



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI  
ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PARMA**

**La sanità italiana a un bivio esistenziale: quale  
possibile crescita senza un efficace governo  
delle responsabilità?**

**Un efficace governo delle responsabilità  
professionali per uscire dalla crisi**



**Venerdì 24 ottobre 2014  
ore 8.30**

*Palazzo Soragna  
Strada al Ponte Caprazucca, 6*

#### **RELATORI E MODERATORI**

**ANALISA BASSI**

Avvocato

**MAURIZIO BENATO**

Vice Presidente AnmeoD,  
Presidente Ordine Padova

**ANTONIO BIANCO**

Presidente AnmeoD, Presidente  
OmeoD Torino

**LUIGI CAÇANIÒ**

Direttore Spem

**ALBINA CANDIAN**

Ordinario Diritto Comparato  
Università Studi di Milano

**ANTONIO CAPUTO**

Vice Presidente Cassa Nazionale  
Notariato, Titolare Ordine Notarile  
di Parma

**GIORGIO CHIARI**

Presidente Ordine Notarile di Parma

**NICOLA CONDEMI**

Notario in Parma, Commissione  
Regionale Disciplina FER

**NICOLA CUCURACHI**

Medico Legale, OmeoD Parma

**ROBERTO FERRARI**

Broker assicurativo, Consulente

**GIORGIO GRANDINETTI**

Procuratore Repubblica Tribunale di  
Reggio Emilia

**GIANFRANCO IADECOLA**

Giurista, già Magistrato presso  
Suprema Corte di Cassazione

**ANNAMARIA MARFA**

Avvocato, Giudice Onorario  
Giudiziale di Parma

**PIERANTONIO MUZZETTO**

Presidente OmeoD Parma e  
Federazione Regionale OmeoD

**UGO SALVINI**

Presidente Ordine Avvocati Parma

**NICOLA SINISI**

Consigliere di Cassazione, Giudice  
presso Tribunale di Parma

## APERTURA CONVEGNO

### < LA SANITA' ITALIANA A UN BIVIO ESISTENZIALE: QUALE POSSIBILE CRESCITA SENZA UN EFFICACE GOVERNO DELLE RESPONSABILITA'? >

#### *UN EFFICACE GOVERNO DELLE RESPONSABILITA' PROFESSIONALI PER USCIRE DALLA CRISI*

\*\*\*\*\*

**Pierantonio Muzzetto, Presidente OmceO Parma**

Il convegno odierno si colloca sul piano della riflessione. Della riflessione a tutto campo su argomenti principali per la corretta gestione della salute pubblica e privata.

Un soffermarsi in modo speculativo, pur rimandando saldamente coi piedi per terra, sullo stato della sanità in generale e su quello della responsabilità del medico e delle altre figure professionali.

E lo si fa considerando che "La sanità italiana è a un bivio esistenziale" ed è forte la considerazione, che è poi una domanda essenziale che ognuno di noi si pone, ossia: può esservi crescita senza un governo efficace delle responsabilità?

Una domanda che racchiude in sé una serie di considerazioni che vogliono non più "solo", o isolato, il medico nell'ambito delle responsabilità, ma coinvolge a vario titolo coloro che ne hanno parte attiva: dalla struttura, ai rapporti all'interno del sistema, ma anche col mondo legale, con la magistratura, senza tralasciare il fenomeno dell'arretramento, dovuto alla copertura assicurativa del medico.

Si parte da una valutazione globale della partei attive e degli attori nei processi di cura e d'assistenza, col porsi perciò nell'ottica della definizione dei tipi e dei gradi di responsabilità della classe medica, oggi messa di fronte ad esigenze di chiarezza chiamata prepotentemente al confronto con il mondo della giustizia, visto il sorgere e l'ampliarsi, dilatandosi, del contenzioso.

A fronte di notizie allarmanti di una sua crescita in tutti i settori dell'assistenza, oggi si vedono coinvolti sia l'organizzazione sanitaria, sia i suoi responsabili, sia quelle altre figure finora a vario titolo risparmiate. Non ne sono perciò esenti il personale medico territoriale, e dunque non solo ospedaliero, e anche le professioni sanitarie.

In una simile situazione che si diffonde a "macchia d'olio", devono certamente identificarsi

i limiti dell'agire medico, come anche devono valutarsi i rapporti fra medici e altre figure che si alternano sulla scena del contenzioso, come controparte e come attori in giudizio.

In occasione del convegno sull'Errore medico alla presenza dell'Assessore Regionale alla Salute, a

Cittadinanza attiva, ed a esponenti del mondo non solo medico, nel 2013, sostenni che in un sistema democratico non si può fare a meno dell'analisi dell'agire del medico e risulta indispensabile procedere ad un esame di coscienza. Un ragionare, se si vuole, in modo assolutamente laico, o meglio ancora socraticamente, che dimostrò come sia opportuno guardarsi dentro e pertanto mettersi in discussione, non dando niente per scontato e non certo agendo con autoreferenzialità.

Proprio il passaggio del mettersi in discussione è il passaggio non solo etico ma risulta una vera necessità per capire i propri e gli altrui limiti, in un sistema in cui deve trovarsi la quadratura del cerchio fra agire e responsabilità dei risultati, o dei non risultati, se non proprio dell'errore, da cui si comprende la dinamica dell'attribuzione delle responsabilità e delle conseguenze per la collettività.

Il convegno odierno, che parte dal presupposto che un efficace governo delle responsabilità, attraverso una visione etica e deontologica della professione, pone le base, come nei suoi auspici, per attivare un percorso di consultazione e collaborazione fra le parti: in questo caso gli Ordini, l'istituzione inquirente e giudicante.

Il tutto con rispetto e onestà intellettuale; con gli occhi di chi esercita, o meglio professa, la medicina che da arte originaria viene sempre più ridotta a prestazione tecnica, per il tributo dovuto alla complessità, che oggi segna l'atto medico e, ancor più, l'assistenza sanitaria.

Per questo, entriamo nell'ambito del confronto costruttivo fra attori delle professioni, cercando di evidenziare quegli aspetti che accomunano e che possono portare a limitare le incomprensioni.

E la chiave di volta va ricercata nella deontologia. Non a torto definita il vero collante, o meglio il traduttore delle singole lingue che ogni professione parla.

Per riuscire a comunicare efficacemente, e in particolar modo trovare soluzioni efficaci ai problemi che a mano a mano si presentano, occorre entrare nella dinamica di problemi della professione medica e nei risvolti del rapporto fra chi cura e chi venga curato.

Ma soprattutto si deve entrare nelle dinamiche del contenzioso, dell'emersione della verità fattuale, che, in ambito sanitario, non può rispondere solo alle esigenze del cliente, ma deve essere il più possibile oggettiva.

Si oserebbe dire che prevale la volontà di prevenire il contenzioso piuttosto che attivarlo, per cui anche nell'emersione dei fatti deve essere conosciuto il meccanismo di valutazione che semplici, si fa per dire, linee guida o protocolli possono indicare.

Ma anche va posta attenzione al problema della cosiddetta medicina "assicurativa" che è una forma ulteriore di quella medicina difensiva che proprio per la mancata copertura e protezione da parte delle assicurazioni allontana sempre più medici dalla professione attiva.

Dunque l'argomento cardine diventa quello della sicurezza dell'esercizio professionale a fronte dell'abbandono delle compagnie assicuratrici, che offrono una copertura solo con premi che diventano insostenibili per il medico alle prime armi ma anche per medici considerati esperti.

Si vanno a toccare perciò aspetti per così dire collaterali, ma non per questo meno importanti, come quello assicurativo e patrimoniale, visto che sempre più si evidenziano problemi relativi alla rivalsa in ambito medico, oggi per chi opera nei settori della sanità pubblica, da parte della Corte dei Conti, con implicazioni anche patrimoniali dei dipendenti.

Per questo vedremo trattati gli argomenti della Responsabilità, dell'iter del contenzioso nei suoi aspetti metodologici e nelle implicazioni che ne conseguono, negli aspetti di gestione del patrimonio, nella gestione delle problematiche assicurative, della gestione legale del contenzioso.

Ma ancora di più andiamo a vedere quali sono gli aspetti più importanti e che riguardano il professare per noi la medicina, nell'ambito della sicurezza, ma anche nell'ambito della copertura assicurativa.

Abbiamo tanti argomenti e sono tante le persone da ringraziare per quello che oggi stiamo facendo, ma concedetemi un minuto soltanto nel ricordare un caro amico che non c'è più e oggi ne ricorre l'anniversario: è Claudio Carosino che è mancato mentre faceva il medico, mentre esercitava la professione, a cui si era dedicato assolutamente con abnegazione coll'essere medico semplice, come lui si definiva, medico di campagna.

Per questo vi chiedo un attimo, anche perché è stato un esempio nella professione medica, un attimo di raccoglimento.

Grazie

Come dicevo prima oggi abbiamo il piacere e l'onore di avere tra noi il Presidente nazionale della Federazione dell'Ordine dei medici, il dr. Senatore

Amedeo Bianco, il quale ci darà delle indicazioni e ci chiarirà il problema della responsabilità, anche alla luce del disegno di legge 1134 che lo definisce.

Abbiamo con noi anche il Vice Presidente nazionale dr. Maurizio Benato col quale poi ci alterneremo nell'ultima sessione per quello che riguarda il futuro anche della professione e quelli che sono gli aspetti più marcatamente professionali e formativi.

Partecipa al convegno odierno, e voglio fargli un ringraziamento particolare, l'ing. Luigi Caccamo in rappresentanza dell'Enpam. Lo ringrazio per due motivi: un po' perché per quanto si è visto nelle fotografie che testimoniano l'alluvione che ha danneggiato la Casa di Cura Piccole Figlie, e che ha toccato anche realtà mediche, ha avuto una prima risposta positiva in tema d'aiuti proprio dall'Enpam. Il presidente Oliveti, quando Parma ha chiamato il giorno dopo l'alluvione, ha senza indugio detto: <caro Piero, l'Enpam c'è>.

E devo, per la sua pronta e non formale partecipazione, sinceramente ringraziarlo a nome di tutti quei medici che si sono trovati in questo triste frangente, privati dei loro strumenti e dei loro beni o che si trovano senza lavoro.

Per questi che si trovano in difficoltà, in accordo proprio con Alberto Oliveti, attiveremo le varie pratiche non appena ci sarà il DCPM che stabilirà lo stato di calamità naturale. E ci potrà dire qualcosa d'importante il presidente Amedeo Bianco, sulle tempistiche del decreto, ossia con l'atto ufficiale con cui verrà stabilito lo stato di calamità per Parma. Ma fin da oggi abbiamo attivato le procedure interne e in tempi brevi riceveremo la visita dei funzionari dell'Enpam che illustreranno le procedure da seguire e risponderanno alle istanze dei colleghi interessati. Ce lo attesta la presenza del dr. Luigi Caccamo come Responsabile dell'Enpam.

Ma lasciatemi ringraziare in modo particolare gli altri co-patrocinatori dell'evento odierno: perché come è stato a suo tempo comunicato abbiamo unite le forze con l'Ordine degli Avvocati e con quello del Notariato.

Nel percorso organizzativo ho il dovere sincero di ringraziare alcune persone: oltre alla nostra Commissione Tematica Ordinistica che ha contribuito all'ideazione e alla costruzione del Convegno, devo ricordar in modo particolare l'avvocato Annalisa Bassi che, oltretutto relatrice, è stata una collaboratrice preziosa, efficace, e soprattutto paziente, nello starmi vicino in questi mesi di preparazione e in certi momenti, riconoscendole la capacità e l'abilità nel trovare soluzioni a tutti i problemi che si sono presentati; così come mi ha aiutato efficacemente anche da un punto di vista organizzativo. Annalisa, a te un grazie sincero.

Infine un grazie a tutti i relatori e moderatori che oggi si susseguiranno nella quattro sessioni del Convegno:

quindi accomuno, la prof.ssa Albina Candian che è Ordinario di diritto privato comparato dell'Università degli Studi di Milano ed anche avvocato, il Tesoriere del Consiglio Notarile di Parma e Vice Presidente della Cassa Nazionale del Notariato Antonio Caputo, oggi presente anche se appena giunto in anticipo rispetto agli impegni istituzionali romani.

Ringrazio il notaio Condemi che verrà oggi a illustrarci il tema che è in programma di sua competenza in rappresentanza del dott. Chiari, presidente dell'Ordine notarile, sostituendolo come relatore.

Devo ringraziare anche Nicola Cucurachi, nostro consigliere, medico legale che parteciperà alla tavola rotonda, il consulente assicurativo, che è anche il nostro consulente dell'Ordine dr. Roberto Ferrari e poi le Istituzioni che partecipano attivamente, il dr. Grandinetti, Procuratore della Repubblica in Reggio Emilia, il consigliere di Cassazione Nicola Sinisi, il giurista e per noi un punto di riferimento nell'ambito medico Gianfranco Iadecola, l'avvocato e giudice onorario del Tribunale di Ferrara Annamaria Marra e, con un saluto particolare e con un ringraziamento sincero, Amedeo Bianco, Presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e Odontoiatri ( Fnomceo) e Maurizio Benato, Vice Presidente nazionale sempre della Fnomceo.

Un grazie ancora per la sua presenza al Procuratore di Parma dr. Antonio Rustico, che non ha voluto mancare e ci ha manifestato la sua vicinanza .

Esauriti i saluti di rito invito il prof. Azzali, nostro Ospite che non manca mai di dimostrare all'Ordine dei medici di Parma la sua vicinanza premurosa, a dire due parole.

Dopodiché daremo inizio ai nostri lavori. Grazie.

### **Prof. Cesare Azzali, Direttore generale UPI Parma**

Buongiorno a tutti. Sono io che ringrazio il Presidente Muzzetto dell'opportunità che come rappresentante dell'Unione Parmense degli Industriali mi dà per dare a voi tutti il benvenuto nella nostra sede e per esprimere alcuni concetti che credo possano servire a far comprendere che la collaborazione che noi continuiamo a dare all'attività dell'Ordine è dal nostro punto di vista anche un obiettivo che corrisponde a quelli che sono gli interessi del mondo economico che noi rappresentiamo.

Viviamo in un momento di grande confusione, il mondo sta cambiando, gli esseri umani fanno molta fatica ad adeguare se stessi, le loro idee, i propri schemi organizzativi, la propria struttura sociale, culturale, politica, a un cambiamento che è una delle tante rivoluzioni che questa specie di animali ha incontrato nella propria trasformazione e che deve in qualche modo gestire al pari di quello che ha già fatto

nel passato, l'economia in particolare incontra momenti di grande difficoltà, in una parte del mondo, perché l'economia del mondo non è mai andata così bene, soltanto che un tempo, ed è durato tre secoli questo tempo, l'occidente era sostanzialmente leader nell'evoluzione positiva e il resto del mondo, come le salmerie dell'esercito di Napoleone, seguiva.

Adesso gli altri, anche grazie, come dire, all'impulso che noi abbiamo offerto con le nostre invenzioni, il nostro modello organizzativo dell'economia e anche della produzione di nuove tecnologie, avendo una forte spinta soggettiva che nasce dalla disponibilità di grandi territori e dal fatto di venire da una grande e profonda e diffusa miseria stanno lavorando con una intensità, con una passione, con una vitalità che noi che ormai siamo vecchi, ricchi e satolli non abbiamo più e quindi fundamentalmente il mondo cresce come non è mai cresciuto in tutta la sua storia, ma l'occidente regredisce.

In questa regressione aumenta la confusione, la confusione delle menti e la confusione dei ruoli e la confusione degli schemi organizzativi e quindi l'economia a propria volta subisce l'effetto di questi comportamenti individuali perché l'economia è fatta dagli uomini, non è fatta dai trattati delle Facoltà di Economia, non è fatta dai Premi Nobel, non è fatta dagli articoli dei giornalisti più o meno consapevoli di quello che capita al loro interno, è fatta dalle persone e noi viviamo in una parte del mondo che non solo non ha più voglia di fare perché non è più vitale, perché vuol vivere nel lusso senza meritare la ricchezza che pretende di spendere, ma soprattutto facciamo fatica a capire come dobbiamo riorganizzarci e ristrutturarci per avere la capacità di tenere almeno una parte del benessere che ci eravamo conquistati nei decenni precedenti, perché questo è il tema.

Dentro a questa trasformazione c'è anche tutta la questione della riorganizzazione dei corpi collettivi, corporazioni un tempo, Ordini, Sindacati, Associazioni imprenditoriali, partiti, confessioni religiose, gruppi associativi più o meno liberi e riservati, ecc.

E tutto questo in un contesto in cui l'impressione è che noi facciamo fatica a trovare un percorso che non sia quello del populismo becero, della ricerca, come dire, di un rapporto diretto fra il principe in alto e la plebe sotto che plaude *panem et circenses* ad ogni offerta di giochi o di vantaggi immediati, come dicono gli inglesi *nihil novi sub sole* ; ma dentro a questo giochino, per cui il potere, non riuscendo più ad essere autorevole perché non è più capace d'interpretare la società che si è parcellizzata e si è, come dire, sclerotizzata su schemi privilegiati che non riescono più a tenere, non è in grado di produrre una capacità di crescita e da autorevole, quale voleva apparire, diventa autoritario per conservarsi; e, per conservarsi, si concentra e questo, almeno nell'esperienza delle

generazioni precedenti, allunga l'agonia ma non fa certo rinascere Lazzaro, perché Lazzaro rinasce se c'è nuova vitalità, se lo spirito entra dentro di lui e deve essere un processo in cui si riprende un'anima che dev'essere un'anima vera.

In un contesto come questo, per chi fa economia, che gli Ordini che sono, se mi passate l'espressione, il risultato di una concezione liberale della responsabilità del rapporto del professionista rispetto al resto della società, che era nobile negli intendimenti e molto spesso beccera nella gestione, si interrogano su quella che è la loro funzione, su quella che è la loro utilità, sulla possibilità di sopravvivere.

E non semplicemente nell'interesse di chi ricopre dei ruoli sociali dentro all'Ordine medesimo, e quindi gestisce gli interessi di tutti, i piccoli benefici, in una condizione di privilegio di tipo oligopolistico, ma cerchi di capire, di interrogarsi, come può dare un contributo a questa trasformazione della società, come può contribuire a ridare dignità ai propri rappresentati, alla professione che viene esercitata, partendo dalla professione più nobile e importante, quella del medico, non perché i medici siano più nobili e importanti degli altri, ma perché hanno per le mani una cosa che è più delicata di tutte le altre che in termini, come dire sintetici, è il bene della salute.

Sembra una battuta, ma se non c'è la salute non c'è null'altro, se il corpo non funziona possiamo tranquillamente rinviare a una valutazione di quello che succederà all'anima dopo che questa, ammesso che ci sia, lascerà il corpo.

Io ci credo, ma molti altri no, sta di fatto che nessuno è tornato a raccontarci che cosa succede una volta che il corpo ha cessato di esistere o per lo meno di funzionare. Questo mette i medici in una condizione molto particolare, e ho finito, che è quella, se hanno l'intelligenza di uscire fuori un po' dalle loro visioni spesso particolari, nella possibilità di essere motore di una ripresa di fiducia perché intanto che curate il corpo se lavorate bene, se avete veramente passione per la vostra professione, se siete e tornate ad essere quegli umanisti che avevano dato origine a, come dire, una evoluzione della conoscenza anche in questo settore della scienza umana, con ogni probabilità riuscite intanto che curate il corpo a curare l'anima.

Noi oggi viviamo in un contesto in cui le persone sono sole, sono state trasformate in monadi, la cui esistenza percorre in modo casuale l'orbe terraqueo talvolta in maniera parallela, talvolta in maniera confliggente, talvolta in maniera convergente con l'esistenza degli altri senza nessuna direzione precisa; e tutto questo, e arrivo al punto che riconduce alla legittimazione di questa riflessione che vi sto infliggendo, si trasforma anche in inefficienza economica, perché le persone che non hanno un obiettivo preciso per la propria esistenza, le persone

che non si sentono in pace con se stesse, le persone che non stanno bene con gli altri, che non sanno fare gruppo non sono produttive.

E non lo sono né dal punto di vista delle proprie idee, né dal punto di vista della propria capacità di fare relazioni umane e alla fine, siccome l'economia è espressione dell'intelligenza dell'uomo, non producono neanche ricchezza vera.

Quindi le aziende fanno fatica a funzionare perché si muovono in un contesto che non funziona e hanno al loro interno della gente che non è sufficientemente motivata e vitale per creare veramente nuova ricchezza aggiuntiva in competizione con gli altri.

Allora che l'Ordine riesca a porsi il problema di qual è l'efficace governo della responsabilità professionale per uscire dalla crisi della sanità italiana è molto importante perché io risparmierei qualche aggettivo e direi "un efficace governo della responsabilità per uscire dalla crisi" perché se si esce dalla crisi forse c'è futuro anche per le professioni, se no anche i medici, dopo aver provato un periodo in cui sono stati relativamente bene, hanno avuto una condizione di relativo benessere, torneranno a fare, come tutto il resto di questa popolazione, una diffusa miseria.

E magari sarà anche una decrescita felice perché riusciremo a realizzare una miseria contenta, ma l'unica contentezza che potremo avere è che la miseria sarà distribuita fra tutti e questo per qualcuno rappresenterà sicuramente un motivo di serenità, io che la miseria l'ho sentita raccontare da quelli che l'avevano fatta, temo però che sia un obiettivo da non perseguire.

Per funzionare di nuovo bene anche l'Ordine deve dare un contributo che però non è riflettere sul proprio ruolo e su come deve fare per funzionare meglio, per cercare di gestire un privilegio professionale, e questo vale per i medici, vale per gli avvocati, vale per i notai, vale per tutti.

No, il problema di fondo è cominciare a chiederci, questi organismi collettivi che erano nati per mettere insieme l'intelligenza, la volontà, il lavoro di tanti e renderlo più efficace, a renderlo più utile, renderlo più in grado di fare crescere la società, come può ritornare a far bene questo mestiere, perché è da lì, dal far bene il mestiere, che si risolve il problema della responsabilità e della gestione della responsabilità.

