

**GAS**  
communication

NOW PART OF  
AIM COMMUNICATION

# Rassegna Stampa



# INDICE

## SIOT WEB

18/04/2023 quotidianosanita.it 00:04	4
<b>Depenalizzare la colpa medica? Meglio pensarci bene</b>	
18/04/2023 Farmacista33 00:04	7
<b>Sfide per migliorare Ssn, Schillaci: chiudere decreto Lea, rafforzare rete Mmg e farmacie dei servizi</b>	
14/04/2023 saluteh24.com 00:04	9
<b>COMMISSIONE SULLA COLPA MEDICA. NORDIO, NO DEPENALIZZARE MA RIDURRE CRITICITA'</b>	
14/04/2023 www.univadis.it	11
<b>Si dice in Villa - La depenalizzazione della colpa medica è un piccolo passo per migliorare la sanità</b>	
14/04/2023 italiaoggi.it	12
<b>Depenalizzare gli errori medici?</b>	
14/04/2023 www1.ordinemediciroma.it	14
<b>Commissione sulla colpa medica, Nordio: "No depenalizzare ma ridurre criticita"</b>	
14/04/2023 ordinemedicivenezia.it	15
<b>Parliamo ancora di Responsabilità Medica</b>	
13/04/2023 sanitainformazione.it 18:04	17
<b>«Bene depenalizzazione errore medico ma associazioni siano coinvolte nei tavoli»</b>	

# SIOT WEB

8 articoli

## Depenalizzare la colpa medica? Meglio pensarci bene

LINK: [https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=113010](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=113010)



Depenalizzare la colpa medica? Meglio pensarci bene di Mario Iannucci Ci sono perdite per le quali, forse, non è sufficiente un risarcimento pecuniario. Ci sono errori che forse meritano una sanzione penale misurata, come ci si attende da una vera giustizia, che magari impedisse a quel sanitario imprudente, negligente o impreparato di esercitare la professione per qualche tempo. E non mi si venga a dire che questa interdizione professionale compete agli organismi ordinistici. Manteniamo quindi la responsabilità penale medica. 18 APR - Il Ministro della Salute Orazio Schillaci, in una recente intervista a Il Messaggero ripresa anche da QS[1], ha sostenuto che riterrebbe opportuno depenalizzare la colpa medica e ha spiegato alcune delle ragioni per cui ritiene opportuna tale depenalizzazione. Antonio Panti, per la terza volta su QS negli ultimi anni[2], si è dichiarato a favore della depenalizzazione della colpa

medica (ho già detto che preferirei definirla colpa 'sanitaria', anche se purtroppo, nella maggior parte dei casi, riguarda i medici). Mi sono espresso in precedenza, anche su QS[3], in difformità rispetto a alla tesi del Ministro Schillaci, e torno a farlo adesso. Nel nostro Paese, dopo le leggi "Balduzzi" e "Gelli-Bianco", i limiti della colpa professionale sanitaria (medica in particolare) si sono molto ristretti. Non avrebbe senso indicare qui esattamente quali siano tali limiti, ma per semplificare molto potremmo dire che la malpractice può essere ravvisata qualora vengano accertate palesi negligenze, indiscutibili imprudenze e gravi imperizie, rintracciabili ad esempio attraverso un **i n g i u s t i f i c a b i l e** discostamento del sanitario dalle guidelines nazionali e internazionali formulate nel rispetto delle best medical practices per quella determinata patologia o situazione sanitaria. Questi sono i limiti, in verità molto ristretti, attraverso i quali

una colpa sanitaria può essere rinvenuta in ambito civile, anche ai fini risarcitori. Sappiamo bene, peraltro, che l'assicurazione obbligatoria dei singoli sanitari, e delle organizzazioni sanitarie nelle quali essi eventualmente operano, copre gli effetti risarcitori della malpractice accertata in giudizio. I limiti della malpractice che potrebbe comportare l'individuazione di una responsabilità penale del sanitario si restringono **u l t e r i o r m e n t e**. La consolidata giurisprudenza di merito ha infatti stabilito che tale responsabilità **p e n a l e** ( **q u a s i** esclusivamente del medico) la si possa individuare quando il paziente abbia perso la vita, o subito un grave danno, a causa di imprudenze, negligenze o imperizie che siano non solo molto gravi, ma che siano inoltre acclamate al di là di ogni ragionevole dubbio. Chi ha a che fare quotidianamente con beni tanto preziosi come la salute e la vita delle

persone, sa bene di non potersi permettere gravi imprudenze/negligenze/impruderie. Troviamo tutti più che giustificato che l'autista di un mezzo pubblico venga imputato di omicidio stradale per la morte di una persona causata dal fatto che l'autista si sia distratto per rispondere a una telefonata del cellulare. Ma vorremmo forse che un medico non venisse penalmente perseguito per concorso colposo in omicidio doloso quando avesse, per gravi negligenze/impruderie/impruderie, rilasciato a un paziente, sofferente di documentate e profonde turbe mentali, un certificato erroneo che abbia consentito a quel paziente di ottenere un porto d'armi, di acquistare un'arma da fuoco e di uccidere poi con quell'arma, in preda al delirio, delle persone? Oppure pensiamo che non debbano rispondere di omicidio colposo, in ambito penale, dei sanitari che avessero dimesso dal Pronto Soccorso, e rimandato a casa, un paziente che, presentatosi in ospedale con dolori toracici e difficoltà respiratorie, all'esame elettrocardiografico e alle analisi ematochimiche aveva presentato segni parziali ma molto sospetti di un infarto miocardico acuto? Si tratta certo di

