

Nelle prime due immagini

Antonio Chiantera e Giovanni Monni con il presidente del Senato Franco Marini. In basso il presidente Aogoi Monni con il senatore Antonio Tomassini

che dura 28 anni. A questo punto, non praticando la medicina difensiva la prevenzione è fondamentale e in Francia ci stiamo impegnando su questo”.

Responsabilità medica in Slovenia

“In Slovenia – ha esordito **Bojan Popovic**, consulente legale della Federazione europea dei medici dirigenti – abbiamo tre tipi di responsabilità: civile, penale e amministrativa disciplinare. Per quanto riguarda la conciliazione e la mediazione c’è un disegno di legge che è allo studio”. Vediamo dunque la responsabilità civile. Nel diritto sloveno è “importante distinguere tra me-



sabile in ogni grado di colpa. La logica del diritto sloveno per questa distinzione è che ogni medico autonomo è un gestore dei servizi e deve essere responsabile come qualsiasi altra istituzione sanitaria. Nel diritto sloveno è riconosciuta la responsabilità dolosa e colposa, viceversa la responsabilità obiettiva secondo la giurisprudenza slovena non esiste. La colpa deve essere provata. Le assicurazioni, infatti, non risarciscono i danni per incidenti dove la colpa o il dolo non sono provati”. Bojan Popovic nel suo intervento ha poi affrontato il concetto di responsabilità penale per cui “nel diritto sloveno c’è un delitto specifico per la professione medica: si chiama difficoltà medica colposa causata dalle violazioni delle regole dell’arte che provocano un aggravamento della salute del paziente escludendo morte”. La morte rientra nel reato di omicidio colposo non previsto per la professione medica. Per quanto riguarda invece la responsabilità amministrativa o disciplinare c’è un tribunale disciplinare presso la Camera dei medici slovena che è competente

sia per i medici dipendenti che per quelli autonomi, accanto al quale operano le Commissioni disciplinari degli ospedali. Il tribunale disciplinare è organizzato in due istanze ed è competente per processare un principio delle violazioni, le violazioni delle regole dell’arte risultanti nell’aggravamento della salute o nella morte del paziente e violazioni della deontologia medica. Il diritto sloveno prevede il procedimento della conciliazione e non sono rari i casi presentati in tribunale che finiscono con una conciliazione tra medico e paziente. Per quanto riguarda le sanzioni del tribunale disciplinare queste sono di tre tipi: ammonizione pubblica, formazione aggiuntiva obbligatoria, sospensione dell’esercizio della professione medica. In pratica però i tipi di sanzione sono due, l’ammonizione e il recesso del contratto di lavoro che però gli ospedali non mettono in pratica senza l’intervento della Camera dei medici. Infine il rappresentante della

Ignazio Marino

“La sanità è l’unica disciplina dove all’aumento della tecnologia aumentano i costi e i rischi”

Il legislatore, dunque il politico, ha un ruolo centrale nel dibattito sulla responsabilità medica e a lui si rivolgono le istanze dei medici che si sentono vittime di un sistema vessatorio che troppo spesso vede nel professionista un capro espiatorio che paga per errori non sempre dovuti alla sua azione. Alla politica il forum organizzato dall’Aogoi ha chiesto risposte e i politici, ognuno a seconda del proprio ruolo, non si sono sottratti. “La crescita degli incidenti – ha esordito Ignazio Marino presidente della XII commissione Igiene e sanità di Palazzo Madama – è un fatto comune a tutti i Paesi industrializzati, è qualcosa che deve essere considerato con attenzione ma non è peculiare solamente del nostro, o al massimo di altri due o tre Paesi. Stiamo parlando di un fenomeno che si registra in tutto il mondo occidentale, dove ci sono dati sull’attività all’interno delle nostre strutture”. Secondo Marino il problema è legato ad una peculiarità della sanità “credo – ha continuato il presidente della XII commissione – che la sanità sia l’unica disciplina dove all’aumento della tecnologia aumentano i costi e i rischi. Credo anche però che sia possibile mettere in atto una serie di azioni per limitare i rischi e di conseguenza gli errori: riunione settimanale dove gli errori anche quelli senza incidente vengono esaminati e discussi al fine di migliorare tutti i sistemi di sicurezza e fare in modo che l’errore non si ripeta più; unità di rischio clinico; commissioni di conciliazione, cioè delle organizzazioni all’interno nelle quali risolvere l’incidente. Se si segue questa via – ha concluso Marino – si mette un freno all’azione giudiziaria”.