In una società in cui tutti sono contro tutti non riesci a riportare le cose a buon senso, le cose si riportano a buon senso se si fanno esattamente le cose che si devono fare. E se i medici non fanno bene il loro mestiere, non si impegnano, non sono seri, non sono loro per primi, senza aspettare i magistrati a marginalizzare coloro fra di loro che sono o meno capaci o meno responsabili o più incompetenti, è chiaro che la conflittualità non si riduce esattamente

come non è un problema che riescano a gestire gli avvocati o i magistrati.

Tutto questo a noi, e qui mi rimetto la giacchetta, serve per avere una società che funziona meglio, perché senza una società che funziona meglio non si riesce a fare bene impresa e là dove non ci sono delle imprese che riescono a funzionare bene perché hanno intorno un sistema che funziona bene non si produce ricchezza e il mondo degli apicoltori di Virgilio che erano tanto felici perché rincorrevano come la vispa Teresa le farfalle fra le erbetto, è un mondo che non è mai esistito e con ogni probabilità, almeno io, non vedrò ma temo anche voi.

Quindi se vogliamo dare un contributo positivo all'uscita dalla crisi abbiamo bisogno che anche i medici, non l'Ordine, perché l'ordine non esiste, esistono i medici, esistono le persone, i medici, gli avvocati, i notai, gli ingegneri, gli architetti, gli imprenditori, i professori di università, i magistrati, *absit iniuria verbis* non vorrei incidere sulla loro indipendenza, si diano da fare con grande serietà per far bene il loro mestiere.

A noi, che facciamo cose molto più banali, qualcuno produce pasta, qualcuno mette del sale sulla coscia del gosino e lo vende come prosciutto, chi fa delle cose concrete, quello che serve è che la società riparta anch'essa come le aziende, per produrre ricchezza vera. Questo è l'unico modo per uscire dalla crisi e quindi forse bisognerà cominciare a chiederci qual è il significato di questa parola – responsabilità – che non sta nelle regole esterne, sta nel nostro modo di concepire la vita e di essere responsabili rispetto a noi stessi e rispetto agli altri come base poi per il funzionamento delle regole che dovremo applicare. Grazie della pazienza con cui mi avete ascoltato.

## **INIZIO CONVEGNO**

### **LETTURA**

#### **Pierantonio Muzzetto**

Ringraziando ancora il professor Azzali per l'ospitalità e contraccambiando i saluti che ha portato a nome dell'UPI, do' inizio ai lavori dando il benvenuto ad Augusto Pagani, presidente dell'Ordine dei medici di Piacenza per essere qui con noi a partecipare al Convegno odierno.

Anche lui oggi presente nel nome di quel "gemellaggio" che ci vuole uniti come province, anche se, col sorriso, devo confessare che Piacenza non ci vuole ma noi lo stesso manifestiamo la nostra vicinanza.

Iniziamo ora i lavori veri e propri, entrando nel tema della responsabilità, per cui darei la parola al Presidente Bianco, il quale ci farà una lettura sulla "Responsabilità sanitaria" alla luce dell'attuale normativa. Ci parlerà anche del disegno di Legge di cui è primo firmatario, che in questo momento sembra essere uno dei punti direi qualificanti in tema di riconoscimento della responsabilità medica.

#### **Letture**

**< La responsabilità medica alla luce delle novelle legislative:  
dal DDL 1134/2014 alla Legge. Percorso, prospettive e limiti >**

#### **Amedeo Bianco, Presidente FnomceO**

Grazie Piero. Buongiorno a tutti. Innanzitutto approfitto dell'occasione per portare alla vostra città la vicinanza e l'affetto dei medici italiani per quanto recentemente accaduto; accade sempre più spesso in questo disgraziato paese che negli ultimi anni sta diventando il paese non più del sole ma degli eventi atmosferici, che tutt'altra cosa, mi pare di capire. Quindi davvero grande vicinanza, grande affetto e grande apprezzamento per quel coraggio, quella forza e quella dignità che d'altra parte, per fortuna è diffusa, questo sì, nel nostro paese che vi consentirà, vi consente e vi ha consentito, d'uscire da queste pieghe a testa alta e pronti a ricominciare in quello spirito, come dire, di buona salute civica a cui ci invitava il prof. Azzali dicendo che è comunque una premessa perché un paese riesca a riprendersi dalle sue difficoltà.

Vorrei aggiungere questo a commento prima di entrare nel merito della mia relazione che è sicuramente un invito sano e forte: stare al proprio posto, continuare, lavorare con responsabilità, con abnegazione. Lo stiamo già facendo, lo stiamo già facendo, siamo lì, se questo paese in parte regge; regge con grande fatica e con sofferenze che vanno sempre più allargandosi e chi meglio dei medici che sono per definizione soggetti di prossimità alle persone, per definizione, non può sfuggire a un medico chi gli sta di fronte, almeno intuire o percepire che cosa vive, come vive e la sua storia e quindi chi meglio di voi, di noi questo può capirlo.

Ecco, se il segno di questa drammatica contingenza economica, ammesso che sia una contingenza e non sia invece una situazione che lascerà il suo segno

profondo, forse in un paese più sobrio, meno ricco, diciamo così.

Beh è perché, come dire, gran parte dei professionisti, ma non solo dei professionisti, pensate alla scuola oltre che la sanità, sono rimasti al loro posto, hanno continuato, hanno lavorato e il sistema salute tiene nella misura in cui tengono i professionisti.

Questo non lo dice un sospetto, un sospettissimo presidente della Federazione Internazionale dell'Ordine dei Medici. Lo dice la Corte dei Conti, lo dicono le indagini di soggetti terzi di valutazione delle performance del servizio sanitario nazionale. Il sistema tiene perché tengono gli ottocentomila lavoratori del servizio sanitario nazionale. Quindi noi siamo già lì, come medici, come parte attiva e produttiva; e facciamo la nostra parte in questo momento difficilissimo per il paese e per la nostra comunità.

Veniamo al tema. Se mi consentite, è scritto che devo fare una lettura magistrale: ma insomma, io ritengo di dover parlare magari di contenuti, ma certamente in modo leggero, per non far cadere l'attenzione di chi ci ascolta.

E quindi mescolerò un po' di storia, storia recente, qualche aspetto aneddotico, solo per catturare un po' e tenere un po' viva la vostra attenzione.

E parto da quando io personalmente, così, può essere una delle chiavi per affrontare il tema, ho affrontato questa questione.

Lo ricordo ero appena stato eletto presidente dell'Ordine dei Medici di Torino, era l'anno duemila. Nel 2001 ricevo un invito ad una relazione in quello

splendido anfiteatro del nuovo Palagiustizia di Torino, non so se i magistrati qui presenti lo conoscono, sanno che è splendido, 1500 persone quelle presenti.

E il tema che mi fu affidato fu la medicina difensiva. Già, nel duemila non ero proprio di primo pelo, ancorché appena eletto presidente dell'Ordine dei Medici, però vi confesso che non sapevo nemmeno cosa volesse dire "medicina difensiva": ero un po' in ansia, non l'afferravo, avevo delle categorie di carattere tecnico-scientifico, tecnico-professionale e quindi a un certo punto mi rassegnai all'idea e come tutti allora, andai su internet e cominciai a sgranare questa cosa che per me proprio non riuscivo a capire che cosa volesse dire.

Naturalmente avevo letto gli editoriali del Lancet, del British Medical Journal, The Second Victim: ecco avevo letto e conoscevo naturalmente questi argomenti.

Why are Doctors so unhappy? sono quei famosi articoli perché i medici sono così infelici; avevo letto qualche cosa dei medici americani, dei vari tentativi di riforma della sanità americana prima del duemila. Però francamente non riuscivo a stringere il tema ed ero preoccupato perché era un convegno di magistrati.

E fu così che lavorando su internet tirai fuori la famosa definizione di medicina difensiva che voi sapete quello che ha fatto, si direbbe giurisprudenza, in questo caso dell'Office of Technology Assessment americano, l'OTA americano, che se ben ricordo è del 1998 quindi era relativamente recente in cui definiva la medicina difensiva, spiegava etc. etc. naturalmente questo catturò la mia più giovane ma già allora non giovanile attenzione e approfondii il tema, cominciai a leggere altri testi, mi appassionai, ne valutai i risvolti in termini di efficienza dei sistemi.

A volte avere una storia dietro aiuta a capire tante cose e, come dire, ricordo anche che trovai un bellissimo articolo su una rivista americana di economia sanitaria che era un articolo del duemila, se ben ricordo, dove furono formulate delle stime dei costi della medicina difensiva, della cosiddetta medicina difensiva, cioè di quei comportamenti opportunistici, etc. etc.

E mediante una valutazione di carattere economico nel sistema americano, nel sistema americano che tutti conoscete, profondamente diverso dal nostro, quella rivista stimò i costi della medicina difensiva americana dove il contenzioso è esasperato, lo sapete, in America è esasperatissimo il contenzioso, non solo in ambito sanitario, medicina privata, tutte le storie che conoscete, gli avvocati poverini coi bigliettini fuori, etc. etc.

E fu stimato che in America il costo della medicina difensiva allora era dal 7 al 12 per cento della spesa. Mi viene da ridere, perché se leggiamo alcune affermazioni che io contesto e dovunque posso lo

contesto, secondo cui i costi della medicina difensiva in Italia oscillano tra gli otto e i dodici miliardi di euro. L'avete sentito, non esiste nessun studio attendibile che dimostri questo.

Ho l'impressione che sia un po' una trasposizione di questa cosa vecchia americana, un po' come le morti in ospedale, la storia dei boeing che cadono, li prendono, li portano in Italia perché non esiste, e questo, attenzione è già un dato - *cioè è già il segno di una, almeno allora, adesso è cambiato molto, è cambiato parecchio* - di una certa disattenzione al fenomeno, di disattenzione al fenomeno.

Il fenomeno non era rubricato, non era indicizzato, non aveva il suo target di attenzione, il problema era, come dire, largamente affidato alle evoluzioni della giurisprudenza in materia di responsabilità professionale.

Oggi avrete modo di apprezzarne le considerazioni nel corso della giornata, le aziende, eh sì le aziende si chiamavano già così, e praticamente non avevano nessuna politica di attenzione al fenomeno degli eventi avversi, era praticamente tutto completamente delegato ai broker delle assicurazioni.

Broker o assicurazioni stesse, era una sorta di zona grigia, una sorta di inciampo di questo fulgido sistema di management dei servizi sanitari. Quindi grande disattenzione, bassa cultura, bassa cultura sul fenomeno, ho portato me di esempio, più di così.

Quindi bassa cultura sul fenomeno e proprio bassissima percezione dei potenziali assolutamente negativi, minacciosi che il fenomeno poteva avere. E che poi difatti ha avuto.

E questa era la situazione oggettivamente in quegli anni. Mi ricordo che allora era molto più, ero anche impegnato in attività formative e quindi costruii un piccolo gruppo di entusiasti come me della questione, girammo l'Italia in lungo e in largo, facendo corsi fra gli anni dal 2002 al 2004, 2005, come dire portando l'attenzione alla questione degli errori, dei sistemi complessi e valorizzando anche quello che poi è diventato il punto di riferimento, tutta la cultura, il sistema cognitivo dell'errore nei sistemi complessi.

Divenni presidente della Federazione nel 2006, a marzo del 2006, e non ricordo se a maggio o giugno di quell'anno organizzammo a Cagliari nel 2006 un convegno sui sistemi complessi e gli errori nei sistemi complessi, ovviamente riferendoci alla sanità. Invitammo Reason.

Molti di voi conosceranno Reason. Reason è, diciamo così, il teorico degli errori nei sistemi complessi, è famoso per rappresentare la sua teoria degli errori nei sistemi complessi con la teoria del formaggio gruviera.

Sapete che il formaggio gruviera ha dei buchi, dice: 'guardate che in ogni sistema per quanto attento, per



quanto funzionante ha dei buchi, ha dei vuoti, che sono i buchi della gruviere'.

Gli stessi sistemi complessi dispongono di meccanismi di difesa per cui l'errore si verifica in questi sistemi complessi solo nella circostanza in cui, piuttosto rara, i buchi si mettono in linea, e c'era il famoso disegno della freccia che intercetta tutti i buchi della gruviere.

I buchi della gruviere sono i fattori latenti nelle organizzazioni, cioè quei fattori che all'interno delle strutture possono favorire lo svilupparsi di eventi che nel nostro caso hanno spesso come terminale, agente terminale, il fattore umano, sia esso medico, sia esso infermieristico, sia esso tecnico. E quindi il senso, il significato di questa rivoluzione nella teoria degli eventi avversi, degli errori nei sistemi complessi quali ormai sono diventati i nostri sistemi sanitari, non c'è dubbio.

Sono complessi per le tecnologie, sono complessi per le organizzazioni, sono complessi per le relazioni inter e intra professionali fra più professioni, sono complessi in ragione agli esiti attesi.

Allora il grande significato di questa svolta fu che l'errore non necessariamente o non solamente è il fattore umano, il cappello dell'asino a chi sbaglia, ma l'errore è spesso, e fu addirittura quantificato in circa l'80%, legato all'insistenza, alla persistenza nei sistemi complessi di questi fattori latenti.

Fu una grande rivoluzione da questo punto di vista, ci affascino, mi affascino questa idea. Lo invitammo a Cagliari dicendo – qui in Sardegna non abbiamo la gruviere ma qualche pecorino coi buchi c'è.

Mandammo una lettera così simpatica, lui venne e fu sicuramente un momento significativo in cui la Federazione e gli Ordini costruirono e fondarono un pensiero, un pensiero su questa delicata questione che andava al di là includendolo ovviamente le grandi preoccupazioni del contenzioso legale, le grandi preoccupazioni della materia assicurativa, ma facendo proprio nello spirito a cui siamo stati richiamati da chi ci ospita, di essere innanzitutto dei professionisti responsabili e consapevoli delle proprie responsabilità e dei loro doveri all'interno del sistema delle cure.

Da qui parti un'attenzione, un continuo crescere di iniziative, facemmo altri convegni, facemmo parecchie audizioni perché la scorsa legislatura fu una legislatura che si consumò nell'inutile tentativo di produrre su questi temi una legislazione che, come dire, cambiasse o che prendesse atto o che mettesse ordine su questa materia.

Si consumò inutilmente, mi ricordo che allora producemmo tre, quattro audizioni al Senato dove era incardinato nella scorsa legislatura questo provvedimento.

E quali sono i tratti a mio giudizio fondanti, tratti che io che sono un senatore per caso, perché io sono un

senatore per caso, ho mutuato e ho condiviso con tutto il nostro universo ordinistico.

Portai, non mi ricordo se a Settembre Ottobre, un documento all'attenzione del Consiglio nazionale, il Consiglio nazionale quel documento l'approvò, lo trasformai in un disegno di legge.

Quali sono, almeno a mio giudizio, le architrave di questo ragionamento, fummo in questo sostenuti ovviamente da grandi personalità, una è qui è ladecola, che ci ha seguito, ci ha aiutato in questo cammino, ne facemmo spesso oggetto di incontri con le organizzazioni sindacali, con le società scientifiche, coi cittadini.

Ultimamente è diventato uno dei temi caldi del nuovo codice deontologico, poi ci arriveremo. Quindi vedete non è poi solo un esercizio, una palestra salottiera, è qualche cosa che tocca la carne viva, la quotidianità della nostra professione.

rimo, è l'espressione chiara di cosa vuol dire essere ordine professionale, perché io lo dico con orgoglio che dico essere la proiezione di una costruzione di un cammino delle nostre istituzioni, lo dico con orgoglio, con grande orgoglio.

E' l'affermazione che la prima questione fondamentale su questo problema è lavorare per la sicurezza delle cure.

Possiamo cambiare il Codice civile, possiamo cambiare il Codice penale, possiamo disegnare uno scenario di mercato per le assicurazioni fantastico, però per noi professionisti il tema fondamentale è garantire la sicurezza delle cure. Perché se non c'è sistema sicuro o che cerca o promuove la sicurezza non ci sono sistemi alternativi che possono altrimenti garantire la sicurezza degli operatori e la sicurezza dei cittadini.

E quindi come Ordine la prima scelta è stata e vedete che a differenza di tutti gli altri disegni di legge che sono sette o otto, il primo punto di una legge sulla responsabilità professionale è – operare per la sicurezza dei sistemi, operare per la sicurezza delle cure perché è lì che immediatamente troviamo la sintonia. Gli inglesi direbbero la accountability con i cittadini, con i nostri pazienti.

E' lì che la troviamo, è lì che immediatamente ci incontriamo, è lì che incontriamo anche un'esigenza fortissima, deontologica, tecnico-professionale, perché i comportamenti opportunistici, difensivistici sono innanzitutto un'offesa all'autonomia delle decisioni cliniche.

Il medico che decide in ragione di presunta o vera, per me molto presunta, tutela a fini di potenziali contenziosi è un professionista meno libero, è un professionista meno competente.

Quindi il primo ragionamento è stato questo e allora tutte quelle misure anche coraggiose, anche coraggiose che portano a sistemi più sicuri e guardate

in questa elegante, a volte un po' leggera lettura di come si governa una azienda up down, bottom up.

Insomma queste geometrie manageriali, chiamiamole così senza offesa per nessuno, tutte di grande derivazione manifatturiera, se c'è una attività che è tipicamente dal basso verso l'alto, bottom up, dal basso verso l'alto, è un'attività di prevenzione e gestione del rischio delle strutture complesse, delle organizzazioni complesse.

Ma proprio in ragione di quella rivoluzione culturale che ha trasferito il tema dell'errore, dell'avvento avverso, da quello che è la responsabilità del singolo che ovviamente pure ci sarà, non stiamo dicendo che esiste una responsabilità del singolo o della singola persona, o che il fattore umano è neutro, questo no, poi ne parleremo da questo punto di vista.

Ma se è vero come è vero che è così, è chiaro che dobbiamo prendere in considerazione con determinazione l'esigenza di rendere più sicure le organizzazioni. E' inutile che stia a spiegarvi cosa vuol dire. Purtroppo in alcune situazioni siamo all'abc.

Nella mia regione, il Piemonte, se dovessero valutare alcuni ospedali in ragione di termini di sicurezza banale, di sicurezza banale, non sto parlando delle attività sanitarie, ho l'impressione che ne chiuderebbero la metà.

Ma non è questo, e i percorsi, le tecnologie, l'uso del fattore umano, i turni, gli incroci dei turni, come è organizzata la farmacia, come sono organizzati i farmaci, come sono organizzate le sale operatorie.

Guardate, non è banale e da questo punto di vista tutte queste iniziative sono oggettivamente iniziative di attenzione all'organizzazione, di prevenzione e gestione eventualmente del rischio.

E qui la grande valorizzazione degli audit, della sicurezza etc., è un'altra cosa che è da considerare fondamentale, che ha funzionato negli altri paesi e che cioè tutte le attività di audit sulla sicurezza in cui i professionisti dicono, dicono se hanno notato un errore commesso o se loro stessi hanno commesso un errore con o senza conseguenze, per fortuna la stragrande maggioranza sono senza conseguenze, ma pensate al valore prezioso di errori in procedure che non hanno dato conseguenze, ma il conoscerlo ti consente di migliorare l'organizzazione, ti consente di eliminarlo dal flowchart delle attività.

Però devono essere confidenziali, non possono essere eventualmente usate in giudizio e qui c'è un problema serio, sentiremo anche i giudici, c'è un problema serio perché a parte la cartella clinica che indiscutibilmente è la documentazione dell'evento ricovero, queste attività o riusciamo a dargli la confidenzialità o riusciamo a dargli una sorta, come dire, di esimente rispetto ad un eventuale giudizio o mai e poi mai i professionisti andranno a suicidarsi.

Questo è evidente. Pensate, sembra una cosa banale, negli altri paesi funziona così, funziona così.

Pensate è una cosa banale ma pensate cosa può voler dire luoghi, situazioni, condizioni nei quali viene analizzata qualunque procedura, in qualunque contesto e lì emergono difficoltà, emergono situazioni critiche, come è organizzato un cassetto delle fiale, per dire.

Sono banalità ma mica tanto se poi si scambia una fiala di cloruro di potassio con una fiale di cloruro di sodio, mica tanto eh, e se magari quella infermeria è al buio, mica tanto.

E se magari un lavaggio di un ago cannula nell'organizzazione dei lavori viene previsto alle tre del mattino, mica tanto è banale, perché finisce che il lavaggio lo fai alle tre del mattino sbagliando a prendere una fiala da un cassetto dove stanno insieme, al buio, stanco e gli fai il cloruro di potassio.

Ecco, mica tanto, mica tanto. Quindi le unità di risk management, il ruolo dei medici legali all'interno come affiancatori in queste situazioni, sviluppare queste attività ma soprattutto, quindi questo diventa fondamentale. Allora andiamo al dunque. Primo aspetto. Seconda affermazione a questa coerente è ogni evento o, come dire, il risarcimento degli eventi avversi nelle strutture del servizio sanitario nazionale stanno dentro ai LEA, cioè la possibilità di un evento avverso è coassiale al sistema della offerta delle cure.

E da qui tutto il grande ragionamento dell'assicurazione, della tutela della responsabilità civile degli operatori da parte della struttura. Peccato, pensavo di avere più tempo perché avrei ancora due o tre cose di principio generale. A questo punto faccio solo l'agenda, tanto sarà sicuramente riempita dagli altri.

Secondo aspetto, il profilo civile e penale della responsabilità professionale, io sono laureato in altro, mi è toccato studiare questa materia, ho scoperto che ha lo stesso fascino e la stessa incertezza che ha la medicina, è per questo forse mi piace, che è la giurisprudenza.

Che cosa posso dire, posso dire che sotto l'aspetto penale che è molto avvertito, è molto sentito, certo sconvolge il fatto che un chirurgo, l'idea, se noi usiamo una immagine retorica, un chirurgo che va in sala operatoria come chi deve salvare la pelle al paziente può uscire come potenziale omicida da quella sala operatoria lì.

