è ancora vivo e aperto, a conferma dell’ipotesi che non sono ancora maturi i tempi per la formulazione di una definizione esatta, puntuale e condivisa della stessa, ma che il concetto stesso può assumere diverse accezioni in base alle finalità che le strategie fondate sulle buone pratiche perseguono.

La realtà attuale suggerisce che, in particolar modo dal punto di vista del paziente, la complessità della definizione di buona pratica medica contempli, oltre a un prerequisito essenziale come il ‘saper fare tecnico-scientifico, anche un saper essere umano, ovvero una nuova competenza comunicativa’. [2]

Infatti, se dal punto di vista medico-legale, il diritto di cura del paziente viene ‘tutelato e garantito dalle scelte professionali operate dal medico secondo i principi di autonomia e responsabilità’- Cass. Pen. Sez. IV sentenza n. 8254 2/3/2011, nonché dall’attenersi alle linee guida scientifiche internazionali, risulta sempre più chiaro che la sola decisione clinica non sia più sufficiente a garantire la presa in carico del paziente a 360 gradi, poiché l’atto medico deve contemplare la revisione del concetto moderno di *salute*. In questo panorama complesso gioca un ruolo fondamentale la comunicazione.

Tale concetto verrà trattato nello specifico nel capitolo 1.2- Il conflitto, e nel capitolo 3- Proposta di metodo.

Riprendendo la definizione di buona pratica in senso prettamente medico-legale, assumono rilevanza dunque le *linee guida* e i *percorsi assistenziali*, ossia le linee guida calate nel contesto locale in cui opera il medico e vive il paziente.

È fondamentale ricordare che ogni MMG deve fare i conti, nella gestione del paziente, con l’interfaccia ospedale-territorio: in tal senso, il contesto locale risulta estremamente importante, in quanto ogni organizzazione sanitaria è caratterizzata da requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali, è ubicata in una determinata area geografica con caratteristiche peculiari, è condizionata dal contesto socio- culturale della popolazione, è regolamentata da normative sanitarie nazionali, regionali e locali, e può essere condizionata da specifiche situazioni politiche.

Va segnalato che questi elementi, caratterizzando il contesto locale, costituiscono un potenziale ostacolo all’applicazione delle linee guida.

Oltre alla tutela del professionista della salute, la gestione del paziente in modo appropriato attraverso l’applicazione del percorso assistenziale, può implementare l’efficacia reale delle prestazioni sanitarie stesse (e viene verificata attraverso lo strumento dell’*audit clinico*, che si avvale di specifici *indicatori* – strutturali, di processo e di esito).

Le linee guida costituiscono quindi uno strumento di tutela certo del professionista sanitario: l’articolo 3, comma 1, della Legge Balduzzi- 8/11/2012 , stabilisce infatti che ‘L’esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve’, ma fino ad ora non sono risultate vincolanti in modo assoluto nella gestione corretta del paziente.

La Cassazione Penale, stabilisce infatti nella sentenza n.35922 del 19/11/2012, che le stesse ‘rappresentano un importante ausilio scientifico con il quale il medico è tenuto a confrontarsi, ma non eliminano la sua autonomia nelle scelte terapeutiche perché la medicina non è fondata su protocolli scientifici a base matematica e l’attività medica sfugge a regole rigorose e predeterminate’.

Risulta quindi importante definire la rilevanza delle linee guida soprattutto alla luce della attuale riforma della responsabilità medica, ovvero della nuova legge Gelli, all’interno della quale assumeranno un ruolo effettivo come indice di buona pratica, e saranno uno dei principali criteri di valutazione della responsabilità professionale.

Riassumendo, esse:

* derivano da una interpretazione multidisciplinare e condivisa delle informazioni scientifiche disponibili, per assistere medici e pazienti nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche (1);
* insieme ai percorsi assistenziali, sono strumenti rilevanti per la buona pratica clinica;
* definiscono l’appropriatezza;
* possono aumentare, se applicate alla realtà locale per creare i percorsi assistenziali, l’efficacia reale delle prestazioni medico-assistenziali (valutabile attraverso l’audit clinico e misurabile attraverso indicatori specifici);
* non sono strumenti amministrativi finalizzati al contenimento dei costi, né strumenti burocratici finalizzati al controllo dei comportamenti medici;
* non sono dei protocolli, quindi il medico può derogare dalle raccomandazioni se queste non risultano appropriate al paziente che ha in cura.

La Corte di Cassazione Penale - anche dopo la pubblicazione della legge Gelli in Gazzetta Ufficiale - non le ritiene dunque strettamente vincolanti, evidenziando che ogni atto medico si basa su scelte professionali operate secondo autonomia e responsabilità, e considerando quindi la complessità e la peciuliarità del singolo paziente, che molte volte rende difficile se non impossibile la mera applicazione della linea guida al singolo caso.

I giudici, con la sentenza n. 28187 depositata il 7/6/2017, hanno stabilito che le linee guida escludono la responsabilità professionale solo se corrispondono al caso in concreto e quindi la nuova disciplina non troverà applicazione:

* negli ambiti che, per qualunque ragione, non siano governati da linee guida;
* nelle situazioni concrete nelle quali tali raccomandazioni debbano essere radicalmente disattese per via delle peculiarità della condizione del paziente o per qualunque altra ragione imposta da esigenze scientificamente qualificate;
* in relazione alle condotte che, sebbene poste in essere nell’ambito di approccio terapeutico regolato da linee guida pertinenti ed appropriate, non risultino per nulla disciplinate in quel contesto. [3]

Va inoltre sottolineato che sempre la Cassazione Penale (Sez. IV, n. 16237 del 9/4/2013) indica che le linee guida debbano essere applicate a garanzia della salute del paziente e che non debbano essere ispirate ad esclusive logiche di economicità della gestione, sotto il profilo del contenimento delle spese in contrasto con le esigenze del paziente.

Risulta quindi chiaro da tutto ciò che il compito del medico è in realtà non semplice, in primo luogo non essendo univoca la definizione stessa di ‘buona pratica’, e in secondo luogo perché, di fronte al cambiamento radicale della gestione delle cure sopraggiunto con la aziendalizzazione della sanità, la buona pratica deve comunque fare i conti con la spesa sanitaria, e quindi con l’appropriatezza delle scelte terapeutiche nella pratica quotidiana.

* 1. IL CONFLITTO

Seconda premessa fondamentale a questo lavoro di tesi, è l’analisi della dinamica del *conflitto*, e di come questa dinamica, se non affrontata in modo consapevole e propositivo, possa minare le fondamenta del rapporto fiduciario tra il medico e il suo paziente, facendo crollare l’*alleanza* *terapeutica* sancita tra i due, la quale è presupposto irrinunciabile per l’attività clinico-assistenziale in particolar modo per il medico di Medicina Generale.

Il conflitto - inteso come “elemento di crisi nel rapporto tra due individui, per uscire dal quale è necessario uno sforzo di reciproco adattamento” - è una situazione sociale di opposizione evidente tra due persone: può trattarsi semplicemente di antagonismo unilaterale, ma possono esserci casi in cui il dissenso viene sostenuto da entrambi gli attori, nel caso uno abbia espresso un atteggiamento di resistenza nei confronti dell’altro.

In ambito sanitario questa dinamica si realizza spesso quando le richieste del paziente risultano inaccettabili (in particolar modo in un momento storico in cui il contenimento dei costi sanitari rischia di condizionare l’àgito clinico del medico e ne limita fortemente l’azione prescrittiva, contestualmente all’aumento delle richieste dei pazienti sempre più informati o mal informati).

Il profondo cambiamento culturale occorso negli ultimi anni e la crescente accessibilità a informazioni mediche che i pazienti non sono in grado di giudicare a causa dell’assenza di un background nozionistico proprio del medico, spesso crea i presupposti perché il medico si veda costretto a disattendere le richieste degli assistiti.

E’ ormai evidente come il moderno concetto di cura abbia vissuto una sorta di *democratizzazione*: gli assistiti sono diventati sempre più assertivi nella relazione, rifiutando una posizione di passività. Per il paziente, quindi, la gestione condivisa dei problemi è vissuta come parte integrante del processo di cura, per cui si rende necessario il rispetto della pluralità dei punti di vista che genera quindi una deliberazione collegiale prima di ogni scelta medica importante.

Tutto ciò viene espresso proprio nell’articolo 45 dell’ACN precedentemente esposto – “il medico è tenuto a garantire al paziente i servizi essenziali, ovvero la gestione delle patologie acute e croniche secondo la miglior pratica *e in accordo con il malat*o…”.

Questa centralità del paziente, che sposta l’obiettivo del piano di cura dalla malattia al malato (secondo un concetto più ampio dello stato di salute di un individuo), richiede nel cambio di prospettiva, uno sforzo notevole per il professionista della salute che, durante la formazione accademica, è stato abituato ad essere l’unico attore con potere decisionale nel curare il malato, relazionandosi agli altri in modo impersonale e tecnico, ignorando la sua fallibilità di essere umano che interagisce con un suo simile [4].

Non basta più il semplice *curare*, ma diventa necessario il *prendersi cura*, e questo implica necessariamente da parte del medico il riconoscere il paziente come alleato e protagonista della decisione terapeutica.

Alla base del contrasto, infatti, spesso c’è un’opposizione di concetti e di convinzioni sulla salute: è frequente che non vi sia accordo fra i soggetti della relazione clinica a proposito della presenza o dell’assenza dello stato di malattia, e questo è dovuto sostanzialmente a due meccanismi. Il primo riguarda l’incapacità del medico nel comprendere ed accogliere la comunicazione di una soggettiva percezione di infermità da parte del paziente (3), il secondo riguarda il paziente e la diffusa ignoranza rispetto a ciò che può essere ottenuto dal SSN, a fronte del sorgere del consumismo nel campo della salute e dell’allarmismo generato dall’eccesso di informazioni mediche facilmente accessibili (sul web) da parte degli assistiti, rispetto alle quali è difficile che gli stessi possano avere una fondata capacità di giudizio.

La diversa percezione del concetto di salute genera nel paziente una sfiducia nei confronti del medico, dal quale non si sente accolto e compreso, mentre gli atteggiamenti pretenziosi e aggressivi urtano la suscettibilità del curante che vede minato il suo ruolo di guida, generando spesso reazioni o di rigido rifiuto o di passività totale di fronte a qualunque richiesta.

Tutte queste dinamiche si sviluppano oltretutto in un momento storico in cui si sta ipoteticamente ridefinendo il ruolo del MMG, soprattutto a fronte della riforma proposta da Regione Lombardia, fautrice di una vera e propria ‘rivoluzione’ in tema di gestione della cronicità. Se fino ad oggi la gestione del paziente cronico pluripatologico era affidata esclusivamente al medico curante, il quale si avvaleva del lavoro dello specialista e curava il paziente nella sua interezza e complessità, è ormai un dato di fatto che i sopracitati pazienti saranno chiamati a sottoscrivere un patto di cura con un *gestore* che predispone uno specifico PAI (Piano Assistenziale Individuale). La domanda relativa a che tipo di rapporto questi pazienti (che costituiscono una parte significativa degli assistiti di ogni singolo MMG) potranno avere con il proprio medico curante – nel caso in cui quest’ultimo non si candidi al ruolo di gestore o cogestore - sorge spontanea.

Esistono quindi potenziali elementi di crisi da entrambe le parti (medico- paziente), e in questo clima generale di sfiducia c’è un altro fattore fondamentale da analizzare, peculiare per la Medicina Generale: la competenza tecnico-scientifica.

La maggior accessibilità alle informazioni e le sempre maggiori richieste che vengono portate già ‘confezionate’ dal paziente al medico, rispetto alle quali il paziente si aspetta che il medico svolga solo un ruolo trascrittivo, fanno sì che l’autorità tecnica del clinico sia costantemente svalutata e svilita.

Questa dinamica risulta sicuramente più difficile da affrontare per il generalista, che viene spesso visto come meno competente rispetto allo specialista, ovvero come uno step da superare per accedere alle cure specialistiche del caso. La stessa dinamica si presenta nel momento in cui, a fronte di una valutazione iperspecialistica che non tiene conto dell’interezza del paziente (ambito proprio della Medicina Generale), vengano richiesti esami o prescritte terapie incongrue per *quel* paziente. Nello ‘scontro di competenze’ è difficile che il MMG riesca a far prevalere la propria. È inoltre un dato di fatto che il metro di valutazione del paziente rispetto alla competenza del medico, sia basato più sulla corrispondenza tra i reciproci concetti di salute, piuttosto che sulla valutazione delle sue capacità tecnico-disciplinari (4).

A tutto ciò va aggiunta l’ignoranza dei paziente rispetto ai vincoli burocratici e all’appropriatezza prescrittiva che limita molto la libertà del medico di Medicina Generale (soprattutto dopo la pubblicazione del Decreto Appropriatezza - Gazzetta Ufficiale del 20/01/2016): non esiste cultura su quali siano le regole a cui il dottore è sottoposto, sia da un punto di vista amministrativo-burocratico, sia da un punto di vista legale.

I vincoli burocratici e i costi imposti dalle prestazioni sanitarie necessarie per raggiungere un obiettivo di salute, mal si conciliano con una società in cui si suppone che ogni conquista possa essere ottenuta gratuitamente: spesso il medico è costretto a scontrarsi con il paziente che vuole tutto e subito, senza costi aggiuntivi, e che non è disposto ad accogliere lo *status* di malato, ma che ha la pretesa di guarire subito, di non ammalarsi, e perfiuno di non morire. Se si cala questa dinamica nella realtà attuale, caratterizzata da un aumento dei costi, da una riduzione delle risorse, e dall’aumento della complessità e della cronicità, risulta chiaro che l’esigenza del paziente sia spesso incompatibile con quello che il medico ha da offrire, e in questa discrepanza, priva della fiducia che renderebbe possibile una mediazione, non può che crearsi terreno fertile per il conflitto.

In sintesi, esistono diverse dinamiche che possono generare una frattura nel rapporto di fiducia tra il MMG e il suo paziente:

1. La *democratizzazione* delle cure e l’*incongruenza* tra i reciproci concetti di salute – il paziente è diventato sempre più protagonista della decisione terapeutica in un contesto in cui il medico non è stato formato alla condivisione delle scelte secondo una visione monopolistica delle stesse.
2. La *svalutazione* della competenza tecnico-scientifica del medico generalista, rispetto alle richieste del paziente e al confronto con lo specialista.
3. L’*ignoranza* del paziente rispetto ai vincoli burocratici, legali, economici a cui è sottoposto il MMG.
4. La moderna *cultura del ‘tutto e subito’*, che non concepisce la malattia come parte integrante della vita, ma che vuole eliminarla, rapidamente, e senza costi aggiuntivi.

Tutto ciò, se non viene riconosciuto, affrontato ed educato, rischia di generare episodi di conflittualità su più fronti, ovvero in ambito clinico, amministrativo, burocratico, a seconda di ciò che la circostanza impone in un determinato momento con un determinato paziente.

Nel conflitto sembrerebbe che medico e malato cerchino di ostacolarsi l’un l’altro: il malato sente che il sanitario contesta le sue intenzioni, e il medico si confronta con qualcuno che insidia il suo ruolo.

La sfiducia, la pretesa, l’impossibilità di soddisfare le richieste del paziente e il dover render conto all’ATS del proprio operato in termini di spesa e appropriatezza, genera una sensazione di disagio nel medico, la quale, se non riconosciuta può compromettere la relazione con il suo assistito.

Molto del disappunto dipende dunque da un conflitto interno che riguarda la contraddizione tra ciò che si sa si dovrebbe applicare, e ciò che in realtà si finisce per fare, al fine di evitare un conflitto perenne e insostenibile. Importante è da considerare anche quella quota di disagio che deriva dal contrasto con l’immagine ideale che il medico possiede di sé e della professione che dovrebbe svolgere.

Il conflitto vissuto genera contrarietà, e questo passaggio è talmente fulmineo nel corso dell’attività ambulatoriale, che spesso non si riesce a percepirne i motivi, profondi, che ne stanno alla base. Gli affetti che vengono mobilitati dalla rottura di un ideale armonico della relazione con il paziente, nonché la percezione della propria impotenza in una situazione in cui il medico dovrebbe avere un ruolo di guida, mobilitano un meccanismo inconscio di tipo aggressivo atto a ristabilire una condizione di equilibrio narcisistico (5).