Slovenia ha ricordato come “per i medici subordinati ci sono anche commissioni interne organizzate presso gli ospedali che sono competenti per processare le violazioni della disciplina del lavoro e le eventuali violazioni della disciplina professionale”.

Responsabilità medica in Spagna

“Il diritto alla salute come diritto in quanto tale è alla base di molti ricorsi”

“Il concetto di responsabilità medica non lo abbiamo inventato noi ma è antico di due mila anni. Quello che è cambiato è il

Cesare Corsi

“Evitiamo che la classe medica operi una selezione evitando i casi più complessi”

Ex sottosegretario alla Salute nel precedente Governo, attuale membro della XII commissione Igiene e sanità del Senato, Cesare Corsi conosce la sanità e i suoi meccanismi regolatori e sa che spesso dietro il desiderio di giustizia c’è una sorta di persecuzione nei confronti del medico per cui fermo restando l’interesse superiore, da tutti riconosciuto, che è il bene del cittadino, da avvocato Corsi sa che “la responsabilità medica è spesso legata ad episodi di cronaca che chiedono soluzioni. Tra le azioni per limitare l’errore medico si colloca un’esigenza che è quella del cittadino che mira ad ottenere un esito positivo nel ricorso alle cure mediche. Aspettative alimentate anche e soprattutto dai notevoli progressi che ha fatto la medicina. Al cittadino va spiegato che non sempre la semplice denuncia comporta per il sanitario una serie di conseguenze. È un fatto che i medici siano oggetto di una più attenta critica da parte dei pazienti che spesso sfocia in denuncia. Il rischio se non governato può far sì che la classe medica operi una selezione evitando così i casi più complessi al fine di evitare il danno, creando comunque danni per la sanità pubblica. Il professionista alza le mani e questo va evitato. La maggior parte delle cause intentate si risolvono con assoluzione del medico ma il danno d’immagine spesso lede anche la dignità dell’uomo. Per questo motivo vanno incoraggiate tutte le iniziative promosse da alcune istituzioni sanitarie pubbliche e private, dagli Ordini professionali e dalle associazioni di tutela dei cittadini, tendenti a istituire camere di conciliazione per venire a soluzioni stragiudiziali delle vertenze insorte tra medico e paziente. Le camere di conciliazione sono uno strumento importante per arrivare alla riduzione del contenzioso ma serve far capire al cittadino che l’istituto della conciliazione è pensato nel suo interesse e del professionista che trova uno strumento in grado di garantirlo. La giustizia ordinaria da una parte soddisfa la richiesta del cittadino che si sente ingiustamente danneggiato e dall’altra salvaguarda l’immagine del medico e delle strutture fino a quando l’accertamento dei fatti non ha messo in luce le effettive responsabilità”.

concetto di colpa e di punizione”. Da questo assunto è partito **Ignasio Pidevall Borrel**, delegato della Asociación Española de

Antonio Tomassini

“Non è possibile che un evento di malasanità diventi un biglietto della lotteria”