evenienze molto rare e isolatissime. Evenienze che non giustificano lo sconcertante dilagare di denunce penali per malpractice medica. Due errori, però, non dobbiamo commettere. Il primo errore è quello di attribuire alla penalizzazione della grave malpractice il larghissimo ricorso dei medici a inutili e costose indagini strumentali e specialistiche. E' la crescente difficoltà dei medici a sostenere responsabilmente il peso di scelte diagnostiche e terapeutiche che causa tale eccessivo ricorso: non è certo la paura di una causa penale, anche perché, dopo recenti sentenze della suprema Corte[4], agli errori (specie quelli lievi) commessi "in fase non esecutiva" (come spesso è la "fase diagnostica" al di fuori dell'emergenza), non viene attribuita una rilevanza penale. E' francamente risibile attribuire la lievitazione della spesa sanitaria diagnostica al timore delle conseguenze penali della malpractice, parlando, cioè, di 'medicina difensiva'. Il secondo errore consiste nel ritenere che la scarsissima percentuale (secondo fonti che nemmeno il Ministro della Salute documenta, la stima sarebbe del 5%) di condanne, nelle cause penali di malpractice, giustifichi la

depenalizzazione della colpa medica. Penso invece che l'iperfetazione delle denunce/querele penali per malpractice debba essere attribuita ad altri motivi, ad esempio alla pleora tutta italiana degli avvocati (qualcuno ha detto che "ci sono più avvocati in Roma che in tutta la Francia" e basterebbe in proposito ricordare lo straordinario avvocato Danny De Vito nel film The Rainmaker). E' d'altra parte innegabile che diverse altre condizioni e spongono alla commissione di errori: si pensi soltanto allo scarso numero dei sanitari (specie di quelli addetti alle emergenze), agli eccessi dei loro carichi di lavoro, alle loro retribuzioni che appaiono davvero risibili se confrontate con le grandi difficoltà e responsabilità professionali. Come ho già scritto in passato, occorrerebbe stabilire un cut-off per i danni che possono consentire l'accesso al penale, così come per le colpe passibili di condanne penali (in questa direzione le leggi e le sentenze recenti qualche limite l'hanno posto). Così come (considerato l'elevato numero di procedimenti penali che non giungono a condanna) occorrerebbe colpire pesantemente nelle tasche coloro che promuovono procedimenti penali pretestuosi, che

esitano in una archiviazione o in una assoluzione. Ma ci sono ulteriori ragioni per mantenere il profilo penale della colpa medica. Ho letto proprio oggi, ad esempio, una curiosa notizia. Un bambino di 5 anni, mentre in un parco pubblico milanese imparava ad andare in bicicletta con accanto il padre, ha urtato una signora di 87 anni, che pare avere riportato, cadendo, un trauma cranico che ne ha causato la morte poco tempo dopo. Il padre del bambino, rivestendo nei confronti del piccolo figlio una posizione di garanzia, sarà chiamato a rispondere di omicidio colposo. Dopo il caso Tarasoff, negli US ma poi anche in Italia, uno psichiatra che per negligenza/imprudenza/imperizia non tutela un suo paziente che si trova in una situazione di pericolo, o non tutela le potenziali vittime di quel paziente pericoloso, risponde per colpa (concorso colposo) del reato doloso altrui. Ci sono illustri scienziati del diritto che reputano insostenibile, da un punto di vista concettuale, la figura giuridica del concorso colposo nel reato doloso di un altro. Ci sono illustri giuristi e medici che continuano a perorare la depenalizzazione della malpractice medica. Io, che sono estremamente lontano dal valorizzare la funzione

vendicativa (o retributiva) della pena, specie in un reato colposo, mi metto però nei panni dei familiari di una persona morta per grave malpractice medica. Mi chiedo se, mettendomi nei panni di uno di questi familiari, troverei giusto che una grave inadempienza medica, una inadempienza per imprudenza/negligenza/imperizia di qualcuno da cui dipende la salute e la vita degli altri, non comportasse anche una sanzione penale oltre a quella civile che mira al debito risarcimento pecuniario. Ci sono perdite per le quali, forse, non è sufficiente un risarcimento pecuniario. Ci sono errori che forse meritano una sanzione penale misurata, come ci si attende da una vera giustizia, che magari impedisse a quel sanitario imprudente, negligente o impreparato di esercitare la professione per qualche tempo. E non mi si venga a dire che questa interdizione professionale compete agli organismi ordinistici, che sono di fatto impossibilitati a procedere in assenza di un pronunciamento giudiziario. Manteniamo quindi la responsabilità penale medica. Quando qualcuno assume sulle sue spalle la responsabilità della salute e della vita di altri uomini, il peso di questa responsabilità fortifica, in lui, la capacità di prendere

decisioni prudenti, diligenti e competenti. Dr. Mario Iannucci Psichiatra psicoanalista Esperto di Salute Mentale applicata al Diritto [1] [https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=112793](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=112793) [2] [https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=112877&fr=n](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=112877&fr=n) [3] [https://www.quotidianosanita.it/lettere-a-l-direttore/articolo.php?articolo\\_id=71877](https://www.quotidianosanita.it/lettere-a-l-direttore/articolo.php?articolo_id=71877) [4] Si veda ad esempio la cosiddetta "Sentenza Mariotti" (Cass. Sez. Un. 21 dicembre 2017 (dep. 22 febbraio 2018), n. 8770), i cui principi sono stati ripresi anche da altre e più recenti sentenze della Cassazione (si veda, ad esempio, Cass. Sez. IV, sent. 1 dicembre 2021 - dep. 22 marzo 2022- n. 9701). 18 aprile 2023 © Riproduzione riservata