In questo modo si crea una situazione di scontro fra saperi e poteri che non lascia più spazio al confronto costruttivo e all’alleanza terapeutica: il problema sorge infatti quando il paziente vuole convincere il medico della verità che lui sostiene, e il medico fa altrettanto per consolidare il suo potere e riconfermare il suo sapere.

A questo punto, di fronte ad una violenta ed inconscia affermazione di sé del medico, si genera una risposta automatica al contrasto, con un’accettazione passiva della richiesta carica di rabbia o con una negazione carica di odio e vendetta.

Nel primo atteggiamento risiedono le fondamenta della medicina difensiva, mentre il secondo più spesso da luogo a esternazione del conflitto con uno scontro verbale aperto che spesso porta il paziente o il curante a interrompere il rapporto, opzione che ha il suo apice nella ricusazione.

In alternativa, lo scontro aperto, se mal gestito e non risolto, può indurre il paziente a coinvolgere il medico come controparte all’interno di un iter medico-legale.

1.3 ITER MEDICO-LEGALE E NUOVE PROSPETTIVE

Una volta compromesso il rapporto fiduciario ed esplicitata la situazione conflittuale, il medico si può trovare davanti ad una controparte disposta a ‘negoziare’, oppure può interfacciarsi con un paziente assolutamente inamovibile, intenzionato a portare avanti la disputa in diverse sedi.

Per quanto riguarda il Medicina Generale, rispetto all’ambito ospedaliero, i pazienti che si comportano scorrettamente o che decidono di perpetrare il conflitto, sono meno numerosi ma molto impegnativi dal punto di vista emotivo, burocratico e legale.

In sintesi, le possibili vie che il paziente può seguire per portare avanti l’iter medico-legale nei confronti del MMG, possono essere così elencate:

1. Segnalazione all'ATS – Dipartimento di Cure Primarie;
2. Segnalazione all’Ordine dei Medici;
3. Richiesta risarcitoria diretta;
4. Richiesta risarcitoria per il tramite di un Avvocato / un'agenzia;
5. Mediazione civile;
6. Citazione in giudizio civile;
7. Querela (penale).

1.3.1 SEGNALAZIONE ALL’ATS-DIPARTIMENTO DI CURE PRIMARIE

La segnalazione all’ATS è una delle vie più comuni intraprese dai pazienti: reclami, denuncie, osservazioni in merito a disservizi, possono essere presentati direttamente all’ATS nel momento in cui il paziente ritenga che sia stato leso un proprio diritto o quando esso ritenga non sia stata rispettata la Carta dei Dervizi durante l’operato del sanitario.

Di norma la segnalazione deve pervenire entro 15 giorni da quando si è venuti a conoscenza del comportamento lesivo (solo in casi eccezionali il reclamo può essere presentato oltre il suddetto termine, ma comunque sempre entro 6 mesi), tramite diverse modalità: lettera in carta semplice, apposito modulo cartaceo predisposto, segnalazione telefonica, o tramite un’associazione di volontariato o di tutela.

Le segnalazioni giunte all’ATS, una volta valutate dall’Azienda, vengono comunicate al medico entro 30 giorni. Il medico ha la possibilità di produrre le proprie controdeduzioni entro 20 giorni dalla data della contestazione e di essere sentito, qualora lo richieda.

Il direttore generale dell’ATS di riferimento del medico, una volta valutate le controdeduzioni del sanitario, e sentito l’ufficio di coordinamento, procede successivamente all’*archiviazione* o all’irrogazione della *sanzione* (il suddetto provvedimento viene comunicato al MMG entro 30 giorni dalla formulazione).

A seconda della gravità della violazione, si possono aprire due diversi scenari:

* Il primo, a fronte di **volazioni di natura occasionale**, il quale da luogo a sanzioni tipo *richiamo verbale*, oppure *richiamo con diffida* per la reiterazione delle infrazioni che hanno comportato il richiamo verbale;
* Il secondo, per **violazioni di maggiore gravità**, viene interpellato il *Collegio* *Arbitrale* (ovvero una commissione regionale paritetica permanente), previa istruttoria da parte dell’Azienda.

Quest’ultima, difatti, dopo aver valutato il caso specifico, formula le seguenti sanzioni:

1. per **infrazioni gravi**, compreso il reiterarsi delle infrazioni che hanno comportato il richiamo con diffida, è prevista la riduzione del trattamento economico tra il 10 e il 20% per la durata massima di 5 mesi;
2. per la **recidiva di infrazioni gravi** esposte al punto precedente, viene sospeso il rapporto lavorativo per durata non inferiore a un mese;
3. per **infrazioni particolarmente gravi** e/o che abbiano come finalità l’acquisizione di un **vantaggio personale**, e per recidiva di infrazioni che abbiano comportato una sospensione del rapporto, è prevista la revoca dello stesso.

A seguito della formulazione di sanzioni conseguenti a violazioni di maggiore gravità, l’Azienda comunica l’imputazione della stessa entro 30 giorni al MMG, e contestualmente chiede al Collegio Arbitrale l’apertura di un procedimento a lui intestato.

Il Collegio può valutare le deduzioni di entrambe le parti in modo congiunto o disgiunto, procedendo poi a sua volta alla formulazione di una sanzione, o al’archiviazione del caso, e il provvedimento deve essere notificato entro 15 giorni.

L’intera documentazione del procedimento, con l’atto di contestazione e il provvedimento finale emesso dal Collegio, vengono inviate all’Ordine provinciale di iscrizione del medico.

È previsto che le violazioni e le infrazioni cadano in prescrizione dopo 5 anni dalla loro irrogazione, ed è importante ricordare che una procedura di reclamo all’ATS non prevede indennizzi economici in favore del paziente, in relazione alla responsabilità del medico, e non preclude l’avanzamento della richiesta risarcitoria in ambito giurisdizionale civile, né il procedimento penale: in questo caso si rende necessaria l’assistenza di un medico legale e di un avvocato.

1.3.2 SEGNALAZIONE ALL’ORDINE DEI MEDICI E PROCEDIMENTO

DISCIPLINARE

Le segnalazioni di comportamenti ritenuti scorretti in merito alla condotta di un MMG possono giungere all’Ordine dei Medici di riferimento del sanitario attraverso molteplici canali: la segnalazione può essere inoltrata per conoscenza diretta, oppure a seguito di denuncia di terzi - altri medici, pubbliche amministrazioni, stampa, responsabili delle ATS o Collegio Arbitrale Regionale (si ricordi che il Collegio Arbitrale, in caso di infrazioni particolarmente gravi segnalate dai pazienti all’ATS a cui fa riferimento il MMG, è tenuto a inviare all’Ordine di competenza, a procedimento concluso, l’intera documentazione dello stesso, completa di atto di contestazione e provvedimento finale emesso). È importante sottolineare che le denuncie anonime non danno mai luogo ad accertamenti preliminari, a meno che queste non siano corredate da prove oggettive che foirniscano all’Ordine la possibilità di verificare l’illecito, e quindi la possibilità di aprire il provvedimento disciplinare d’ufficio.

Un’azione disciplinare può quindi essere promossa d’ufficio dallo stesso Ordine a cui il medico è iscritto, o su richiesta del Prefetto o del Procuratore della Repubblica, e in ogni caso il procedimento disciplinare segue una strada indipendente rispetto a quella della magistratura ordinaria (durante il procedimento, nessun organo della magistratura ordinaria ha diritto ad assistere né ad intervenire alle sedute, o di partecipare alle indagini: la prerogativa di interdittori si estrinseca esclusivamente, a procedimento concluso, nella proposizione di ricorso agli organi competenti). È altresì vero che, nel caso in cui durante il procedimento disciplinare emergano notizie di reato, l’Ordine è tenuto a comunicare le stesse alla Procura della Repubblica.

Compito della commissione disciplinare dell’ordine è controllare la correttezza nell’esercizio della professione secondo le norme del codice deontologico, e il procedimento disciplinare è un procedimento di tipo amministrativo che si conclude, laddove venga riconiosciuta la responsabilità del sanitario, con un provvedimento di natura sanzionatoria.

Gli illeciti che possono essere oggetto di procedimento disciplinare sono sostanzialmente quelli che derivano dalla inosservanza dei precetti, degli obblighi e dei divieti fissati dal vigente Codice di Deontologia Medica, nonché qualsiasi condotta che possa ledere il decoro della professione; in egual misura è indicato l’intervento dell’Ordine nel momento in cui il sanitario iscritto ad esso sia sottoposto a procedimento penale, a meno che egli non sia stato prosciolto per la non sussistenza del fatto, o per non averlo commesso (DPR 221/50 art. 44).

Organo deputato alla valutazione dei fatti è la *Commissione degli Iscritti all’Albo dei Medici*, insieme al suo *Presidente dell’Ordine* (coincidente con la figura del Presidente della Commissione).

Innanzitutto è necessario specificare che in caso di irrilevanza o di insussistenza del fatto, il Presidente della Commissione può non procedere alla Istruttoria Preliminare, quindi non da seguito alla pratica e ne informa la Commissione.

In caso invece di accoglimento dell’ipotesi di sussistenza dell’illecito, il Presidente della Commissione assume le opportune informazioni sul fatto, e convoca il MMG nella fase della *Istruttoria Preliminare* (in cui l’audizione può essere effettuata esclusivamente dal Presidente o da un suo Vice, a condizione che questi sia un medico) per accogliere le sue controdeduzioni, dopodiché si riferisce direttamente al Consiglio. È bene specificare che il procedimento disciplinare inizia solo ed esclusivamente nel momento in cui il Presidente rende edotta sul fatto la Commissione, e non prima.

Il medico viene convocato per l’istruttoria tramite raccomandata con ricevuta di ritorno entro termini di tempo utili ma non standardizzati; nella raccomandata vengono obbligatoriamente esplicitate le motivazioni o i fatti che hanno causato la convocazione stessa.

Durante l’istruttoria viene redatto un verbale che verrà poi portato all’attenzione della Commissione, la quale, sulla base dei fatti acquisiti e delle controdeduzioni del medico, potrà decidere per:

1. l’**Archiviazione del caso**, qualora non vi siano gli estremi per illeciti deontologici,
2. l’**Apertura del procedimento**, in caso di chiare violazioni del Codice Deontologico,
3. il **Mandato a svolgere ulteriori indagini al Presidente**, sulla base delle controdeduzioni del MMG.

Dell’avvenuta apertura del procedimento verranno informati, tramite la stessa modalità della convocazione, e da parte del Presidente, il Ministero della Salute, il Procuratore della Repubblica, e il sanitario imputato (per quest’ultimo, la comunicazione contiene le informazioni complete relative alle motivazioni della apertura del procedimento, alle tempistiche del processo a cui è convocato, alla possibilità di consultazione degli atti e di procurarsi un legale rappresentante e/o di contattare un esperto).

La fase processuale si articola in tre momenti così distinti:

* fase dibattimentale (fase di trattazione in cui il medico può essere assistito da un avvocato o da un esperto in materia);
* fase della Camera di Consiglio (sede in cui il Consiglio decide e stabilisce l’eventuale sanzione per l’imputato);
* notifica della decisione (pubblicazione della decisione e comunicazione al responsabile dell’illecito).

Il provvedimento sanzionatorio non diventa esecutivo immediatamente, poiché a partire dalla data di comunicazione della decisione al medico, è previsto che egli possa fare ricorso al CCEPS – Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie, entro e non oltre 30 giorni dalla data di comunicazione, e tale ricorso ha effetto sospensivo.

Le sanzioni disciplinari si configurano come :

1. **Avvertimento**, che consiste in una diffida a non ripetere l’illecito commesso;
2. **Censura**, che consiste da una dichiarazione di biasimo;
3. **Sospensione dall’esercizio della professione**, che può durare da un minimo di 1 mese a un massiomo di 6 mesi (eccezion fatta per comportamenti di natura penale, per i quali la sospensione può estendersi oltre i 6 mesi);
4. **Radiazione dall’Albo**, per comportamenti che abbiano leso in modo grave la reputazione del medico e la dignità della professione.

La sospensione e la radiazione possono essere imposti da provvedimenti cautelari e di sicurezza emessi dalla Autorità giudiziaria.

Esiste una pena acessoria, l’**Interdizione dalla professione**, disciplinata dal codice penale: essa è conseguente alla condanna per un delitto commesso con l’abuso della professione (art. 30 c.p.): in questa situazione viene meno sostanzialmente l’abilitazione alla professione, per cui il condannato non è più nella condizione di esercitare (una volta terminata l’interdizione e avvenuta la riabilitazione dalla condanna penale, sarà necessario sostenere di nuovo l’esame per l’abilitazione alla professione, a patto che il sanitario abbia mantenuto una buona condotta).

Oltre ai primi due gradi di giudizio (*Consiglio Provinciale* dell’Ordine e *CCEPS*), è bene ricordare che ne esiste un terzo a cui il medico sanzionato in secondo grado può ulteriormente ricorrere: le **Sezioni Unite dela Corte di Cassazione**.

Dopo la sentenza della CCEPS, il provvedimento, benché divenuto esecutivo, non può ancora considerarsi definitivo, potendo ancora essere soggetto al ricorso davanti alla Corte di Cassazione [5].

1.3.3 ITER CIVILE- RICHIESTA RISARCITORIA

Oltre alla possibile (ma non necessaria) segnalazione all’ATS o all’Ordine dei Medici, il paziente che ritenga leso un proprio diritto e che ritenga di aver subito un danno può procedere con una richiesta di risarcimento nei confronti del MMG.

È opportuno precisare che alla radice della richiesta di risarcimento vi è sempre un danno subito dal paziente che è conseguenza della lesione di un suo diritto, spesso di difficile quantificazione economica. Tuttavia, ciò non esclude in alcun modo la richiesta di risarcimento, soprattutto in via stragiudiziale – ossia all’esterno di un processo – poiché potrà essere fatta una quantificazione forfettaria.

Nonostante le modalità con cui viene avanzata la richiesta di risarcimento dei danni da parte dei pazienti siano le più varie e non seguano necessariamente un iter logico predefinito, è possibile descrivere un normale percorso di richiesta risarcitoria che viene solitamente intrapreso.

Nello specifico, ad una iniziale richiesta risarcitoria stagiudiziale segue l’instaurazione di un procedimento civile nei confronti del MMG, previo l’esperimento di un tentativo di conciliazione obbligatoria. La richiesta di risarcimento può avvenire secondo le diverse forme di seguito descritte.

Innanzitutto la richiesta può provenire *direttamente* dal paziente senza l’assistenza di alcun legale, definita come richiesta risarcitoria diretta. Ipotesi che raramente si concretizza.

Inoltre, la richiesta risarcitoria può essere avanzata dal paziente *tramite un avvocato o un’Agenzia*. Anche in questa fase di richiesta risarcitoria stragiudizale, non è necesaria l’assisitenza di un legale, ma si ritiene comunque fondamentale la presenza di un tecnico. In questa ipotesi la richiesta risarcitoria scritta viene recapitata al domicilio del medico, e nell’ipotesi in cui il MMG si rivolga egli stesso ad un difensore, le trattative che seguono intercorrono esclusivamente tra i legali, previo benestare dell’assistito.

La richiesta risarcitoria può anche essere formulata dal paziente dinanzi ad un *Mediatore Civile*. È necessario precisare che la Mediazione Civile è obbligatoria nell’ipotesi in cui il paziente decida di iniziare un processo civile nei confronti del MMG. Viene definita, infatti, condizione di procedibilità del giudizio: laddove non sia stato esperito un preventivo tentavio di conciliazione dinanzi a organismi a ciò abilitati prima che sia introdotto un processo, il Giudice sospenderà il giudizio iniziato dinnanzi a lui, invitando le parti ad assolvere tale obbligo.

In questa ipotesi viene recapitata al domicilio del medico la convoncazione a comparire davanti al Mediatore Civile; in questo caso è necessarria la presenza personale del medico, mentre non lo è l’assistenza di un avvocato (si precisa che nella maggior parte dei casi, nel momento in cui perviene una domanda di mediazione, vi è già il precedente intervento del legale).