Antonio Tomassini nella passata legislatura ha preceduto Ignazio Marino alla guida della XII commissione del Senato, è un medico ginecologo e nel suo intervento ha illustrato i punti salienti del suo disegno di legge in materia. “Il mio disegno di legge ha lo scopo di attenuare la pressione sul medico, accelerare i risarcimenti e garantire i sanitari. Bisogna tornare all’obbligo di assicurazione degli enti perché questa è una disposizione che in Italia non rispetta nessuno, prevedere l’arbitrato, l’azione diretta, l’elenco dei periti e limitare il penale alle negligenze e imperizie ma non l’imprudenza sulla quale non si può fare nulla perché può essere valutata solo a posteriori”. Il disegno di legge prevede anche il concetto di lite temeraria che in Italia non è prevista: “Un principio – come ha spiegato lo stesso Tomassini – secondo cui il paziente deve avere il coraggio di sostenere l’accusa”. Nel disegno di Tomassini sono anche previste le unità di rischio preventive che possono diminuire le fonti di rischio e “un fondo sociale di risarcimento, inoltre dobbiamo riconoscere le professioni usuranti e il fenomeno di burn out. Infine è ora di mettere un tetto al risarcimento perché non è possibile che un evento di malasanità diventi un biglietto della lotteria del cittadino”. Insomma un provvedimento a questo punto è necessario non per dare una protezione ai medici ma per ridare serenità ai cittadini oltre che un risparmio importante al Ssn. Riuscendo a diminuire la pressione si darà più libertà ai pazienti, più libertà ai medici, più garanzie a tutti per una corretta alleanza tra pazienti e chi li cura.

Derecho Sanitario (Aeds), parlando di come funziona la responsabilità medica in Spagna. “Oggi gli Usa sono il numero 1 per quanto riguarda le cause per negligenza medica. In Spagna negli anni ‘70 la giurisprudenza era piuttosto scarsa per quanto riguarda la responsabilità medica. Poi è via via aumentata e oggi siamo arrivati ad un punto per cui negli ultimi 10 anni vi è stata una profonda modifica anche in dottrina. Per esempio per quanto riguarda i requisiti per la responsabilità relativa per colpa, in caso di assenza di un consenso informato, mentre in passato si riteneva che il paziente dovesse provare di non essere stato informato, oggi abbiamo una giurisprudenza consolidata che va esattamente in senso con-

Livia Turco

Una legge per gli errori in medicina

trario: è sempre il medico che deve dimostrare il consenso informato. Diversi fattori sono responsabili dell'aumento di litigiosità che sperimentiamo oggi. Il legislatore spagnolo, conscio di tutto questo, ha richiesto ai professionisti del settore di contrarre una polizza per la responsabilità civile e le associazioni professionali hanno promosso controlli per la verifica. Questa copertura è dunque consigliabile perché il ricorso può essere effettuato sia contro il professionista che contro il medico dipendente e può essere importante individuare o isolare la propria difesa dalla difesa del centro della struttura sanitaria che può avere degli interessi in conflitto con gli interessi del medico". Il fenomeno della responsabilità è diventato inarrestabile in tutto il mondo occidentalizzato, anche in Spagna, nonostante il "ritardo" nella partenza e le cause oggi sono aumentate al punto da allarmare i professionisti del settore. "Questo cambiamento - ha tentato di spiegare Ignasio Pidevall Borrel - si è registrato in coincidenza di una maggiore percezione del diritto alla salute come diritto in quanto tale. La responsabilità medica è legata allo sviluppo del concetto di responsabilità che sta diventando oggettiva per cercare di soddisfare, in qualche caso, la richiesta sociale di risarcimento dei danni derivati da una terapia sanitaria". Ignasio Pidevall Borrel ha invitato poi a riflettere su un altro punto: "sebbene la responsabilità civile dei medici abbia una conseguenza sulla reputazione dei professionisti, la prevenzione delle conseguenze di un eventuale risarcimento danni prende in esame soltanto gli aspetti economici mentre non si considera il danno d'immagine. Nella maggior parte dei sistemi ci si protegge rivolgendosi a delle com-