## Sfide per migliorare Ssn, Schillaci: chiudere decreto Lea, rafforzare rete Mmg e farmacie dei servizi

LINK: <http://www.farmacista33.it/sfide-per-migliorare-ssn-schillaci-chiudere-decreto-lea-rafforzare-rete-mmg-e-farmacie-dei-servizi/politica-e-san...>



Home / Sanità Sanità  
apr182023 Sfide per migliorare Ssn, Schillaci: chiudere decreto Lea, rafforzare rete Mmg e farmacie dei servizi Il ministro della Salute, Orazio Schillaci illustra le sfide e gli strumenti per migliorare il Sistema sanitario nazionale (Ssn), tra cui rafforzare rete Mmg e farmacie dei servizi Chiudere il nuovo decreto sui Lea, depenalizzazione della responsabilità medica, meno burocrazia, ospedali di comunità e rafforzamento della rete dei medici di medicina generale e delle farmacie dei servizi. Queste le sfide e gli strumenti per migliorare il Sistema sanitario nazionale (Ssn) secondo il ministro della Salute, Orazio Schillaci. Ne ha parlato su Elisir, in onda su Rai Tre. "Abbiamo regioni diverse con modelli diversi che fanno registrare ancora oggi tante disuguaglianze di cui sono vittime i cittadini italiani. L'autonomia differenziata può diventare un modello

virtuoso che genererà un maggiore riequilibrio tra le regioni, ma rivendico un ruolo guida del ministero della Sanità. Le regioni in difficoltà devono trovare aiuto nel ministero. Nei prossimi giorni riusciremo a chiudere il nuovo decreto sui Lea, fermo da oltre sei anni, segnando un cambio di marcia per una sanità più equa in tutte le regioni". Depenalizzazione della responsabilità medica e riduzione burocraziaC'è poi il tema della depenalizzazione della responsabilità medica, salvo i casi di errore "doloso" come strategia per ridurre le liste di attesa: "È un passo significativo - ha detto il ministro - stiamo lavorando con il ministro Nordio su un provvedimento utile a diminuire la cosiddetta medicina difensiva. Vengono prescritti tantissimi esami inutili, che pesano sulla spesa sanitaria nazionale fino a 10 miliardi l'anno. Rendere il medico più sicuro nella sua

posizione - senza togliere nulla ai pazienti, perché se c'è un errore per dolo e colpa grave il medico ne risponderà - potrebbe ridurre le liste di attesa". Per quanto riguarda il problema di carenza di organico, secondo il ministro "bisogna combattere il triste fenomeno dei gettonisti, che ho scoperto poco tempo dopo essere diventato ministro e sul quale abbiamo preso 15 giorni fa un provvedimento di legge per contrastarlo. Per far tornare anche il gettonista a lavorare nel Pubblico va reso più attrattivo il Ssn. Ma sarà incremento pure il numero dei posti nella facoltà di Medicina e Chirurgia. Infine, guardiamo con attenzione ad altre nazioni perché le figure che mancano oggi e mancheranno nei prossimi anni in Italia sono gli infermieri". Altra sfida è la riduzione della burocrazia: "L'attenzione al paziente è fondamentale. Ho sempre insegnato ai miei studenti e

agli specializzandi ad avere grande cura nel raccogliere le informazioni dal paziente perché gran parte della diagnosi si fa con l'anamnesi. Per questo credo che dobbiamo aiutare i medici, in particolare i medici di medicina generale, ad avere un minor carico burocratico. E su questo stiamo già lavorando in piena sintonia con loro per far sì che si possano dedicare a quelle che sono le caratteristiche del medico, cioè ascoltare il paziente, fare la diagnosi, curarlo e visitarlo e non essere presi da mille altre incombenze che non competono ai medici e agli operatori sanitari". Rete medici di famiglia e farmacia dei servizi Sul fronte del sovraffollamento dei Ps, Schillaci cita i fondi ad hoc per ospedali di comunità all'interno del Pnr, che "devono essere realizzati entro il 2026 e possono rappresentare presidi importanti a media intensità. Oggi gran parte dei pazienti che si recano nei Ps possono farne a meno, dobbiamo puntare allora su forme alternative di assistenza per dare al paziente la possibilità di trovare una risposta alla sua richiesta di salute non solo nei Pronto soccorso ma anche nelle nuove case comunità e negli ospedali di comunità. Va rafforzata, inoltre, la rete dei medici di

medicina generale e delle farmacie dei servizi".



## COMMISSIONE SULLA COLPA MEDICA. NORDIO, NO DEPENALIZZARE MA RIDURRE CRITICITA'

LINK: [https://www.saluteh24.com/il\\_weblog\\_di\\_antonio/2023/04/commissione-sulla-colpa-medica-nordio-no-depenalizzare-ma-ridurre-criticita.html](https://www.saluteh24.com/il_weblog_di_antonio/2023/04/commissione-sulla-colpa-medica-nordio-no-depenalizzare-ma-ridurre-criticita.html)