Questa è l'immagine retorica che indubbiamente colpisce. Credo che su questa immagine retorica bisogna cercare di non calcare troppo i toni anche perché la stessa magistratura su queste cose si dimostra abbastanza attenta, ma credo che un principio andrebbe in qualche modo affermato e che è sicuramente l'attività, con ladecola ne abbiamo

discusso mesi o anni, che le attività mediche sanitarie se condotte sulla base di oggettive esigenze diagnostico-terapeutiche ha come finalità il bene del paziente e la domanda è: “può configurarsi nell’ambito dell’offesa alla persona questa attività ? “ Che è poi il capitolo che governa l’omicidio, le lesioni etc. etc.

Un medico, un chirurgo quando taglia una pancia, è vero che c’è il discorso dell’evidenza, del consenso informato, ma sotto la dottrina, sotto il diritto, un’attività che ha queste finalità, può ancora un comportamento colposo, non doloso, proprio un comportamento colposo configurare un reato ascrivibile all’offesa all’integrità della persona?

Non so, prima riflessione, questo è il grande ragionamento della depenalizzazione. Secondo, grande immagine retorica depenalizzazione dell’atto medico etc. etc., solo l’Italia e la Polonia hanno un sistema penale. Anche qui abbiamo a lungo discusso, io personalmente mi sono fatto la convinzione che è una parola d’ordine non sostenibile nel nostro sistema giuridico e peraltro equivoca anche in sistemi giuridici di altri paesi.

La realtà vera, mi riferisco a dati reali dati AON che è un broker, in Lombardia - la Lombardia ha un terzo, un quarto del nostro paese dicono - che in 12 anni, 13 anni a fronte di 13 mila cause civili ci sono state 120 cause penali, sono molto limitate e in genere si concludono l’80% con, fondamentalmente, con una sentenza di assoluzione, quindi il penale di per sé oggi, capisco che crea grandi problemi, crea l’immagine che è fondamentale etc. etc. ma non pone, come dire, ... qualche riflessione certamente, certamente, la Balduzzi la discuterete oggi, secondo me il tentativo, l’intenzione è onesta ma forse in questo ingarbugliamento e difficoltà delle pronunce giurisprudenziali in materia si coglie tutto l’equivoco di avere introdotto fattispecie di colpa che non esistono in penale, perché bisogna poi definire **le reponsabilità**. Sapete che nel penale **la colpa non esiste né** lieve né grave, esiste solo una graduazione della pena rispetto all’entità della colpa.

Non esiste quindi bisogna costruire una fattispecie con l’inserimento **del 2043** contrattuale, ma ne parleranno altri, non ne parlo io, non è il mio mestiere e quando parlo di questa cose sono sempre molto attento e molto prudente perché non è il mio mestiere.

Però, come dire, il tentativo era di creare una sorta di situazione per le attività mediche e sanitarie che meglio rispecchiasse la particolare fattispecie in cui questi devono operare.

Io credo che la soluzione sia fondamentalmente in quella direzione, cioè delimitare o definire se volete, del tentativo che ho fatto nel disegno di legge, quali sono quei comportamenti colposi, attenzione, dal punto di vista giuridico il termine colposo vuol dire

inosservanza di norme, regole, questo vuol dire, delimitare quei comportamenti colposi di rilievo penale.

Cioè, se a invarianza dell’asse giuridico e, attenzione, il nostro asse giuridico è perfettamente in sintonia con quello costituzionale, non è che si tratta di cambiare un codice, si tratta anche di rispettare anche la carta fondamentale delle leggi e un tentativo che rispetto alla responsabilità penale tenuto conto della fattispecie, tenuto conto dell’allarme sociale, tenuto conto di tutto quello che volete, delimiti e definisca quali sono quei comportamenti colposi, la fattispecie di comportamenti o la matrice interpretativa della fattispecie dei reati colposi che hanno rilievo penale.

Perché lieve e grave è stato introdotto poi bisogna definirlo.

Il civile si può, si può fare, basta avere buona volontà, basta capire dove vogliamo arrivare. Dico solo due cose sulle questioni assicurative, sulle assicurazioni. Ho finito, pensavo di avere più tempo, ero preoccupato, va beh...

Il DPR credo che sia in registrazione, ci abbiano lavorato molto, quel DPR applicativo dell’obbligo che prevede fondamentalmente la definizione di requisiti minimi uniformi delle polizze assicurative etc. etc.

E’ in registrazione, io ho visto la bozza e adesso avendola ricevuta ufficialmente la invierò a tutti i presidenti così la possono leggere ma credo che l’abbiano già letta sui quotidiani on-line. Io sono convinto che non risolverà il problema, non risolverà alcuni problemi, alcuni problemi particolarmente acuti per alcune categorie e cioè ginecologi, ostetrici, libero professionisti che hanno delle polizze a costo altissimo perché la valutazione del rischio in queste situazioni da parte delle assicurazioni è altissimo. Attenzione, cerchiamo di non essere particolarmente ingenui nelle nostre valutazioni.

Le assicurazioni sono imprese private, una impresa privata per quanto legittimamente possa inseguire il proprio core business ha un principio fondamentale, non ammazza la mucca da cui munge il latte. Cerchiamo di capire queste cose.

Cosa voglio dire? Voglio dire che non si muove nell’ottica di spremere il mercato, non è questo, le difficoltà che registra in alcuni settori sono difficoltà vere e lo dicono.

Sono legati, l’ho detto anche ieri, lo ripeto qui, ad un impianto soprattutto civilistico della responsabilità professionale che non è prevedibile, non è prevedibile nei tempi, non è prevedibile nei costi, non è prevedibile negli indennizzi e questo nella valutazione del rischio ingigantisce il problema del rapporto tra premio e risarcimento e massimale del risarcimento.

Esiste un problema che tabelle oggettive a cui fare riferimento pur con tutte le dovute flessibilità legate

alla personalizzazione che è un principio che credo di rango anche costituzionale da questo punto di vista, di personalizzazione del danno in ragione a quella persona, non una astratta persona, non escono quelle da dieci a cento, fanno fatica a uscire, quindi si costruiscono sistemi di tabelle di riferimento di indennità, di valore economico, del punto di invalidità etc. molto complicato.

La media dei risarcimenti per danno biologico nel nostro paese in un benchmark abbastanza attendibile con altri paesi europei è superiore dei 25, 30%.

Questo rende il mercato assicurativo in determinati settori, e voi capite chi sono le categorie che hanno difficoltà, lo rende particolarmente ostico. Non risolverà il problema perché non ha risorse, sufficienti quanto meno a risolvere il problema di polizze per ostetrici e ginecologi che arrivano per 2 milioni di massimale fino a 30mila, 28, 30 mila euro di...e voi capite che un trentamila euro di premio assicurativo vuol dire che almeno 50mila, 60mila euro di reddito professionale lordo sono destinati all'assicurazione. Non è poco, oggettivamente è pesante.

Farà fatica a risolvere il problema, non ha le risorse sufficienti per poter al limite dimezzare. Io credo che l'unica soluzione sia diluire quel rischio che è il principio di economia di scala, portarlo all'interno di una sorta di polizza unica di tutta la professione gestita da un ente previdenziale, la federazione è gracilina rispetto a questo immane compito, perché voi capite che...però si possono trovare soluzioni, lo prevede la stessa legge, perché l'unico modo è, anzi sono due le strade, una relativamente immediata è questa, cioè quello di portare dentro queste categorie a rischio e diluire il loro rischio su una vastissima platea.

Questa è una soluzione e ci sono delle soluzioni a medio e lungo termine che aggrediscono i determinanti ostativi il mercato assicurativo. Le tabelle, le tabelle, in California l'assicurazione dei ginecologi 2000, questi sono i miei studi di allora, costavano 80mila dollari, non c'era più un ostetrico e un ginecologo in California, andavano tutti negli altri stati a esercitare, perché non reggevano.

E' stato messo un sistema di tetto ai risarcimenti e si sono dimezzati i premi assicurativi perché diventano prevedibili i costi, si possono attualizzare i rischi, gli accumuli e così via.

Ma questo senza nulla togliere al diritto dei cittadini a un equo risarcimento. Questa è la situazione, adesso cercheremo di affrontarla, vediamo se riusciamo a rimpinguare questo fondo di garanzia, ma la vedo dura prendere soldi pubblici e metterli al finanziamento di attività professionali individuali, la vedo molto ma molto difficile anche in base al diritto comunitario perché come sapete per il diritto comunitario gli studi professionali sono imprese e

questo sarebbe un illecito finanziamento delle imprese.

Quindi la vedo davvero molto molto complessa, molto molto difficile, cercheremo di star vicino.

Solo due riferimenti per quel poco che ci compete.

Primo: concorrenza e responsabilità cui spesso siamo chiamati. Abbiamo inserito nel codice la previsione legislativa dell'obbligo assicurativo per i liberi professionisti, così come la legge dice, perché la legge dice 'entro un anno si devono adeguare gli ordinamenti', l'unico ordinamento che abbiamo a nostra disposizione è il codice.

E lì lo abbiamo fatto, con la stessa fermezza per cui l'abbiamo messa nel codice io ho sottoscritto una lettera in cui invito, l'avete ricevuta tutti quanti, tutti gli Ordini a non attuare, a non mettere in campo con la stessa coerenza, con la stessa forza, con la stessa responsabilità nessuna attività disciplinare fin quando non saranno garantite e non saranno resi noti i termini di criteri comuni, uniformi, i requisiti delle polizze e soprattutto finché non sarà garantito a tutti i professionisti destinatari di un dovere, la possibilità, come dire, di assolvere questo dovere.

Cioè vuol dire polizze accessibili, polizze trasparenti che consentano loro di ottemperare a questo dovere.

C'è coerenza quando il momento della responsabilità va assunta, ci va coerenza, lo abbiamo avuto questa coerenza, non è incoerenza averlo previsto averlo negato, no, è grande coerenza, ha detto 'noi l'abbiamo rispettato', siete voi che non state rispettando e fintanto che non fate questo noi non siamo in grado, non è che non vogliamo, non sapremmo come motivare un provvedimento di questa portata.

Ecco, questa è un po' la riflessione, ce ne sono altre avrete nell'intera giornata la possibilità di approfondire tante questioni che sono all'ordine del giorno.

Vorrei solo dirvi questo, nelle prossime settimane vorrei fare come presidente della FNOMCeO, un check, diciamo così, con tutte le organizzazioni sindacali, con le società medico-scientifiche e dopo con le altre professioni, lo abbiamo già fatto per questo DPR ma lo riprendiamo, per capire che cosa di urgente ed immediato possiamo fare su una piattaforma comune, una piattaforma comune, naturalmente anche l'associazione dei malati, l'associazione di tutela, una piattaforma comune per uscire o intravedere una via di uscita a questa situazione davvero difficile soprattutto per quelle categorie professionali particolarmente esposte.

Ecco, questo è quanto posso dirvi per lo meno uscendo un po' dai canoni di una lettura classica, spero non avervi più di tanto annoiato e vi ringrazio ancora per l'ospitalità e l'amicizia. Grazie.

## ***I sessione***

### **<Il medico, la responsabilità e la tutela>**

**Moderatori: Pierantonio Muzzetto – Giorgio Grandinetti**

#### **Pierantonio Muzzetto**

Visto che parlavamo di percentuali, ti ringrazio per lo sconto dello 0,5% sull'ora che ti avevamo affidato, anche se te la sei presa tutta.

A onor del vero c'è stata tutta una serie di riflessioni, di rilievi importanti che penso siano veramente importanti

Poiché una lettura non si discute, non procederemo con domande.

Però è necessario fare una considerazione di fondo: il punto nodale è quanto si è detto in fase di apertura del convegno, ossia l'Ordine e chi lo rappresenta sostengono il principio che è necessario "mettersi in discussione".

E' lo snodo cruciale per qualsiasi discorso, per sostenere il confronto nella società: è il messaggio, in estrema sintesi, che si coglie in base a quanto ci hai detto. E ti ringrazio.

Ciò senza entrare nel merito dei tuoi rilievi e delle notizie che ha voluto consegnarci, che sicuramente sarebbero oggetto di valutazione e riflessione per tutti noi.

In ambito di responsabilità, che rientro nell'aspetto del ruolo e della funzione del medico nel sistema lavorativo e soprattutto nella società civile, si deve andare avanti sulla strada della depenalizzazione dell'errore medico.

Il tempo è purtroppo tiranno e gli argomenti da trattare sono molti e delicati, per cui nel presentarvi i relatori di questo convegno che ha lo scopo di cercare di dare risposte andando diritto al core dei problemi, non certo come mancanza di riguardo nei loro confronti ometterò, e spero che gli interessati non me ne vogliano, la lettura dei curricula.

I vari relatori che oggi partecipano ai lavori sono conosciuti e conosciuto è il loro valore .

Molti di loro sono a oggi considerati veri e propri punti di riferimento nei settori che rappresentano e di cui hanno indiscussa competenza.

Pertanto invito la prof.ssa Albina Candian, il dr. Gianfranco Iadecola, l'avv. Annamaria Marra, al tavolo assieme al dr. Giorgio Grandinetti che mi aiuterà nella moderazione.

*[Si procede ad una modifica del programma: si anticipa la relazione della professoressa Albina Candian, dovendo per motivi professionali e impegni improrogabili questa mattina sopraggiunti, lasciare in anticipo il Convegno per recarsi a Milano. Le relazioni seguiranno poi nell'Ordine prestabilito con la relazione dell'avvocato Marra e dell'avvocato Iadecola.]*

Nel presentare la prof.ssa Candian non posso non ricordare che è Ordinario di diritto privato comparato presso l'Università degli Studi di Milano, ed è una esperta quindi in questo campo che non ha molti studiosi in sede nazionale; oltre a ciò esercita anche la professione di avvocato. Le cedo dunque la parola nella trattazione dei profili comparatistici della responsabilità sanitaria in ambito europeo.

## Relazione

### <Profili comparatistici della responsabilità sanitaria in ambito europeo>

#### Albina Candian, Ordinario di Diritto Privato comparato

Grazie Presidente. Intanto ringrazio di cuore gli organizzatori per avermi voluto invitare a un convegno così importante e già dal titolo si comprende peraltro il pensiero che c'è dietro alla progettazione di questo convegno, perché di convegni sulla responsabilità medica e sui profili assicurativi anche in un'ottica comparatista, e io sono una comparatista, se ne fanno tanti.

Debbo dire che questo titolo invece che proprio parte dal tema della "sanità italiana a un bivio esistenziale quale possibile crescita senza una efficace governo della responsabilità" mi pare che la dica lunga sul fatto che qui la riflessione è molto avanzata e quindi il convegno di oggi può essere effettivamente un convegno che ci porta anche in qualche modo a fare delle riflessioni che vanno oltre quelle di politica del diritto.

Sono stata molto contenta, tra l'altro, di aver sentito direttamente e personalmente il presidente Bianco; ho seguito i suoi progetti insieme agli altri, naturalmente quello di Stella, quello della SISDiC per arrivare poi alla legge Balduzzi, ma devo dire sentire dalla sua viva voce la percezione esatta di questo fenomeno è stato importantissimo.

Io prenderò un po' lo spunto dalle riflessioni che ha fatto il Presidente per fare poi le mie riflessioni. Io sono una comparatista e come tutti i comparatisti faccio il viaggiatore: quindi vado a vedere che cosa succede, che cosa è successo negli altri sistemi e quali sono state le risposte tenuto conto che poi abbiamo in effetti, sotto il profilo del diritto europeo e del diritto comunitario, un interesse non elevatissimo degli organi istituzionali europei su questo tema: sì qualcosa c'è, ma molto viene lasciato ai singoli Stati.

Allora è molto interessante vedere cosa sta accadendo, e che cosa è accaduto altrove.

È ovvio che il tema che mi è stato assegnato, ho 20 minuti per trattarlo, il tema, dicevo, che mi è stato assegnato è amplissimo e non potrei, poiché spesso a noi comparatisti viene chiesto di parlare di tutti i diritti del mondo, con ciò pensando che, in quanto comparatisti, noi sappiamo tutto di tutto; in realtà questo io non lo farò, e non sono nemmeno in grado di farlo.

Cercherò soltanto di dare qualche flash, qualche indicazione su quelle che mi sembrano alcune

tendenze importanti che noi abbiamo ritrovato in Europa.

Intanto noi dobbiamo partire da una constatazione, che è poi la constatazione essenziale: quella del fenomeno; fenomeno naturalmente generale della responsabilità medica e dei risvolti di natura assicurativa nel mondo occidentale.

Anche su questo tema io come sempre debbo ribadire, è già stato detto ma è chiaro che un tema fondamentale come quello della responsabilità civile non può andare disgiunto dal suo gemello che è quello assicurativo.

Quindi studiare un tema significa studiare l'altro, vedere le risposte che i sistemi danno alla responsabilità, che significa poi riferirsi immediatamente ai temi e al profilo assicurativo.

Sono molto contenta che ci siano anche dei magistrati grandi esperti peraltro, avvocati esperti di responsabilità medica, nel parlare di questo fenomeno incrementale continuo a cui abbiamo assistito in Italia, e sappiamo che non è un fenomeno (incrementale) della responsabilità medica, non è un fenomeno riferibile solamente al sistema italiano, ma negli ultimi decenni ha riguardato moltissimi paesi sviluppati.

Come sempre accade, ne abbiamo già sentito parlare anche dal presidente Bianco prima, è iniziato nel sistema nordamericano per venire poi come sappiamo in tutta Europa.

Anche se debbo dire non così drammaticamente sviluppato come in Italia.

E questo per ragioni su cui vorrei tornare un attimo. Parlare oggi di responsabilità sanitaria impone di ragionare - *ovviamente è quello che si sta facendo e il convegno di oggi è proprio un esempio di quello che si sta facendo* - significa ragionare nelle comunità scientifiche per individuare degli strumenti di mitigazione del fenomeno e delle indesiderate conseguenze.

Tenuto conto, e anche questo va detto con chiarezza - *e tra l'altro in aula ci sono degli assicuratori* - teniamo conto che abbiamo una riduzione costante dell'intervento dell'assicurazione.

Le imprese assicurative italiane si ritraggono sempre di più da questo segmento: le big, come diciamo in gergo, effettivamente hanno assunto un atteggiamento molto prudente nell'assicurazione

del rischio sanitario e anche le proposte assicurative , proprio per le ragioni che prima ci ha già detto il presidente Bianco, vanno naturalmente riducendosi ponendo molti limiti proprio per quel problema incrementale dell'aumento del rischio.

Allora come diceva il presidente Bianco l'impresa assicurativa è una impresa quindi deve fare profitto e il tema sta diventando anche da questo punto di vista assolutamente drammatico.

Dirò di più, le assicurazioni di fronte a questo fenomeno incrementale continuano a denunciare perdite rilevanti, divari sempre più marcati tra premi incassati nella liquidazione dei sinistri a fronte delle condanne in sede civile che vengono ad essa trasferite.

Usando un linguaggio tecnico diciamo che da fronte Ania, sto parlando dell'Italia naturalmente, il rapporto sinistro a premi dal 1994 ad oggi si mantiene sempre al di sopra del 100% toccando anche livelli superiori al 300% : quindi voi capite che se la relazione sinistro-premi è questa il trend del mercato assicurativo è molto evidente.

Questo aumento di premi ha fatto nascere, ma qui se ne parlerà, io faccio dei flash di questo tema importantissimo di cui poi vi parlerà ancora l'avv. Bassi.

Noi spesso ne discutiamo che in questo momento una tale tendenza dei premi assicurativi ha fatto nascere l'altro fenomeno che è quello che in gergo viene definito della cosiddetta autoassicurazione, con tutto ciò che comporta. Sappiamo che in varie regioni, tanto per parlare in termini numerici, delle 169 aziende sanitarie ospedaliere universitarie che vi siano in Italia, 35 di esse, quindi il 21%, e non è poco, si stanno affidando a fondi regionali per la copertura assicurativa.

Mi riferisco alla Toscana, Friuli, Liguria e Basilicata. Le altre 122 aziende invece, pari al 72%, si affidano alle compagnie assicurative.

Il tema dell'autoassicurazione è un altro dei temi che richiede di essere trattato con grande serietà e con competenza perché l'autoassicurazione diventa un tema dialettico. A proposito voi molto probabilmente avrete letto, o qualcuno di voi ieri sera ha ascoltato il governatore della Sicilia Crucitta che, in una trasmissione televisiva, appunto si vantava del fatto d'aver operato un risparmio assicurativo e diceva: "ho risparmiato, la regione sta risparmiando perché ho ridotto il costo dei premi assicurativi".

Bene, ma non perché io sia una faultrice delle assicurazioni, qualcuno può dire che lo faccio perché io ci lavoro, no, no non è questo assolutamente, ma lo dico forte di un'onestà intellettuale, come dovrebbe essere in ogni professione. Benissimo.

E' chiaro che per fare la scelta di andare in autoassicurazione, e sicuramente ci sono regioni capacissime di farlo, occorrono dei requisiti professionali di grande serietà, dei criteri applicativi simili a quelli delle assicurazioni.

Perché poi i soldi devono esserci, gli accantonamenti ci devono essere e questo non è da poco. Fatta questa riflessione mi si chiede, perché io vorrei parlare tantissimo di questo tema, poi qui c'è l'avv. Marra, è uscita la settimana scorsa che i tagli... il trend della responsabilità civile a Milano, il giorno che è uscita la sentenza del Tribunale di Milano che ha cambiato un po', sembra, sembra, poi lascio il tema ai giudici, agli avvocati, sembra avere allontanato da quel fenomeno della responsabilità da contatto per andare sempre di più nella direzione della responsabilità extracontrattuale.

Ma questo lo discuterete voi. Insomma il tema sta diventando sempre più drammatico, dico: l'Italia effettivamente è davanti a scelte importanti, la Balduzzi, che è stata importante come è già stato detto, è stata importante, ed ha portato profili importanti, ma presenta dei chiari limiti.

Lo abbiamo visto, il fatto che ci sia questo trend giurisprudenziale un po' ondeggiante porta dei rischi e porta delle complicatezze: quindi, come sempre una legge non è perfetta ma perfezionabile.

Detto questo vado al compito che mi è assegnato anche se sto scivolando sul tema del sistema italiano che è un tema che ci prende tutti tanto. Allora che cosa sta succedendo negli altri sistemi? Io qui vorrei fare un riferimento molto breve o meglio vorrei riferirmi a quello che sta accadendo, quello che è accaduto in due esperienze importantissime.