Le norme per la responsabilità professionale dei medici e la sicurezza delle cure entrano nel Ddl "Interventi per la qualità e la sicurezza delle cure" collegato alla legge Finanziaria 2008 e presto saranno operative. Il Ddl, fortemente voluto dal ministro della Salute Livia Turco, si propone di realizzare un governo clinico per prevenire i fattori di rischio e garantire un'efficace governance del rischio. La situazione è tale per cui non c'è più tempo da perdere in quanto "la crescita del contenzioso medico-paziente - ha motivato il ministro della Salute intervenendo nel corso della giornata di studio organizzata al Senato dall'Aogoi - determina un impatto crescente sui comportamenti dei cittadini e degli operatori della sanità, con riverberi che non si limitano a quelli, pur rilevanti, di natura economica ma comportano conseguenze assai più negative sul rapporto di fiducia tra medico e cittadino, per la crescita della medicina difensiva e la mancanza di serenità degli operatori".

Le misure previste nel Ddl mirano alla cosiddetta "messa in sicurezza del paziente - prosegue il ministro nell'illustrazione del prov-

vedimento - allo scopo di mettere sotto controllo i fattori di rischio e ridurre il margine di errore potenziale presente in ogni prestazione". Quali sono gli strumenti messi in atto dalla Turco? È sempre lo stesso ministro ad illustrarli: "Le norme, maturate dalle esperienze positive già in atto in alcune Regioni, introducono le unità di gestione del rischio per favorire la segnalazione degli eventi sentinella e dei sospetti errori di diagnosi e terapia, mappare la sicurezza dei processi, garantire procedure di controllo affidabili, riconoscere e individuare i fattori di rischio e metterli progressivamente sotto controllo. E, ancora, per le apparecchiature ed i dispositivi medici, procedure più stringenti per il collaudo, la manutenzione e le verifiche periodiche di sicurezza. Con questi strumenti si intende agire sul terreno della prevenzione, fare tutto ciò che la tecnologia e l'esperienza clinica oggi ci consentono per evitare il più possibile il verificarsi di nuovi errori". Nell'illustrazione del provvedimento il Ministro, per quanto riguarda la promozione della prevenzione degli errori, chiama a raccolta tutti i protagonisti ovvero Governo, Regioni, Asl e operatori sanitari in modo tale che ognuno per le proprie competenze, secondo un programma condiviso di interventi e di linee guida, operi nella prevenzione. Oltre

alla prevenzione c'è però un altro aspetto che sta a cuore del ministro e che è stato inserito nel Ddl: la tutela dei cittadini e degli operatori coinvolti. "Quando infatti si sospetta che un errore ci sia stato, è bene garantire al cittadino un risarcimento in tempi ragionevolmente brevi, evitando gli lunghe trafale giudiziarie dall'esito incerto e molto onerose, tanto sul piano economico che psicologico. Ed evitare al contempo di incrementare un clima conflittuale che un lungo contenzioso alimenta, con inevitabili ricadute sulla serenità degli operatori sanitari. Il Ddl su questo punto estende la responsabilità civile per la condotta del personale medico e non medico alla struttura sanitaria di appartenenza, prevedendo quindi la relativa copertura assicurativa o, in alternativa, la introduzione di forme di garanzia equivalenti. Si prevede inoltre che le Regioni provvedano a regolare le definizioni stragiudiziali delle vertenze, con l'introduzione di camere di conciliazione alle quali il paziente che ritiene di avere subito un danno può accedere gratuitamente ottenendo un giudizio celere, imparziale e autorevole. Non è giusto - ha concluso il Ministro - che situazioni che hanno spesso la loro genesi nella collettività vengano poi scaricate sui singoli individui e vissute privatamente da questi".