COMMISSIONE SULLA COLPA MEDICA. NORDIO, NO DEPENALIZZARE MA RIDURRE CRITICITA' "Tutelare insieme il paziente e il medico, riducendo le attuali criticità. Il malato è la prima vittima della medicina difensiva, diventata una zavorra per l'operatore sanitario, che ha il diritto di lavorare con tranquillità, e per il malato, che ha il diritto di non essere sottoposto ad esami inutili e costosi, solo perché il medico pensa così di difendersi da possibili aggressioni giudiziarie". Il ministro della Giustizia, Carlo Nordio, porta il suo saluto all'insediamento della commissione ministeriale per lo studio e l'approfondimento delle problematiche relative alla colpa professionale medica. Presieduta dal magistrato Adelchi d'Ippolito, è composta da giuristi e specialisti in ambito medico. Lo riporta 'Giustizianewsonline', notiziario web del dicastero di via Arenula. Obiettivo del

collegio, "analizzare l'attuale quadro normativo e giurisprudenziale, in cui si iscrive la responsabilità colposa sanitaria, per discuterne limiti e criticità e proporre - come stabilito nel decreto ministeriale - un dibattito in materia di possibili prospettive di riforma". Il lavoro di questa commissione sarà "uno strumento, per successivi interventi normativi volti a ridurre le criticità", conferma il Guardasigilli, che assicura "l'estrema attenzione del Ministero" verso questa professione, per "la sua rilevanza sulla salute dei cittadini e sulle finanze pubbliche". "Se è impensabile una depenalizzazione - chiarisce il ministro Nordio - si può ridurre la possibilità di aggredire gli operatori sanitari con denunce e cause civili: il paziente è il primo interessato ad avere un medico che operi in serenità". Un concetto ripreso dal presidente della commissione, Adelchi d'Ippolito, che ribadisce la

necessità di "individuare un punto di equilibrio, per garantire al paziente una piena tutela e assicurare al medico tranquillità e serenità nell'esercizio della sua professione: il paziente deve accostarsi alle strutture mediche con fiducia. Un medico preoccupato farebbe o troppo o troppo poco". "Si può ridurre l'area penale, necessario lavorare anche sulla prevenzione", aggiunge il Viceministro alla Giustizia, Francesco Paolo Sisto. La commissione è composta da Enrico Elio Del Prato, professore ordinario di diritto civile (Università La Sapienza di Roma), Vittorio Fineschi, professore ordinario di Medicina legale (Roma La Sapienza), Antonio Fiorella, professore emerito di diritto penale (Roma La Sapienza), Giulio Maira, adjunct professor di neurochirurgia (università Humanitas di Milano), Francesco Musumeci, direttore Uoc di cardiocirurgia e dei trapianti di cuore (Azienda

ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma), Antonella Polimeni (Rettrice Università La Sapienza, Roma), Giovanni Scambia, professore ordinario istituto di clinica ostetrica e ginecologica (ospedale Gemelli di Roma), Attilio Zimatore, professore ordinario di istituzioni di diritto privato (Università Luiss Guido Carli di Roma), Matteo Caputo, professore ordinario di diritto penale (università Cattolica del Sacro Cuore di Milano). Partecipano ai lavori della commissione i vertici del Gabinetto del ministero della Giustizia, dell'Ufficio legislativo e del Dipartimento per gli affari di giustizia.

## **Si dice in Villa - La depenalizzazione della colpa medica è un piccolo passo per migliorare la sanità**

La situazione della sanità italiana è in tale difficoltà che nessun singolo provvedimento, tanto più se a costo zero, può pensare di riportarla in quattro e quattr'otto a un livello di sostenibilità ed efficienza. Nemmeno la dichiarazione del ministro Orazio Schillaci secondo cui si intende depenalizzare la colpa medica sarà quindi un colpo di bacchetta magica, ma c'è da sperare che possa produrre in maniera indiretta più effetti positivi di quelli auspicati con altri provvedimenti recenti. Non basterà infatti l'aumento dei posti disponibili nelle facoltà di medicina, con il nuovo test TOLC MED inaugurato proprio in questi giorni, a rimediare alla grave e ingravescente carenza di professionisti nel sistema. Ci vorranno molti anni prima che l'aumento delle matricole di oggi arrivi a rimpolpare le file dei medici, e tutti sappiamo che l'imbuto formativo non è all'ingresso, ma a valle dell'esame di laurea. Eppure nemmeno il meritevole tentativo degli ultimi due Governi di mitigare questa situazione aumentando il numero delle borse assegnate alle scuole di specializzazione ha dato buoni frutti. Anche così le scuole di specialità meno appetibili, come Medicina d'urgenza e Anestesia e rianimazione, non hanno riempito tutti i posti disponibili. I neolaureati non vogliono immolarsi intraprendendo una strada che offrirà pochi o nessuno sbocco nel privato, non prevede attività ambulatoriale, impone di affrontare turni e orari incompatibili con la vita familiare, a volte mette perfino a rischio la vita, data la sempre più frequente violenza dei pazienti e dei loro familiari. In questo contesto la proposta del ministro potrebbe essere più utile delle piccole gratifiche economiche di recente concesse a chi lavora in pronto soccorso. Lasciare che solo i comportamenti riconducibili a dolo possano essere perseguiti per via penale alleggerirebbe infatti il peso delle polizze assicurative che erodono gli stipendi. Potrebbe ridurre il ricorso alla medicina difensiva, con esami o interventi di dubbia utilità effettuali solo per poter dire di aver fatto "tutto il possibile" e sottrarsi alla possibile accusa di omissione. Tagliando questa fetta di prestazioni, che si stima rappresenti il 10% della spesa sanitaria in Italia, oltre a ottenere un risparmio di risorse utilizzabili in altri settori, si potrebbero alleggerire le liste di attesa, offrendo in tempi più brevi ai pazienti che ne hanno davvero bisogno gli accertamenti o le prestazioni che servono, riducendo il loro risentimento. I medici potrebbero lavorare più serenamente in scienza e coscienza, senza timore di doversi trovare in tribunale, da dove uscirebbero nel 97% dei casi con un'assoluzione che tuttavia non basta a compensare l'angoscia, i costi legali, i danni reputazionali legati a ogni causa. Certo, restano le cause civili, che è giusto garantiscano ai pazienti o alle loro famiglie l'eventuale risarcimento per le conseguenze di un errore compiuto per imprudenza, imperizia o negligenza. Sarebbe bene che dei costi legali, in questo caso, si facciano totalmente carico le strutture, riconoscendo così anche la loro parte di responsabilità, nel non aver favorito la formazione continua dei propri dipendenti, il supporto di un lavoro di équipe, turni umani e una qualità del lavoro sostenibile: tutti fattori che permettono di migliorare la qualità dell'assistenza e tutelano i pazienti più di una condanna a posteriori al medico che ha sbagliato, dopo anni di confronto nelle aule di un tribunale.