Infine, nel caso in cui la richiesta risarcitoria pervenuta al medico nelle modalità sopra descritte non sia stata accolta, o nel caso in cui l’esito della mediazione sia negativo, il paziente può instaurare un *procedimento civile* nel quale il sanitario è citato in giudizio. Il suddetto processo è di durata variabile, ma comunque quantificabile in alcuni anni, e durante il suo espletamento possono intervenire consulenti tecnici e periti.

1.3.4 PROCEDIMENTO PENALE

Nell’ipotesi in cui la condotta del medico integri una fattispecie di reato, il saniario può essere imputato in un procedimento penale, con ulteriori conseguenze in sede disciplinare. A seconda della gravità del reato astrattamente configurabile, il giudizio penale può essere instaurato *d’ufficio* dall’autorità giudiziaria – ipotesi più grave – o a seguito di *querela proposta dalla persona offesa* – ipotesi meno grave.

In questa seconda eventualità, la persona offesa può in ogni momento rimettere la querela proposta determinando l’estinzione del reato e, conseguentemente, la conclusione anticipata del giudizio.

Nel corso del procedimento penale, i soggetti che hanno subito un danno cagionato dalla condotta del sanitario, possono costituirsi parte civile nel processo per ottenere il risarcimento del danno stesso. Infatti, in caso di fatto illecito commesso da un sanitario da cui sia derivato un danno per il paziente, questi potrà avanzare il suo diritto al risarcimento in sede penale o in sede civile.

Infine, sia che la richiesta risarcitoria sia pervenuta al medico in via stragiudiziale o in via giudiziale, per mezzo di un processo civile o nell’ambito di un procedimento penale, è fondamentale che il sanitario sia a conoscenza delle condizioni della propria polizza assicurativa. In particolar modo è necessario conoscere sia il massimale della copertura assicurativa – oltre il quale risponderà il egli stesso – e il termine entro cui denunciare alla compagnia assicurativa la richiesta di risarcimento: in caso di denuncia tardiva, infatti, l’assicurazione non risponderà per il condannato.

1.3.5 NUOVE PROSPETTIVE: LA LEGGE GELLI 24/2017

La legge Gelli n. 24/2017, pubblicata in Gazzetta Ufficiale in data 8/3/2017, rappresenta una novità assoluta nello scenario della responsabilità professionale.

Essa nasce dall’esigenza di arginare il fenomeno della medicina difensiva, tutelando sia il medico che il paziente, riportando in asse la relazione tra i due e riducendo il contenzioso civile e penale che ha come oggetto la responsabilità medica, garantendo comunque un efficace sistema risarcitorio nei confronti del paziente che abbia subito un danno.

La riforma affronta e disciplina i temi della sicurezza delle cure e del rischio sanitario, della responsabilità dell’esercente la professione sanitaria e della struttura sanitaria pubblica o privata, delle modalità e caratteristiche dei procedimenti giudiziari aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria, nonché degli obblighi di assicurazione e dell’istituzione del Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria.

La legge agisce su tre piani: amministrativo, civile e penale.

Affronteremo di seguito per punti le novità principali della stessa, indagando i dubbi e le questioni aperte rispetto alla Medicina Generale.

ART. 1 *- La sicurezza delle cure*: la legge Gelli definisce la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute, e in quanto tale essa assume così un vero e proprio valore costituzionale alla luce dell’art. 32 Cost.

La sicurezza si realizza attraverso l’uso appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e amministrative, e attraverso le attività di prevenzione e gestione del rischio connesse all’erogazione delle prestazioni sanitarie.

ART. 2, 3, 4 e 5 - *Novità a carattere amministrativo*: negli artt. 2 e 3 vengono presentati i nuovi organi preposti alla tutela della sicurezza delle cure, ovvero:

* Il **Difensore civico regionale** (o provinciale per le regioni autonome di Trento e Bolzano), con la funzione di collettore gratutito di segnalazioni - anche anonime - di disfunzioni del sistema sanitario e socio-sanitario. Spetta al Difensore civico la raccolta della documentazione relativa alla segnalazione, e, una volta verificata la fondatezza del reclamo, l’intervento a tutela del diritto leso.
* Il **Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente**, che raccoglie la documentazione dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private regionali, i dati relativi a rischi, eventi avversi e contenziosi, e li trasmette annualmente all’Osservatorio nazionale per le buone pretiche.
* L’**Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità**, o più semplicemente l’Osservatorio, istituito presso l’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), con il compito di acquisire i dati trasmessi dai Centri per la gestione del rischio sanitario, completi di cause, entità, frequenza e onere finanziario dei contenziosi; altro compito basilare dell’Osservatorio è la predisposizione delle *linee guida* per la prevenzione e gestione del rischio, per il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure e per l’aggiornamento del personale sanitario, da stilare con l’ausilio delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie.

L’articolo 4 sottopone all’**obbligo di trasparenza** le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. n. 196/2003), obbligando la direzione sanitaria a fornire in tempi rapidi la documentazione sanitaria richiesta dal paziente. Viene infine prevista la pubblicazione sul proprio sito internet dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio dalle strutture medesime.

L’articolo 5 stabilisce la **stesura delle linee guida** relative alla prevenzione e alla gestione del rischio sanitario e il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure, e rispetto a queste sancisce l’obbligo di attenersi alle stesse “salve le specificità del caso concreto”. Le linee guida dovranno essere integrate e pubblicate dall’ISS all’interno del Sistema nazionale per le linee guida (SNLG) e aggiornate con cadenza biennale, e in mancanza delle stesse, i sanitari dovranno attenersi alle buone pratiche clinico-assistenziali. Questo articolo è di importanza fondamentale in particolar modo rispetto alla responabilità penale degli esercenti le professioni sanitarie, come vedremo in seguito.

ART. 6 - *Responsabilità penale del medico*: l’articolo riguarda sostanzialmente la responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario (art.590-*sexies* cod. pen.), e la novità della Legge Gelli sta nel fatto che *“…se l’evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità del medico è esclusa quando siano rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida o, in assenza di queste, dalle buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle suddette siano applicabili al caso concreto…”.* In questo modo viene superato l’assunto secondo il quale i requisiti per l’irrilevanza penale del fatto colposo commesso dal medico fossero rappresentati sia dal rispetto delle linee guida o delle buone pratiche clinico-assistenziali, sia dall’assenza di colpa grave (art. 3 della legge Balduzzi n. 189/2012), lasciando come unico criterio di impunibilità l’aderenza alle linee guida o alle buone pratiche: è scomparso ogni riferimento al problematico concetto di colpa grave e la discrimiante oggi opera solo per colpa (lieve o grave che sia) dovuta a imperizia.

Facendo un passo indietro, è necessario preliminarmente enunciare i concetti di imperizia, imprudenza e negligenza.

La perizia, la diligenza e la prudenza costituiscono i parametri secondo cui il medico è tenuto a prestare la propria opera professionale:

* la perizia consiste nel complesso di cognizioni tecniche acquisite attraverso lo studio e l’esperienza, nonché nella capacità di metterle in atto nel momento ooportuno;
* la diligenza individua il modello di precisione e abilità tecnica a cui il prestatore d’opera deve uniformarsi e indica lo sforzo che deve profondere per adempiere esattamente;
* la prudenza è un criterio della condotta caratterizzato dall’agire dopo una conveniente riflessione preventiva, osservando le cautele del caso e tenendo in considerazione gli eventuali rischi che possono conseguire a una data condotta.

L’inosservanza da parte del medico dei parametri sopra esposti, nonché l’adozione di una condotta tale da determinare un danno a carico del paziente, costituisce il fondamento della responsabilità civile e penale del medico stesso.

Il peso dell’inosservanza di questi criteri nella definizione della responsabilità penale del medico ha subito una sorta di evoluzione negli anni che è utile conoscere in modo tale da poter comprendere la portata del citato articolo 6.

In un primo momento, collocabile sino agli anni ottanta del secolo scorso, la giurisprudenza ha mantenuto un orientamento del tutto benevolo nei confronti dei sanitari che cagionavano danni ai pazienti per colpa: si riteneva che, in ragione della complessità del mestiere, il medico fosse imputabile penalmente solo per errori grossolani o macroscopici, ossia inescusabili. Questo atteggiamento poggiava sulla applicazione dell’art. 2236 cod. civ., il quale stabilisce la responsabilità civile del prestatore d’opera solo per dolo o colpa grave, nel caso in cui la prestazione implichi la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà.

Nei decenni successivi prese piede una posizione diametralmente opposta alla prima, la quale negava l’applicabilità del ridetto art. 2236 cod. civ., se non nei casi di oggettiva speciale difficoltà, parametro da valutare e accertare caso per caso. Ciò che si considerava rilevante per la colpa penale era il solo articolo 43 del codice penale, senza considerare la distinzione fra colpa lieve e colpa grave, ragion per cui anche la colpa lieve poteva assumere rilevanza criminale. Questo atteggiamento ha senz’altro causato la sovraesposizione dei sanitari al contenzioso con un aumento significativo delle condanne penali.

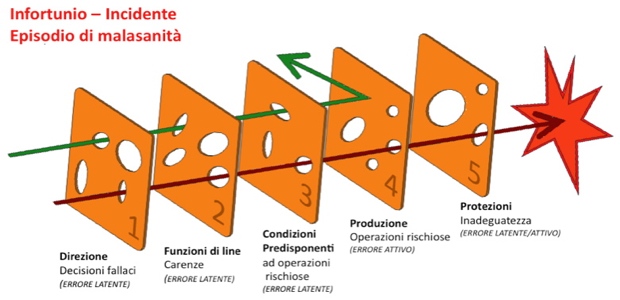
Si è reso così necessario un intervento del Legislatore, necessità che ha prodotto la stesura nel 2012 della legge Balduzzi, per la quale l’irrilevanza penale dell’illecito colposo commesso dal medico si basava su due criteri: il primo era costituito dal rispetto delle linee guida e delle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica, il secondo dall’assenza di colpa grave. Il grado della colpa veniva assunto come discrimine tra rilevanza e irrilevanza penale, e costituiva il parametro per determinare la gravità del fatto e commisurarne la pena. Ma se tutto ciò era vero per i soli casi di imperizia (poiché poggiava sull’assunto che le linee guida e le buone pratiche contenessero esclusivamente regole di perizia), lo stesso ruolo di discrimine della colpa lieve non poteva essere utilizzato per i casi di negligenza o imprudenza.

Nell’articolo 6 della legge Gelli, dunque, scompare la distinzione tra colpa lieve e colpa grave, e nell’ipotesi in cui vengano seguite le linee guida e le buone pratiche il discrimine relativo alla punibilità oggi riguarda solo la colpa per imperizia; resta fermo il valore delle sopra citate linee guida, sempre relativamente al caso concreto (ovvero, se il caso lo richiede andranno necessariamente applicate, qualora risultassero controproducenti, ci sarà l’obbligo di non applicarle).

Ricordando l’articolo 5 che dispone la stesura e la pubblicazione delle linee guida da parte del Legislatore, l’obbligo per il medico di attenersi alle stesse nello svolgimento della pratica clinica sarà certamente un guadagno per il Decidente in termini di precisione e determinatezza nell’applicazione della norma penale [6].

ART. 7 - *Responsabilità civile del medico e della struttura sanitaria*: viene stabilita una netta bipartizione delle responsabilità tra la struttura sanitaria o socio-sanitaria e la persona fisica del medico per i danni cagionati ai pazienti.

Uno dei punti cardine su cui si basa la ripartizione della responsabilità che deriva dall’errore che cagioni un danno in ambito sanitario, è costituito dalla *teoria di Reason*, o “teoria degli errori latenti”, rinominata “modello del formaggio svizzero” (Immagine 1.1): in generale, gli errori e gli incidenti sono sempre possibili data la complessità dei fattori che possono intervenire a creare un danno talvolta anche molto grave. E se il progettista del sistema o il suo gestore non tengono conto di questo fattore, il rischio di un errore o di un incidente è ancora maggiore, dato che la progettazione e la gestione non terranno conto della variabilità che può procurare l’errore.

**Immagine 1.1**- Teoria di Reason, modello del formaggio svizzero

L’autore enuncia come gli incidenti e gli errori rappresentino solo la punta dell’iceberg, cioè che per un incidente che ha avuto luogo ce ne sono stati molti altri che non sono avvenuti solo perché un operatore o un controllo hanno impedito che accadesse. Dunque questi ultimi sono errori che non si sono verificati solo casualmente o per controlli, ma che sono da considerarsi già insiti, latenti nel sistema aziendale, per ciò vengono definiti ‘quasi errori’ o ‘incidenti potenziali’.

Da questo assunto nasce l’idea che il verificarsi di un incidente o di un errore sia frutto di una concatenazione di eventi che hanno superato tutte le difese che erano state messe in atto per evitarli [7].

La struttura sanitaria assume una responsabilità di natura **contrattuale** ex art. 1218 cod.civ., mentre il medico, salvo il caso di obbligazione contrattuale assunta con il paziente, risponde in via **extracontrattuale** ex art. 2043 cod. civ.

La struttura sanitaria sia pubblica che privata risponde delle condotte dolose o colpose degli esercenti le professioni sanitarie di cui essa stessa si avvale nell’adempimento della propria obbligazione nei confronti dei pazienti e, analogamente, essa risponde anche per le prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria, o nell’ambito di attività di sperimentazione, ricerca clinica, telemedicina e in regime di convenzione con il SSN.

Il sanitario risponde del proprio operato secondo l’art. 2043 cod.civ., salvo che abbia agito nell’adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente.

In ogni caso nella determinazione del risarcimento del danno il giudice dovrà tener conto della sua condotta ai sensi dell’art. 5 e 6, relativi alle linee guida e alla responsabilità penale dell’esercente la professione sanitaria.

Le conseguenze pratiche dell’articolo 7 hanno importanti risvolti rispetto a:

1. **onere probatorio**, poichè nel caso della responsabilità contrattuale al paziente basta provare il ricovero (quindi l’assunzione dell’obbligazione da parte della struttura), allegare l’inadempimento e provare il danno subìto, mentre alla controparte spetta la dimostrazione del proprio corretto adempimento; viceversa nel secondo caso, ossia quello in cui il medico risponde per responsabilità extracontrattuale, l’onere della prova spetta al danneggiato, sia nel suo aspetto oggettivo (triade condotta-evento-nesso causale), sia in quello soggettivo (consistente nella colpa);
2. **prescrizione dell’azione**, decorrendo quella contrattuale nell’ordinario termine decennale, e quella extracontrattuale nel più breve termine quinquennale.

L’articolo 7 costituisce un importante atto di tutela del medico, in quanto prima della legge Gelli si sosteneva che al momento del ricovero si stabilisse un contratto sociale qualificato tra il medico e il paziente ricoverato (ossia non casuale, ma voluto da ambo le parti), tale per cui la violazione degli obblighi assunti dal medico imponeva il risarcimento del danno nelle forme previste dall’art. 1218 cod. civ.; in questa circostanza, una ripartizione identica della responsabilità tra sanitario e struttura, con gli annessi vantaggi processuali in capo al danneggiato, produceva l’effetto inaccettabile di ripartire equamente il rischio risarcitorio, senza considerare le ben diverse capacità finanziarie dei due.

La riforma della responsabilità ha dunque lo scopo di spostare il rischio sul soggetto maggiormente capiente, ovvero la struttura, creando un vantaggio reale sia dell’esercente la professione sanitaria (il quale risponde solo dei danni provati integralmente dal danneggiato in via extracontrattuale), sia del paziente che viene invitato ad agire contro chi più facilmente disporrà dei mezzi con cui risarcirlo.

ART. 8, 9 e 15 - *Tentativo obbligatorio di conciliazione, azione di rivalsa, nomina dei CTU (consulenti tecnici d’ufficio) e dei periti*: l’intento dei suddetti articoli mira a ridurre il contenzioso per i processi di risarcimento per responsabilità sanitaria.