Quando studiamo questi temi della responsabilità del medico dei profili assicurativi siamo abituati sempre a guardare, come modello di riferimento, al sistema francese, anche mio fratello con il sen. Tommassini aveva fatto un bellissimo progetto di riforma su questo tema della riforma della legge sulla responsabilità degli enti ospedalieri: anche loro effettivamente avevano guardato il modello francese.

Partiamo dal modello francese, che è un modello importante, ma non è l'unico, anzi, siamo abituati a parlare del modello francese.

Io farò un riferimento al modello francese poi vorrei andare subito a modelli di paesi come in particolare il modello danese, il modello scandinavo, dove abbiamo uno sviluppo del welfare molto forte, dove vediamo questo tema e non si parla più di responsabilità, si parla di sicurezza sociale.

Quindi ci stiamo portando in un'altra direzione.

Allora, la Francia che cosa ha fatto? perché guardiamo sempre alla Francia come modello di riferimento? Ma perché, come voi saprete, la Francia mette in campo

una riforma di fronte a tutti i problemi che stiamo vivendo noi e che sono quelli che ci hanno portato alla Balduzzi; i temi sono quelli, i soliti, della medicina difensiva, dell'incremento continuo delle poste di danno, dell'entità di risarcimento elevatissimi.

Tutto quello che è successo in Italia, in maniera non drammatica come in Italia, era già successo anche in Francia.

E allora il legislatore francese nel 2002 mette in campo una riforma legislativa importante, *la loi Kouchner*, la famosa legge molto nota sui diritti del malato e sulla qualità del sistema sanitario.

Questa legge poi va a confluire nel *Code della Santé publique* che ha rappresentato in Europa, si deve dire, una prima e concreta risposta al problema sia per l'utenza che per coloro che esercitano professioni sanitarie.

Ed è detto dal legislatore francese fin dai lavori preparatori a questa legge, per cui vediamo che l'intervento, o lo scopo dell'intervento, era stato un po' questo: da un lato cercare di allontanarsi dal fenomeno che ci colpisce, dalla medicina difensiva, evitando quindi in capo ai medici sanzioni eccessive e sproporzionate.

Dall'altro garantire ovviamente un'integrale efficace riparazione dei danni.

La Francia ha messo in campo un sistema del cosiddetto *doppio binario* che va, sotto il profilo legislativo, che noi potremmo definire come un sistema di sicurezza sociale.

È un vero sistema di sicurezza sociale che si fa carico del danno subito dal paziente, quando nessuna colpa sia stata commessa durante l'atto e le cure mediche, poi qui dobbiamo parlare del concetto di colpa: ma intanto c'è il tema di questa sicurezza sociale.

La responsabilità per attività sanitaria nel diritto francese è stata inserita nel diritto amministrativo, questo ci colpisce, ci colpisce molto, ma è un modello che funziona.

Mi spiego meglio, in Francia sono state previste per i danni da responsabilità, o meglio da attività sanitaria, due forme di responsabilità.

Abbiamo da un lato una responsabilità valutabile secondo il diritto pubblico: che cosa vuol dire? vuol dire che nel caso in cui le prestazioni siano rese da ospedali o strutture pubbliche in Francia, entra in campo la giurisdizione del giudice amministrativo e la responsabilità è solo amministrativa; la responsabilità è valutabile secondo, solo secondo, il diritto pubblico, quindi primo binario per gli enti ospedalieri di diritto pubblico.

Qui il paziente - è *interessante e ci colpisce, soprattutto noi che siamo un paese romantico e i francesi lo sono un po' meno e, tra l'altro, è un tema che era già stato trattato, l'aveva trattato la SISDiC,*

*l'aveva trattato anche Bianco nella sua nella sua commissione, è un tema di cui si sta parlando, però stiamo in Francia - di fronte a questo quadro ordinamentale che vi vado a dire è visto come un utente di un servizio pubblico.*

E se il paziente è un utente di un servizio pubblico egli può citare in giudizio solamente la struttura: non può citare i sanitari in giudizio, cita solo la struttura e i sanitari che operano all'interno della struttura non assumono nessuna responsabilità diretta e personale verso l'utente.

Gli ospedali naturalmente hanno l'obbligo d'assicurarsi, l'utente o il paziente ha quattro anni per agire in giudizio e provare l'errore. I

Il concetto su cui si fonda questa responsabilità amministrativa che non consente al paziente di agire nei confronti del medico, questa soluzione tecnico-normativa si fonda sull'idea che l'errore se c'è stato è errore del servizio pubblico: è il servizio pubblico che o non ha funzionato o ha funzionato male.

Quindi primo binario della responsabilità pubblica, della responsabilità amministrativa.

Dico subito dei sistemi di composizione amichevole del contenzioso, e qui mi allaccio al tema che mi è caro, che l'ordinamento francese, al pari degli altri ordinamenti lo stanno già mettendo in campo da anni e funziona; in Francia ai sistemi di composizione amichevole del contenzioso è preposto un Ente, la cosiddetta Commissione regionale, che è un ente terzo rispetto ai titolari del conflitto.

Cioè si sta cercando sempre di più di allontanare il rapporto ospedale-paziente, medico-paziente dal tema del conflitto.

Mi ha molto colpito la sentenza del Tribunale di Milano in cui a un certo punto c'è una frase, il Tribunale di Milano dice "alleanza terapeutica tra medico e paziente".

Quindi il secondo dei due binari della Francia che si accompagna a quello (binario) della responsabilità amministrativa e che è quello della responsabilità valutabile secondo il diritto privato

Un binario che a qualcuno può far dire che ci sono delle disparità tra chi effettivamente si trova nel contenzioso: tra il medico che lavora nella struttura pubblica, **tutelato**, e quello della struttura privata, **sottoposto a giudizio diretto e direttamente citato**.

Questo è applicabile a Studi, Cliniche private e cure private in ospedale, e la giurisdizione in questo caso non è del giudice amministrativo ma del giudice civile; così la responsabilità, anche questa, sorge in virtù di un rapporto di diritto privato tra medico libero professionista e paziente, quindi il paziente cita davanti al giudice personalmente il medico. Vi dico subito che anche su questo tema la Francia ha cambiato orientamento: la Cassazione prima, fino al



2010 circa, con un famoso *arrêt* della cassazione del '38, parlava di *responsabilità di tipo contrattuale*, e successivamente la stessa Cassazione francese è ritornata sul tema della responsabilità extracontrattuale, il che significa termini prescrizionali ridotti e onere della prova a carico del paziente ma non del medico, e oggi quindi si sta andando in questa direzione.

Infine, in Francia c'è l'Oniam, che è un fondo di compensazione che, oltre ad operare per creare le condizioni favorevoli per accordi, eroga il risarcimento nel caso in cui un evento indesiderato non accada per un errore. Intervento pubblico privato molto forte che in Francia funziona.

Due parole volevo solo dire poi purtroppo il mio tempo è finito, sull'altro modello. L'altro modello secondo me è bellissimo, di un interesse assoluto. Ho visto che su questo tema sta scrivendo cose molto belle il mio collega Comandé dell'Università di Pisa. Lui è comparatista come me e si occupa molto di questi temi. Lui dice: "se guardiamo il modello danese vediamo un modello che potrebbe essere replicato dalle Regioni italiane proprio per la caratteristica territoriale di popolazione di questo modello".

Su che cosa si fonda questo modello? E' un modello complesso, cioè c'è un allontanamento dal tema della responsabilità, ecco perché noi comparatisti parliamo di *modelli no fault, globali e omnicomprensivi*, in cui non ci si incentra sul tema della responsabilità, si sceglie una strada diversa rispetto al tema della responsabilità e si sposta l'asse sui sistemi che sono fondati su 4 o 5 elementi.

Il primo, e qui quello che ha detto Bianco prima è musica per le mie orecchie, perché si capisce subito che il problema fondamentale è quello di avere programmi che puntano ad evitare il ripetersi di eventi avversi; programmi che puntano sull'attivazione di strumenti di prevenzione che sono rappresentati dalle attività di risk management all'interno degli ospedali.

E, questo, è il tema per minimizzare il rischio di errore e poi questi *sistemi no fault* prevedono un indennizzo diretto, standardizzato, da parte dello Stato i cui valori vengono tratti dalla giurisprudenza corrente: non vuol dire che sono indennizzi bassi, sul quantum pari al risarcimento per ipotesi limitate e soprattutto per quelle difficilmente contestabili **sull'ann**, cioè che ci sia o meno la responsabilità.

Grandissimo ricorso alle ADR (organismi di mediazione) che sono sistemi di risoluzione del conflitto fuori dalla giurisdizione, che facilitano il dialogo tra le parti e, soprattutto è qui il tema importante di cambiamento di mentalità, perché in questi sistemi si parla di *no faulting, perché ci si preoccupa di accertare le cause dell'errore medico*, della struttura se c'è stato, per eliminarne nel futuro piuttosto che per biasimare il responsabile.

E' chiaro che il medico cade in responsabilità dolosa, ma che mancherebbe, e però parlo di tutti gli altri casi, in cui si opera per eliminare l'errore piuttosto che biasimare il colpevole.

In conclusione quindi le regole su cui si stanno avviando questi sistemi si allontanano sempre di più dai temi della responsabilità per andare in una direzione di strutture di sicurezza sociale e di sistemi complessi.

Chiudo dicendo: la Balduzzi uno sforzo in questo senso lo ha fatto, ha cercato di farlo, vediamo stiamo aspettando il tema di questo DPR sulle assicurazioni che mi state dicendo che già non è soddisfacente: vedremo cosa sarà, certamente anche l'Italia dopo anni in cui il tema della responsabilità era affidato alla giurisprudenza, con tutto il grande rispetto che ho per la giurisprudenza, ma naturalmente, aveva necessità di un intervento normativo quadro fondamentale. La Balduzzi è intervenuta ma ha dei limiti, vediamo quali sono, vediamo che cosa succederà nel futuro. Grazie.

### ***Moderatori***

#### ***Pierantonio Muzzetto***

Grazie professoressa, ancor di più perché lei ha citato la sentenza recente di Milano ed è recente anche la sentenza di Brindisi, c'è una serie di contrapposizioni e di difficoltà interpretative, come anche nell'ambito dell'analisi della Balduzzi non si sa oggi definirla "croce o delizia" per la professione medica, ma penso che oggi se ne parlerà più approfonditamente nelle successive sessioni. Grazie

#### ***Giorgio Grandinetti***

Ringrazio anch'io la dottoressa Candian per l'interessantissimo intervento e presento per il prossimo intervento l'Avv. Annamaria Marra, appunto avvocato esperto in materia di danno e responsabilità che esporrà la casistica giurisprudenziale sul tema, grazie.

## **Relazione**

### **<Danno e responsabilità: casistica giurisprudenziale>**

**Annamaria Marra, Avvocato**

Buongiorno a tutti. Prima di iniziare il mio intervento desidero ringraziare il Presidente dell'Ordine dei Medici di Parma il dr. Pierantonio Muzzetto e la collega Annalisa Bassi per avermi invitato a partecipare alla giornata odierna, per la splendida accoglienza e per la possibilità di tornare in questa splendida città.

Il mio intervento avrà un carattere tecnico, riguarderà l'esame delle controversie civili in ambito di responsabilità medica alcune delle quali sono state oggetto dell'attività di ricerca che ho svolto presso l'Università Tor Vergata di Roma.

Prima di illustrarvi la giurisprudenza che ritengo particolarmente significativa, ritengo necessario evidenziare che dagli ultimi dati pubblicati dall'ufficio massimario della Corte di Cassazione si è registrato un aumento del contenzioso in materia sanitaria.

Basti pensare che nel periodo compreso tra il 1942, ossia la data di entrata in vigore del Codice civile, al 1990 le massime inserite nell'archivio Italgire della Corte di Cassazione erano appena 60 mentre nel periodo compreso fra il 1991 e il 2000 il numero delle massime è arrivato, è salito ad 83 per giungere a circa 200 anzi per la precisione 201 nel periodo compreso fra il 2001 e il 2011.

Le motivazioni di tale fenomeno sono sicuramente riconducibili a molteplici fattori fra cui certamente la maggiore consapevolezza dei propri diritti da parte degli utenti del servizio sanitario nazionale. L'incremento del contenzioso ha sicuramente creato una copiosa elaborazione giurisprudenziale che ha rivisitato tutti gli aspetti della materia della responsabilità dal nesso causale alla colpa, riparto dell'onere probatorio, alla natura stessa dell'obbligazione del medico.

Ciò non esclude che questi principi che sono per lo più ad oggi uniformi e condivisi salvo rare eccezioni possono comunque essere rivisitati, infatti l'evoluzione della scienza medica dei mezzi di cura e di diagnosi può sicuramente condurre a una rivisitazione di ciò che finora è stato affermato.

Basti pensare al tema della natura contrattuale o extracontrattuale della responsabilità medica, tema che è tuttora ampiamente dibattuto anche a seguito dell'entrata in vigore della legge 189 del 2012, la cosiddetta legge Balduzzi che sembra aver

determinato un mutamento di prospettiva rispetto all'orientamento tradizionale.

Fatta questa doverosa premessa e passando subito ad esaminare la giurisprudenza civile in ambito sanitario vorrei subito evidenziare l'importanza ai fini decisori delle risultanze della consulenza tecnica d'ufficio nell'ambito del giudizio risarcitorio instaurato dal danneggiato.

Come voi sapete gli accertamenti compiuti dall'ausiliario offrono al giudice il quadro dei fattori causali entro i quali appunto fare operare la regola della certezza probabilistica per la ricostruzione del nesso causale. Per quanto riguarda la natura dell'accertamento che viene demandato al CTU la giurisprudenza è consolidata nel ritenere che la consulenza possa essere di tipo percipiente, cosa vuol dire? ciò vuol dire che all'ausiliario del giudice verrà affidato il compito di non solo di valutare i fatti accertati ma anche quello di accertare i fatti stessi.

In tal caso la consulenza tecnica costituisce fonte oggettiva di prova. Ed è necessario e sufficiente che la parte ne deduca il fatto che pone a fondamento della sua pretesa e che il giudice ritenga che questo fatto necessiti di un accertamento tecnico.

Ciò premesso, io passo subito a illustrarvi i primi tre casi di responsabilità sanitaria a seguito di tardiva diagnosi. Esamineremo in questi tre casi la diversa incidenza della CTU sull'esito del giudizio.

Il primo caso riguarda, è stato sottoposto all'attenzione dei giudici del tribunale di Roma nel 2011 e riguarda appunto il giudizio instaurato dal danneggiato a seguito della tardiva diagnosi di una patologia tumorale da parte dei sanitari. In questo giudizio le valutazioni del CTU sono state totalmente condivise dal giudice, tuttavia la domanda proposta dal danneggiato è stata rigettata per mancato assolvimento dell'onere probatorio gravante sullo stesso danneggiato di avere provato di aver subito dei danni etiologicamente riconducibili alla dedotta tardiva diagnosi da parte del sanitario.

La particolarità di questo giudizio sta nel fatto che la consulenza tecnica d'ufficio ha accertato sì l'esistenza di un ritardo diagnostico di tre mesi appunto nella della patologia tumorale da imputarsi alla responsabilità dei sanitari che avrebbero potuto e dovuto diagnosticare la malattia con tre mesi di anticipo tuttavia il consulente tecnico d'ufficio ha ritenuto che da tale breve ritardo diagnostico di

appena tre mesi non siano derivati dei postumi diversi rispetto a quelli conseguenti a una tempestiva diagnosi.

Quindi nella specie il paziente avrebbe ugualmente effettuato il trattamento chemioterapico e il trattamento chirurgico quindi la domanda è stata rigettata per tale motivo. Il giudice ha integralmente accolto il giudizio effettuato in tema di ritardo diagnostico dal CTU.

Sempre in tema invece di tardiva diagnosi è interessante l'intervento della Corte di Cassazione che nel 2010 però ha ritenuto inescusabile il comportamento di un medico che a fronte di una sintomatologia riportata dalla paziente che induce al sospetto di una neoplasia al seno, uno dei casi in cui si è affermato che la patologia è più efficacemente curabile quanto più tempestivamente si intervenga, non visita né faccia visitare da altri la paziente rinviando a un futuro indeterminato ulteriori accertamenti.

Nella specie la sentenza è stata cassata perché il giudice di merito aveva recepito le valutazioni del CTU che affermavano che la sintomatologia riportata dalla paziente era un problema serio meritevole di approccio tempestivo ma non rivestiva carattere di urgenza. La Cassazione ha ritenuto che la necessità di un approccio tempestivo e la non urgenza sono concetti tra loro contraddittori e per cui nessun sintomo che possa manifestare il sospetto di una neoplasia può essere sottovalutato o trascurato anche perché la probabilità di sopravvivenza dipende dalla tempestività della diagnosi e delle terapie.

È indubbio quindi che in fase di diagnosi l'obbligo di diligenza e di prudenza del medico debba essere particolarmente rigoroso specie quando il quadro clinico sia allarmante per la presenza di patologie pregresse o per la stessa sintomatologia riportata dal paziente. Il ritardo diagnostico è stato ritenuto anche fonte di responsabilità per il medico di medicina generale convenzionato con il servizio sanitario nazionale, il cosiddetto medico di base o di famiglia, in una interessante pronuncia del Tribunale di Trieste dove appunto il danneggiato asseriva la mancata tempestiva diagnosi sempre di una patologia tumorale la cui corretta diagnosi venne però effettuata da altri sanitari.

Il sanitario, il medico di base si difende affermando di avere prescritto tutti gli esami necessari in base alla sintomatologia riportata dal paziente, tuttavia la CTU accerta che dagli esami ematochimici prescritti e valutati dallo stesso sanitario risultava l'allarmante e significativo continuo calo dell'emoglobina e che il sanitario a fronte di ciò omise un approfondimento clinico quale ad esempio la ricerca del sangue occulto e allora si è accertato che ciò ha integrato una condotta da parte del sanitario omissiva colposa in

violazione degli obblighi gravanti sul medico curante di interpretare correttamente gli esiti delle indagini cliniche sulla base dei sintomi lamentati dal paziente e di predisporre l'adeguato trattamento terapeutico.

È interessante notare che la consulenza tecnica d'ufficio ha accertato un ritardo diagnostico di due mesi pari al tempo trascorso tra il momento in cui l'anemia si era manifestata in tutta la sua gravità e quindi avrebbe dovuto condurre a quell'approfondimento clinico non effettuato dal medico che era peraltro un indice rivelatore della patologia in atto del paziente, e il momento invece della effettiva diagnosi che poi fu effettuata da altri sanitari.

In questo caso tuttavia il Consulente tecnico d'ufficio ha accertato che ciò non avrebbe comunque evitato il decesso del paziente però avrebbe sicuramente aumentato la sua sopravvivenza. Sulla scorta di questo accertamento è stato perciò riconosciuta la risarcibilità della perdita della chance di conseguire il risultato costituito dalla maggiore sopravvivenza. La perdita di chance che cos'è ?

È una figura di origine giurisprudenziale dottrinale; ci sono due fattispecie che sono state costruite, la perdita di chance di vivere meglio o di vivere più a lungo.

La Corte di Cassazione unanime nell'affermare che in tema di danno alla persona costituisce danno risarcibile l'omessa diagnosi di un processo morboso terminale qualora abbia determinato la tardiva esecuzione di un intervento chirurgico necessario per far sì che il decorso della malattia si verifichi anzitempo e qualora risulti che per effetto della ritardata esecuzione il paziente abbia perso la possibilità o di vivere maggiormente oppure di vivere meglio durante quel decorso.

Chiaramente l'accertamento della perdita della chance va fatto sul modello della regola del più probabile che non, dove appunto è l'evento perdita di chance che costituisce il danno risarcibile al termine di riferimento della stessa causalità. Una volta che viene accertato che il paziente aveva sulla base di dati statistici appunto delle chance che non sono delle mere aspettative e queste siano riferibili appunto all'inadempimento dei sanitari, ciò costituisce un evento di danno che deve essere risarcito prescindendo dalla maggiore o minore idoneità della chance a raggiungere comunque il risultato sperato, quindi nel caso di specie la possibilità di sopravvivere di più. Oltre all'ipotesi di ritardo diagnostico la responsabilità del sanitario può verificarsi anche in caso di errata diagnosi e si ha errata diagnosi quando il medico non riconosce i sintomi di una malattia nota alla scienza ufficiale e che si manifesta con carattere di evidenza.

lo voglio illustrarvi una sentenza della Corte di Cassazione che rappresenta un fulgido esempio di come il giudice debba effettivamente farsi carico del suo ruolo di *peritus peritorum* esaminando criticamente le risultanze emerse dalla consulenza tecnica d'ufficio.

E' un caso molto particolare perché, diciamo, durante un intervento di colicisti i sanitari avevano accertato la presenza di lesioni epatiche e quindi a seguito di una biopsia viene diagnosticata una patologia tumorale per cui il paziente viene invitato a recarsi presso il reparto di oncologia per le opportune cure.

A distanza di due anni però si scopre che a seguito della mancata progressione della malattia e del persistere della norma di alcuni marcatori tumorali i sanitari richiedono una revisione dello stesso preparato istologico che fu oggetto di indagine da parte dei sanitari due anni prima.

E allora in quel caso si perviene a una diversa e corretta diagnosi di un'altra patologia che non è certamente la patologia tumorale. A questo punto il caso arriva in Cassazione e la sentenza e il giudice di merito viene cassata perché a fronte di precisi rilievi del consulente di parte questi rilievi non erano stati tenuti in considerazione e il giudice di merito si era limitato a recepire l'accertamento del consulente tecnico d'ufficio secondo cui per la rarità della neoplasia e per la possibilità di confondimento diagnostico si trattava di un errore scusabile, si versava in una situazione di speciale difficoltà e quindi non ricorreva la responsabilità del medico.