## Lo propone il ministro della Salute Orazio Schillaci con degli argomenti abbastanza solidi **Depenalizzare gli errori medici?**

Il 95 % dei processi si conclude con il proscioglimento

«Depenalizzazione degli errori medici? Dai dati che abbiamo gran parte delle cause giudiziarie contro i medici finiscono nell'assoluzione. Per questo va depenalizzato il reato. E poi la medicina difensiva è un male. Porta i medici a prescrivere troppi esami, ingolfa le strutture, aumenta le liste di attesa. E le dico da medico: confonde anche il medico curante che da tanti, troppi, accertamenti deve trarre le conclusioni». Così ha dichiarato il ministro della Salute Orazio Schillaci in merito alla proposta di depenalizzazione degli errori medici per limitare la medicina difensiva. Ma quando si può parlare di «colpa medica»? Quando sussiste un nesso causale tra la lesione alla salute psicofisica del paziente e la condotta dell'operatore sanitario in concomitanza o meno con le inefficienze e carenze di una struttura sanitaria. In parole povere, quando un soggetto, ricoverato in ospedale, esce peggiorato invece che migliorato. L'esempio classico è quando il chirurgo dimentica una pinza nel corpo del paziente o quando lo stesso paziente, in stato d'incoscienza, cade dal letto e si procura delle lesioni. Siccome le cause possono essere numerose, ogni Asl, ogni ospedale, ogni regione ha stabilito dei parametri di riferimento sia per quanto riguarda l'assistenza che la cura vera e propria. Le cure, di solito, vengono regolate durante i numerosi congressi medici che riguardano le singole patologie. Se un medico cura un tumore seguendo i parametri stabiliti non si potrà parlare di colpa medica, neppure se il paziente non dovesse rispondere al trattamento. E allora quando si può parlare di colpa medica? Quando, oltre ai casi macroscopici detti sopra, il medico cura il tumore con una terapia di sua invenzione, applicando dosaggi che lui (ma solo lui) ritiene efficaci. Se va bene e il paziente guarisce bene così: il medico farà il suo rapporto al prossimo congresso, ricevendo le critiche o gli applausi dai suoi colleghi. E se va male? Risponderà di colpa medica. Finora (ecco dove interviene il ministro) il medico deve rispondere sia civilmente per i danni causati sia penalmente per «colpa» che consiste, secondo l'articolo 43 del codice penale, nel verificarsi di un evento dannoso «a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per l'inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline». Il rischio del processo preoccupa il medico che, per evitarlo, prescrive a volte esami inutili e costosi. L'idea del ministro è abbastanza semplice e - apparentemente - condivisibile. Ad oggi il paziente che si sente danneggiato può agire sia civilmente che penalmente contro il medico e la struttura. Civilmente la riforma di Schillaci non cambierà niente: tutti i medici, le cliniche, gli ospedali sono assicurati per queste evenienze e l'assicurazione provvederà sempre al ristoro dei danni. Penalmente il medico risponderà ancora in caso di dolo o colpa grave (quando, cioè, ha fatto apposta: sapeva di far male e voleva proprio far male - dolo - oppure era un dentista e ha curato una frattura - colpa grave), mentre non risponderà più in caso di colpa. Dobbiamo anche considerare che il giudice non è un medico. Per cui nel processo non può che nominare un medico legale che deve accertare le condizioni del paziente prima e dopo il ricovero, per stabilire se è peggiorato e di quanto e che deve riferire al giudice quali protocolli il medico imputato ha violato. Nel caso il medico commetta più violazioni, ci sarà sempre il giudizio del suo Ordine che potrà, nei casi più gravi, sospenderlo o radiarlo dalla professione medica. Secondo l'Anaa (associazione nazionale aiuti e assistenti ospedalieri) ogni anno in Italia vengono intentate 35.600 nuove azioni legali, mentre ne giacciono 300 mila nei tribunali contro medici e strutture sanitarie pubbliche. Spesso si traducono in un nulla di fatto, considerando che il 95% si conclude con il proscioglimento. Dunque la riforma

proposta da Schillaci potrebbe davvero migliorare i rapporti tra medici e pazienti.