pagnie assicurative disponibili sul mercato ma non è raro che un professionista debba essere protetto da diverse compagnie e quindi debba contrarre polizze diverse". Un istituto recente in Spagna è quello delle corti arbitrali mediche che permettono di evitare il processo ma anche di arrivare ad una transazione su questioni che non sono ancora state portate all'attenzione del giudice. Ignasio Pidevall Borrel ha provato a suggerire un modus operandi per limitare le cause: "Controlliamo la pratica medica molto attentamente e anche i motivi dei ricorsi, informiamo i pazienti della pratica in questione e cerchiamo di mediare con loro, in questo modo eviteremo che molte cause prive di un fondamento solido vengano portate dinanzi ad un giudice. Accanto a questa misura di natura giudiziaria ci sono misure di natura professionale come l'aggiornamento costante, la standardizzazione dell'anamnesi, l'osservanza rigorosa dei requisiti d'informazione, la condivisione delle esperienze e via dicendo".

Franco Marini

"Non mancherà l'impegno del Senato con la vostra Associazione"

"Ho la piena consapevolezza sia della rilevanza del tema trattato che della necessità di un intervento di carattere legislativo che riesca a stabilire per il nostro Paese regole più europee" ha affermato il presidente del Senato Franco Marini nel suo intervento in apertura dei lavori dopo aver ringraziato il senatore Corsi per l'impegno profuso nell'organizzazione della giornata di studio. "Oggi sarà presente il presidente della XII commissione Ignazio Marino e il ministro della Salute, Livia Turco, quindi credo che un passo in avanti nella conoscenza e nel coordinamento ce lo possiamo porre come obiettivo serio. Naturalmente l'approfondimento e la conoscenza dei problemi precede sempre la capacità di legiferare e che ci sia bisogno di regole meno preoccupanti per la vostra professione io ne sono assolutamente convinto" ha proseguito Marini, assicurando che "non mancherà l'impegno del Senato nei rapporti con la vostra associazione".



Amedeo Bianco

Sviluppiamo la formazione continua in sicurezza

Cominciamo con il dire che le buone politiche per la sanità passano attraverso più politiche. La sicurezza delle cure è un obiettivo irrinunciabile e qualificante di ogni politica indirizzata al conseguimento dell'efficacia e della qualità delle organizzazioni sanitarie. Siamo di fronte ad uno scenario cambiato per cui lo sviluppo ver-

ticale delle conoscenze e delle competenze che si distribuiscono su più profili professionali, non solo medici, afferiscono direttamente alla responsabilità gestionale delle aziende. Cambia di conseguenza anche il ruolo dei cittadini che chiedono più qualità, più efficacia e più sicurezza alle prestazioni. Intorno a questo sistema si muovono, dentro e fuori, più attori con propri ambiti di autonomia e di responsabilità creando un universo di domande e bisogni ai quali non sempre si riesce a rispondere correttamente. Gli errori latenti, quelli che appartengono all'area organizzativa e gestionale dei processi clinici, devono però essere cor-

retti. In questa prospettiva, rivisitare il fattore umano dell'evento indesiderato o dell'errore ci consente di poter ragionare in modo diverso allargando lo spettro di attenzione al fenomeno. Sempre più il fattore umano è considerato l'ultimo anello, il medico insomma rischia di restare con il cerino in mano in una situazione di carenze organizzative e gestionali. Occorre raggiungere una visione moderna dell'errore e dei difetti del sistema, solo così potremo approcciare in modo nuovo la famosa lettura dell'errore come strumento per migliorare. Come va affrontato il problema? Facendo cultura, facendo forma-

zione sulla sicurezza. La cultura dell'errore è un sottosistema cognitivo che può essere tranquillamente oggetto di formazione specifica. Cominciamo con il dire che nei curricula degli studenti dovrebbe esserci un numero di crediti formativi universitari dedicati alla cultura della sicurezza e alla prevenzione del rischio. Insegniamo cosa vuol dire rischio clinico, insegniamo a leggere le statistiche, negative e positive, insegniamo cosa vuol dire comunicazione. Per quanto riguarda la formazione continua, uno dei progetti obiettivi deve essere quello di riservare, per i prossimi tre anni, un certo numero di crediti formativi a livel-

lo di Ecm alla formazione continua in sicurezza. Un'ultima cosa sulla sanzione. Sanzione deve innanzitutto significare restituire competenze cognitive a chi ha basse performance. Questa deve essere la cultura civile e moderna della punizione. Un professionista costa tantissimo alla collettività e perderlo in questo modo è sbagliato. Dobbiamo realizzare politiche di buona pratica clinica, sviluppare serie politiche di *technology assessment* che oggi, ad eccezione di qualche Regione, non si fanno e sviluppare forme alternative alle assicurazioni in modo da mettere in atto e valorizzare la conciliazione.