In questo caso la Corte di Cassazione invece ha affermato l'importante principio per cui il potere del giudice di merito di apprezzare il fatto certamente non equivale ad affermare che possa farlo immotivatamente non l'esime quindi dal spiegare le ragioni per cui è pervenuto ad una conclusione piuttosto che un'altra e allora andavano valutati anche i rilievi del consulente di parte laddove appunto si spiegava che si poteva giungere alla corretta diagnosi anche due anni prima quando il paziente aveva effettuato l'intervento e che comunque si doveva dare un rilievo decisivo anche all'assenza dei valori pericolosi che erano nella norma dei due marcatori tumorali.

In ogni caso il giudice di merito non aveva fatto alcun riferimento ai profili di imprudenza e negligenza che, se presenti in ipotesi di speciale difficoltà, costituiscono fonti di responsabilità per il medico.

Il Tribunale di Roma ha chiarito che l'oggetto dell'obbligazione del medico è, salvo i casi particolari, non la guarigione ma la prestazione di cure idonee.

Il principio è stato affermato in relazione al decesso di un piccolo paziente dove appunto il danno che si asseriva aver subito era quello derivante dal ritardo diagnostico e nella somministrazione delle cure.

Anche qui il giudice ha rigettato la domanda recependo integralmente le valutazioni del CTU in quanto, cito testualmente le parole della sentenza "la morte del piccolo nato era riconducibile a una fatale successione ingravescente di complicanze ingovernabili", il CTU ha ritenuto che l'infezione di un neonato pretermine si insedia e diventa una patologia fatale per ragioni collegate al sistema, all'imaturità del sistema immunitario del piccolo, quindi così facendo la domanda risarcitoria è stata respinta.

Se è vero che l'obbligazione del medico è un'obbligazione di mezzi e non di risultato tuttavia il medico contrattualmente può obbligarsi a raggiungere un certo risultato nell'ambito della chirurgia estetica dove è stato affermato un importante principio da parte del Tribunale di Varese perché la finalità dell'intervento chirurgico comunque non modifica le garanzie che spettano al paziente, anche in caso di intervento finalizzato al miglioramento di un aspetto estetico sicuramente il medico non deve arrecare dei danni all'apparato funzionale del paziente.

E allora è stata riconosciuta in questo contesto la responsabilità del sanitario che nell'ambito di una operazione di rinoplastica ha causato un effetto indesiderato collaterale al paziente.

Anche se la CTU ha accertato che nel consenso informato questo tipo di complicanza era comunque possibile tuttavia nel caso concreto risultava che la complicanza si è verificata perché il medico aveva agito, non aveva rispettato la regola di prudenza, in particolare era stato imprudente nel rimuovere un tampone nasale resosi necessario per il sanguinamento soltanto dopo ventiquattrore anziché dopo 48 ore come consigliato dalla letteratura medica e così discostandosi dal parametro standard di riferimento.

Per cui se il medico avesse rispettato la regola di prudenza è probabile che la complicanza con un elevato grado di certezza non si sarebbe verificata. Io prima di concludere se ho cinque minuti volevo parlarvi di due casi molto interessanti della Corte di Cassazione che hanno avuto ad oggetto la responsabilità sanitaria in caso di intervento diverso da quello concordato.

Il primo caso che è stato affrontato dalla Cassazione, il paziente aveva prestato il consenso per un intervento di laparoscopia e durante l'intervento il sanitario decide discrezionalmente di mutare la tecnica chirurgica ed effettuare un intervento di laparotomia senza che il paziente avesse dato il consenso.

Si tratta quest'ultima tecnica ovviamente più incisiva, più invasiva che consiste nell'incidere l'addome.

Nella sentenza si osserva che appunto il consenso informato è stato pensato come strumento per realizzare l'alleanza terapeutica tra medico e paziente affinché il paziente venga coinvolto nei processi

decisionali che riguardano la sua salute e allora si osserva che la scelta discrezionale del sanitario di usare la tecnica chirurgica in un caso dove comunque non c'era una situazione di urgenza, ha consumato una lesione alla libertà di autodeterminazione del paziente e sicuramente il consenso informato costituisce un limite alla discrezionalità tecnica professionale del medico.

L'ultimo caso sempre in tema di intervento diverso da quello concordato, è il caso esaminato recentemente nel luglio del '14 dalla Corte di Cassazione in cui il sanitario aveva effettuato un intervento alla testa diverso da quello concordato dal quale era derivata la totale cecità del paziente. Purtroppo la domanda risarcitoria è stata rigettata per effetto del decorso del termine prescrizione dell'azione, pur tuttavia la Corte di Cassazione ha affermato un principio

importantissimo perché si afferma chiaramente che in caso di esito infausto di un intervento difforme da quello per cui sia stato preventivamente prestato il consenso informato nella condotta del medico non è ravvisabile il delitto di lesioni volontarie gravi e gravissime, qualora appunto gli atti posti in essere dal medico sono atti che hanno una finalità terapeutica, sono atti medici e la condotta non è diretta intenzionalmente a ledere.

Se l'agente cagiona chiaramente delle lesioni al paziente c'è la violazione di una regola cautelare, l'unico reato che si può configurare è appunto il reato di lesioni colpose quindi in questo caso non ricorrendo l'ipotesi delle lesioni volontarie l'azione è stata considerata prescritta. Ritengo di dover chiudere, ringrazio tutti per l'attenzione. Grazie

### **Giorgio Grandinetti**

Ringraziamo l'avv. Marra per l'interessante excursus casistico che ha effettuato.

Presento, presentare l'adecola mi sembra un po' pretenzioso nel senso che è conosciuto, lo era molto quando era un collega della Cassazione e comunque è conosciuto da tantissimo tempo proprio nel campo della responsabilità medica quindi gli do volentieri la parola.

## Relazione

### <Analisi della responsabilità del personale medico, della struttura sanitaria e del personale sanitario: aspetti civilistici, penalistici e contabili>

**Gianfranco Iadecola, Giurista**

Grazie, grazie al presidente Piero Muzzetto per l'invito sempre molto gradito.

Possiamo facilmente constatare dalle relazioni e dalla stessa rassegna giurisprudenziale, che abbiamo appena ascoltato come ne sia passato di tempo da quando la Corte di Cassazione di Napoli nel 1871 stabiliva che il medico va perseguito penalmente soltanto quando agisca con animo deliberato di malaffare, e come ne sia passato di tempo anche da quando la Cassazione italiana diciamo ormai negli anni sessanta enunciava il principio secondo cui il medico che avesse dimenticato alcuni metri di garza nell'addome del paziente non potesse comunque essere punito per contegno colposo perché la sua colpa non era contrassegnata da gravità e la colpa medica, si affermava allora, è rilevante soltanto quando si configuri come colpa grave e ciò sia che si tratti di negligenza, sia di imprudenza che di imperizia: le garze, la garza può facilmente confondersi con le anse intestinali e quindi non è agevole in realtà per il medico che pure le abbia sistemate e collocate recuperarle. I tempi sono diversi, il tempo che noi abbiamo è molto poco, per cui per quella rassegna, per quella panoramica non potremo che soffermarci su alcuni aspetti.

E dire che oggi *mala tempora currunt* effettivamente per il sanitario anche se non in tutti i settori del diritto della responsabilità, certamente nell'ambito della responsabilità civile, certamente nell'ambito della responsabilità contabile la quale si contrassegna, attenzione, per una possibilità, per una potestà vorrei dire di autonoma rivalutazione dell'emergenza del processo civile di talché per dire il procuratore regionale presso la Corte dei Conti, e cioè il pubblico ministero contabile, potrebbe ravvisare estremi di colpa grave, il presupposto della responsabilità contabile è che la colpa sia grave, anche quando nella causa civile il contegno del sanitario non sia stato qualificato dal giudice in termini di gravità.

E naturalmente la responsabilità deontologica che pure va presa in considerazione nel momento, maggiormente vorrei dire va presa in considerazione al di là, come dire, dell'aggiornata produzione normativa nel settore man mano che la stessa Cassazione riconosce sempre maggiormente natura giuridica alle stesse norme del Codice di deontologia medica.

Ma certamente, il settore in cui il medico oggi rischia di più, per così dire, è quello civilistico. L'orientamento della Corte di Cassazione è dal 1999 dichiaratamente orientato a favore del paziente, soggetto debole nel rapporto terapeutico, soggetto che dunque deve essere protetto perché più distante dalla prova, con maggiori difficoltà probatorie in caso di giudizio.

Cioè a dire è più facile per il medico dimostrare la inesistenza di colpa e la inesistenza di correlazione causale fra il suo comportamento e l'evento adducendo e giustificando la sopravvenienza di complicità di quanto non possa essere agevole per il paziente dimostrare l'esistenza della colpa del medico e la esistenza del nesso. Sicché il medico deve scontare questa sua condizione di quasi superiorità intellettuale gravandosi dei maggiori oneri probatori e la figura giuridica è quella sappiamo del cosiddetto contatto sociale di matrice germanica anche se lì è applicata alla disciplina del lavoro principalmente, per cui in forza di questo contatto insorge un rapporto fra medico e paziente anche naturalmente fra medico della struttura pubblica e paziente, un rapporto che ha tutte le caratteristiche del contratto. Quali gli effetti di questa costruzione?

Che il termine di prescrizione diventa decennale laddove di cinque anni in caso di responsabilità qualificata come extracontrattuale, che gli oneri probatori maggiori gravano sul soggetto convenuto cioè sul soggetto citato in giudizio qual è il medico. E' il medico che deve dimostrare tutto, se non dimostra che non ha colpa e che non c'è nesso perde, come si dice la causa, dovendo prestare attenzione a quella che è la filosofia che governa il processo civile in cui non vince chi ha ragione necessariamente ma vince chi dimostra la fondatezza delle ragioni che sostiene.

Quindi questa è in sostanza la situazione che si è venuta determinando e che è contrassegnata per un atteggiamento di favore, di buona disponibilità della Corte di Cassazione, dico del supremo organo di legittimità quello che dà i principi di diritto ai quali i giudici del merito, come si dice, dovranno poi adeguarsi nei confronti del paziente.

Ve ne sono anche altre dimostrazioni in materia di valutazione delle incompletezze e dei silenzi della cartella clinica, autorizzano presunzioni contro il medico se la cartella in un determinato passaggio cruciale nulla dica, il giudice non è autorizzato ad

affermare che nulla dicendo la cartella nulla è avvenuto in quel momento deve viceversa presumere che proprio in quel momento si sia tenuto quel contegno scorretto che il paziente lamenta essere stato causa del pregiudizio appunto che sostiene aver ricevuto.

E ancora e soprattutto in materia di accertamento di nesso di causa, il nesso causale nella giurisprudenza della terza civile della Corte di Cassazione è in realtà meramente presunto, è affermato semplicemente in termini assertivi non a seguito di un accertamento che ne dimostri la attendibilità di ricorrenza nel caso concreto. Anche quando le Sezioni unite nel 2008 hanno richiamato il principio del più probabile che non e quindi la giustificazione causale che esiga sul piano probatorio una dimostrazione minimamente persuasiva che se non deve attingere la certezza necessaria alla prova nel processo penale deve comunque contrassegnarsi per una probabilità qualificata sono rimaste disattese in questa loro indicazione sostanzialmente perché se noi leggiamo le sentenze della terza civile della Cassazione ci accorgiamo perfettamente che non è la spiegazione causale attendibile e quindi logicamente comprovata in termini di probabilità significativa e consistente ma è qualsiasi allegazione proposta da parte del paziente che viene a transitare come di per sé dimostrativa della ricorrenza del nesso.

Questa è grosso modo assai vorrei dire approssimativamente la linea tendenziale che si manifesta ancora sempre *contra medicum* direi in quell'ampliamento smisurato delle categorie di danno risarcibile. Si dice che il danno esistenziale in realtà non esiste poi lo si va recuperando sotto ogni ambito, nella risarcibilità delle stesse chance alle quali si faceva riferimento, nella risarcibilità affermata innovando a un orientamento giurisprudenziale costante del passato per il nato malformato, riconoscendosi in sostanza quello che ci eravamo meravigliati avesse affermato nel 2002 se non erro la Cassazione francese, cioè il diritto a non nascere se non sano, con un risarcimento che è dovuto al bambino che nasce e ai fratelli dello stesso bambino.

Signori, tutto questo per via giurisprudenziale, la nostra responsabilità medica non è una responsabilità di diritto civile, di paese di civil law ma è una responsabilità di un paese di *common law*.

Ci andiamo orientando decisamente per questa strada; è la giurisprudenza che crea le soluzioni e che ha determinato, attraverso i suoi principi, un sottosistema vero e proprio di responsabilità civile.

Quanto alla responsabilità medica, attenzione, quanto unicamente alla responsabilità di questa categoria di professionisti, non valgono gli stessi principi nella causa contro l'avvocato o nella causa contro il notaio:

è unicamente in questo ambito che vige questo fenomeno vorrei dire particolarissimo e discutibile.

Non è questa la sede, io ho fatto parte della Corte di Cassazione e ovviamente mi avvicino a questi discorsi con grandissimo rispetto ci mancherebbe, naturalmente poi il dibattito anche talvolta attraverso proposizioni provocatorie ha la funzione proprio poi di arrivare effettivamente ai principi, a selezionare i principi più corretti gli asserti maggiormente condivisibili.

Ma potremmo a lungo discutere se sia consentito alla giurisprudenza elaborare principi che vanno ad integrare, a modellare e a modificare le regole della disciplina giuridica, se questa non sia un'indebita supplenza rispetto a compiti esclusivamente riservati al legislatore, sfruttando la flessibilità che è propria del diritto civile e sfruttando l'assenza di vincoli costituzionali che riguardano il diritto penale ove è in giuoco la libertà personale, ma che non riguardano il diritto civile ove si discute del vile denaro, quindi non dell'essere bensì dell'avere del soggetto.

E' un tema di discussione che segnalo agli avvocati presenti che certamente avranno colto questa posizione essere stato trattato da par suo dal prof. Busnelli in un recente articolo su danni e responsabilità, molto critico rispetto alla dottrina delle Corti, a una Corte di Cassazione che enuncia veri e propri principi normativi in questo ambito particolare. Quando parliamo di riforme, signori, allora non vi è dubbio che questo sia il primo settore che il legislatore dovrebbe toccare attraverso una disciplina di riforme.

La Balduzzi non risolve i problemi; essa è stata molto reclamizzata, una recente sentenza del Tribunale di Milano, ma si pone sulla scia di decisioni già in quella direzione contrastate da altrettante imposizioni opposte. Il 2043, la mera citazione dell'art. 2043 nulla vuol dire e nulla immuta rispetto a danni di consolidata lettura in chiave contrattuale della responsabilità professionale medica e la Corte di Cassazione con pronunce ellittiche, vorrei dire non riccamente motivate in ordine al principio, ha ribadito sinora in due decisioni, nella prima delle quali in realtà era un passaggio incidentale ha assunto questo principio che non sono novità da prendere in considerazione.

Occorre una riforma organica, sistematica e compiuta che non esponga il medico in prima linea, analoga a quella alla quale la prof.ssa Candian, facendo riferimento quanto alla responsabilità del medico pubblico in Francia, i progetti del resto che giacciono ancora in Parlamento sono orientati praticamente in questa direzione.

La struttura citata come per la responsabilità degli insegnanti, poi una valutazione interna e una rivalsa limitata ai casi di dolo soltanto con le iniziative disciplinari nei confronti evidentemente del sanitario.



In ambito penale, ci permettiamo di dire, la giurisprudenza ha superato punte di una qualche eccessiva severità interpretativa del passato, ci possiamo accontentare vorrei dire dei risultati della evoluzione giurisprudenziale penale in materia soprattutto, per esempio, di accertamento della correlazione causale.

La sentenza francese del 2002 rappresenta una pietra miliare nella storia della responsabilità medica perché oggi la prova del nesso deve essere una prova assolutamente certa, altro che serie ed apprezzabili probabilità di successo dell'azione corretta omessa da parte del medico e la metodologia dell'accertamento del nesso che quella sentenza detta che è di particolare importanza e di particolare interesse; la legge scientifica va confrontata con tutte le particolarità del caso concreto non può dettare al giudice la soluzione del caso.

La sentenza non la fa il perito che porta la scienza nel processo, la sentenza la fa il giudice il quale deve calibrare, confrontare l'enunciato scientifico con le particolarità della fattispecie, perché le particolarità del caso concreto possono smentire enunciati scientifici anche, come dire, quotati probabilisticamente in termini di eccellenza, indicativi di soluzioni di risultati elevatamente probabili e possono esaltare enunciati scientifici viceversa che esprimono quozienti percentualistici medio-bassi. In materia di violazione della regola del consenso le Sezioni riunite penali che venivano poc'anzi ricordate hanno praticamente affermato che il medico che agisca senza acquisire il consenso del paziente non commette alcun reato.

Inizia la rilevanza penale del comportamento del medico quando il medico costringa il paziente a subire un intervento rispetto al quale il medesimo abbia espresso dissenso, e cioè informato lo abbia rifiutato, allora potremmo configurare la fattispecie dell'art. 610 del Codice penale, cioè la fattispecie della violenza privata, ma se non v'è questa ed v'è mera, come dire accantonamento, mera trascuranza della volontà del malato che non viene per niente interpellato per niente informato, il comportamento avrà una rilevanza civilistica sul piano risarcitorio, ma non avrà una rilevanza penale. Questa è la situazione. Ne è passato di tempo dalle decisioni, caso massimo 1992 in cui si era affermata addirittura ipotesi dell'omicidio preterintenzionale. Ecco le stagioni della giurisprudenza, che naturalmente hanno bisogno di tempo per determinarsi e che possano essere mutevoli quando la legge non è chiara, attenzione, o quando la legge non esiste.

In materia di consenso stiamo aspettando da tempo memorabile, vorrei dire, alcuni principi di fondo che ci dicono che significato, che rilevanza abbia, se vale per il futuro, il problema del testamento biologico, a

quali condizioni la volontà proiettata al futuro e non attuale debba essere recepita e vincolare il medico.

Se sia penalmente rilevante o meno secondo la sensibilità del legislatore che dovrebbe recepire quella che la collettività e anzi anticiparne vorrei dire le manifestazioni, se sia concepibile una rilevanza penale.

Se vogliamo questo o se vogliamo viceversa che il contegno del medico nei suoi rapporti con il paziente sia confinato non nell'area del processo penale ma nell'area della responsabilità deontologica o al limite della responsabilità civilistica, qui occorrono interventi, in ambito penale l'intervento che occorre a mio giudizio è in materia di consenso. Il problema della colpa occorre trattarlo con molto, come dire, con molta concretezza e realismo.

Abbiamo già indicazione della Corte Costituzionale che risalgono nel tempo, secondo le quali è una pia illusione quella di pensare a una depenalizzazione dell'atto medico.

Si potrà arrivare ad affermare ciò che neppure la Balduzzi afferma in realtà ancora che la responsabilità del medico quando si tratti di colpa per imperizia a fronte di prestazioni particolarmente complesse meriti una rilevanza al limite della colpa grave, ma non si potrà arrivare ad affermare ragionevolmente, se si vuole rispettare il precetto dell'art. 3, che il medico anche quando sia imputabile per mancata diligenza o per mancata prudenza debba ricevere un trattamento penale migliore di quello che ricevono tutti quanti i cittadini.

È giustificato in materia di imperizia quando il caso è complesso, perché non posso pretendere che tutti i medici siano bravi al massimo grado, siano bravi come il più bravo del mondo per cui ogni errore debba essere sanzionato in sede penale.

Merita punizione in quell'ambito il medico soltanto quando dimostri ciò che altri medici del suo livello professionale avrebbero saputo agevolmente fare in quel caso, ma non al di fuori di quest'ambito.

A questo si potrà arrivare perché la Balduzzi in realtà non afferma questo, la Balduzzi afferma soltanto, incidendo poco nell'ambito penale, che è depenalizzata la colpa lieve per imperizia condizionatamente al fatto che il medico abbia osservato nella sua condotta le leggi, le linee guida e le pratiche scientifiche accreditate e virtuose.

Quindi ha una incidenza assai ridotta e si limita ad affermare che se c'è colpa lieve e c'è questo rispetto la condotta del medico non ha rilevanza penale; non afferma ancora che sia rilevante soltanto la colpa grave, affermazione che ha una portata operativa assai più ampia di quella che faccia oggi la Balduzzi.

Concludo segnalando un orientamento giurisprudenziale, come dire, che lascia ben sperare

della Cassazione penale, perché non è che perché abbiamo sempre fatto il Pubblico ministero personalmente abbiamo una predilezione per il Giudice penale rispetto all'atteggiamento del Giudice civile, sono diversificati i comportamenti delle due giurisprudenze.

In ambito penale le posizioni attinte sono molto più egualitarie, sono molto più oggettive rispetto a quanto non siano state in passato; in materia di colpa la giurisprudenza più qualificata della Sez. 4<sup>a</sup> della Corte di Cassazione abbiamo ancora alcune decisioni che appartengono ancora a una penna particolarmente però autorevole all'interno della composizione della 4<sup>a</sup> Sezione penale, va affermando che la concezione della colpa non debba essere, mi riferisco con questi termini all'uditorio forense per così dire, non già qualificata e apprezzata soltanto in chiave normativa, ma anche in chiave soggettiva, non basta perché si possa affermare la ricorrenza della colpa in sede penale che il medico abbia violato una prescrizione cautelare, debbo accertare che sia rimproverabile per il comportamento osservato, ha avuto riguardo a tutte le circostanze del caso concreto nel senso che in quel particolare contesto in cui ha operato fosse da lui esigibile un comportamento diverso.

Signori, questo significa molto, significa non punire immediatamente, ma andare a valutare con prudenza

e con benevolenza il comportamento del medico che sbaglia nell'urgenza o che sbaglia nell'emergenza; significa considerare se l'errore del medico è stato influenzato da carenze organizzative a lui non imputabili; significa considerare il particolare settore della medicina che viene in evenienza, la responsabilità dello psichiatra non la posso valutare nello stesso modo in cui valuto la responsabilità di un altro sanitario per i maggiori termini di incertezza e di indefinitezza della scienza psichiatrica, per l'imprevedibilità oggettiva di taluni comportamenti.