## Commissione sulla colpa medica, Nordio: "No depenalizzare ma ridurre criticità"

Roma, 14 apr. - "Tutelare insieme il paziente e il medico, riducendo le attuali criticità. Il malato è la prima vittima della medicina difensiva, diventata una zavorra per l'operatore sanitario, che ha il diritto di lavorare con tranquillità, e per il malato, che ha il diritto di non essere sottoposto ad esami inutili e costosi, solo perché il medico pensa così di difendersi da possibili aggressioni giudiziarie". Il ministro della Giustizia, Carlo Nordio, porta il suo saluto all'insediamento della commissione ministeriale per lo studio e l'approfondimento delle problematiche relative alla colpa professionale medica. Presieduta dal magistrato Adelchi d'Ippolito, è composta da giuristi e specialisti in ambito medico. Lo riporta 'Giustizianewsonline', notiziario web del dicastero di via Arenula. Obiettivo del collegio, "analizzare l'attuale quadro normativo e giurisprudenziale, in cui si iscrive la responsabilità colposa sanitaria, per discuterne limiti e criticità e proporre - come stabilito nel decreto ministeriale - un dibattito in materia di possibili prospettive di riforma". Il lavoro di questa commissione sarà "uno strumento, per successivi interventi normativi volti a ridurre le criticità", conferma il Guardasigilli, che assicura "l'estrema attenzione del Ministero" verso questa professione, per "la sua rilevanza sulla salute dei cittadini e sulle finanze pubbliche". "Se è impensabile una depenalizzazione - chiarisce il ministro Nordio - si può ridurre la possibilità di aggredire gli operatori sanitari con denunce e cause civili: il paziente è il primo interessato ad avere un medico che operi in serenità". Un concetto ripreso dal presidente della commissione, Adelchi d'Ippolito, che ribadisce la necessità di "individuare un punto di equilibrio, per garantire al paziente una piena tutela e assicurare al medico tranquillità e serenità nell'esercizio della sua professione: il paziente deve accostarsi alle strutture mediche con fiducia. Un medico preoccupato farebbe o troppo o troppo poco". "Si può ridurre l'area penale, necessario lavorare anche sulla prevenzione", aggiunge il Viceministro alla Giustizia, Francesco Paolo Sisto. La commissione è composta da Enrico Elio Del Prato, professore ordinario di diritto civile (Università La Sapienza di Roma), Vittorio Fineschi, professore ordinario di Medicina legale (Roma La Sapienza), Antonio Fiorella, professore emerito di diritto penale (Roma La Sapienza), Giulio Maira, adjunct professor di neurochirurgia (università Humanitas di Milano), Francesco Musumeci, direttore Uoc di cardiocirurgia e dei trapianti di cuore (Azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma), Antonella Polimeni (Rettrice Università La Sapienza, Roma), Giovanni Scambia, professore ordinario istituto di clinica ostetrica e ginecologica (ospedale Gemelli di Roma), Attilio Zimatore, professore ordinario di istituzioni di diritto privato (Università Luiss Guido Carli di Roma), Matteo Caputo, professore ordinario di diritto penale (università Cattolica del Sacro Cuore di Milano). Partecipano ai lavori della commissione i vertici del Gabinetto del ministero della Giustizia, dell'Ufficio legislativo e del Dipartimento per gli affari di giustizia.

## Parliamo ancora di Responsabilità Medica

RESPONSUS ABILIS: "Capace di dare risposta" coincide con la capacità di farsi carico dei problemi e di concorrere a fornire soluzioni o comunque risposte al bisogno; il suo significato ha un legame inscindibile con quello di competenza; la responsabilità è in carico a chi compete la risposta. L'intervento medico è sempre gravato da rischi e l'esito indesiderato è parte costitutiva, potenziale dell'intervento; la nostra attenzione deve orientarsi non solo sugli operatori sanitari ma anche (e soprattutto) sull'organizzazione delle cure. L'esito indesiderato e l'errore medico non sono coincidenti ma possono anche essere spacciati per tali ! Se il primo spesso è imprevedibile, il secondo può essere corretto e prevenuto; per questo le conoscenze per la prevenzione e la gestione del rischio devono entrare a pieno titolo nel «core curriculum» formativo dei futuri medici. Dal Codice di Deontologia Medica recepiamo che: "... Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e contribuire all'adeguamento dell'organizzazione sanitaria, alla prevenzione e gestione del rischio clinico anche attraverso la rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure ...". Ricordiamo che solo due paesi in Europa (tra questi l'Italia) hanno conservato per il medico la responsabilità anche in sede penale negli altri è confinata al solo ambito civile. La Legge 158/2012 (Balduzzi) che doveva circoscrivere l'ambito penale al dolo o alla colpa grave si sta dimostrando inidonea e potrebbe anche presentare profili di incostituzionalità. Oggi al medico si richiedono livelli di accuratezza e competenza tali da rendere aleatoria e residuale ogni ipotesi di «colpa lieve» i cui confini con la colpa comunemente intesa, la colpa grave, risultano nella pratica vaghi e indefiniti. Attualmente le denunce contro i medici ammontano a 33.000 (circa) ogni anno; nell'ambito dei procedimenti penali, il 99,8% dei procedimenti per lesione colposa ed il 99,1% di quelli per omicidio colposo si risolvono con l'assoluzione del medico. Il ricorso al procedimento penale è usato come arma di pressione nei confronti dell'assicurazione (e del medico) per accelerare i tempi del procedimento civile e della liquidazione del danno. Segnaliamo che i sinistri protocollati nel 1994 e stimati mediamente pari a 16,4 mila €/sinistro sono stati pagati nel 2002 (dopo otto anni !) per 36 mila €; di qui l'atteggiamento delle assicurazioni che tendono a liquidare il danno in tempi brevi (anche senza il consenso del medico!). E' quindi compito di un paese civile limitare il tempo intercorrente tra l'azione presunta lesiva e comunque dalla sua conoscenza (presa di conoscenza degli effetti dannosi derivati dall'intervento) e l'inizio dell'azione di rivalsa ai due, massimo cinque anni temperando così anche il diritto del danneggiato ad essere liquidato in tempi dignitosi. La depenalizzazione dell'atto medico è una strada percorribile? Noi crediamo che sia una strada difficile perché difficile è l'ottemperamento di interessi diversi (le altre categorie professionali difficilmente accetterebbero questa riserva legislativa !) ma dobbiamo percorrere almeno la strada della derubricazione; non è interesse corporativo della categoria medica ma interesse generale per la salvaguardia dei livelli attuali di sicurezza delle cure e di sostenibilità del SSNN. Ammonta a 1600 milioni di euro l'anno il costo sostenuto dal SSN per stipulare assicurazioni; sono stimati in 12-14 miliardi di euro l'anno i costi delle procedure e della diagnostica attuata come medicina difensiva. Nell'articolo comparso su Epidemiologia e Prevenzione 2012; 36 (3-4) maggio-agosto, pg: 151-161: "Eventi avversi e conseguenze prevenibili: studio retrospettivo in cinque grandi ospedali italiani", il 56% di questi eventi avversi sarebbe evitabile e sarebbe imputabile a quel tipo di errori dovuti alla serenità perduta. Cosa auspichiamo? Una più rapida