La responsabilità medica nel sistema giuridico inglese

“La gestione del rischio clinico unica strada per ridurre i costi” Parlando dell’Inghilterra occorre innanzitutto tenere a mente la distinzione tra *common law*, modello di ordinamento giuridico di matrice anglosassone fondato su leggi non scritte e sviluppatosi attraverso i precedenti delle decisioni giurisprudenziali, e *civil law*, modello dominante a livello mondiale fondato su leggi scritte. Fatta questa premessa e tornando al modello di responsabilità medica nel sistema giuridico inglese possiamo dire che questo si basa sul principio di Bolam-Bolitho risalente al 1957 per cui il medico può difendersi dalle accuse di negligenza se dimostra di aver operato secondo la pratica comunemente accettata al momento dei fatti. Chi è dunque responsabile in Inghilterra? A rispondere è William Dunlop, presidente dell’European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (Ebcog), che ha spiegato come sotto sua Maestà “esiste un Servizio sanitario nazionale che protegge i medici e gli operatori che operano nel Servizio stesso, per cui esiste un regime di indennità del Ssn”. Per chi lavora nel privato invece come funziona? “Chi lavora nel privato deve trovare da solo la propria tutela. Stesso discorso per chi lavora nel Ssn ma con un contratto specifico e gode di una certa tutela. Recentemente – ha spiegato William Dunlop – è stato creato un nuovo organo chiamato «Servizio per i contenziosi». Questo organo è stato istituito proprio per cercare di ridurre il costo delle cause legali”. Tra i compiti e gli obiettivi di quest’organo, minimizzare i costi, assicurare che gli indennizzi arrivino a coloro che ne hanno realmente diritto, tutelare il Ssn in modo che non vi sia un’interruzione del

Responsabilità medica Sistemi giuridici a confronto

FRANCIA

Il sistema di risarcimento civile

- La responsabilità del medico è di tipo contrattuale
- Prescrizione trentennale del diritto al risarcimento
- Obbligazione di mezzi e non di risultato (ad eccezione di alcune categorie come i chirurghi estetici)
- La responsabilità deriva sempre da colpa del medico: può essere fondata su negligenza e imprudenza, atto illecito, violazione del consenso informato

Dipendenti da strutture pubbliche e private

- Il medico privato e il medico dipendente da struttura privata sono legati da un regime contrattuale con il paziente
- Il medico della struttura pubblica non ha un rapporto contrattuale diretto con il paziente
- Le strutture pubbliche sono soggette alla giurisdizione amministrativa e rispondono dell’operato dei propri dipendenti

Responsabilità extracontrattuale

- Prescrizione decennale
- Comprende anche i danni con determinati da atto medico

La legge Kouchner 4 marzo 2002

- Ha rinnovato l’intero sistema della colpa medica, apportando modifiche al codice civile, al codice della sicurezza sociale e al codice delle assicurazioni
- Mantiene il sistema basato sulla colpa ma introduce un sistema di risarcimento pubblico
- Introduce anche una tutela indennitaria (solo per le strutture pubbliche) per infortuni non riconducibili direttamente a un comportamento colposo, nel caso non sia individuabile un responsabile (es. infezioni nosocomiali)
- L’indennizzo è però concesso so-

lo nel caso di conseguenze gravi

Altre novità introdotte dalla legge Kouchner

- Obbligo di assicurazione per le strutture sanitarie e per gli operatori sanitari liberi professionisti
- Il pubblico dipendente non ha obbligo di assicurarsi in proprio
- Istituisce l’ufficio centrale tariffazione con incarico di stabilire le condizioni di assicurazione cui sono tenute le compagnie di assicurazione