L’articolo 8 prevede l’introduzione di un tentativo obbligatorio di conciliazione a fronte di una richiesta risarcitoria, durante il quale verrà disposta l’applicazione dell’istituto del ricorso presso il giudice civile competente per l’espletamento di una consulenza tecnica preventiva (secondo l’art. 696-*bis* c.p.c.) che abbia lo scopo di accertare il fatto illecito o la mancata o inesatta esecuzione di una obbligazione contrattuale, ed eventualmente di determinare il conseguente risarcimento. E’ fatta salva l’alternativa di procedere tramite un tentativo di mediazione ai sensi del Decreto legislativo 28/2010 (si rimanda in questo caso alla Mediazione Civile esposta al capitolo 1.3.3).

Da sottolineare l’obbligatorietà di partecipazione al procedimento di consulenza tecnica preventiva per tutte le parti, compresa l’impresa di assicurazione che abbia stipulato la polizza con la struttura sanitaria o socio-sanitaria chiamata in causa (la quale ha l’obbligo di assicurarsi per la responsabilità civile verso terzi e per quella verso i prestatori d’opera).

La compagnia assicuratrice ha l’obbligo di formulare l’offerta di risarcimento del danno o, al contrario, di comunicare i motivi per cui ritiene infondata la richiesta.

Spetta al giudice nominare il consulente tecnico d’ufficio le cui caratteristiche vengono elencate nell’art. 15, il quale durante la fase del tentativo obbligatorio di conciliazione ha lo scopo, preliminarmente al deposito della relazione tecnica da lui redatta, di conciliare le parti.

Se le parti si conciliano si forma il processo verbale della conciliazione, e il Giudice attribuisce ad esso efficacia di titolo esecutivo.

Se la conciliazione fallisce nel suo intento o se il procedimento non si conclude entro 6 mesi dal deposito del ricorso, il danneggiato potrà comunque procedere giudizialmente al rispetto di determinate scadenze.

Nell’articolo 15 viene definita la figura del consulente tecnico d’ufficio e dei periti che prendono parte al processo (civile o penale) e nella fase stragiudiziale del tentativo conciliatorio. Il consulente e i periti vengono nominati dal giudice, scelti all’interno di specifici albi professionali una volta verificata, per il soggetto da nominare, l’assenza di conflitto di interessi nello specifico procedimento. Il consulente può essere un medico specializzato in medicina legale che può essere assistito da uno o più specialisti che abbiano specifica e pratica conoscenza dell’oggetto del procedimento, nonché in possesso di competenze specifiche in ambito di conciliazione, acquisite mediante percorsi formativi dedicati.

Gli albi dei consulenti e dei periti devono essere aggiornati ogni cinque anni.

L’articolo 9 disciplina l’azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa della struttura nei confronti dell’esercente la professione sanitaria, che può essere avanzata solo nel caso di dolo o colpa grave di quest’ultimo.

L’azione di rivalsa può essere esercitata, successivamente all’avvenuto risarcimento (per via giudiziale o stragiudiziale) entro un anno dall’avvenuto pagamento, pena la decadenza.

Ai fini della quantificazione del danno, il giudice terrà conto delle situazioni di particolare difficoltà della struttura in cui il medico ha operato, e l’importo della condanna per responsabilità amministrativa in caso di colpa grave può ammontare nel massimo a una somma che corrisponda al lordo dello stipendio percepito dal medico nell’anno di inizio della condotta lesiva (o nell’anno immediatamente precedente o successivo), moltiplicato per il triplo.

ART. 10 e 11 - *Obblighi assicurativi ed estensione della garanzia assicurativa*: viene resa obbligatoria la stipulazione di polizze assicurative specifiche sia per le strutture sanitarie, sia per gli esercenti le professioni sanitarie (allo scopo di rendere effettiva l’eventuale condanna risarcitoria dei danni cagionati ai pazienti).

In particolare, le **strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche o private**, hanno l’obbligo di assicurazione sia per la **responsabilità contrattuale** verso terzi e verso i prestatori d’opera, anche per i danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture stesse, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento, sperimentazione e ricerca clinica, nonché attività libero-professionale intramuraria, convenzionata con il SSN e telemedicina, sia per la copertura della **responsabilità extracontrattuale** verso terzi degli esercenti le pofessioni sanitarie, nell’ipotesi in cui il danneggiato decida di agire direttamente nei confronti del professionista.

Le strutture dovranno prevedere nel bilancio un fondo rischi, e dovranno pubblicare sul proprio sito internet la denominazione dell’impresa assicurativa e i dati relativi a contratti, clausole assicurative e le misure che determinano la copertura assicurativa.

A sua volta, il **professionista sanitario** è obbligato a stipulare un’adeguata **assicurazione per colpa grave**, che copra la sua attività svolta al di fuori di una delle predette strutture, o espletata all’interno della struttura stessa in regime libero-professionale, o che si avvalga della stessa nell’adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente.

La garanzia assicurativa deve prevedere una retroattività che copra i dieci anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo, purchè comunicati alla compagnia assicuratrice durante la vigenza temporale della polizza; altresì la polizza deve grantire, nel caso di cessazione per qualsiasi motivo dell’attività professionale del sanitario, un periodo di ultrattività della copertura assicurativa per far fronte alle domande di risarcimento presentate entro i successivi dieci anni. L’ultrattività è estesa agli eredi e non è disdettabile.

ART. 12 - *Azione diretta del danneggiato*: il presente articolo ammette l’opzione secondo cui il danneggiato può agire direttamente nei confronti dell’impresa di assicurazione che presti copertura assicurativa alle strutture sanitarie, socio-sanitarie e all’esercente la professione sanitaria che gli abbiano procurato un danno (il risarcimento richiesto deve sottostare ai limiti delle somme per le quali è stato stipulato il contratto assicurativo), e l’azione diretta del danneggiato è soggetta ai medesimi termini di prescrizione previsti dall’azione verso la struttura o verso il sanitario. L’impresa assicurativa ha altresì diritto di rivalsa verso l’assicurato.

ART. 13 - *Obbligo di comunicazione all’esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità*: sia nel caso in cui il danneggiato decida di inoltrare la richiesta risarcitoria per il danno cagionato alla struttura o direttamente alla compagnia assicurativa, entrambe hanno l’obbligo di comunicare al sanitario l’instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti da parte del paziente, invitandolo alla convocazione alle trattative preliminari stragiudiziali con il danneggiato.

L’omissione, la tardività, o la incompletezza della suddetta comunicazione precludono l’ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa della struttura o della compagnia di assicurazione nei confronti dell’esercente la professione sanitaria.

ART. 14 - *Fondo di garanzia*: la legge stabilisce che venga istituito un fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria. Nello specifico, le imprese assicurative che si occupino di danni cagionati da responsabilità sanitaria sono tenute a versare un contributo annuale per il suddetto Fondo.

Le ipotesi in cui il Fondo è tenuto a risarcire il danno da responsabilità sanitaria sono rappresentati dai seguenti casi:

* qualora il risarcimento superi quantitativamente l’importo del massimale previsto dal contratto di assicurazione stipulato dalla struttura pubblica o privata o dall’esercente la professione sanitaria;
* qualora la compagnia assicurativa tenuta al risarcimento del danno si trovi nell’impossibilità di liquidare l’importo contestualmente all’emissione della sentenza (per insolvenza o liquidazione coatta amministrativa);
* nel caso in cui la struttura o il sanitario si trovino sprovvisti di copertura assicurativa a causa di recesso unilaterale della polizza o inesistenza o cancellazione dall’albo dell’impresa assicuratrice stessa.

Gli ultimi articoli della legge Gelli riguardano sostanzialmente l’inacquisibilità durante procedimenti giudiziari dei verbali conseguenti alla gestione del rischio clinico (art. 16), le clausole di salvaguardia rispetto all’applicabilità della legge nelle regioni a statuto speciale e nelle provincie autonome di Trento e Bolzano (art. 17), e le clausole di invarianza finanziaria rispetto alle amministrazioni interessate dall’attuzione delle disposizioni previste dalla legge stessa senza oneri aggiuntivi per la finanza pubblica (art. 18).

Risulta quindi chiara la portata innovativa della riforma Gelli in ambito di responsabilità sanitaria e di sicurezza delle cure.

Rimangono però aperti numerosi dubbi relativamente alla Medicina Generale:

1. le *line guida per la Medicina Generale*: precisando che le line guida oggetto dell’articolo 5 non sono state ancora ufficilamente pubblicate (rimaniamo in attesa per ora dei decreti attuativi per le linee guida e le buone pratiche clinico-assistenziali), rispetto alla Medicina Generale le questioni aperte rimangono più d’una. Innanzitutto non è possibile attingere alle linee guida delle società scientifiche delle specialità, dato l’approccio diametralmente opposto della MG al paziente rispetto al processo diagnostico-terapeutico specialistico, ma si renderà necessaria la stesura di linee guida (e buone pratiche) dedicate. In secondo luogo sarà necessario stabilire chi verrà designato dal Legislatore come ente accreditato per la stesura delle stesse, e in questo senso le società scientifiche che si proporranno come interlocutore per la stesura delle LG dovranno rispettare i criteri stabiliti dalla legge e dai successivi decreti attuativi. Come già affermato in una intervista all’On. Gelli datata 1 giugno 2017, è verosimile che l’ente preposto alla stesura delle Linee Guida per la Medicina Generale sarà individuato nella SIMG- Società Scientifica di Medicina Generale e delle cure primarie. Non ultimo in termini di importanza, è il problema della complessità del paziente: l’approccio del generalista (a differenza di quello dello specialista che approccia il paziente per singola patologia e per il quale risulterà forse più semplice l’applicazione delle linee guida), deve necessariamente tenere conto di tutti i fattori che entrano in gioco nella gestione clinico-assistenziale del paziente nella sua interezza. Nella stessa intervista citata poc’anzi, l’On. Gelli sottolinea come, rispetto alla complessità del paziente e del contesto in cui egli vive, le buone pratiche clinico-assistenziali andranno integrate con le nuove linee guida ed entrambe calate nel caso specifico: la legge afferma con estrema chiarezza che comunque il professionista deve avere una propria discrezionalità nel poter affrontare situazioni cliniche che non sono disciplinate da alcuna linea guida, e che il medico ha il dovere di compiere scelte autonome, in scienza e coscienza, per garantire al paziente la migliore assistenza.
2. La *duplice natura della responsabilità del Medico di Medicina Generale* (convenzionato con il SSN e libero-professionale). Il rapporto di convenzionamento si distingue nettamente da quello della libera professione che il MMG può svolgere in favore di chiunque, ma al di fuori della prestazione curativa per conto dell’ATS. In termini di responsabilità, in qualità di medico convenzionato egli viene equiparato al medico dipendente della struttura [8]. L’ATS risponderà quindi per le condotte dolose o colpose dei Medici di MG che sono incaricati dell’erogazione delle prestazioni sanitarie (art.7). Per quanto riguarda l’attività libero-professionale restano da stabilire i casi in cui il MMG agisca secondo responsabilità contrattuale (nel caso in cui agisca nell’adempimento di obbligazione contrattuale con il paziente) o extracontrattuale. Questa duplice natura della responsabilità del medico è da analizzare relativamente alle implicazioni in fatto di onere della prova e prescrivibilità dell’azione come precedentemente enunciato nella trattazione dell’articolo 7, nonché nella valutazione dell’obbligatorietà della stipulazione della polizza assicurativa per colpa grave.
3. La *quantificazione del danno nell’azione di rivalsa* promossa dall’ATS nei confronti del MMG in caso di dolo o colpa grave: in caso di accertata responsabilità amministrativa del sanitario nei confronti dell’ATS, la legge prevede che l’importo massimo che la ridetta azienda può pretendere dal medico convenzionato può essere così determinato: il triplo della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale percepito nell’anno di inizio della condotta che abbia cagionato l’evento (o nell’anno immediatamente precedente o successivo). Data la complessità e le molteplici voci che vanno a comporre il corrispettivo del MMG - costituito dalla quota fissa, dalla quota varabile e dalla quota per prestazione - e caratterizzato da grande variabilità nel corso dell’anno, risulta difficile il calcolo dell’importo da risarcire. Inoltre rimane aperta la questione dell’individuazione dell’anno di riferimento rispetto al quale calcolare la somma risarcitoria per la non chiarezza dei criteri di individuazione dell’anno stesso (“…non può superare una somma pari al valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivoconvenzionale conseguito *nell’anno di inizio della condotta causa dell’evento o nell’anno immediatamente precedente o successivo*, moltiplicato oer il triplo…”).
   1. LA MEDICINA DIFENSIVA

Come più volte evidenziato, tutto ciò che deriva dal conflitto (che si concretizzi o meno in un iter medico-legale vero e proprio) può generare un cambiamento nella modalità di approccio del medico rispetto al paziente, causando in una percentuale non trascurabile di casi, l’applicazione della *medicina* *difensiva*.

Essa viene definita come “un atteggiamento dei medici caratterizzato dal prescrivere test, trattamenti o visite, o dall’evitare pazienti o trattamenti ad alto rischio, primariamente (ma non necessariamente in modo esclusivo) allo scopo di ridurre la propria esposizione al rischio di accuse di malasanità”- questa la definizione ad oggi più accreditata, prodotta dall’Office of Technology Assessment americano.

Il fenomeno affonda le sue radici in tempi molto antichi, addirittura ne viene descritto un caso risalente al IV secolo a.C. nelle *Historie Alexandri Magni* narrate da Curzio Rufo, in cui l’autore racconta di quando Alessandro, non riuscendo a trovare alcun medico disponibile ad intervenire per asportare la freccia con cui era stato ferito in battaglia, conscio della gravità della lesione e delle ragioni per le quali i chirurghi si rifiutavano di intervenire, promise saggiamente l’impunità al medico che alla fine lo operò.

Analogamente numerose sono le testimonianze di casi in cui, nei secoli successivi, i chirurghi si rifiutavano di intervenire senza prima aver ottenuto l’impegno, da parte del paziente e dei suoi parenti, di rinunciare a qualsiasi tipo di rivalsa nei propri confronti.

Ad oggi, la medicina difensiva è divenuta sempre più una realtà riscontrabile in qualsiasi campo del panorama sanitario: nel contesto socio-culturale precedentemente descritto, che espone maggiormente il professionista della salute al rischio di contenziosi medico-legali, l’unica via di fuga rapida ed efficace per evitare il conflitto sembra essere l’evitamento del problema o la soddisfazione di una qualsiasi richiesta avanzata dal paziente.

Distinguiamo quindi due grosse categorie di condotte difensive:

1. Medicina difensiva **attiva o commissiva**: caratterizzata da un eccesso di prestazioni e atti diagnostici e/o terapeutici non realmente necessitati dalla situazione contingente, per ridurre le accuse di malasanità;
2. Medicina difensiva **passiva o omissiva**: caratterizzata dal tentativo di evitare determinate categorie di pazienti o determinati interventi diagnostici e/o terapeutici allo scopo di ridurre l’esposizione a un contenzioso.

Queste due modalità d’azione (spesso messe in atto in modo consapevole, ma non di rado anche inconsapevolmente) sono accomunate dalla disgiunzione dal criterio fondamentale della condotta medica, ovvero la ricerca del bene del paziente, e hanno il solo scopo utilitaristico di evitare problematiche medico-legali [9].

Il Ministero della Salute stima che, data l’impossibilità di quantificare la quota di medicina difensiva ‘omissiva’, la sola quota che dipende dalla condotta ‘commissiva’ costi allo stato circa 10 miliardi di Euro annui, pari allo 0.75% del PIL (la stima a cui si fa riferimento risale ad una ricerca ministeriale effettuata tramite AGENAS- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali- svolto nel 2013-2014). Si calcola quindi, che la stessa incida sulla spesa sanitaria in misura pari al 10.5% del totale, e che le voci principali di spesa si ripartiscano tra:

* Farmaci 1.9%
* Visite 1.7%
* Esami di laboratorio 0.7%
* Esami strumentali 0.8%
* Ricoveri 4.6%.

I dati emersi dal report  ministeriale evidenziano che il 58.6% dei medici ha chiesto il consulto di altri specialisti pur non ritenendolo necessario, il 51.5% ha invece prescritto farmaci non necessari e il 24.4% ha prescritto trattamenti non necessari (es. oltre a quelli prescritti dalle Linee Guida o dai Protocolli). Il 26.2% ha escluso pazienti a rischio da alcuni trattamenti, al di là delle normali regole di prudenza e il 14% ha evitato procedure rischiose (diagnostiche o terapeutiche) su pazienti che avrebbero potuto trarne beneficio.