conclusione delle cause civili (potrebbe ridurre il costo dei risarcimenti ed il ricorso al penale); una norma che preveda il risarcimento del professionista ingiustamente incolpato; provvedimenti disciplinari per gli avvocati che promuovono cause temerarie; una sanzione (assegnata dal giudice) a carico del denunciante in caso di «lite temeraria»; la previsione che in caso di cure erogate in una struttura del SSN la richiesta di risarcimento vada inoltrata alla struttura stessa e che in caso di «lite temeraria» questa abbia l'obbligo di avviare nei confronti del denunciante un'azione risarcitoria. Dobbiamo analizzare l'ipotesi di un contratto assicurativo unico (primo rischio), valido su tutto il territorio nazionale, per tutte le strutture e per tutti i professionisti del SSN che preveda la copertura della rivalsa da parte delle AUSL Aziende Ospedaliere e la copertura del pregresso; in questo ambito auspichiamo che le iniziative di ENPAM e FNOMCeO trovino una loro sintesi strategica per una maggiore efficacia contrattuale. Abbiamo bisogno di informare correttamente la nostra popolazione sulla netta distinzione tra evento avverso ed errore medico e dobbiamo rivedere la possibilità di liquidazione extragiudiziale del danno civile attraverso un percorso di conciliazione che costringa tutti gli attori ad assumersi responsabilità nel campo della civiltà giuridica. La Federazione degli OMCeO del Veneto ha reiterato la richiesta alla Regione Veneto di conoscere la mappa della copertura assicurativa nelle nostre Aziende Ulss, sino ad oggi non abbiamo avuto risposta; questo silenzio dimostra ancora una volta la difficoltà nei rapporti con la nostra Regione che sembra strenuamente impegnata nei tagli di bilancio ma poco propensa a condividere il disagio delle professioni sanitarie sempre più esposte al contenzioso legale spesso innescato da deficit organizzativi e dai carichi di lavoro. Come professionisti attenti alla salute ed alla sicurezza dei nostri pazienti dobbiamo sempre ricercare la qualità e l'appropriatezza ma oggi appare sempre più gravoso questo compito quando manca un sistema solidaristico di protezione sociale che dovrebbe riconoscere le peculiarità delle professioni sanitarie e di quella medica in particolare che porta sulle spalle compiti, funzioni e responsabilità straordinarie. Maurizio Scassola



## «Bene depenalizzazione errore medico ma associazioni siano coinvolte nei tavoli»

LINK: <https://www.sanitainformazione.it/contributi-opinioni/bene-depenalizzazione-errore-medico-ma-associazioni-siano-coinvolte-nei-tavoli/>

«Bene depenalizzazione errore medico ma associazioni siano coinvolte nei tavoli» Laila Perciballi, Consigliere Nazionale Movimento Consumatori, Commissione Privacy e Responsabilità professionale in Sanità COA Roma, Coordinatrice progetto "Costituzione Etica" e "Revisione Codici deontologici" per la FNO TSRM PSTRP di Redazione «Tante sono le questioni di diritto che ruotano intorno alla 'colpa' in ambito di responsabilità penale in sanità; ma la mia anima di giurista pragmatico che dà più valore alla concretezza dei diritti che alla loro enunciazione, mi inducono a condividere alcune riflessioni». Inizia così il contributo di Laila Perciballi, Consigliere Nazionale Movimento Consumatori, Commissione Privacy e Responsabilità professionale in Sanità COA Roma, Coordinatrice progetto "Costituzione Etica" e "Revisione Codici deontologici" per la FNO TSRM PSTRP, che riceviamo e pubblichiamo. «Diritto alla salute: mi associo al coro di allarme 'salviamo il nostro servizio sanitario nazionale' gridato a più voci dal mondo dei professionisti

della salute e dai cittadini, ma non ascoltato dalle istituzioni. Universalismo? Uguaglianza? Solidarietà? ... In verità, dal rapporto della Fondazione Gimbe, si ha la conferma della disastrosa situazione in cui versa la sanità pubblica tra liste d'attesa infinite, carenza di personale, divario territoriale sempre più profondo, inesorabile avanzata del settore privato, innovazioni inaccessibili e rinuncia alle cure degli anziani, ma anche delle famiglie più disagiate». «Ed ancora la nostra popolazione è sempre più 'ammalata' ad ogni età. Aumentano i bisogni di salute dato, oltre al problema degli anziani e dei fragili, sono migliaia i cd 'Hikikomori' ovvero gli adolescenti definiti 'ritirati sociali' che passano le loro giornate chiusi nelle loro stanze. La crisi di sostenibilità del servizio sanitario nazionale, ci porta ad affermare che stiamo assistendo ad una vera e propria cancellazione del diritto costituzionale alla salute, che riguarda anche la sfera psicologica e sociale» continua Perciballi. «Fascicolo sanitario elettronico: è necessario dare concretezza anche al