Significa che la diagnosi difficile, ambigua, incerta, atipica giustifica l'errore del medico senza che il medico meriti punizione. Attenzione vi ho esemplificato ciò che le sentenze che la Corte di Cassazione afferma, valutazione benevola della colpa del medico quando si parli di imperizia, mancanza di conoscenza delle leggi dell'arte a fronte di particolari circostanze del caso concreto, di particolari contingenti. In questo caso il medico non merita punizione quando la sua condotta sia giustificabile e non sia rimproverabile, perché il quel contesto non era esigibile un comportamento di tipo diverso. Vi ringrazio dell'attenzione.

### **Grandinetti**

Ringraziamo il collega Iadecola per l'intervento veramente mirabile, interessantissimo, penso, e organicissimo. Vorrei solo dire una cosa con riferimento alla supplenza.

Mi è venuta un'immagine dell'ambiente scolastico: la supplente c'è quando la titolare è ammalata, assente, impedita etc. questa benedetta supplenza della magistratura c'è, tranne casi personali, c'è perché il legislatore è assente, ammalato, impedito, ecc...noi aspettiamo che guarisca presto.

### **Muzzetto**

Una frase del genere detta in un consesso, anche e soprattutto medico, coglie particolarmente nel segno.

Io ringrazio i partecipanti a questa sessione, direi la discussione la facciamo alla fine dell'altra sessione perché cerchiamo di recuperare un po' il tempo che abbiamo perduto, anche se gli elementi di meditazione e le domande, come diceva quel tale, sorgere spontanee, ma le rimettiamo poi nella fase successiva. Grazie ancora.

## **Seconda Sessione**

**<La prudenza, l'Assicurazione, la Tutela del patrimonio. Responsabilità e danno: quali strumenti per la difesa del medico?>**

**Moderatori : Nicola Sinisi – Pierantonio Muzzetto**

Quindi chiamo i relatori della seconda sessione, dicendo che il Presidente Salvini dell'Ordine degli avvocati mi ha chiamato che per motivi di necessità professionale non potrà essere presente se non a fine mattinata. In più devo includere nella sessione la relazione , in anteprima nazionale, del direttore Enpam Luigi Caccamo che ringrazio e che illustrerà alcuni passaggi della nuova politica assicurativa della nostra fondazione previdenziale.

Pertanto chiamo al tavolo della moderazione Nicola Sinisi e i relatori Mattia Condeni, Annalisa Bassi, Roberto Ferrari e Luigi Caccamo, per dare inizio ai lavori della seconda sessione.

La seconda sessione si incentra su alcuni dei termini, riprendendo quanto detto dal giurista Iadecola sono quelli della prudenza, e il titolo della sessione è "La prudenza, l'Assicurazione, la Tutela del patrimonio. Responsabilità e danni, quali strumenti per la difesa del medico?", cioè stiamo entrando in una dinamica in cui, anche sentendo quanto detto dal Presidente Bianco, ci sono degli aspetti quindi nella vita professionale che toccano momenti in cui l'assicurazione gioca un ruolo in quella che non oserei definire oggi e che potrebbe diventare la seconda tipologia di medicina difensiva cioè la medicina assicurativa. A ben guardare non è una cosa da sottovalutare.

La seconda osservazione che in ogni caso entra e si rientra nel circuito e nel discorso della responsabilità e del danno.

Come primo relatore quindi che terrà conto anche degli aspetti patrimoniali nell'ambito anche della rivalsa, perché noi abbiamo visto esistono tutta una serie di situazioni in cui vi è una sentenza civile, vi è una sentenza penale, ma vi è anche una sentenza amministrativa e nell'ambito della sentenza amministrativa sta prendendo, direi, piede, se mi è consentito anche quella che è la rivalsa della Corte dei Conti. Sono aspetti tutt'altro che secondari, dove anche l'aspetto patrimoniale ha un ruolo estremamente importante.

Per questo io chiederei a Mattia Condeni, che in questo momento è in collaborazione col notaio Chiari, che anche lui non è potuto essere presente per

problemi familiari, ci parlerà del fondo patrimoniale e della tutela del patrimonio familiare.

Il dr. Condeni è particolarmente esperto in questa tematica e penso che ci possa offrire uno spaccato e delucidarci su questo argomento che per molti di noi è quasi sconosciuto. Prego.

## **Relazione**

### **<Fondo patrimoniale e tutela del fondo patrimoniale familiare>**

**Giorgio Chiari – Nicola Condemi, notai**

#### **Relazione Nicola Condemi**

Buongiorno a tutti. Come mai un notaio oggi è qui con voi a chiacchierare su queste tematiche: un notaio è qui con voi intanto perché è figlio di un ginecologo e quindi magari sotto il profilo diciamo, di tematiche di responsabilità professionali abbiamo capito che la categoria è abbastanza, anzi in trincea da questo punto di vista. Comunque sono qui per cercare di fare chiarezza su un argomento, un istituto giuridico che è il fondo patrimoniale, che è il tema assegnatomi appunto in questa mattinata e che non sempre il medico conosce a fondo, conosce superficialmente spesso per sentito dire.

Innanzitutto la tematica fondamentale è quella di comprendere che il fondo patrimoniale innanzitutto è uno strumento giuridico che esiste da tanto tempo, è un istituto che è configurato dal '75 nella sua attuale forma, è un istituto però legato al diritto di famiglia.

Quindi che cosa vuol dire, vuol dire che viene data la possibilità in termini di codice civile a una coppia di coniugi di determinare in relazione a dei propri beni la possibilità di vincolarli a un certo scopo, cioè di dare loro una destinazione.

Da questo punto di vista il concetto è piuttosto moderno nel senso che forse avete sentito parlare di istituti come il Trust che sono istituti di matrice anglosassone che poi pian piano hanno fatto il loro ingresso anche nel nostro mondo di tipologia giuridica differente, ma che conoscono questo concetto di separazione patrimoniale.

Il fondo patrimoniale è un'espressione di questo concetto giuridico ed è un'espressione di un concetto giuridico che vuole consentire appunto, ripeto, a una coppia di coniugi, quindi in ambito di diritto di famiglia, di selezionare alcuni beni di loro titolarità, possono essere naturalmente di titolarità o dell'uno o dell'altro o di entrambi e di dare loro una destinazione, uno scopo, che è quello di essere destinati alle necessità familiari.

Noi da questo non possiamo non partire. E' chiaro che noi, in un contesto come quello di oggi, stiamo valutando quello che è un effetto dell'esistenza del fondo patrimoniale, cioè quella che può essere una protezione dei beni, così è stato introdotto il concetto; in realtà dobbiamo partire analizzando correttamente questo dato giuridico, come mai questi beni noi li

leggiamo in termini di protezione. In realtà li leggiamo in termini di protezione perché c'è un'esigenza che il Codice vuole assecondare, che è quella di favorire le esigenze familiari e allora noi possiamo prendere determinati beni e dare loro questa destinazione.

Che tipologia di beni possono essere interessati a questo? Il Codice civile ci parla di beni immobili, beni mobili registrati o titoli di credito, quindi tanto per cominciare non qualsiasi tipo di bene può essere oggetto di questo tipo di istituto, di contratto tra i coniugi. E perché i beni sono questi?

I beni sono questi perché sono categorie di beni che hanno una visibilità per quello che concerne la loro circolazione e quindi la ragione per cui un bene immobile può essere oggetto di fondo patrimoniale è anche data dal fatto che c'è un regime pubblicitario che assiste queste tipologie di beni quindi questo vincolo che viene impresso è rilevabile anche dai terzi. Quindi le tematiche che è bene conoscere sono legate fondamentalmente a che cosa?

Al fatto che soggetti coniugati hanno accesso a questo tipo di istituto e beni di una certa tipologia possono essere oggetto di questo istituto.

Quindi quali sono alcune riflessioni da farsi immediatamente per chi affronta questa tematica? E' chiaro che io nel vincolare a favore della famiglia, delle esigenze familiari determinati beni, diciamo, realizzo una loro destinazione peculiare .... , ma devo anche essere conscio che questa destinazione rimane collegata all'esistenza della famiglia, cioè all'esistenza di una coppia coniugata.

Vuol dire anche che al cessare dell'esistenza di una famiglia, avrò anche la contestuale cessazione degli effetti dell'esistenza di un fondo patrimoniale. La legge prevede un'ultrattività da questo punto di vista nel momento in cui vi sia presenza di figli minori della coppia e allora l'esistenza del fondo patrimoniale viene prorogata per così dire, fino alla maggiore età dell'ultimo di questi figli.

Chiaramente quindi bisogna conoscere questo, che è anche se vogliamo da un certo punto di vista un limite, se noi andiamo ad analizzare l'ottica protettiva che viene data da un fondo patrimoniale.

E domandiamoci anche in ottica di cessazione degli effetti del fondo patrimoniale, facciamoci anche

un'altra domanda, che è una domanda assolutamente non secondaria ed è un tema molto importante, cosa voglio dire, nel momento in cui noi andiamo a creare, a generare un fondo patrimoniale abbiamo magari un'esigenza da soddisfare che è quella di, avendo destinato questi beni a questo scopo, in qualche modo averli protetti dalle possibili azioni di soggetti creditori che non facciano parte della sfera strettamente familiare, ma dobbiamo anche considerare il fatto che aver messo un bene in fondo patrimoniale potrebbe essere per noi stessi che lo abbiamo fatto in qualche misura un'arma a doppio taglio. In che senso?

Nel senso che avrò io per primo difficoltà ad utilizzare questi beni per finalità diverse da questa.

Vale a dire, immaginando di avere messo in fondo patrimoniale un dato immobile, immaginiamo di rivolgerci a una banca, per esempio, per ottenere un finanziamento per esigenze particolari legate alla professione o quant'altro, io avrò serie difficoltà a quel punto, proprio perché avendo dato una destinazione a questo bene sarò io il primo a non poter utilizzare questo bene per finalità diverse.

E allora mi riallaccio al discorso che facevo prima, quando si ha la cessazione di un fondo patrimoniale? La domanda che i clienti fanno a questo punto della chiacchierata è: "ma io, notaio, posso fare retromarcia? Una volta costituito un fondo patrimoniale, potrò in qualche misura ripensarci?". Il tema non è da poco, perché sembra banale, ma non ha una soluzione così semplice.

Come mai? Innanzitutto perché sotto il profilo codicistico, il Codice civile non prevede testualmente come ipotesi di cessazione di fondo patrimoniale questa fattispecie, cioè ricollega la cessazione del fondo patrimoniale alla cessazione della famiglia e la domanda diventa quindi delicata; delicata perché soprattutto nell'ipotesi in cui la coppia di coniugi abbia dei figli minori.

Questo perché? Perché come abbiamo detto prima, nell'ipotesi di cessazione di fondo patrimoniale si ha un'ultrattività del fondo nel momento in cui vi siano figli minorenni, e ciò sino alla loro maggiore età.

Quindi una coppia di coniugi che abbia optato per la costituzione di un fondo patrimoniale che si trovi a un certo punto a voler ripensare a quanto fatto e sciogliere il fondo, avendo figli minori si troverà di fronte ad una situazione particolare; una situazione particolare, non chiara e con letture a livello anche giurisprudenziale, cioè pronunce di Tribunali molto ondivaghe e molto, diciamo, differenti le une dalle altre e vi faccio degli esempi molto, molto recenti che rendono l'idea di come l'argomento sia particolare.

Per esempio nel corso del 2013 si sono avuti, Tribunale di Milano da un lato che ha sposato una tesi piuttosto liberale dicendo in fondo i coniugi con una loro manifestazione di volontà hanno voluto generare

un fondo patrimoniale, è chiaro che il Codice civile prevede che come cause di scioglimento di queste cause alcune ipotesi legali e quindi legate alla cessazione della famiglia, ma così come i coniugi hanno con una loro volontà voluto generarlo questo fondo potranno liberamente scioglierlo.

La loro volontà è sovrana. Risponde d'altro canto il Tribunale dei minorenni di Ancona, sempre nel 2013 e sempre intorno al mese di Marzo, dicendo esattamente il contrario. Posto che un fondo patrimoniale si chiude, ma in presenza di figli minori è prevista espressamente per legge l'ultrattività fino alla maggiore età, in caso di fondo patrimoniale con figli minori non è ammissibile uno scioglimento volontario o negoziale, quindi capite già che la cosa si fa complessa. Interviene a quel punto la Cassazione quest'anno in Agosto, e dice che cosa?

Una cosa molto interessante e con riflessi però operativi veramente peculiari. Dice che cosa? Dice che sposando in linea di massima un concetto assimilabile alla tesi liberale portata avanti dal Tribunale di Milano che sì, i coniugi possono liberamente con manifestazione di volontà sciogliere a cui loro stessi in passato hanno dato vita, ma in presenza di figli minori dovranno ottenere l'autorizzazione giudiziale e non solo in presenza di figli minori questo accade, ma anche in presenza di concepiti.

Questo cosa significa?

Significa che mi arriva di fronte in qualità di notaio una coppia che mi dice: "guardi notaio io anni fa ho fatto un fondo patrimoniale. Oggi per varie ragioni vorremmo scioglierlo." E noi a quel punto che cosa facciamo?

Se ci sono figli minori chiediamo l'autorizzazione al giudice, ma dovremo essere sicuri che la signora che abbiamo davanti non è in stato interessante. Io ripeto, qualità di figlio di ginecologo sono in una botte di ferro perché avrò sicuramente possibilità di diagnostiche particolari, però chiaramente capite che sotto il profilo operativo questo è un pochino preoccupante, nel senso che nell'ottica di chi vuole dare certezza alle persone che ha davanti e vuole dare, come dire, soprattutto una certezza giuridica agli atti che pone in essere, chiaramente è una situazione che non giova tantissimo alla certezza delle negoziazioni

Questo per farvi un esempio naturalmente di come comunque una materia che nasce come fondo patrimoniale nella sua attuale forma già da diversi anni, ripeto, dal '75 come minimo, abbiamo comunque tante tematiche che sono un pochino, così, con un'interpretazione non ancora stabilizzata.

Altre tematiche interessanti sono per esempio, tornando un attimo a che tipologia di beni possono essere oggetto di fondo patrimoniale, un tema

classico sono, per esempio, i soggetti che sono titolari di quote di s.r.l..

Perché la quota di s.r.l. che cosa è esattamente? La quota s.r.l. diventa, diciamo, se rimaniamo ancorati a un dato letterale la norma dice: "tu puoi mettere in fondo patrimoniale beni immobili, beni mobili registrati o titoli di credito" la quota di s.r.l., se proprio vogliamo, non appartiene in modo evidente a nessuna delle tre categorie.

Se facciamo un ragionamento diverso, come mai abbiamo detto le categorie sono queste? Le categorie sono queste perché sono questi i beni che hanno un regime di circolazione con pubblici registri e allora tutto sommato la quota di s.r.l. ce l'ha questo dato perché noi in Camera di Commercio con le quote di s.r.l. realizziamo un regime pubblicitario compiuto e su questo fa leva per esempio tutta quella ampia ricostruzione dottrinale autorevolmente sostenuta che consente alla quota s.r.l. di essere inserita in fondo patrimoniale.

Linee guida del Notariato stesso sconsigliano un pochino, però, di sposare questa ricostruzione.

Questo per dirvi come diventa difficile per un professionista dare anche per esempio su un argomento di questo tipo delle grandi certezze, perché se io dessi al mio cliente una certezza assoluta in quest'ambito forse non gli farei un grandissimo servizio, perché lui finirebbe per contare su un effetto sicuro quando poi forse tanto sicuro non è.

Tornando al discorso di partenza, il concetto base da tener presente è che il fondo patrimoniale è un istituto che va analizzato con una certa cautela e soprattutto va correttamente commentato nell'ambito dei binari per i quali è stato pensato, cioè il Diritto di Famiglia. Di solito il cliente a questo punto fa una domanda molto semplice: "ma, notaio, io non sono sposato."

E quindi? C'è chi si sposa e chi no, per carità, scelte del tutto personali, però che cosa può fare una persona che non è sposata per fare qualche cosa di simile eventualmente?

Ora, il punto è che ci sono strutture negoziali che noi utilizziamo che somigliano al fondo patrimoniale, ma evidentemente fondi patrimoniali non sono, ma che fanno riferimento ai cosiddetti patrimoni destinati, cioè agli atti di separazione patrimoniale.

Cioè a dire che cosa, è stato introdotto in Codice Civile l'art. 2645 ter che riguarda gli atti di destinazione, vuol dire che praticamente, con una tecnica legislativa peraltro un po' curiosa, nel senso che si è voluto praticamente introdurre nel nostro sistema la possibilità di generare vincoli su beni destinandoli a un certo scopo ma per fare questo invece, come dire, introdurre l'istituto nella parte tipica del Codice civile, cioè configurare un istituto ab initio se ne è parlato

preoccupandosi fundamentalmente della pubblicità da dare a questo nei registri pubblici, nei registri immobiliari.

Comunque al di là di questo fatto, il concetto è, noi che pure siamo una coppia, ma non siamo sposati, abbiamo uno strumento che può in qualche misura ricalcare la finalità del fondo patrimoniale e possiamo in un certo qual modo andare a vincolare dei nostri beni, vincolarli alle esigenze della famiglia, possiamo in questo modo separare anche le sorti, come dicevamo prima, in ambito di azioni di potenziali creditori, tenendo conto che chiaramente è questa un'opportunità che viene, ed è importante valutarla, che però è molto, molto recente nel senso che è data dall'entrata in vigore di questa normativa che è di qualche anno fa.

Un ulteriore istituto che potrebbe essere utile a questo scopo, molto più complesso se vogliamo dal punto di vista strutturale, è il trust, faccio un cenno rapidissimo a questo...questo oggetto misterioso. Che cosa è un trust?

Un trust diciamo nella sua forma standard base semplice è un istituto in forza del quale una persona prende determinati beni, li vincola a uno scopo dandogli un amministratore che si chiama Trustee prevedendo quindi che cosa questo Trustee deve fare di questi beni che vengono gestiti in ottica di una certa finalità e allo scadere del Trust trasferirà i beni a un beneficiario o più beneficiari finali.

Quindi c'è un soggetto disponente che prende dei beni, li intesta a un'altra persona che ne è amministratore, gli da le regole di che cosa deve fare di questi beni e allo scadere di questa figura ci saranno dei beneficiari che riceveranno questi beni. Sto semplificando, perché poi in realtà l'istituto del Trust si presta a un'infinità di modelli e di applicazioni. Concludo velocissimamente.

La particolarità di questo, di questo Trust è, come vi dice il nome stesso, in Italia non esiste o meglio, non è normato direttamente e quindi per poterlo utilizzare noi dobbiamo fare riferimento a una disciplina giuridica di uno Stato straniero che lo conosca e quindi renderlo disciplinato dalla legge inglese piuttosto che di altri paesi che conoscono questo istituto.

Quindi diventa chiaramente un istituto con delle complessità diverse proprio perché richiede anche di avere dei professionisti che assistano il soggetto interessato a questo che in qualche misura conoscano anche la normativa straniera di riferimento.

Questo per dire quindi che è corretto parlare di fondo patrimoniale analizzandone anche, per carità, gli aspetti protettivi del patrimonio come il consenso di oggi evidentemente vuole fare correttamente, però è altrettanto importante conoscerne le caratteristiche e in qualche misura anche i limiti. I limiti quali sono fundamentalmente?

Li ribadisco, l'essere un istituto che nasce nell'ambito del Diritto di Famiglia e quindi questo significa che è un istituto pensato per proteggere le esigenze familiari da un lato finché la famiglia esiste e dall'altro avendo le conseguenti rigidità, proprio perché è meritevole di tutela proprio in virtù del fatto che si

pone come elemento programmatico quello di accompagnare con una dotazione patrimoniale e una protezione patrimoniale la vita di una data famiglia. Detto questo ho concluso.

#### **Moderatore**

##### **Nicola Sinisi**

Ringraziamo il notaio dr. Condemi per la chiarezza come diceva il dr. Mozzetto per la puntualità nella relazione. Io aggiungo una chiosa molto veloce vista dalla parte di chi invece ha dei procedimenti nei quali i soggetti che hanno costituito il fondo patrimoniale si vedono chiamati in giudizio dai creditori.

L'importante, quando si costruisce un fondo patrimoniale di farlo in un periodo non sospetto, cioè voi lo dovete fare quando siete sicuri di non aver nessun tipo di responsabilità che vi incombe e a quel punto sicuramente sarà inattaccabile anche all'eventuale aggressione da parte di creditori, perché altrimenti si può determinare questa situazione, venite chiamati in giudizio, si dice – è chiaro che hai fatto il fondo patrimoniale sapevi che dovevi risarcire un danno, sapevi che mi dovevi restituire, non so, degli importi che ti avevo prestato.

Questa è magari una debolezza dell'istituto, che però rimane sempre ovviamente in relazione a quello che è stato appena detto dal notaio assolutamente un istituto utile che può servire per le finalità che vi sono state molto bene illustrate.

##### **Mattia Condemi**

Aggiungo solo una cosa. Ovviamente quanto detto dal dr. Sinisi è ineccepibile, cioè a dire io pongo in essere un fondo patrimoniale se lo faccio a problema già nato, chiaramente avrò tematiche di revocatoria e quant'altro ma attenzione che le tematiche possono essere anche più pesanti di questo, nel senso che esistono proprio fattispecie penali collegate a questo, per esempio l'art. 388 del Codice Penale

che dice che è reato sottrarsi a obblighi nascenti da provvedimento giudiziario.

Quindi nel momento in cui io avessi l'ardire di costituire un fondo patrimoniale in una fattispecie di quel tipo, non ho solo il problema della revocatoria, ho qualche cosa anche di molto più significativo così come, per esempio e con questo chiudo veramente, ci sono tematiche altrettanto significative sotto il profilo penale, se uno costituisce un fondo patrimoniale avendo pendenze col fisco superiori a 50mila euro. Anche in questa ipotesi non siamo solo in ambito di pericolo di revocatoria, chiamiamolo così, ma entriamo in ambito penale.

#### **Moderatore**

Dopo questo intervento autolesionistico del notaio Condemi, perché secondo me eravate tutti pronti ad andare nel suo studio per costituire il fondo patrimoniale, adesso vi ha detto queste cose, sarà difficile che lo facciate.