I dati sono oltretutto in costante crescita, ed è allarmante l’evidenza che circa l’80% dei medici appartenenti al campione esaminato abbia tenuto almeno un comportamento di medicina difensiva nell’ultimo mese, e che la maggior parte di essi appartengano alla fascia d’età compresa tra i 32 e i 42 anni.

All’interno dello studio pubblicato dal Ministero sono state indagate e quantificate anche le principali cause dell’applicazione della condotta difensiva nella pratica clinica,e sono state così individuate:

* percezione di un aumentato rischio di procedimenti giudiziari rispetto al passato (78,2%);
* percezione di una pressione indebita a causa di questa evenineza durante lo svolgimento della professione (65,4%);
* condizionamento dovuto alle esperienze di contenzioso medico-legale capitate ai propri colleghi (67,5%);
* condizionamento dovuto a personali esperienze precedenti di contenzioso medico-legale (51,8%);
* timore di richieste risarcitorie (59,8%);
* timore di ricevere pubblicità negativa da parte dei mass-media (43,5%);
* timore di incorrere in sanzioni disciplinari (15%).

Risulta quindi chiaro che il fenomeno sia in costante crescita e che il criterio secondo cui vengono fatte quotidianamente scelte cliniche non si basi più solo sulla ricerca del bene del paziente, ma in misura sempre incrementale sulla necessità di auto-tutela del professionista sanitario.

Tutto ciò contrasta fortemente con le norme del Codice Deontologico riguardo la *libertà e l’indipendenza della professione*: “Il medico nell’esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici della professione, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura” […], e ancora in merito alla *prescrizione*: “La prescrizione di un accertamento diagnostico e/ o di una terapia impegna la diretta responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico”, e al *trattamento terapeutico*: “Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche tenuto conto dell’uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente secondo criteri di equità” [10].

È evidente che rispetto alla situazione attuale della sanità, era necessaria una manovra che arginasse il fenomeno della medicina difensiva, che riportasse in asse la relazione medico-paziente, e che tutelasse sia il paziente che il medico, in modo tale da restituirgli una tranquillità professionale e operativa.

Come già precedentemente analizzato, proprio questo è l’intento della recentissima Legge Gelli, e delle sue disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale dei sanitari.

.

2- Approccio operativo

Una volta inquadrato il problema del conflitto, del possibile iter medico-legale in cui può incorrere il MMG, nonché le conseguenze reali in termini di condizionamento nell’attività clinica e di medicina difensiva, è stato redatto un *questionario* da somministrare ai medici di Medicina Generale della provincia di Bergamo, distribuito in collaborazione con l’Ordine dei medici della provincia stessa.

* 1. MATERIALI E METODI

Il questionario è stato compilato e restituito in forma anonima in modo tale che i medici si sentissero liberi di segnalare eventuali difficoltà, obiezioni, vizi del proprio atteggiamento clinico e sanzioni.

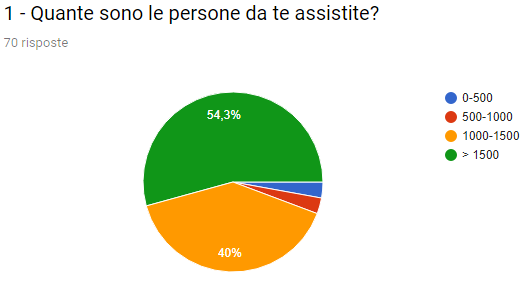
Benchè l’adesione non abbia prodotto un campione statisticamente signifcativo (sono infatti pervenuti 70 questionari su circa 700 MMG di tutta la Provincia), lo studio ha videnziato dei risultati importanti.

In allegato il questionario completo di parte introduttiva (allegato 1.2):

* 1. RISULTATI

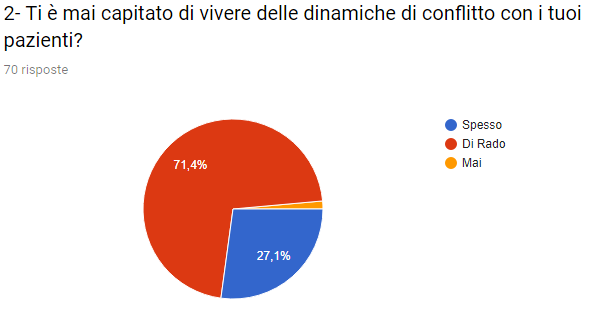
Sulla totalità del campione esaminato il 54,3% dei medici aveva un numero di assistiti superiore a 1500, il 40% aveva un numero di assistiti compreso tra 1000 e 1500, il 2,9% tra 500 e 1000, mentre il restante 2,9% aveva meno di 500 pazienti (fig. 1.1).

**Figura 1.1-** Il campione



Alla seconda domanda (fig. 1.2), che interrogava i MMG sul fatto di vivere o meno delle dinamiche di conflitto con i propri assistiti, la quasi totalità dei sanitari (98,6%) rispondeva in modo affermativo e solo l’1,4% del totale affermava di non aver mai vissuto conflitti con i propri pazienti. Tra i medici che avevano risposto in modo affermativo, una quota più consistente (71,4% del totale) affermava di vivere il conflitto di rado, mentre il 27,1% si trovava spesso a vivere il contrasto con i propri assistiti.

**Figura 1.2**- Il conflitto

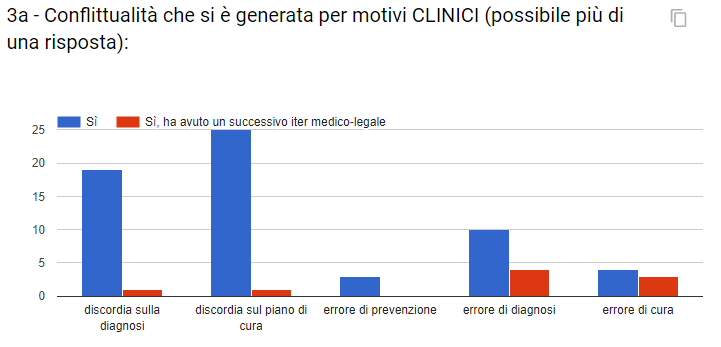


Sono state successivamente indagate nello specifico le cause del conflitto in sede ambulatoriale, e le stesse sono state poi così ripartite:

* Conflittualità che si è generate per *motivi clinici* (fig. 1.3.1): per 19 medici su 70 (27,1%) la dinamica si è instaurata per discordia sulla diagnosi, e tra questi 1 caso ha avuto un successivo sviluppo medico-legale; il 35,7% ha avuto problemi derivanti da discordia sul piano di cura, e anche in questo caso 1 medico (su 25) ha poi dovuto affrontare un successivo iter medico-legale; solo in 3 casi il conflitto si è configurato per errore di prevenzione, il quale non ha successivamente avuto sequele, mentre in 10 casi sul totale degli intervistati (14,3%) la causa è stata un errore diagnostico, che nel 40% dei casi (4 pazienti su 10) ha dato poi origine a conseguenze medico-legali; infine in 4 casi su 70 (5,7%) il contrasto si è originato da errore di cura e ha nel 75% dei casi generato sequele medico- legali.

Gli interpellati hanno specificato in alcuni casi il motivo del conflitto in ambito clinico, segnalando tra le principali cause esami strumentali richiesti dai pazienti non ritenuti necessari, discordanza con lo specialista in merito a accertamenti e terapie prescritte, ritardo diagnostico.

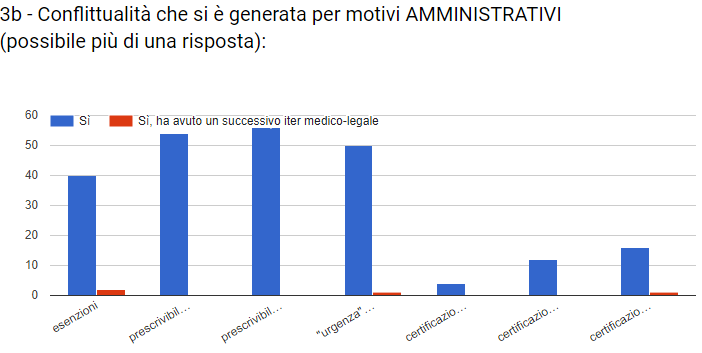
**Figura 1.3.1**- Motivi clinici



* Conflittualità che si è generata per *motivi amministrativi* (fig. 1.3.2): in una percentuale molto maggiore di casi rispetto alle conflittualità generate dalla clinica, nel 57,1% il conflitto si è generato da una problematica relativa alle esenzioni, e in questo caso il 5% (2 casi du 40) ha dato poi origine a iter, il 77,1% ha avuto problemi rispetto alla prescrivibilità di alcuni farmaci in classe A, l’80% ha avuto come causa la prescrivibilità di visite e/o indagini diagnostiche, il 71,4% l’urgenza delle prestazioni, con 1 caso che si è evoluto in problematica medico-legale (2% dei conflitti mderivanti dall’urgenza delle prestazioni), 4 medici su 70 (5,7%) ha vissuto dinamiche conflittuali a causa di certificazioni INAIL (considerando il fatto che non tutti i MMG richiedono l’abilitazione per pratiche di infortunio), il 17,1% ha vissuto il contrasto a causa delle certificazioni INPS di malattia, mentre nel 22,9% la causa era rappresentata da certificazioni private, e in questo caso 1 medico è incorso in problematiche medico-legali a suo carico.

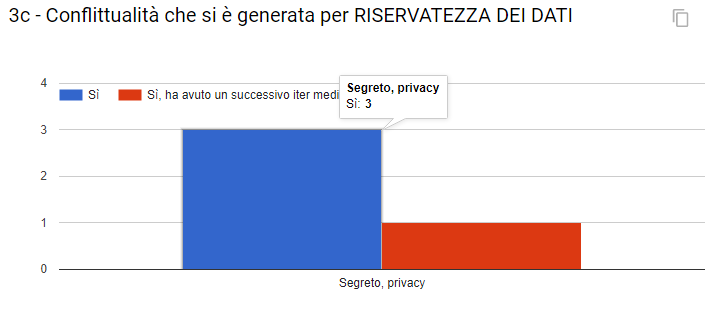
Anche in questo caso un MMG ha poi aggiunto nelle specifiche, che l’ambito amministrativo costituisce la parte più preponderante della conflittualità, la quale si impone spesso con modalità totalmente inadeguate al contesto ambulatoriale.

**Figura 1.3.2**- Motivi amministrativi



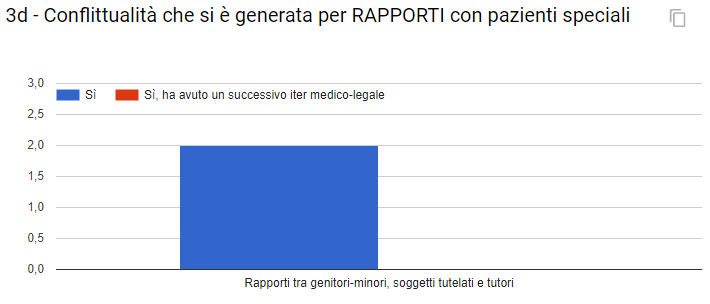
* Conflittualità che si è generata per *riservatezza dei dati* (fig. 1.3.3): in questo caso solo 3 medici sul totale (4,3%) hanno vissuto dinamiche di conflitto derivanti da problematiche relative alla privacy, ma 1 caso su 3 ha dato poi origine a iter medico-legale.

**Figura 1.3.3**- Privacy



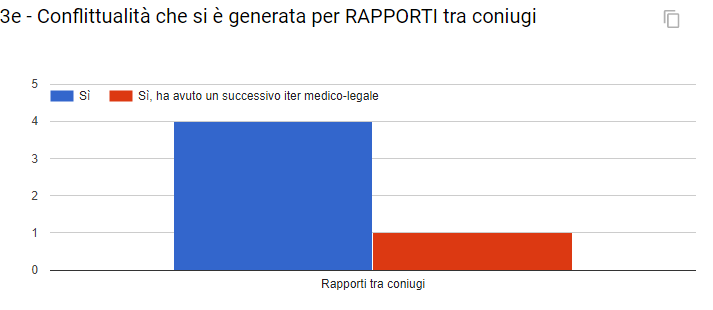
* Conflittualità che si è generata per *rapporti con pazienti speciali* (genitori-minori, soggetti tutelati-tutori) (fig. 1.3.4): in questo caso solo il 2,9% ha vissuto dinamiche di conflitto.

**Figura 1.3.4**- Rapporti con pazienti speciali



* Conflittualità che si è generata per *rapporti tra coniugi* (fig. 1.3.5): in questo caso 4 medici sul totale degli interpellati (5,7%) hanno avuto problemi rispetto al rapporto tra coniugi, e in 1 caso il conflitto ha avuto sequela medico-legale (25%).

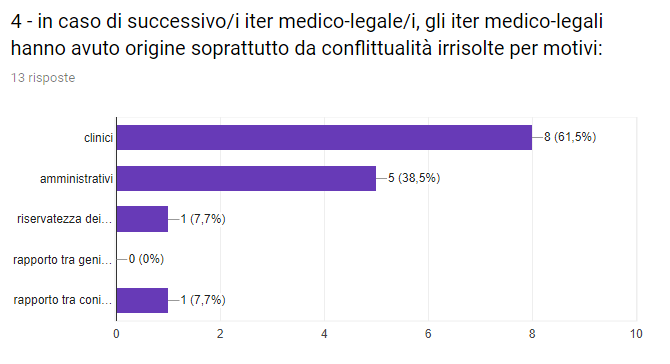
**Figura 1.3.5**- Rapporti tra coniugi



Nel caso di un successivo iter medico-legale, la conflittualità irrisolta che ha dato origine alla sequela si è generata per (fig. 1.4):

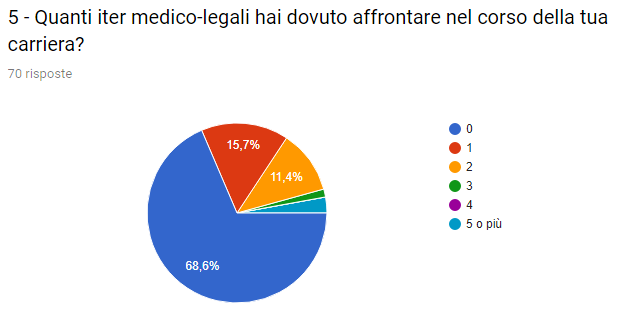
* motivi clinici nel 61,5% dei casi;
* motivi amministrativi nel 38,5% dei casi;
* riservatezza dei dati nel 7,7% dei casi;
* rapporto con pazienti speciali in nessun caso;
* rapporti tra coniugi nel 7,7% dei casi.

**Figura 1.4**- Cause di iter medico-legale



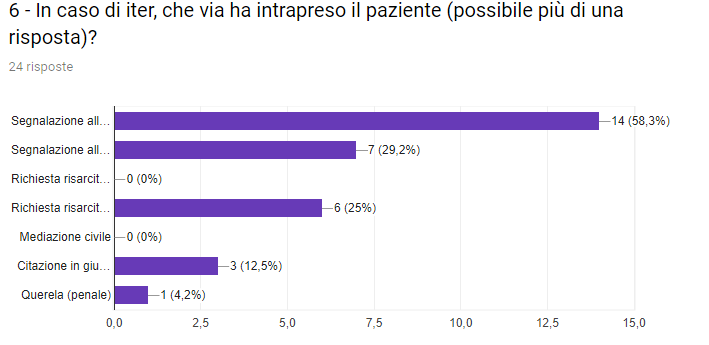
Alla domanda 5 (fig. 1.5), ovvero relativa al numero di iter medico-legali che il songolo MMG aveva dovuto affrontare nel corso della sua carriera, il 68,6% dei medici ha risposto di non essere mai incorso in problematiche medico-legali, il 15,7% ha dovuto affrontare un iter, l’11,4% ne ha dovuti affrontare due, un solo medico ne ha dovuti affrontare quattro, mentre 2 MMG ne hanno dovuti affrontare cinque o più.