funzionamento del fascicolo sanitario elettronico nazionale che consente a ciascun professionista di accedere alla storia clinica di ogni cittadino. Vogliamo che sia un funzionamento reale e non un mero 'annuncio mediatico' dato che, grazie alla digitalizzazione dei dati, ogni persona - ovunque in Italia - potrà richiedere assistenza, potrà evitare di duplicare gli esami in caso non li abbia con se o li abbia smarriti ed ogni medico e professionista della salute potrà conoscere subito la situazione pregressa della persona assistita. Inutile ribadire che il funzionamento del fascicolo sanitario elettronico a livello nazionale, ed un giorno anche europeo, dovrà sempre essere consultato ed implementato nel rispetto delle norme sulla sicurezza e sulla riservatezza». «Depenalizzazione degli errori medici: la proposta del Ministro Schillaci si basa sul depenalizzare la responsabilità medica per colpa (fatta eccezione per il dolo), mantenendo solo la responsabilità civile. Ciò serve a frenare la cosiddetta «medicina

difensiva» che pesa sulle casse dello Stato per circa 10 miliardi l'anno e mette a dura prova la tenuta del sistema sanitario nazionale. Questo intervento legislativo potrebbe restituire a tutti i Medici ed ai professionisti della salute, verso i quali nutro profonda stima e vicinanza, quella necessaria serenità lavorativa da cui scaturisce quell'altrettanto necessaria 'Sicurezza delle Cure' che tutti i Cittadini si attendono quando è in pericolo la propria salute e si diviene Pazienti. Insomma, la depenalizzazione può essere certamente un aiuto sia ad un miglioramento del SSN sia alla complessa macchina della giustizia, ma è necessaria la partecipazione delle associazioni dei consumatori (Movimento Consumatori incluso) al tavolo dei lavori presso il Ministero della Salute sull'argomento ed, a tal proposito, (ri)lancio la proposta al ministro Schillaci di creare un 'Fondo di solidarietà' per le vittime della malasanità e dei loro famigliari, per individuare i criteri di accesso e creare un tavolo di conciliazione che sottragga i cittadini dall'ulteriore sofferenza dei costi e dei tempi della giustizia». «Dove non c'è giustizia non c'è democrazia: Le lungaggini ed i costi della giustizia

ledono il principio di legalità e di equità posto a base di ogni società che si definisce democratica. Sappiamo bene che il processo penale non è la soluzione dato che oltre il 70% delle cause in questa sede si conclude con l'assoluzione, e «350mila cause l'anno giacciono nei cassetti della magistratura, ma le persone - oltre ad aver patito la sofferenza per la malattia, aggravata dall'errore in sanità - si ritrova anche con l'ulteriore dolore di una giustizia che non ha mai fine e che, il più delle volte, vede anche sentenze vittoriose non eseguite per mancanza di fondi delle strutture sanitarie condannate e l'assenza di adeguata copertura assicurativa (ove esistente)». «Complicazioni giudiziarie: se la risposta dell'autorità giudiziaria non è tempestiva, oltre che inutile può divenire dannosa. Se le cause minacciate, vengono davvero incardinate, la giustizia già ferma, giunge alla paralisi». «Aumento dei costi: l'aumento delle liti è un peso gravante sull'economia e rappresenta un ostacolo significativo al pieno funzionamento della sanità (aumento della medicina difensiva) e del mercato per questo si ritiene di condividere la depenalizzazione della colpa purché ciò non significhi una negazione del diritto al

risarcimento delle persone vittime di 'malpractice sanitaria'». «Riduzione della spesa: Le liti in tribunale sono anche un peso per i bilanci fiscali, poiché consumano le entrate pubbliche proprio quando i Governi sono costretti a ridurre la spesa, anche nel settore giudiziario». «Implementazione della finalità non conflittuale della legge Gelli Bianco in ambito sanitario: La legge 24/2017 ha cercato di dare impulso alla finalità conciliativa prevedendo, a pena di improcedibilità del giudizio o la mediazione o l'accertamento tecnico preventivo. Inoltre, la legge stabilisce che l'assicuratore dell'azienda sanitaria faccia parte dell'ATP sia per poter fin dall'inizio formulare eventuali proposte transattive sia per rendere opponibile la Ctu in caso di mancata conciliazione. Purtroppo, anche per le Atp i tempi sono lunghissimi e costosi e le assicurazioni non si presentano per mancanza dei decreti attuativi della legge Gelli - Bianco. La finalità acceleratoria e deflattiva del procedimento voluto dalla legge Gelli deve essere attuata in concreto con il fondo di solidarietà e può essere da volano per i decreti attuativi della legge Gelli - Bianco. Del resto, il 25 gennaio sulla pagine di Quotidiano Sanità, si

leggeva: «Il ministero della Salute sta valutando la possibilità di riavviare il confronto con "tutte le amministrazioni interessate", per poter individuare adeguate soluzioni al fine di adottare l'atteso decreto attuativo della legge Gelli riguardante l'istituzione di un Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria». Si ricorda che sono trascorsi sette anni da allora e che tutto questo ricade sul SSN e sulle persone. Altri rinvii sono inaccettabili, bisogna creare il Fondo di solidarietà o Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria, con tutte le opportune modifiche anche con il coinvolgimento della cittadinanza» conclude Perciballi.