Detto questo passo volentieri la parola all'avv. Annalisa Bassi per affrontare questo ulteriore tema che io ho scoperto l'altro giorno parlando amichevolmente col presidente Muzzetto dell'azione di rivalsa delle aziende sanitarie.

Sono sicuro che l'avv. Bassi vi farà capire il rapporto che esiste tra l'esito eventuale del giudizio penale o civile e questa azione di rivalsa perché sinceramente non sono riuscito a cogliere in che modo possa questa azione sovrapporsi, quindi richiamare una responsabilità del sanitario che sia stata esclusa in altri ambiti, e quindi volentieri le cedo la parola.

## *Relazione*

### **<Azione di rivalsa delle Aziende sanitarie e giudizioavanti alla Corte dei Conti. Mdelli di autoassicurazione con fondi regionali. Tabella unica nazionale e liquidazione del danno>**

#### **Avv. Annalisa Bassi, Avvocato**

Ringrazio il dr. Muzzetto d'avermi coinvolto nell'organizzazione di questo evento che, quale moglie di un medico, sento molto vicino. E' proprio per rispondere a questo clima di incertezza e di insicurezza che sta attanagliando la classe medica, per cui il titolo di questo convegno è ad hoc, cioè la sanità italiana è a un bivio esistenziale.

I colleghi di mio marito li vedo proprio molte volte affranti e basiti di fronte appunto ad un sistema al quale non riescono più a fare fronte. Io toccherò temi che apparentemente sono non collegabili ed eterogenei fra di loro, ma di cui però mi sono interessata anche appunto nel corso della mia esperienza professionale.

Da un lato appunto della rivalsa delle Corte dei Conti, in quanto è un istituto che costituisce uno spauracchio in generale per tutti i dipendenti pubblici e ultimamente anche per gli stessi medici che si vedono rivolgersi contro non il paziente nei confronti del quale possono avere arrecato un danno, ma addirittura l'Ente al quale appartengono e che anzi secondo una legislazione, ma sicuramente confusa e anche male praticata dovrebbe invece tutelarli anche dal punto assicurativo sanitario.

Toccherò poi anche il problema dell'autogestione ormai in alcune Regioni totale, in altre appunto mista con i servizi assicurativi, perché proprio nella mia attività professionale, io collaboro con la prof.ssa Candian che prima ha parlato in tema di sistemi comparatisti, mi occupo anche con lei di problemi assicurativi e recentemente sono venuta appunto a conoscenza di questi istituti regionali di autoassicurazione recentemente quando ci è stato chiesto di rendere un parere su un ospedale della Regione Liguria a fronte, diciamo, di decisioni amministrative della Regione che mi hanno colpito e mi hanno preoccupato.

Devo dire per la loro superficialità, superficialità che poi in realtà è stata confermata negli anni a seguire anche da quanto è stato scritto e detto anche da Ania e dai politici e su come cioè bisogna stare attenti a sostituirsi a quella che è l'attività assicurativa da parte di soggetti che possono non averne le competenze e le strutture perché poi di fatto è il danneggiato che ne subisce le conseguenze.

Ed è proprio tornando così a quello che è il tema primo del mio intervento, che è l'azione così detta di

rivalsa della Corte dei Conti, è un fenomeno complesso e anche di difficile, diciamo, comprensione giuridica e parte poi comunque da un presupposto, che io ho letto nelle sentenze e negli atti che ho avuto occasione di incontrare della Corte dei Conti, non si guarda il danneggiato, cioè che sia il danneggiato sanitario o che sia il danneggiato, diciamo, da altri eventi collegati a una pubblica amministrazione, il giudice erariale non si preoccupa se il soggetto finale, il vero danneggiato potrà essere risarcito o potrà avere soddisfazione; si preoccupa di incolpare il dipendente pubblico che ha, secondo la Corte dei Conti, agito con colpa grave o con dolo.

E' appunto proprio il nesso di causalità che sorregge l'azione della Corte dei Conti e che è diverso dal nesso di causalità civilistico che fa, che rende di difficile comprensione per persone, diciamo, che non sono del settore, comprendere il perché sono chiamato a rispondere; cioè non è il nesso causale, non è il rapporto fra la mia azione o omissione e il danno che ho arrecato al paziente, ma è il rapporto fra la mia azione e omissione e il danno che ho arrecato all'ente pubblico di appartenenza.

Tutto questo diventa ancor più incomprensibile nel momento in cui anche quelle che sono delle decisioni del giudice civile, e mi ricollego appunto a quello che diceva prima il giudice Sinisi, possono non venire considerate dalla Corte dei Conti oppure, e questo devo dirvi per una esperienza personale che ho avuto nell'assistere una dottoressa, ho recentemente affrontato, quando addirittura ci sono delle soluzioni stragiudiziali a cui il sanitario persona fisica è chiamato poi a rispondere personalmente non ha potuto partecipare e non ha pertanto potuto difendersi e si trova la Corte dei Conti, che a fronte per esempio di un accertamento tecnico preventivo che ha visto coinvolti solo la struttura sanitaria, il danneggiato, la struttura sanitaria però al suo posto l'assicurazione, si è visto, senza aver potuto proferire sul perché di quella determinata scelta terapeutica, essere chiamato in rivalsa.

Vi dirò poi questa particolarità di questo caso che è stato sottoposto alla mia attenzione mi ha anche un po' veramente fatto pensare sulla serietà appunto dell'azienda e anche sulla serietà della Compagnia. E' un caso limite, in cui cioè stranamente all'esito di questo accertamento tecnico preventivo il danno



causato alla paziente era la franchigia. Che cosa vuol dire questo?

Che le Assicurazioni, le Aziende sanitarie, come poi il Broker spiegherà meglio, si assicurano per un massimale, ovviamente però questo massimale viene poi eroso dalle franchigie.

Nel caso sottoposto alla mia attenzione, la franchigia era un tantum; all'esito di questo accertamento tecnico preventivo il danno causato dal servizio sanitario nazionale è stato pari a questa franchigia, e conseguentemente è nato qui il danno dell'azienda ospedaliera, il danno che l'azienda ospedaliera ha l'obbligo di segnalare alla Corte dei Conti perché altrimenti il non segnalarlo incorre o in concorso nella causazione dell'illecito contabile o addirittura in responsabilità propria segnala questo problema, essendoci la franchigia, l'Assicurazione ha pagato, ma ha chiesto poi all'Ente ospedaliero di restituire quanto aveva pagato. Siccome quanto aveva pagato era solo la franchigia alla fine chi risponde? R

rispondono i due sanitari che non hanno però potuto partecipare alla discussione sulla loro responsabilità.

Questo è un problema, è un grossissimo problema che riguarda innanzitutto i rapporti anche fra giudicati o comunque fra accertamenti che, anche se non hanno la rilevanza del giudicato, se vengono adempiuti, è ovvio che diventano definitivi, cioè un accertamento tecnico preventivo è una consulenza anticipata che molte volte può avere anche delle finalità diciamo conciliative.

E' evidente però che se poi si decide di non proseguire con una causa, è evidente che diventa una pietra miliare per la Corte dei Conti per poter iniziare l'azione contabile.

La responsabilità amministrativa o contabile, che è una responsabilità di competenza del Giudice erariale, cioè della Corte dei Conti, si ravvisa quando è stato arrecato un pregiudizio patrimonialmente rilevante alla sfera giuridica di un soggetto pubblico.

Nel caso di specie a un'Azienda sanitaria ospedaliera, a un'Azienda sanitaria oppure anche ad Enti accreditati con le aziende sanitarie che operano pertanto nel sistema sanitario e anche da medici convenzionati.

Anche con il convenzionamento, infatti, si entra nel Servizio sanitario e si instaura un rapporto di servizio con l'Ente sanitario. Perché, allora occorre la produzione di un danno erariale, ma occorre però anche un ambito soggettivo, cioè occorre un rapporto che non è più solo di impiego, ma che è anche un rapporto di servizio con la pubblica amministrazione e nel rapporto di servizio si ricollegano anche tutti quei rapporti convenzionali che comunque implicano un'attività svolta a favore del soggetto pubblico.

Per cui, non solo i dipendenti del Servizio sanitario, ma anche i medici convenzionati, e io ritengo anche i dipendenti delle Case di cura accreditate, anche se qui c'è una giurisprudenza contabile non sicura. Occorre poi, appunto, una condotta imputabile, cioè perché si crei il danno erariale, perché cioè possa essere ritenuto un soggetto responsabile di un pregiudizio patrimoniale arrecato all'Ente deve aver posto in essere una condotta o colposa o dolosa.

Noi dobbiamo partire dall'art. 28 della Costituzione che dice che tutti i dipendenti pubblici nel senso lato che ho detto prima ne sono direttamente responsabili secondo le leggi civili, penali e amministrative, quale il danno erariale, degli atti compiuti in violazione di tali diritti. I pubblici dipendenti hanno però sempre risposto solo per colpa grave o dolo.

Per colpa lieve non rispondono davanti al Giudice della Corte dei Conti. Non rispondono perché la colpa lieve è comunque assorbita nella responsabilità della Struttura sanitaria e in genere delle pubbliche amministrazioni.

Naturalmente il concetto di colpa lieve e di colpa grave è un concetto veramente sottilissimo, anche perché questi concetti vengono affrontati dal Giudice civile che difficilmente all'esito di una sentenza discrimina fra colpa lieve e colpa grave, attribuisce, cioè ravvisa un comportamento colpevole dell'intera struttura sanitaria e condanna la struttura sanitaria per questa condotta colpevole.

La sottigliezza della giustificazione fra colpa lieve e colpa grave nasce poi nel giudizio erariale in cui la Corte dei Conti, essendo comunque autonoma nelle sue decisioni, sicuramente nei confronti di un giudicato civile, perché diversamente valutare i fatti, è autonoma anche di fronte ad un accordo extragiudiziale come l'ipotesi che vi dicevo prima, perché comunque autonoma nel giudicare i fatti si trova appunto a decidere.

Certo, come diceva il giudice Sinisi, uno si può veramente meravigliare: io vengo assolto in sede civile, perché per esempio assolutamente non viene ravvisata la responsabilità del singolo medico che è stato appunto in quel caso coinvolto, e poi vengo considerato comunque responsabile di danno erariale.

Questo è un problema che appunto richiede quella sicurezza e quella certezza del diritto a cui questo convegno è stato improntato, cioè abbiamo bisogno di una legislazione chiara, che indichi delle linee guida in tutti i sensi chiari.

Ciò ci vuole certezza del diritto, certezza delle norme nel vero senso della parola e della loro applicazione. Anche i medici devono, consci che comunque la loro è un'attività che, siccome è a tutela del malato, deve essere, diciamo, disciplinata da regole ben precise, perché appunto evitino quella che è la malpractice, cioè gli errori di solito non sono mai del singolo

medico, sono errori della struttura sanitaria e questi errori, con quelle politiche di risk management che avevamo detto prima, devono essere evitati, perché poi una volta che ci si deve difendere i problemi sorgono.

Colpa grave è infatti l'imperizia, l'imprudenza, la negligenza e la non corretta applicazione delle linee guida. Di fronte, quando il Giudice erariale ravvisa nel comportamento del medico queste caratteristiche, ritiene che il medico sia colpevole e conseguentemente condanna il medico a, diciamo, rivalere l'ente pubblico che ha dovuto pagare per lui. Ovviamente il danno che interessa i sanitari, è solo una delle due fattispecie di danno erariale, cioè il danno erariale può essere diretto quando è causato direttamente alla pubblica amministrazione, è indiretto quando invece è causato alla pubblica amministrazione da un soggetto di terzi.

Pertanto i singoli sanitari vengono chiamati alla Corte dei Conti per rispondere appunto di danni indiretti ed è qui che la caratteristica riesce difficile, penso, per i sanitari riuscire a comprendere: il nesso di causalità non è il rapporto fra la mia condotta o la mia omissione e il danno subito dal paziente, ma è il danno subito dall'ente. Detto tutto questo, è ovvio che nella difesa però al di là di queste, appunto, diciamo definizioni dogmatiche, il medico comunque si deve preoccupare di dimostrare di non aver agito con colpa grave per cui il suo comportamento deve essere connotato da notevole negligenza, imprudenza, imperizia ed essere stato posto in essere senza l'osservanza di quel minimo livello di diligenza che il caso richiede. Non è soltanto la diligenza del buon padre di famiglia, ma è la diligenza di cui al 2° comma dell'art.1176, cioè una diligenza e una cura che comunque deve essere commisurata all'attività medica che viene prestata.

Il danno erariale non è trasmissibile agli eredi, a meno che non abbia causato un illecito arricchimento e si prescrive in cinque anni; cinque anni non da quando è stato commesso l'evento, ma da quando si è verificato il danno per cui nella ipotesi di un evento avverso, non da quanto l'operazione, per esempio, chirurgica considerata errata è stata posta in essere, ma da quando appunto è stato ravvisato il nesso di causalità colpa effetto come l'evento causato.

Venendo ora a trattare dell'altro tema che anche qui si ricollega all'assoluta non certezza e non sicurezza dell'esercizio dell'attività medica, cioè di fronte a costi sempre più eccessivi che lo stipulare delle polizze assicurative comportava per le Regioni e per gli Enti da un lato per cui a questi costi sempre più alti e dall'altro lato però anche alle Compagnie di assicurazione non più in grado di far fronte alla malpractice, si è assistito in questi ultimi anni, addirittura a galoppo nei mesi passati, a una disdetta

dei contratti di assicurazione con la creazione di sistemi auto assicurativi regionali.

Vi dico che già qualche anno fa con la prof.ssa Candian eravamo venute a conoscenza della legge della Regione Liguria e delle determinazioni della Giunta regionale Liguria che addirittura aveva intimato, perché ovviamente è un'intimazione, perché io altrimenti non ti pago più le tue prestazioni per cui tu ente sanitario sei obbligato a disdettare le assicurazioni e avvalerti di questo fondo autogestito. Certo, i vantaggi immediati ci sono stati: il non pagamento dei premi, si dice anche una migliore e attenzione anche dello stesso servizio sanitario nazionale nella gestione poi comunque dei sinistri, ma mancano poi quelli che sono i presupposti della mutualità che è propria dei contratti di assicurazione.

Cioè se addirittura è previsto l'obbligo per le pubbliche amministrazioni di assicurare la propria responsabilità civile è perché comunque le pubbliche amministrazioni nella loro capacità giuridica hanno anche quello di scegliere, di mitigare i danni che comunque possono essere causati alla collettività.

Questa mitigazione dei danni è sempre stata effettuata attraverso la stipula di contratti di assicurazione. Che sono delle imprese, è ovvio che agiscono per un profitto, però sono delle imprese che nell'esercizio della loro azione, della loro attività, sono anche limitate a regole ben precise. Innanzitutto il fabbisogno, cioè la necessità comunque che i rischi che loro hanno assunto vengano effettivamente risarciti, per cui il primo requisito delle compagnie di assicurazione è il fabbisogno patrimoniale di cui necessitano per potere ottenere l'autorizzazione dell'I.B.A.S..

Per cui è il cosiddetto ciclo invertito, per cui prima l'assicurazione riceve i premi poi paga i sinistri, perché per essere sicura di poter pagare i sinistri, con dei difficilissimi metodi attuariali, crea le proprie riserve, cioè crea i propri accantonamenti.

E tutto questo appunto, nelle previsioni della Regione Liguria, tutti questi principi non erano considerati e devo dirvi che con l'andare degli anni, anche proprio adesso leggendo recentemente il rapporto Ania, mi sono accorta di come proprio il problema di porre alle Regioni degli accantonamenti per poter far fronte oggi a quelli che saranno appunto dei sinistri futuri, è stato introdotto con il DPR sulla contabilità pubblica, per cui oggi anche le Regioni in ambito sanitario devono poter prevedere degli accantonamenti.

E' evidente pertanto che tutto questo sistema preoccupa, preoccupa perché, se può dare risparmio immediato, può diventare un boomerang terribile nei prossimi anni anche perché queste leggi regionali non considerano un altro elemento, che è la prescrizione.

Cioè tu non puoi dire oggi, 1 gennaio 2013 abolisco tutto il sistema assicurativo, creo il fondo, mi creo un

fondo guardando ai premi pagati l'anno passato senza considerare che magari in un anno questo fondo viene esaurito e magari fra tre anni può succedere un sinistro di dimensioni catastrofiche che può pertanto mettere in ginocchio il fondo regionale.

Per cui anche qui bisogna riuscire ad intervenire sempre con delle misure, a parer mio, normative che individuino là dove l'autogestione in questa materia in cui comunque l'utente finale è il danneggiato venga volta al meglio.

Abbiamo poi il problema delle tabelle, anche qui è un problema di sicurezza. Perché le Compagnie assicurative se ne vanno dall'Italia? Se ne vanno

dall'Italia anche perché in Italia in tutti i settori, anche nelle RCA Auto, ma molto in quella dell'ambito sanitario, i risarcimenti sono eccessivi rispetto a quello che accade negli altri paesi europei. Allora, e concludo, ritengo che sia necessario che venga istituita diciamo a livello nazionale una tabella che preveda il danno che deve essere risarcito per ogni ipotesi di evento dannoso sanitario, possibilmente senza rifarsi alle tabelle delle RCA Auto perché sinceramente, capisco che forse è una facilitazione, però i tempi sono ben diversi sia come spessore che come anche entità. Grazie.

#### ***Moderatore***

Ringraziamo l'avv. Bassi per direi l'appassionata relazione sul tema e ovviamente per andare molto celeri cedo la parola adesso alle assicurazioni, quindi a soggetti che lavorano in quell'ambito. In particolare Roberto Ferrari ci intratterrà sulla tutela assicurativa italiana odierna ed ambiti di miglioramento che sono un po' quelli che ha auspicato lo stesso avv. Bassi. Grazie.

## Relazione

### <La tutela assicurativa italiana odierna e ambiti di miglioramento>

#### Roberto Ferrari, Broker Assicurativo

Buongiorno a tutti. Grazie Presidente per avermi invitato a questi lavori molto interessanti e devo dire grazie anche all'avv. Bassi perché ha fatto un ottimo quadro della situazione delle Compagnie Assicuratrici italiane, anche se non ha dato dati che sono essenziali per capire, ma lei è stata molto chiara e la ringrazio.

Io inizierei proprio a dare dei dati essenziali su questo settore, un andamento del settore in generale in Italia, dati che sono stati ricavati da statistiche Ania, sono dati che si riferiscono al 2011 e 2012, ma sono significativi perché comunque si sono appiattiti negli ultimi anni.

Stranamente da questi dati si evince che cala il numero dei sinistri sostanzialmente, il numero dei sinistri denunciati in questi ultimi due anni è calato sensibilmente, è calato di un 7% rispetto al 2012, ma è significativo; è significativo perché evidentemente qualcosa sta succedendo, se si pensa che negli ultimi dieci anni era arrivato a un aumento del 200%, quindi uno sproposito rispetto a quello che è attualmente.

La diminuzione si riscontra sia nelle singole polizze dei professionisti sia nelle ASL.

Quindi questo può avere dei significati e qui occorre fare delle riflessioni non tanto sui professionisti quanto sulle ASL, perché effettivamente sulle ASL la diminuzione è un po' falsata, devo dire.

Falsata dalle franchigie che attualmente vengono poste dalle Compagnie di assicurazione nel momento in cui si fanno accordi con le Aziende sanitarie e questo implica indubbiamente un calo dei sinistri e anche, devo dire, per l'autoassicurazione, che è una cosa pericolosissima, una di quelle cose che mi spaventa moltissimo e se penso che le Compagnie nel settore della Med Mal devono avere dei fondi dettati dalla legge, dei fondi straordinari, il core deve essere oltre i cento, gli accantonamenti per i sinistri devono esserci, non devono essere fasulli.

Uso questo termine perché molte compagnie hanno fatto negli ultimi anni sì, incetta di polizze di responsabilità civile, ma hanno anche fatto dei tonfi, hanno anche fatto dei danni alla collettività sia ai medici che ai pazienti.

Quindi l'autoassicurazione diventa un problema, diventa un problema serio. Io non lo condivido, non da assicuratore ovviamente, non lo condivido perché deve preoccupare tutti, anche gli stessi professionisti che operano in ambito ospedaliero.

Poi la diminuzione è causata anche dai senza seguito, i sinistri famosi denunciati che poi per varie motivazioni che possono essere quelle relative alla non responsabilità acclarata dopo anni, perché si va indietro anche di 18 anni nelle cause, quindi tenete conto che gli avvocati in questo devono avere memoria storica non solo scritta, ma anche storica veramente quando affrontano queste cause perché sono lunghissime, quindi senza seguito hanno una rilevanza nelle statistiche nei sinistri.

E' una situazione in Italia estremamente pericolosa per tutti, i professionisti e le ASL perché le Compagnie italiane di grido si ritirano dal mercato.

Le compagnie più importanti, quelle che potrebbero avere sostanze per pagare il sinistro perché alla fine cosa conta? Conta il pagamento del sinistro nel momento in cui io vengo condannato al risarcimento.

Bene, noi abbiamo bruttissime esperienze in Italia ultimamente, basta pensare alla Faro che assicurava in Italia la maggior parte delle aziende sanitarie, bene questa esperienza della Faro ci deve fare ulteriormente riflettere.

La Faro è stata dichiarata fallita, è stata messa in liquidazione e ora cosa succederà? Succederà che tutti i sinistri che verranno avanti, perché voi sapete che nella Medmal, nella malpractice, c'è una durata per la richiesta di risarcimento di dieci anni, dieci anni dal momento in cui io vengo a conoscere il mio danno, presunto danno patito, quindi è una situazione di estrema delicatezza.

Cosa voglio dire? Voglio dire che sostanzialmente le Compagnie che oggi sono in Italia, ritirandosi, hanno messo a rischio tutta una serie di situazioni.

Ma anche il caso Carige tanto per non fare altri nomi; anche il caso Carige è emblematico, perché la Carige è in una situazione di difficoltà, perché ha affrontato il mercato con un certo slancio senza tener conto molto probabilmente di fattori di rischio che andavano tenuti in conto in una situazione di malpractice.