**Figura 1.5**- Numero di iter



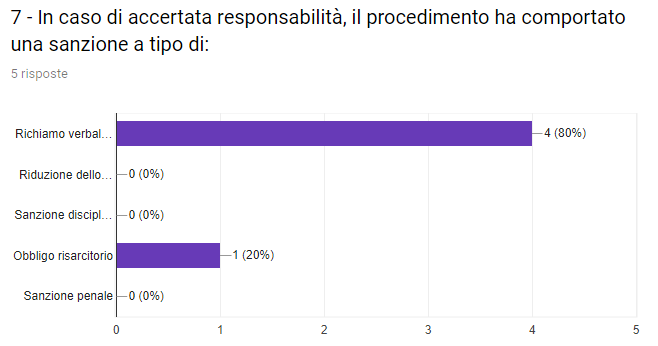
La domanda successiva ha analizzato quali vie abbiano intrapreso i pazienti in caso di sequela medico-legale del conflitto: il 58,3% ha scelto come strada la segnalazione all’ATS di riferimento del medico (dipartimento di cure primarie), il 29,2% ha deciso di procedere tramite segnalazione all’Ordine dei Medici della provincia di Bergamo, il 25% ha richiesto un risarcimento per la presunta condotta illecita tramite un avvocato o un’agenzia, il 12,5% ha ricevuto una citazione in giudizio civile, mentre un solo medico di Medicina Generale ha ricevuto una querela (fig. 1.6).

**Figura 1.6**- Via intrapresa dal paziente



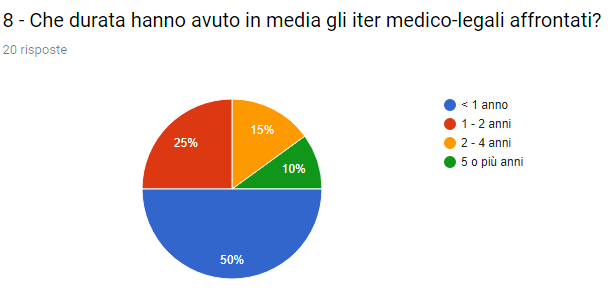
La domanda 7 (fig. 1.7) ha affrontato la tematica delle sanzioni: di tutte le segnalazioni fatte al dipartimento di cure primarie, 4 medici su 14 - circa il 30% dei medici segnalati dal paziente all’azienda - hanno ricevuto come sanzione un richiamo verbale da parte dell’ATS per infrazione occasionale (sanzione più lieve tra le possibili che l’ATS possa infliggere a un suo medico convenzionato) e nessun MMG ha subito sanzioni di entità maggiore; a nessun medico è stata imposta una sanzione disciplinare da parte dell’Ordine dei Medici (0 su 7 segnalazioni pervenute), e solo un medico è stato condannato ad obbligo risarcitorio a seguito di processo civile concluso a favore del paziente danneggiato (è emerso quindi solo un caso di condanna rispetto ai 3 medici coinvolti in giudizio civile). Nessuna sanzione penale, infine, è stata comminata al medico querelato.

**Figura 1.7**- Sanzioni



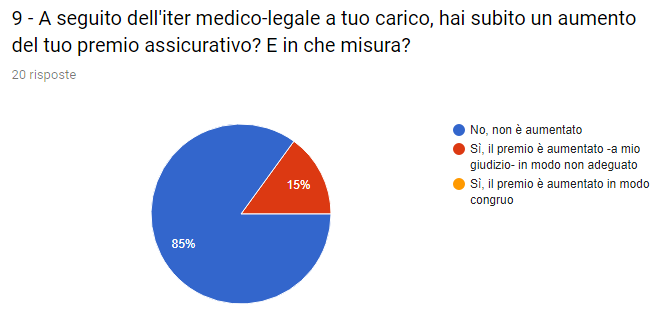
Per quanto riguarda la durata degli iter medico-legali, nel 50% dei casi si sono conclusi in meno di un anno, in un quarto dei casi sono durati tra 1 e 2 anni, nel 15% tra 2 e 3 anni, e nel 10% del totale hanno impegnato il medico per più di 5 anni (fig. 1.8).

**Figura 1.8**- Durata degli iter



Nella stragrande maggioranza dei casi (85%) a fronte dell’iter medico-legale, non si è assistito un aumento del premio assicurativo in capo al medico, mentre nel 15% dei casi il premio è aumentato, a giudizio del MMG, in modo incongruo alla sequela (fig. 1.9).

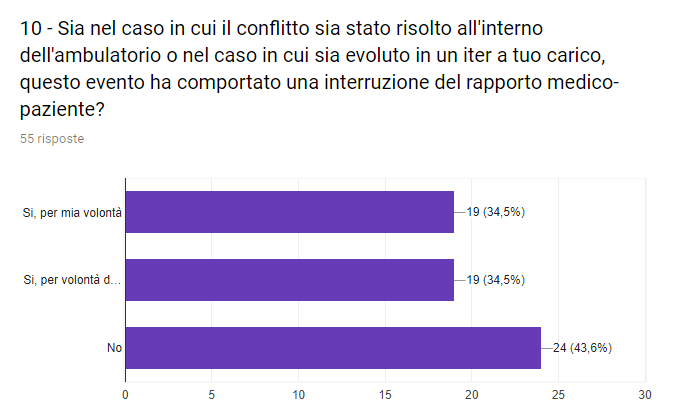
**Figura 1.9**- Premio assicurativo



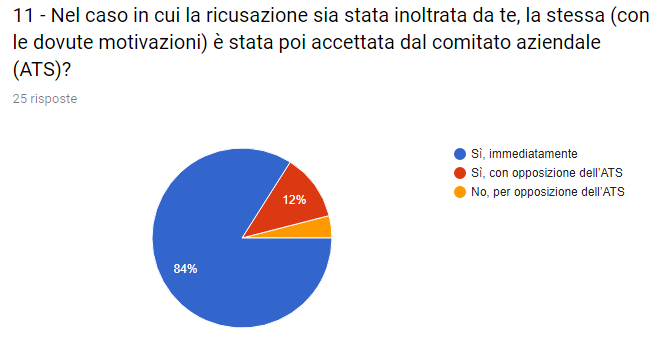
Le domande 10 e 11 sono volte alla valutazione del fenomeno della ricusazione, secondo cui il medico o il paziente ritengono che sia venuto a mancare il fondamento della reciproca relazione, ovvero che sia venuto meno il rapporto fiduciario tra le parti, inoltrando quindi una richiesta formale all’ATS di interruzione del rapporto stesso.

A fronte di conflitti o di iter medico-legale, nel 43,6% dei casi né il medico né il paziente hanno ritenuto di interrompere il loro rapporto, mentre 19 professionisti (34,5%) hanno inoltrato una richiesta di ricusazione del paziente, la quale richiesta è stata immediatamente accolta dall’ATS nell’84% dei casi, nel 12% è stata accolta con opposizione, mentre nel 4% dei casi è stata rifiutata (fig. 1.11). Analogamente nel 34,5% dei casi è stato il paziente ad inviare la richiesta di ricusazione del medico all’Azienda di Tutela della Salute (fig.1.10).

**Figura 1.10**- La ricusazione

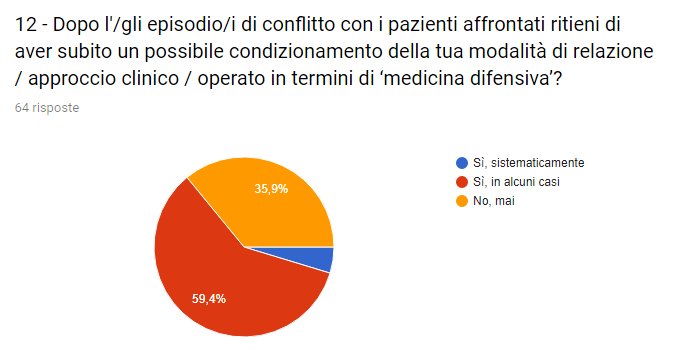


**Figura 1.11**- Accoglimento domanda di ricusazione



La successiva domanda mirava a indagare l’entità del fenomeno ‘medicina difensiva’ all’interno della pratica clinica a seguito del vissuto conflittuale con i propri pazienti (fig. 1.12): mentre una quota consistente di MMG (34,5%) afferma di non subire mai un condizionamento nella proprio pratica clinica, il 4,7% degli intervistati ammette di operare sistematicamente con un approccio difensivo, mentre il 59,4% del totale subisce in alcuni casi un condizionamento nella pratica clinica applicando il sopracitato approccio.

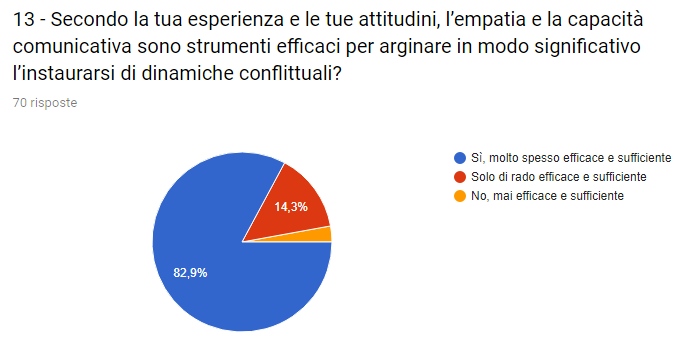
**Figura 1.12**- La medicina difensiva



Da ultimo, è stato chiesto agli intervistati quanto percepissero l’empatia e la capacità comunicativa come struemnti utili per arginare l’intaurarsi di conflittualità in ambito ambulatoriale (fig. 1.13). La gran parte degli intervistati (83%) le ritiene molto spesso efficaci e sufficienti nel limitare l’insorgeredegli scontri, il 14,3% le ritiene abilità di rado efficaci o sufficienti, mentre il 3% non le ritiene per nulla utili agli scopi predetti.

Di conseguenza, alla domanda se i MMG fossero interessati alla proposta di una formazione alla comunicazione, il 53% ha risposto affermativamente, definendo questa opzione molto utile, il 27% si dimostra interessato ma percependone l’utilità in modo limitato, il 7% ritiene l’acquisizione di una capacità comunicativa pressoché inutile nella pratica, mentre il 13% ritiene che l’empatia e la capacità comunicativa siano abilità innate, non acquisibili con una formazione dedicata (fig. 1.14).

**Figura 1.13**- Strumenti di controllo del conflitto

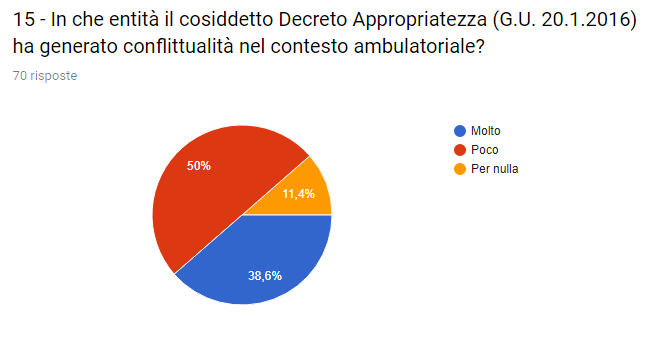


**Figura 1.14**- Proposta formativa



Un’ultima domanda era volta a valutare quanto il Decreto Appropriatezza (pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 20.01.2016), che ha imposto una discreta limitazione prescrittiva di alcuni accertamenti ematochimici o strumentali per i MMG, abbia generato conflittualità: per la metà dei medici interpellati il Decreto Appropriatezza ha inciso poco nella generazione di conflittualità tra medico e paziente, per il 38,6% ha inciso molto, mentre per l’11,4% del totale poco ha concorso nel causare contrasti (fig. 1.15).

**Figura 1.15**- Decreto Appropriatezza e conflitto



* 1. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Nonostante all’indagine abbia aderito solamente 70 medici di Medicina Generale di Bergamo e Provincia, i dati raccolti dallo studio tramite questionario hanno evidenziato alcuni punti chiave indicativi della situazione attuale in cui si trova ad operare il MMG. Il volume del campione non ha quindi reso possibile uno studio statisticamente significativo, ma la specificità delle domande ha in ogni caso consentito l’analisi dei punti cardine oggetto di questo elaborato:

1. La quasi totalità dei MMG vive dinamiche di conflitto con i propri assistiti;
2. Tra le varie cause di conflitto, si riscontra una maggior frequenza di scontri in ambito amministrativo (in valore assoluto i casi riferiti dovuti a cause amministrative sono 232, contro i 61 dovuti a motivi clinici, i 3 dovuti alla privacy, i 2 dovuti a rapporto con pazienti speciali e i 4 dovuti al rapporto tra coniugi), ma i conflitti che hanno maggiormente dato luogo a iter medico-legale sono rappresentati da scontri irrisolti verificatisi per la privacy (1 caso su 3 di conflitto, dunque 33% di iter conseguente), in secondo luogo da rapporto tra coniugi (1 caso su 4 per un 25% di evoluzione medico-legale), successivamente troviamo conflitti originati da ambito clinico (9 casi inoltrati a fronte di 61 contrasti, per un 15% di iter), invece i numerosi conflitti derivanti dall’ambito amministrativo hanno dato luogo in misura minore a procedimenti o segnalazioni (solo il 2% delle dinamiche conflittuali ha comportato una evoluzione a iter medico-legale, e nello specifico solo 4 casi su 232). Per quanto riguarda i rapporti con categorie speciali di pazienti, nessun caso dei 2 che sono stati riferiti hanno comportato evoluzione a iter medico-legale. Risulta quindi evidente che i conflitti che originano da situazioni particolari come la privacy o il rapporto tra coniugi sono molto più rari ma hanno maggior probabilità di evolvere a iter medico-legale, mentre tra le cause più frequenti di conflitto, i motivi amministrativi sono quelli che hanno maggior frequenza ma minor probabilità di evoluzione, mentre quelli clinici sono meno rappresentati, ma hanno una maggior probabilità di sequela medico-legale.
3. Le vie principalmente intraprese dal paziente sono rappresentate dalla segnalazione all’ATS e all’Ordine professionale di riferimento del medico imputato, ma non mancano casi di richieste risarcitorie tramite legale, o citazione in giudizio civile. Rari casi hanno avuto risvolto penale.
4. Le sanzioni inflitte ai medici ritenuti responsabili di comportamenti illeciti sono state principalmente richiami verbali per infrazioni occasionali da parte dell’ATS (sanzione più lieve applicabile dal dipartimento di cure primarie), e in rari casi obblighi risarcitori a seguito di giudizio civile (solo un medico su 3 di quelli che erano stati portati davanti al Giudice è stato poi condannato a risarcire il paziente effettivamente ritenuto danneggiato). Nessuno dei MMG per cui era stata inoltrata una segnalazione all’Ordine dei Medici è stato poi condannato a sanzioni disciplinari, e l’unico caso di querela segnalato non è esitato in condanna penale. In sostanza, nel nostro studio, la stragrande maggioranza degli iter medico-legali che riguardano i medici di Medicina Generale da luogo a sanzioni amministrative lievi e raramente a condanne risarcitorie.
5. Non si riscontra solitamente, a fronte delle sanzioni sopra riportate, un aumento del premio assicurativo, che solo in casi limitati è incrementato, a giudizio del medico coinvolto, in modo incongruo a seguito dell’iter.
6. In circa la metà dei casi, l’iter ha poi comportato l’interruzione del rapporto medico-paziente, a mezzo di ricusazione pervenuta all’ATS in entità sovrapponibile da entrambe le parti. La ricusazione è stata successivamente accettata dall’Azienda nella stragrande maggioranza dei casi senza opposizione della stessa.
7. A seguito della problematica conflittuale, una quota consistente di MMG ha poi ammesso di aver subito un condizionamento del proprio operato clinico in termini difensivi (circa il 65% dei medici coinvolti nello studio): per la gran parte dei medici l’applicazione della medicina difensiva avviene solo in alcuni casi, per una quota più esigua invece, questo avviene sistematicamente. Sarebbe utile, in futuro, stratificare la popolazione dei MMG per età, in modo tale da verificare se effettivamente la medicina difensiva sia più un fenomeno che riguarda i MMG inseriti di recente, a differenza di una classe di generalisti più prossimi all’età pensionabile, i quali, in forza del ruolo e del rapporto fiduciario creatosi con i pazienti durante i lunghi anni di attività, sono probabilmente meno soggetti al timore di incorrere in iter medico-legali, timore che crea terreno fertile per la crescita dell’approccio difensivo.
8. Solo pochi MMG non ritengono l’empatia e la capacità comunicativa strumenti necessari e sufficienti per arginare il conflitto, mentre la quasi totalità di essi (83% del campione) le ritiene strumenti molto spesso efficaci e sufficienti per evitrare l’insorgere di situazioni a rischio di sequele medico-legali, tant’è che la maggior parte dei medici coinvolti nell’indagine si dimostrerebbe interessata alla partecipazione a programi di formazione alla comunicazione, anche se una quota significativa degli interpellati non ritene utile una proposta formativa in questo senso, in quanto non ammette la possibilità che le capacità relzionali siano acquisibili, nè necessarie e sufficienti ad alimentare una solida alleanza medico-paziente, e quindi che siano uno strumento efficace per limitare o risolvere le conflittualità. Questo è un punto di fondamentale importanza, poichè la comunicazione e l’alleanza terapeutica basata sulla condivisione delle scelte è l’unica prospettiva possibile per una Medicina Generale che rischia di vedersi svuotata del proprio contenuto.