Il procedimento per il risarcimento

- Il paziente può ottenere i documenti medici che lo riguardano e richiedere una perizia di parte
- Se intende richiedere i danni contatta l’*ombudsman* (organismo collegiale per risolvere le controversie) della struttura sanitaria per ricercare una soluzione transattiva

Se non si raggiunge un accordo il paziente può agire in giudizio

Responsabilità penale

- Il medico può essere perseguito civilmente e penalmente
- Se in sede penale non è accertata la responsabilità del sanitario non è possibile proseguire in sede civile
- Il sistema è incentrato esclusivamente sulla colpa, la cui dimostrazione è a carico del paziente.

REGNO UNITO

Linee generali

- Non esiste una disciplina legislativa specifica
- Trattandosi di un sistema di *common law* l’elaborazione è quasi solo giurisprudenziale
- Il medico è ritenuto responsabile se viola il dovere di cura
- Il dovere di cura non sorge solamente sulla base di un contratto, ma sussiste ogni qualvolta ci sia una richiesta di cure

Valutazione della negligenza

- La negligenza del medico è valutata secondo il c.d. *bolam test* con riguardo alla natura dell’attività esercitata e al livello medio di conoscenze che possono essere richieste al medico
- Perché non ci sia negligenza è

fondamentale che il medico abbia seguito una *approved practice*, analoga alle nostre linee guida

- Il medico, inoltre, ha un preciso onere di aggiornamento

La procedura di risarcimento

- Il contenzioso tra il medico, dipendente pubblico, e il paziente viene gestito dal *National health service*
- Il medico non viene coinvolto direttamente ma rimane responsabile disciplinarmente
- Il medico privato risponde in proprio secondo i principi generali

Responsabilità penale

- Il medico può essere penalmente perseguito ma solo in casi gravi
- Dal 2000 ci sono stati solo 11 rinvii a giudizio ma il fenomeno è in crescita
- È allo studio una riforma del reato di omicidio colposo per escludere i medici.

BELGIO

Linee generali

- Non esiste una disciplina legislativa specifica
- La responsabilità è sempre fondata sulla dimostrazione della colpa del medico

La commissione regionale di conciliazione e indennizzo

istituita in ciascuna regione

- Ha competenze per le dispute relative a infortuni medici, infezioni iatrogene e nosocomiali e per ogni altro contenzioso tra utenti e professionisti della salute, strutture sanitarie o produttori di materiali sanitari
- Ha lo scopo di comporre le liti ed è presieduta da un magistrato
- Vi partecipano rappresentanti delle persone malate, dei medici, delle strutture sanitarie e delle imprese di assicurazione
- La commissione può essere adita da chiunque ritenga di aver subito un danno imputabile ad attività medica
- Il ricorso alla commissione sospende l’azione giudiziaria
- La commissione deve esprimersi entro sei mesi, il giudizio può essere contestato solo in casi de-

terminati

Il sistema penale

- Il nuovo codice penale del 1994 prevede tre gradazioni di colpa:
- La colpa semplice (per imprudenza, negligenza e imperizia)
- Violazione intenzionale di un obbligo di legge
- *Faute caractérisé* introdotta dalla l. 2000-647 del 10 luglio 2000 consiste nell’aver esposto qualcuno a un rischio che si sarebbe dovuto conoscere, pur in assenza di intenzionalità

Responsabilità penale

- Attualmente viene punita anche per colpa lieve
- Da tempo si discute se limitare l’azione penale ai soli casi di colpa grave.