Riassumendo, e mettendo a fuoco i punti principali che questo elaborato si proponeva di indagare, le problematiche medico-legali nell’ambulatorio di Medicina Generale sono una realtà in costante crescita, di cui le cause principali sono riconducibili a conflitti derivanti dall’ambito clinico e amministrativo; spesso non danno luogo a sanzioni importanti, ma condizionano significativamente la condotta del medico, viziando il suo operato in termini di approccio difensivo.

Le conflittualità cliniche sono meno frequenti, ma danno più spesso adito a sequele medico-legali; quelle amministrative sono molto più frequenti e danno meno seguito a iter medico-legale su iniziativa del paziente.

L’iter medico-legale si configura più spesso come segnalazione all’ATS - dipartimento di cure primarie, e come segnalazione all’Ordine dei Medici di riferimento del MMG. Non mancano casi di rischieste risarcitorie con contestuale citazione in giudizio civile, mentre la querela riguarda casi eccezionali. Nella stragrande maggioranza dei casi la sanzione somministrata al medico consiste nel richiamo verbale da parte dell’ATS per infrazione occasionale, e in alcuni casi nella condanna al risarcimento del danno comprovato nel guidizio civile. Nessun MMG è stato sottoposto a sanzione disciplinare, nè condannato penalmente.

La condotta difensiva riguarda una quota significativa di medici di Medicina Generale; per alcuni l’approccio difensivo viene applicato solo in alcuni nella pratica clinica, mentre per altri addirittura sistematicamente.

Per quanto riguarda le strategie da applicare per arginare il conflitto, è chiaro che una quota di medici di Medicina Generale riconoscano la validità e l’effettiva necessità di apprendere o di sviluppare un approccio empatico al paziente, congiuntamente all’acquisizione di abilità comunicative, in modo tale da riconoscere, analizzare e arginare la dinamica conflittuale ed educare quindi il paziente attraverso il rapporto con esso, mentre una quota minoritaria ma degna di nota non ritiene nè utile, nè acquisibile le predette abilità relazionali e comunicative.

3- Proposta di metodo

Questo capitolo ha come oggetto la proposta di un metodo in termini di approccio al paziente e di strategie comunicative, utile a riconoscere l’insorgere del conflitto, a prenderne coscienza analizzando la reale richiesta del paziente, e a creare una solida alleanza con il paziente che crei un punto di incontro con esso nell’ambulatorio del MMG.

Per una sana relazione medica è infatti necessaria l’attenzione a tutti quei parametri che innalzano la qualità della vita sia per il medico, sia per il suo paziente: per il primo la qualità di vita professionale può essere definita come l’assenza di burn-out (ossia della fatica patologica), e in senso positivo può essere intesa come un benessere, una consapevolezza di far bene basata su una vera capacità di essere e di sapere; per il paziente la qualità di vita deriva parzialmente dal risultato della tecnica medica ben applicata (sia essa assunta a fini terapeutici, sintomatici o palliativi), unitamente alla percezione di partecipare e di capire quello che succede e di poterne parlare, o non parlare in un silenzio empatico non indifferente. La qualità di vita dell’uno dipende dalla qualità di vita dell’altro, e lo strumento necessario affinchè i bisogni di entrambi diventino chiari ed espliciti per gli interlocutori è senza dubbio la comunicazione (verbale e non verbale) tra le parti. Diventa quindi essenziale in un’epoca di democratizzazione delle cure, il saper comunicare e il saper condividere e negoziare le decisioni.

E’ bene tener presente che oggi la comunicazione non è più un elemento facoltativo della relazione tra curante en assistito, bensì una sua condizione intrinseca e imprescindibile, necessaria, etica e legale, nonchè un elemento importante per la qualità di vita dei suoi attori [2].

Diversi autori distinguono tre modelli di relazione medica:

1. La *relazione tradizionale*, detta *paternalistica*, ovvero quella che parte da una concezione etica (che si fonda sul principio di beneficenza e su quello di non maleficenza) che consente al medico di agire o non agire per il bene del paziente, senza che sia necesario chiedere il suo assenso, in quanto si ritiene che il medico stesso abbia la competenza tecnica necessaria e sufficiente per decidereper il suo assistito. In questo caso la relazione è fortemente asimmetrica perchè il paziente viene considerato non solo privo della conoscenza tecnica per decidere, ma anche incapace di decidere moralmente per sé stesso [11].
2. La *relazione informativa*, moderna e giuridicamente corretta, ossia una tipologia di rapporto basata sull’informazione puntuale del paziente che sceglie e controlla le cure proposte dal medico. Il ruolo del curante in questo caso è meramente tecnico e, in assenza di condivisione, permane esclusivamente un flusso di informazioni che vanno dal curante all’assistito.
3. La *relazione deliberativa*, che suppone sì l’informazione adeguata del paziente, ma anche la negoziazione. Ci si riferisce in questo caso ad un modello paritetico in cui la responsabilità è condivisa e specificata: il medico informa il paziente, discute con lui le possibili scelte, ne presenta vantaggi e svantaggi, esprime la propria posizione non imponendola ma sostenendola, e accetta la decisione del paziente; il paziente da parte sua è aperto alla revisione delle sue convinzioni sulla salute e sulla malattia. Vi è quindi iun questo modello una interazione collaborativa nel prendere la decisione clinica basato sulla condivisione, che si fonda sulla efficace comunicazione tra i due [12].

Solo all’interno di una dimensione deliberativa c’è spazio per una buona qualità di vita di medico e paziente, strettamente vincolate l’una all’altra.

L’evoluzione dei diritti del paziente ha fatto sì che per definizione la buona pratica medica oggi trovi la sua consistenza nel saper fare tecnico-scientifico, ma anche nel saper essere umano, cioè in una nuova competenza comuunicativa.

Presupposto fondamentale a qualsiasi forma di comunicazione resta l’approccio empatico al paziente.

Esso si traduce nella capacità di capire e di condividere le emozioni e le paure del malato, ma anche nell’abilità di sapergli comunicare che le sue problematiche sono state capite e condivise.

E’ noto da tempo che un approccio empatico, rinforzato dalle tecniche comunicative che andremo poi ad esporre, oltre ad aumentare il grado di soddisfazione dei pazienti (e a ridurre il rischio di contenzioso medico-legale), comporta un guadagno netto in termini di informazioni anamnestiche, compliance alla terapia prescritta e output clinico [13].

L’approccio empatico al paziente si completa nell’analisi della responsività emozionale del medico: comprendere il proprio sentimento nei confronti del malato è strumento percettivo fondamentale per analizzare la dinamica che si sta creando nel confronto con lui, e mezzo per poter dominare quelle risposte inconsce compulsive che si manifestano nella rottura dell’equilibrio relazionale.

La comprensione degli affetti del paziente da parte del medico è altresì espediente intuitivo per capire e orientare il conflitto (6).

Esistono molteplici startegie di comunicazione emaptica che possono essere applicate nelle varie fasi del colloquio con il paziente: esse non costituiscono l’oggetto di questo elaborato, ma verranno elencate sommariamente in modo tale da fornire uno spunto di lavoro.

Sono individuabili molteplici fasi nel colloquio clinico, rappresentate dalla fase di raccolta delle informazioni, dalla fase della verifica delle informazioni acquisite, dalla fase di restituzione delle informazioni e dalla fase di verifica delle informazioni restituite.

Nella prima fase (*raccolta delle informazioni*) le tecniche comunicative che gli esperti suggeriscono di applicare sono rappresentate dall’utilizzo di :

* domande aperte (da utilizzare nella primissima fase del colloquio, le quali potranno essere seguite solo in un secondo tempo dalle domande chiuse),
* tecniche di eco (ripetizione in forma interrogativa di frasi dette dal paziente),
* silenzio empatico supportato da tecniche di continuazione (che lascino il paziente libero di fornire tutte le informazioni che per lui sono importanti e che spesso risultano particolarmente utili alla raccolta di dati anamnestici e alla creazione di un rapporto fiduciario).

Questa fase della comunicazione è importante perchè, se ben gestita, da al paziente la percezione di essere realmente ascoltato dal suo interlocutore.

Nella fase di *verifica delle informazioni acquisite* (utile al medico per controllare di aver acquisito dal paziente tutti i dati clinicamente ed emotivamente significativi), le tecniche comunicative utilizzabili sono costituite da :

* brevi ricapitolazioni tramite parafrasi (ovvero tramite traduzione in linguaggio clinico dei sintomi descritti dal paziente, o parafrasi rispetto allo stato d’animo del malato relativo alla situazione che sta vivendo, che esprimano l’effettiva percezione del disagio provato dal paziente nei confronti del proprio stato di malattia),
* interventi di legittimazione (che esprimono la fondatezza di quanto dice il malato, e il fatto che questo venga accolto e condiviso dal medico),
* interventi di supporto (che sottolineano la vicinanza del medico al paziente in modo concreto e utilizzabile),
* espressioni empatiche (con cui il medico comunica al paziente di aver compreso il suo stato emotivo anche quando questo non è stato verbalizzato ma, per esempio, trasmesso attraverso la gestualità o la mimica. Il sentimento non nasce dal medico ma dal paziente: il medico lo raccoglie e ‘lo restituisce’ ad esso). A differenza delle ricapitolazioni, le espressioni empatiche riguardano esclusivamente la sfera emotiva del paziente.

Qualora attenzionata e valorizzata, questa fase consente di alimentare la fiducia di un paziente che si sente accolto e capito, e da perciò possibilità al medico di comunicare le sue convinzioni in modo efficace.

Nella terza fase, o *fase di restituzione*, il contenuto delle informazioni che passano dal medico al paziente è spesso tecnico, e il paziente può trovarsi in difficoltà nel recepire informazioni meramente cliniche. È utile, durante l’elaborazione della strategia dignostica o terapeutica, l’utilizzo del *ragionamento a voce alta* che rende ragione del proprio àgito, e il *prender tempo e dichiaralo* in modo tale che il paziente noti l’attenzione del medico a lui, secondo le sue peculiarità e le sue esigenze in quel momento. In questa particolare fase del colloquio il medico può avvalersi di :

* tecnica di categorizzazione (inserire il contenuto della comunicazione in una categoria che viene comunicata al paziente; attraverso le categorizzazioni si rendono quindi espliciti al malato una serie di passaggi della visita che sono evidenti per il medico ma non per il paziente),
* focusing (ossia mettere a fuoco, tecnica usata per richiamare l’attenzione del paziente su uno specifico punto),
* capacità di sintesi (che favorisce la comprensione e la memorizzazione di quanto detto dal medico).

Nella fase di *verifica delle informazioni restituite* è utile che la richiesta di chiarimento delle informazioni comunicate non venga vissuta dal paziente come segno di sfiducia nelle sue capacità di comprensione, ma come segno di cura e di interesse; lo strumento comunicativo più utile in questo caso è la tecnica di feedback che mette a fuoco apertamente ciò che è stato percepito dal paziente in merito alle indicazioni fornite dal curante (7).

Tutte queste tecniche sono state comprovate come strumenti utili per alimentare e mantenere nel tempo quel rapporto fiduciario che è presupposto imprescindibile di una buona relazione medico-paziente, i quali collaborano insieme per il perseguimento del bene del paziente.

E’ importante giungere alla consapevolezza che la medicina di oggi, soprattutto nell’ambito della Medicina Generale, deve necessariamente andare incontro ad una evoluzione: il paziente ha bisogno di essere visto nella sua interezza, e solo approcciando i propri assistiti in quest’ottica si può pensare di rinsaldare la reciproca relazione e avere la serenità di rapporto che consenta al medico di spiegare e far valere le proprie ragioni rispetto alle sue decisioni.

Questa possibilità rende pensabile una Medicina Generale che si fa di nuovo protagonista dell’azione clinica e della presa in carico del paziente, e scongiura il rischio che il MMG venga relegato ai margini della gestione degli assistiti, in qualità di mero trascrittore delle indicazioni degli specialisti (senza possibilità di giudizio o di replica), e di ammnistratore sanitario.

E’ necessario quindi riscoprire la forza della Medicina Generale, e le sue peculiarità: il *contesto*, la *continuità*, la *relazione*, necessarie a lottare contro una marginalità minacciosa e contro una cultura distruttiva che non lascia più spazio alla fiducia ma che vede nel conflitto l’unica modalità di approccio alla sanità. Solo all’interno di una serena e duratura relazione medico-paziente, che riaffondi la propria consistenza nel rapporto fiduciario, può trovare spazio la soddisfazione del malato, unica speranza per ridurre il numero e l’intensità dei contrasti.

**Allegato 1.1-** Carta dei Servizi MMG

CARTA DEI SERVIZI

Forma Associativa “MEDICINA di GRUPPO"

(ACN 2005 integrato 2009 e Accordi Regionali vigenti)

Medici Associati

(indicare i nominativi di tutti i Medici della Forma Associativa)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# SIGNIFICATO DELLA FORMA ASSOCIATIVA

La forma associativa prevede la messa in atto da parte dei medici associati di misure di organizzazione e di integrazione delle funzioni atte a migliorare l’accessibilità allo studio medico e la continuità assistenziale ai propri assistiti.

Gli assistiti pertanto possono rivolgersi, oltre che al proprio medico curante, a tutti i medici

dell’associazione. Viene peraltro considerato assolutamente prioritario il rapporto di fiducia con il proprio medico curante e si prega pertanto di rivolgersi agli altri colleghi esclusivamente in caso di sua assenza o per reali esigenze assistenziali che comunque giustifichino tale procedura.

Il collega contattato potrà comunque avvalersi dell’opera degli altri colleghi dell’associazione o di loro sostituti per l’erogazione dell’assistenza.

Non possono essere effettuate variazioni di scelta del Medico di famiglia all’interno dell’associazione, senza la preventiva accettazione del nuovo medico scelto.

I dati dell’assistito, previa richiesta e relativa sottoscrizione del consenso, sono raccolti sulla scheda sanitaria individuale e custoditi con la massima cura.

La gestione della scheda avviene su supporto informatico. L’uso di software, fra loro compatibili, consente il collegamento in rete degli studi medici e l’accesso alle informazioni relative agli assistiti di tutti i componenti l’associazione.

Ai sensi della legge sulla privacy n.196 del 30/6/2003 e provvedimenti successivi non viene effettuato il trattamento dei dati personali se non per quanto imposto dalla normativa vigente e il medico non comunica né diffonde i dati a soggetti diversi da quelli individuati dalla legge.

L’accesso ai dati, informatizzati e non, è possibile solo ai medici dell’associazione, ai loro sostituti e, limitatamente alle specifiche e diversificate competenze, è consentito al personale infermieristico e di segreteria degli studi medici.

# ACCESSO ALLO STUDIO

La forma associativa “Medicina di Gruppo” consente all’assistito l’accesso presso la sede unica ambulatoriale, articolata in più studi professionali ove è garantita la presenza del medico **per cinque giorni la settimana**, e/o presso le sedi periferiche qualora siano state individuate.

L’assistito può accedere agli ambulatori:

- (\*) mediante prenotazione da effettuarsi direttamente o tramite telefono negli orari individuati nei prospetti sotto riportati;

(eventuali accessi urgenti verranno recepiti immediatamente nell’ambito degli orari di apertura dell’ambulatorio);

- (\*\*) mediante accessi liberi (cioè senza fissare un appuntamento) negli orari previsti.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ studio medico in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefono n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ambulatorio)  Telefono n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cellulare)  Numero fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
|  | Lunedì | Martedì | Mercoledì | Giovedì | Venerdì | Sabato |
| mattino |  |  |  |  |  |  |
| pomeriggio |  |  |  |  |  |  |
| ***Indicare la modalità,***  ***in caso di accesso su***  ***prenotazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** | | | | | | |

Nello studio/studi operano n. ……… unità di personale di segreteria e n. ………. unità di personale infermieristico.

Il personale di segreteria è addetto a: …………… ***(indicare attività assicurate dal personale)***. E’ in generale di supporto al medico e agli assistiti. Collabora con il medico alla materiale compilazione di documenti contenenti anche dati sanitari individuali.

Il personale infermieristico svolge anche in modo autonomo la propria professione sanitaria a favore degli assistiti sulla base delle indicazioni del medico.

Gli orari di presenza del personale di segreteria e del personale infermieristico sono i seguenti:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I Cittadini possono usufruire dell'assistenza erogata dei Medici addetti al Servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) nei seguenti orari:

* dalle ore **20.00 alle ore 8.00 di tutti i giorni feriali**;
* dalle ore **08.00 alle ore 20.00 di tutte le domeniche e giorni festivi**;
* dalle ore **10.00 dei giorni prefestivi infrasettimanali alle ore 08.00 del giorno feriale** successivo alla festività;
* dalle ore **08.00 alle ore 20.00 di tutti i sabati**.

Si accede al Servizio di Continuità Assistenziale componendo il numero telefonico **035/3535 (N.U.C.A. Numero Unico Continuità Assistenziale)** da qualsiasi Comune della Provincia bergamasca. La chiamata verrà così trasferita alla Postazione di CA di riferimento della località di provenienza della richiesta.

Le chiamate di emergenza per persone in pericolo di vita devono essere inoltrate al numero telefonico 112 (Numero Unico d’Emergenza).

# VISITE DOMICILIARI

Le visite domiciliari vanno richieste ***(inserire la modalità di recepimento della richiesta: es cassetta delle lettere, cellulare, telefono fisso, ect)*** entro le ore 10 del mattino per essere effettuate in giornata; le visite domiciliari richieste dopo le ore 10 del mattino vengono effettuate entro le ore 12 del giorno successivo.

Le visite domiciliari necessarie vengono effettuate **gratuitamente**,con particolare riferimento alla **non trasferibilità** dell’assistito.

# PRESTAZIONI GRATUITE

Le prestazioni gratuite del Medico di famiglia comprendono:

- Visite ambulatoriali e domiciliari a scopo diagnostico e terapeutico

- Prescrizioni di farmaci

- Richieste di visite specialistiche, di indagini di laboratorio o strumentali

- Proposte di ricovero ospedaliero e compilazione scheda di accesso

- Prestazioni di carattere certificativo e medico legale (es. certificati di malattia

per i lavoratori dipendenti; certificato di idoneità sportiva non agonistica, su

richiesta scritta formulata da parte dell’Autorità Scolastica;

- Certificato di guarigione degli addetti alle industrie alimentari

- Prescrizioni di cure termali

- Prestazioni aggiuntive (es. medicazioni, suture, ecc...)

- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) e Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

L’eventuale trascrizione su ricettario regionale di prescrizioni di indagine specialistiche, ricoveri e farmaci effettuate da altri medici del servizio sanitario nazionale o liberi professionisti, da parte del medico di famiglia, non è un atto dovuto, ma viene effettuata solo se il medico di famiglia concorda con l’indicazione, assumendone le relative responsabilità. In particolare, il medico di famiglia è direttamente responsabile dell’applicazione della normativa di legge sulla concedibilità dei farmaci prescritti.

**PRESTAZIONI A PAGAMENTO**

***(le tariffe applicate sono riportate nella Carta dei Servizi del singolo Medico)***

|  |  |
| --- | --- |
| - Certificato di idoneità sportiva non agonistica o certificato di buona salute | € |
| - Certificato ad uso assicurativo | € |
| - Certificato anamnestico per porto d’armi | € |
| - Certificato ananmestico per rilascio di patente | € |
| - Certificato per richiesta di invalidità | € |
| - Certificato di infortunio sul lavoro | € |
| - Certificato per invio in soggiorni climatici e colonie. | € |
| - Prestazioni non comprese nell’elenco delle prestazioni gratuite | € |

**ATTIVITA’ LIBERO PROFESSIONALE**

***(le tariffe applicate sono riportate nella Carta dei Servizi del singolo Medico)***

Il Medico di famiglia può esercitare l’attività libero professionale a pagamento nei confronti dei propri assistiti:

|  |  |
| --- | --- |
| - in studio al di fuori dell’orario destinato all’attività convenzionale | € |
| - a domicilio per le visite espressamente richieste dall’assistito su appuntamento o per pazienti altrimenti trasferibili | € |
| - per visite ambulatoriali e domiciliari richieste ed eseguite nei giorni e negli orari coperti dal Servizio di Continuità Assistenziale | € |

Per eventuali problemi organizzativi o suggerimenti mirati al miglioramento del Servizio erogato, si invitano gli assistiti a far pervenire le proprie osservazioni in forma scritta, anche anonima, al proprio medico.

Luogo e Data Firma e timbro dei Medici

**Allegato 1.2**- Questionario MMG

EUPOLIS LOMBARDIA-POLO DIDATTICO DI BERGAMO

CORSO FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE E CURE PRIMARIE

**“PROBLEMATICHE MEDICO-LEGALI NELL’AMBULATORIO DI MEDICINA GENERALE”**

Gent.ma/Gent.mo Collega,

ti chiedo cortesemente di compilare il questionario sotto riportato, i cui dati saranno estrapolati e rielaborati in forma anonima, al fine di impostare il lavoro di tesi del mio corso di formazione specifica in Medicina Generale, che evidenzi quali siano:

* le principali conflittualità medico-legali con i propri assistiti;
* gli eventuali procedimenti medico-legali civili e/o penali a carico dei MMG
* le strategie messe in atto/ da pianificare in modo tale da risolvere tali criticità nella pratica clinica .

Tale lavoro si prefigge anche di valutare quanto tutto ciò gravi sul lavoro del clinico e determini reazioni della tanto menzionata e, invero, poco studiata "medicina difensiva".

Nell'attesa di poter conoscere e valorizzare la tua esperienza, ti ringrazio fin da subito per la collaborazione, sperando di restituirti in seguito uno strumento utile per fare un po' più di luce sul rapporto medico-paziente nella concretezza della pratica clinico-assistenziale quotidiana: cuore nella nostra attività di MMG.

Dott.ssa Adriana Colpani

QUESTIONARIO:

1- Quante sono le persone da te assistite?

a) 0-500 b) 500-1000 c) 1000-1500 d) >1500

2- Ti è mai capitato di vivere delle dinamiche di conflitto con i tuoi pazienti?

a) spesso b) di rado c) mai

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3- La conflittualità si è generata per motivi *(possibile più di una risposta)*: | | | Ha avuto un successivo iter medico-legale: |
| a) clinici: | □ discordia sulla diagnosi | | □ |
|  | □ discordia sul piano di cura | | □ |
|  | □ errore di prevenzione | | □ |
|  | □ errore di diagnosi | | □ |
|  | □ errore di cura | | □ |
|  | □ altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | □ |
| b)amministrativi | □ esenzioni | | □ |
|  | □ prescrivibilità di alcuni farmaci in classe A | | □ |
|  | □ prescrivibilità di visite / indagini diagnostiche | | □ |
|  | □ "urgenza" prestazioni | | □ |
|  | □ certificazioni INAIL | | □ |
|  | □ certificazioni INPS | | □ |
|  | □ certificazioni private | | □ |
|  | □ altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | □ |
| c) riservatezza dei dati (segreto, *privacy*) | | | □ |
| d) rapporto tra genitori-minori, soggetti tutelati e tutori | | | □ |
| e) rapporto tra coniugi | |  | □ |

|  |
| --- |
| In caso di successivo/i iter medico-legale/i:  4- Gli iter medico-legali hanno avuto origine soprattutto da conflittualità irrisolte per motivi:   1. clinici 2. amministrativi 3. riservatezza dei dati (segreto, *privacy*) 4. rapporto tra genitori-minori, soggetti tutelati e tutori 5. rapporto tra coniugi   5- Quanti iter medico-legali hai dovuto affrontare nel corso della tua carriera?  a) 0 b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 f) >5  6- In caso di iter, che via ha intrapreso il paziente *(possibile più di una risposta)*?   1. Segnalazione all'ATS – Dipartimento di Cure Primarie 2. Segnalazione all’Ordine dei Medici 3. Richiesta risarcitoria diretta 4. Richiesta risarcitoria per il tramite di un Avvocato / un'agenzia 5. Mediazione civile 6. Citazione in giudizio civile 7. Querela (penale) 8. Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   7- In caso di accertata responsabilità, il procedimento ha comportato una sanzione a tipo di:   1. Richiamo verbale da parte dell’ATS (Dip. di Cure Primarie) per infrazione occasionale 2. Riduzione dello stipendio – sospensione – revoca del rapporto di lavoro con ATS per infrazioni gravi o reiterate 3. Sanzione disciplinare (Ordine dei medici) 4. Obbligo risarcitorio 5. Sanzione penale   8- Che durata hanno avuto in media gli iter medico-legali affrontati?  a) < 1 anno b) 1-2 anni c) 2-4 anni d) ≥ 5 anni  9- A seguito dell'iter medico-legale a tuo carico, hai subito un aumento del tuo premio assicurativo? E in che misura?   1. No, non è aumentato 2. Si, il premio è aumentato -a mio giudizio- in modo non adeguato 3. Si, il premio è aumentato in modo congruo |

10- Sia nel caso in cui il conflitto sia stato risolto all'interno dell'ambulatorio o nel caso in cui sia evoluto in un iter a tuo carico, questo evento ha comportato una interruzione del rapporto medico- paziente?

1. Si, per mia volontà
2. Si, per volontà del paziente
3. No

11- Nel caso in cui la ricusazione sia stata inoltrata da te, la stessa (con le dovute motivazioni) è stata poi accettata dal comitato aziendale (ATS)?

1. Sì, immediatamente
2. Sì, con opposizione dell’ATS
3. No, per opposizione dell’ATS

12- Dopo l'/gli episodio/i di conflitto con i pazienti affrontati ritieni di subito aver subito un possibile condizionamento della tua modalità di relazione / approccio clinico / operato in termini di ‘medicina difensiva’?

a) Sì, sistematicamente b) Sì, in alcuni casi c) No, mai

13- Secondo la tua esperienza e le tue attitudini, l’empatia e la capacità comunicativa sono strumenti efficaci per arginare in modo significativo l’instaurarsi di dinamiche conflittuali?

1. Sì, molto spesso efficace e sufficiente
2. Solo di rado efficace e sufficiente
3. No, mai efficace e sufficiente

14- Saresti interessato ad una ‘formazione alla comunicazione e alla informazione’, se fosse inserita all’interno di programmi formativi dei professionisti della salute?

1. Sì, e sarebbe molto utile
2. Sì, anche se l’utilità sarebbe comunque limitata
3. Sì, ma solo in teoria, poiché pressoché inutile nella pratica
4. No, non le ritengo abilità acquisibili ma innate (l’approccio empatico non può essere imparato)

15- In che entità il cosiddetto Decreto Appropriatezza (G.U. 20.1.2016) ha generato conflittualità nel contesto ambulatoriale?

a) Molto b) Poco c) Per nulla

Eventuali note / commenti: ……………………………………………………………………………………………………

Bibliografia

1. *Guidelines for clinical practice: from development to use*. (1992).Washington DC: Institute of Medicine
2. Bonino (1994). *Dizionario di psicologia dello sviluppo*. Einaudi, Torino.
3. Bernabè S., Benincasa F., Danti G. (1998). *Il giudizio clinico in medicina generale*. UTET, Milano.
4. Cromarty I. (1996). *What do patients think about during their consultations?A qualitative study.* Br J Gen Pract; 46:525-8.
5. Kernberg O. (1993). *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni.* Raffaello Cortina Editore, Milano.
6. Modell A. (1992). *Psicoanalisi in un nuovo contesto*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
7. Moja A., Poletti P. (2016). *Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti*. Ministero della Salute.

Sitografia

[2] Dupuis M, (2013). *Pratica medica, comunicazione e qualità di vita* [online]. Disponibile su <<http://www.mdc-net.org/it/convegni/congresso-internazionale-2007/258-pratica-medica-comunicazione-e-qualita-di-vita.html>>

[3] Sanità Informazione (2017). *Legge Gelli: le line guida escludono responsabilità solo se corrispondono al caso concreto* [online]. Disponibile su <http://www.sanitainformazione.it/gli-esperti-rispondono/responsabilita-professionale-legge-gelli-linee-guida-escludono-responsabilita-solo-corrispondono-al-caso-concreto/>

[4] Huges J. *Organization and information at the bed side: The experience of the medical division of labor by University Hospital’s inpatients.* [online]. Disponibile su <http//www.changesurfer.com/hlth/HuDiss.html>

[5] Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Latina(2006). *Il procedimento disciplinare* [online]. Disponibile su <<http://www.ordinemedicilatina.it/files/3009.pdf>>

[6] L.Roccatagliata (2017). *Il Ddl Gelli è legge: ecco tutte le novità in tema di responsabilità medica-Giurisprudenza penale* [online]. Disponibile su < http://www.giurisprudenzapenale.com/2017/03/01/ddl-gelli-legge-tutte-le-novita>

[7] M.Cimmino (2008). *Risk analysis, teoria dell’errore* [online]. Disponibile su < https://breakerfall79.wordpress.com/tag/modello-di-reason>

[8] F.Gavioli (2015). *Danni al paziente: Asl e medico di base responsabili in solido* [online]. Quotidiano Enti locali &PA. Disponibile su < http://www.quotidianoentilocali.ilsole24ore.com/print/ABspmXZ/0?refresh\_ce=>

[9] G.Guerra (2013). *La ‘medicina difensiva’: fenomeno moderno dalle radici antiche,* Politiche sanitarie 2013 [online]. Disponibile su <http://www.politichesanitarie.it/articoli.php?archivio=yes&vol\_id=1410&id=15655>

[10] L.O. Molendini (2013). *La medicina difensiva: lo scenario*, Eupolis Lombardia [online]. Disponibile su <http://www.eupolis.regione.lombardia.it/shared/ccurl/734/925/Medicina%20difensiva%20(dispensa)%20Molendini.pdf>

[11] AA.VV. *Rapporto medico-paziente*, Consulta di bioetica onlus [online]. Disponibile su <http://www.consultadibioetica.it/rapporto-medico-paziente/>

[12] G.Parisi, L.Pasolli (2016). *Clinica, relazione, decisione. La consultazione medica nelle cure primarie* [online]. Disponibile su <https://books.google.it/books?deliberativa&f=false>

[13] M.Barbieri (2016). *Empatia del medico* [online]. Disponibile su <<http://empatici.com/?p=327>>

*Ringraziamenti*

*Desisero innanzitutto ringraziare la Dott.ssa Pozzi e il Dott. Marchesi senza i quali non sarebbe stata possibile la realizzazione di questo lavoro di tesi.*

*Un ringraziamento doveroso spetta all’Ordine dei Medici di Bergamo e al suo Presidente, il Dott. Pozzi, per la disponibilità dimostrata in più di una occasione nell’inoltro del questionario ai colleghi.*

*Un grazie di cuore al mio amico Sandro, a Gino e a Camilla, che mi hanno insegnato la Medicina Generale che va praticata, amata, valorizzata e difesa.*

*Grazie ai miei genitori e a mia sorella, che hanno sempre creduto in me, senza esitazioni.*

*Grazie a Lorenzo per lo sguardo che mi ha insegnato sulla realtà, perché è da quello che nasce l’esigenza di questo lavoro.*

*Grazie ai miei figli, perché nel tentativo di insegnare a loro quello che è degno di fatica, lo imparo anche io.*