SVEZIA

E PAESI SCANDINAVI

Linee generali

- È un sistema largamente improntato sulla responsabilità senza colpa (*no fault compensation*)
- Il risarcimento viene assicurato a prescindere dall’individuazione di un colpevole
- Il medico rimane responsabile disciplinarmente

Il vecchio sistema svedese

- Il sistema di risarcimento svedese, interamente pubblico, vietava il ricorso al giudice
- Ritenuto troppo costoso e non adeguato agli standard democratici del giusto processo è stato in parte modificato

Il nuovo sistema svedese

- Rimane sempre un sistema di *no fault*
- Il paziente deve limitarsi a dimostrare che l’evento dannoso era prevedibile ed evitabile
- La richiesta di risarcimento deve essere presentata entro tre anni da quando il paziente ha saputo del danno e comunque entro dieci anni
- L’onere del risarcimento ricade sulla struttura pubblica che riconosce solo i danni strettamente conseguenti all’evento
- Il personale medico ha comunque l’obbligo di sottoscrivere l’assicurazione pubblica e quindi contribuire al fondo per i risarcimenti.

servizio a causa di questi costi, incoraggiare i miglioramenti e assistere i pazienti per far sì che possano essere ascoltati in

caso di lamentele. Parlando di tematiche che sono più vicine ai ginecologi Dunlop ha anche ricordato che “il Servizio sani-

tario inglese sta affrontando cause per 6,5 mld di sterline a causa di errori grossolani al momento del parto”.

Soluzione possibile per cercare di ridurre i costi dovuti alle negligenze stesse? “La gestione del rischio clinico”. Y

Quattro errori su dieci causati da mancato intervento

È la paura di sbagliare che da sempre causa danni, soprattutto se ad averla è chi tutela la nostra salute. Infatti, secondo quanto emerge dall’esame di 1.286 sentenze della Corte di Cassazione (dal 1995 al 2006), condotto dall’Università di Bari e presentato al convegno ‘Risk management in Sanità: gestione e prevenzione del rischio’, quattro errori medici su 10 sono causati dal mancato intervento del medico che preferisce “astenersi” per paura di

sbagliare. Il 34 per cento degli errori medici provoca danni di tipo neurologico ai pazienti. E fra le discipline mediche, al primo posto per frequenza di errori c’è l’ostetricia (32 per cento), seguita da ortopedia (9,5 per cento), chirurgia generale (8,5 per cento), anestesia (7,5 per cento) e terapia d’urgenza (6,5 per cento). “Dal nostro studio – ha spiegato Alessandro Dell’Erba, professore associato di Medicina Legale all’Università degli Studi di Bari - si

può rilevare come la ritardata prestazione (5 per cento), l’errata prescrizione, la trascrizione e la somministrazione di un farmaco (1,5 per cento) si attestino su percentuali decisamente più basse rispetto alla prestazione inadeguata (43,2 per cento) o addirittura omessa (39,7 per cento). Il numero dei sinistri, secondo i dati dell’Ania (l’Associazione nazionale imprese assicuratrici) - in dieci anni è passato dai 9.484 del 1994 ai

27.953 del 2004. Anche il numero degli incidenti denunciati a carico dei medici è aumentato passando da 3.154 nel 1994 a 11.932 nel 2004”. Secondo l’esperto, l’omessa prestazione trova spesso la propria causa in un atteggiamento ‘difensivo’ da parte del medico “che, per il timore di sbagliare, evita di intervenire. Commettendo in tal modo un errore. Abbiamo svolto questa analisi come primo tassello del ‘Progetto Clinical Risk

Management’ della Puglia. Nella nostra Regione non esiste né un sistema di monitoraggio né una rete regionale per la gestione del rischio clinico: la nostra iniziativa ha l’obiettivo di mettere a punto un sistema organico per la rilevazione dei sinistri e degli eventi sentinella che avvengono nelle unità del Servizio sanitario regionale (Ssr). Si potranno in tal modo evidenziare tempestivamente le criticità ed elaborare le azioni correttive specifiche.