Siamo arrivati comunque ad avere una situazione di un costo, di un andamento sinistri veramente pessimo, siamo a un 175%, le Compagnie hanno dichiarato che incassano cento e pagano centosettantacinque.

Rapporto sinistri-premi è veramente drammatico, secondo le Compagnie.

Ma credo che una parte abbiano ragione, perché abbassandosi il numero dei sinistri, si è aumentato di

contro il costo del risarcimento proprio per effetto di quelle tabelle micidiali che sono quelle della RCA Auto, sono le tabelle del danno biologico, sono le tabelle delle tabelle che portano anche a risarcimenti spaventosi e anche in casi in cui il risarcimento potrebbe essere ben più limitato, ben più basso.

Se andiamo indietro nel tempo è vero che anche l'SP, il rapporto Sinistri-Premi, in tempi passati nel 2004 era arrivato addirittura per le Compagnie al 310%. Oggi il mercato italiano presenta solo Compagnie straniere per la copertura assicurativa della RC professionale.

C'è una Compagnia in modo particolare, che è l'Am Trust, una Compagnia americana, che è quotata al **Nasdaq** con premi incassati per 2,7 miliardi di dollari, che invece ha affrontato il mercato italiano facendo delle analisi dei rischi un pochino diverse da quelle che fanno generalmente le Compagnie italiane. E questo la spinge a valutare il mercato Italiano come un'opportunità.

Am Trust è una compagnia sicuramente che ha sostanza per sopportare un'acquisizione anche abbastanza, direi, capillare nel settore della RC, però anche ultimamente ha cominciato ad avere così...a ripensare al suo ingresso baldanzoso sul mercato italiano.

E allora io mi chiedo cosa succederà per il futuro, perché se le Compagnie di grido non esercitano più questo settore, se le Compagnie straniere tipo i Lloyds di Londra si sono già ritirati da tempo, se Am Trust, che è una compagnia che in America ha una esperienza straordinaria in questo settore, è arrivata in Italia baldanzosa e con basi anche scientifiche di ricerca di mercato e delle nicchie di mercato dove poteva operare, si comincia a chiedere "ma io posso continuare in questa situazione?"

Beh credo che per i medici, per i professionisti ci sia veramente da pensare, non volete, a preoccuparci veramente perché si rischia di rimanere senza copertura assicurativa o quanto meno, come diceva anche il Presidente nazionale prof. Bianco, si comincia a pensare di fare un'unica, un consorzio, una Compagnia dei medici praticamente che possa sopperire alla mancanza di Compagnie private, cioè quelle che praticamente esercitano nel settore.

Io non ho la palla di vetro e non sono il mago Thelma, ma credo che veramente ci sia nei prossimi anni, al di là della sentenza del Tribunale di Milano, che è stata letta nel giusto modo ma che comunque le Compagnie non tengono in considerazione perché l'apertura di un sinistro per una Compagnia, male che vada, costa la media di 33mila euro, male che vada significa aprire il sinistro, dare incarico a dei legali, dare incarico a dei medici legali, a dei periti e anche se poi la colpa non esiste da parte del professionista il costo è quello.

Quindi pensiamo ai 33mila sinistri che ci sono aperti, 33751 sinistri che sono avvenuti nell'arco del 2012 e sono un'infinità, pensiamo a quello che può essere il costo per le Compagnie di assicurazione.

Non vedo quindi una grossa apertura delle Compagnie di assicurazione in questo settore.

Vedo un'apertura di Compagnie che possono fare solo raccolta premi poi non pagare sinistri, questo sì.

Bisogna stare molto attenti in questo settore, bisogna tenere gli occhi aperti, perché ci sono Compagnie anche italiane, sono poche grazie al cielo, che oggi continuano ad assumere ginecologi a 4500 euro.

Ora se, come diceva il presidente Bianco, i ginecologi in generale pagano dai 20 ai 25mila euro di premi con Compagnie di un certo standing, io mi chiedo come possa quella Compagnia che assume il rischio per 2 milioni di euro di massimale a 4500 euro, come possa sostenere poi un sinistro da un milione o due milioni, perché voi sapete che in campo della ginecologia e dell'ostetricia i danni possono essere molto elevati, le cause sono molte lunghe e le richieste di risarcimento vengono fuori dopo anni, anni.

Io non voglio rubarvi altro tempo e penso di avervi detto quello che credo sia essenziale che voi conosciate.

La situazione è di grande attenzione da parte dei professionisti verso Compagnie che propongono, questo lo sottolineo, propongono contratti a buon mercato.

Bisogna aprire gli occhi perché il nostro settore, nonostante noi abbiamo un Albo al quale siamo iscritti e abbiamo anche noi da osservare una deontologia professionale, c'è ancora qualcuno che vende fumo.

Noi siamo famosi per essere considerati venditori di fumo, non è così per la maggior parte dei miei colleghi, siamo persone serie, siamo professionisti, però ancora oggi c'è qualcuno che per fare business propone cose che non stanno sul mercato.

Quindi raccomandazione personale è quella di tenersi informati, consultare bene le polizze, leggerle attentamente perché oggi le polizze, torno a ripeterlo, nascondono anche franchigie che saltano fuori nel momento in cui, come l'avv. Bassi ha portato prima ad esempio, nel momento in cui si va a risarcire un sinistro.

Io termino qui Presidente perché mi piacerebbe poi magari se c'è un dibattito lasciare spazio alle domande perché solo dalle domande si arriva poi a delle conclusioni concrete della materia. Grazie e buon lavoro a tutti.

***Moderatore***

Ringraziamo il relatore dott. Ferrari: anche la sua è stata una relazione molto interessante con consigli pratici anche, e anche la dote di sintesi che ovviamente va rimarcata vista la situazione. Per cui completiamo per quanto concerne l'argomento della 2^ sessione con le proposte assicurative Enpam curata la relazione da Luigi Cacamo.

## **Relazione**

### **< l'ambito assicurativo e la politica dell'Enpam: quali le novità? >**

#### **Luigi Caccamo, direttore Enpam**

Buongiorno a tutti, grazie Presidente Muzzetto, grazie all'Ordine, ai medici e agli odontoiatri della città di Parma per l'ospitalità.

Io dovrei proiettare delle slide. Ho preparato alcune rapide slide che fanno vedere quello che la Fondazione Enpam (per i non medici, Enpam è l'ente di previdenza assistenza ai medici), quello che la Fondazione Enpam sta facendo nel campo e per introdurre il tema parlerò in realtà anche di un progetto più ampio di assistenza che è stato messo in atto a favore dei medici, che si chiama il Programma Quadrifoglio, che serve a dare un più ampio paniere di tutele assistenziali appunto agli iscritti della Fondazione e quindi ai medici e agli odontoiatri.

La Fondazione è stata chiamata per legge a mediare e quindi a negoziare fra quello che è il mondo assicurativo, attraverso delle convenzioni, e quello che è invece l'esigenza dei medici. Ma non vi nascondo che è un mestiere difficile, ed è difficile soprattutto per i continui cambiamenti legislativi che sono in atto.

Allora mediare fra una esigenza che è assolutamente impellente, viene rappresentata in Fondazione dai Presidenti degli Ordini, continuamente, dal Presidente Bianco, da più parti, anche dagli stessi medici che telefonano in Fondazione per sapere se ci sono novità per assicurarsi a condizioni ragionevoli sul mercato e la difficoltà che invece abbiamo noi in Fondazione a reperire queste convenzioni; reperire convenzioni di cui, diciamo, il capitolato tecnico della convenzione oggi è un oggetto che è in continua trasformazione, in continuo mutamento.

Vi faccio un esempio, poi le slide le vedremo rapidamente, vi faccio una similitudine. Si chiede alla Fondazione di fare un appalto per la costruzione di un palazzo con un capitolato tecnico di appalto per la costruzione di un palazzo pur sapendo che le regole che guidano la costruzione di questo palazzo presto saranno cambiate dal Ministero dei Lavori pubblici.

Fare un appalto in questi termini è estremamente rischioso, perché significa andare sicuramente incontro a dei contenziosi e delle varianti con le Compagnie assicuratrici e quindi avere vanificato tutto il vantaggio economico e di scala che una convenzione fatta a favore di tutti i medici sicuramente potrebbe ottenere.

Quindi la Fondazione sta mettendo in atto tutto quel che può fare per giungere ad arrivare, a dare ai medici italiani e agli odontoiatri italiani una convenzione in campo assicurativo con delle regole che stanno continuamente cambiando con anche una legislazione anche delle sentenze che incidono profondamente sulle stesse regole e quindi con tutte le difficoltà del caso.

Ciononostante la Fondazione lo sta facendo per l'appunto all'interno di un programma più ampio che è il Programma Quadrifoglio, e il Programma Quadrifoglio è appunto questo programma di assistenza strategica ed integrata che la fondazione sta mettendo in atto a favore di tutti i propri iscritti devo dire con un particolare occhio di attenzione verso i giovani medici.

L'assistenza della Fondazione fino a oggi si è sostanzialmente limitata ad una assistenza on demand, cioè il medico, che ha particolari esigenze dovute a una sua situazione contingente, disabilità, incapacità ad avere reddito adeguato, si rivolge alla Fondazione e la Fondazione con la sua assistenza fino a oggi su domanda del medico veicolata attraverso i propri organi ha risposto a queste esigenze.

Domani con il Presidente Muzzetto parleremo delle calamità naturali che sono presenti nel programma di assistenza della Fondazione e che non appena gli organi preposti dichiareranno lo stato di emergenza verranno erogate ai medici della provincia di Parma che hanno avuto dei danni.

Ma ci sono anche dei nuovi rischi che oggi diciamo gravano sulla testa dei medici a partire dalla difficoltà del completamento degli studi fino alla LTC che sta investendo i medici come qualsiasi altra vita che si mantiene nel tempo in Italia.

A tutta questa massa di nuovi rischi la Fondazione vuol dare risposta e da risposta attraverso diciamo questo programma articolato che si chiama Programma Quadrifoglio che prevede quattro foglie principali che sono le foglie caratteristiche della previdenza del welfare diciamo, così come in Occidente lo intendiamo, e quindi previdenza, salute lavoro e assistenza e per ognuno di questi quattro petali la Fondazione dà una risposta.

Per quel che riguarda il motivo oggi del congresso che è questa polizza RCP questo viene appunto da un obbligo dei consigli nazionali degli enti previdenziali dei professionisti a favorire, a negoziare queste convenzioni con le compagnie assicurative.

La Fondazione affronta questo compito che le è dato tenendo conto di un aspetto principale, che però è essenziale per la Fondazione: la Fondazione non può destinare risorse economiche diverse da quelle che destina all'assistenza a finalità che non siano previdenziali.

Ovvero, l'Enpam non può prendere risorse che vengono versate in Fondazione per dare la previdenza, per dare le pensioni ai medici, per dare assistenza al di fuori di quelli che sono i regolamenti di assistenza approvati dai Ministeri vigilanti, quindi questo in che cosa si traduce? Si traduce nel fatto che non possiamo organizzare con costi a carico della Fondazione una tutela RCP a favore dei medici.

Quindi l'unica cosa che al momento con queste regole assistenziali che possono essere cambiate, che si auspica vengano cambiate, con queste regole assistenziali l'unico impegno che può mettere in campo la Fondazione è favorire la stipula di convenzioni con compagnie assicuratrici e broker, però con il pagamento del premio quindi l'esborso per l'acquisto della polizza stessa a carico dei medici, a carico dei singoli iscritti. Ben altro sarebbe, è ovvio e quindi riconduco alle parole che oggi dice il Presidente Bianco, che credo di poter interpretare, ben altro sarebbe la mutualità che si genererebbe su tutti i medici e quindi con un forte, secondo noi, abbattimento dei premi, se l'Enpam potesse utilizzare anche solo parte delle proprie risorse da spendere ai fini assistenziali per dare una polizza base a tutti i medici.

E' ovvio che in questo caso si realizzerebbe un'unica polizza, piccola base da studiare e modulare in modo che possa essere equa all'intervento dell'Enpam a favore di ciascun medico al di là di quello che è la propria rischiosità, diverso sarebbe appunto se questo intervento dall'ente potesse essere fatto, perché questo sicuramente realizzerebbe quella modularità tra le rischiosità dei vari professionisti che renderebbero certamente più accessibile la polizza ai vari.

La Fondazione oggi, invece, riesce soltanto a convenzionare in modo non oneroso per la Fondazione l'impresa di assicurazione che poi da parte sua stipula direttamente i contratti con i medici e con gli odontoiatri.

Per far questo, è vero che non siamo in campo di appalto, perché la Fondazione non utilizza fondi propri, ma devono essere comunque rispettate le regole di trasparenza verso il mercato, e quindi di pubblicità, allora per far questo la Fondazione nell'Agosto del 2014 ha pubblicato sui quotidiani

nazionali e sul proprio sito internet l'avvio di una ricerca tesa a reperire proposte di convenzione con i vari proponenti del mercato.

Le proposte sono giunte, sono giunte adesso, a fine del mese di Settembre, sono giunte quattro proposte da parte di broker nazionali e internazionali, che hanno avuto degli approcci differenti al tema del convenzionamento assicurativo.

Questo perché la convenzione aveva lasciato il tema aperto, cioè era più una raccolta di progetti e di idee su come potesse essere fatto questo convenzionamento che non un appalto vero e proprio. Però si erano messi dei punti fissi su questa ricerca che è stata fatta e che attualmente è in corso di definizione.

E' in corso di definizione anche perché nel frattempo sono giunte alcune variazioni sia legislative di alcune sentenze che ci costringono appunto, come dicevo nelle premesse, a rincorrere un po' i broker e le compagnie assicurative nel rimodulare continuamente la loro proposta a secondo di quello che viene pubblicato.

I punti qualificanti della convenzione sono tracciati in rosso nelle slide che vedete. Anzitutto l'Enpam è ovviamente l'ente previdenza di tutti i medici e di tutti gli odontoiatri.

Per la Fondazione era sicuramente irricevibile una proposta che assicurasse soltanto alcune categorie dei medici e non tutti, quindi il primo punto più qualificante di tutta questa ricerca che abbiamo fatto è che la polizza deve essere destinata a tutti gli iscritti all'Enpam, quindi a tutti i medici, a tutti gli odontoiatri.

Deve coprire il risarcimento civile per l'attività professionale, deve indennizzare il paziente anche da aziende sanitarie locali e ospedaliere, deve avere garantito i requisiti di redditività, deve prevedere la possibilità di recesso in caso di almeno due sentenze definitive colpose dell'assicurato.

Queste sono il quadro all'interno del quale abbiamo ricevuto le proposte dei vari broker: queste proposte prevedono quasi tutte una grande differenziazione del premio sia per specializzazione medica che per categoria della professione, individuando naturalmente secondo una matrice crescente la rischiosità del professionista l'incremento diminuisce anche attraverso modalità di bonus/malus.

Abbiamo provato a mettere in un grafico quel che ci è pervenuto, sostanzialmente ci sono pervenute richieste di premi crescenti, che devono ovviamente essere discusse ancora, per liberi professionisti, anziché per non medici in pensione, e per le specializzazioni mediche più elevate anziché non per quelle diciamo che non sono ortopedia, chirurgia



plastica, ginecologia, ostetricia, cardiocirurgia, chirurgia generale.

In questo momento in numero ovviamente dei contratti che queste compagnie assicuratrici potrebbero effettuare tramite una convenzione di questa portata è molto alto, quindi si presuppone che dietro ci saranno molti contratti e allora la domanda che ci siamo posti è: occorre selezionare una sola compagnia assicuratrice, una sola proposta che ci viene fatta o ne convenzioniamo più di una e lasciamo al medico la scelta di quella che più si confà alla propria rischiosità, al proprio sentire di rischio rispetto alla propria professione?

Questa scelta ancora non è stata fatta, stiamo ancora discutendo con i broker quello che sarà, diciamo, il futuro della convenzione senza dimenticare che la Fondazione Enpam dal punto di vista della 163, quindi del Codice di appalti è vista come una funzione pubblica, come un'amministrazione pubblica, quindi è obbligata al rispetto dei dettami di pubblicità e trasparenza verso il mercato quando assegna una

convenzione, che non è un appalto in quanto i costi non sono a carico della Fondazione, ma genera senz'altro un arricchimento nella controparte e quindi i termini di pubblicità e trasparenza sono da noi garantiti, speriamo di arrivare in tempi ragionevoli ad un risultato concreto da poter offrire ai medici sempre sperando che la normativa intanto che noi definiamo le condizioni non si evolva ancora con nuove regole perché questo ci costringerebbe a disfare quello che facciamo la mattina e ricostruirlo alla sera.

E' un po' una tela di Penelope, stiamo un po' rincorrendo un mercato in evoluzione che non è cosa piacevole, anche un po' frustrante, se volete però noi stiamo cercando di arrivare comunque ad un risultato che sia comunque un risultato di medio termine, poi da migliorare quando le condizioni di mercato e la stabilità delle leggi lo consentiranno.

Grazie.

#### **Moderatore**

Ringrazio anche l' Ing. Caccamo e per sua vece l'Enpam per quanto comunicatoci e anche per l'esauriente relazione sull'argomento. Passo la parola al presidente Muzzetto per la discussione.

## DISCUSSIONE

### **Muzzetto**

Grazie al direttore Caccamo anche per le notizie date in anteprima che ci sono state oggi fornite e illustrate; in questo senso di questo ringraziamo l'Enpam anche per la sensibilità manifestata in questo preciso momento delicato per la nostra città.

Adesso, visto e considerato che se noi ora, come medici facessimo l'esperimento di Pavlov, secondo me doseremmo in tutti noi un'alta acidità gastrica. Per cui interrompiamo il lavoro per il lunch e vi chiedo puntualità per le 14,30 orario in cui inizieremo la seconda parte della giornata convegnistica.

Ma prima di interrompere vorrei dare spazio alle domande che le relazioni, interessantissime e per quanto complete possono aver sollecitato l'uditorio a porre delle domande ai nostri relatori, per cui chiedo a Gianfranco Iadecola e anche all'avv. Marra di raggiungerci al tavolo. La prima domanda da parte della cons.ra dell'Ordine dei medici dott.sa Cappelli.

### **D: Cons.ra Cappelli**

Non tanto per me personalmente, però io rappresento in questo momento l'Associazione italiana donne medico, faccio notare che, secondo le statistiche, le donne medico in gran parte, una percentuale intorno al 40% non sono sposate.

Ora a questo punto io mi chiedo, lei ha parlato di coppie di fatto, la possibilità di fare certi contratti, per cui per chi non fa parte neanche una coppia di fatto, come si concilia quanto da lei detto per il patrimonio quando si tratta di celibi e nubili.

### **R: Condemi**

Il futuro normativo non lo conosco; quello che è certo è che il tema della coppia di fatto, come notiamo quotidianamente è un tema in evoluzione e che sicuramente riceverà una protezione giuridica più significativa in futuro.

Allora, riguardo il tema preciso che il fondo patrimoniale ha una sua matrice ben connotata, storicamente ben connotata e come ho sottolineato prima è quella di essere nell'alveo del Diritto di famiglia.

Allora, io che non sono nemmeno coppia di fatto, perché abbiamo detto: qual è il problema che ho?

Non è tanto il problema di non aver accesso a una figura giuridica di protezione, perché il negozio di destinazione a cui facevo un brevissimo cenno prima, non ha un limite dato

dall'esistenza di una coppia, ha un limite dato dall'esistenza di un interesse da proteggere.

Allora quale è il concetto, io posso fare un negozio di destinazione con un ampio spettro di finalità, ma a un certo punto ci sarà un giudice civile che sarà chiamato

a valutare se è più importante l'interesse che io mi sono prefissato di proteggere con un negozio di destinazione, magari di un single, oppure se è più importante, pur essendoci ed esistendo un negozio di destinazione, l'interesse che ha invece un ipotetico creditore a potere rifarsi su un certo patrimonio, perché la base qual è?

Il Codice civile dice che io soggetto con un patrimonio rispondo dei miei debiti con tutti i beni che ho. Allora noi stiamo parlando a un'eccezione a questo principio, dov'è che sta l'eccezione? L'eccezione sta se c'è un interesse degno di essere protetto e degno di arrivare a derogare a questo principio generale. Allora, se stiamo parlando di fondo patrimoniale abbiamo un avallo codicistico estremamente preciso, se parliamo di negozio di destinazione, abbiamo un negozio astrattamente praticabile per una infinità, come dire, di impieghi, a un certo punto ci sarà qualcuno che valuterà se l'impiego che faccio io di questa figura è sufficientemente sensato e degno di essere protetto rispetto a quello che invece è un interesse che ha, legittimamente, anzi, altrettanto legittimamente probabilmente un creditore di poter rifarsi sul patrimonio di una persona.

### **D:Con. Cappelli:**

Se io non ho capito male la possibilità che lei prospettava che esiste all'estero potrebbe essere, io sono un medico non sono un giurista, vi prego di scusarmi, e l'eventuale amministratore di sostegno per tutelarmi quando a momenti io diventassi vecchia, che potessi usare le mie risorse per il mio bene.

### **R: Condemi**

Guardi, la tematica dell'amministratore di sostegno è qualche cosa di diverso.

### **D: Cappelli**

L'amministratore di sostegno risponde a una mia esigenza, un giorno forse io non sarò in grado di badare ai miei interessi in prima persona, ci sarà qualcuno si preoccuperà lo posso vincolare un bene affinché costui possa infine accudirmi?

**R: Sinisi**

Io posso immaginare delle destinazioni patrimoniali per una infinità di finalità compresa questa però ci sarà una valutazione di merito di interessi

**D: Avvocato Meli**

Io avrei una domanda per l'avv. Bassi relativamente a quello che è il danno erariale.

Prima abbiamo visto che c'è la possibilità di rivalersi sul medico, sul sanitario relativamente al danno che provoca e quindi a quello che è il risarcimento che poi viene dato.

Io però mi chiedo, se abbiamo da un lato dei fondi e questi fondi operano poi il risarcimento pieno al danneggiato e invece se ci rivolgiamo ad una compagnia di assicurazioni il danno sarebbe la franchigia che viene pagata, quindi a questo punto mi sorge questa domanda: è diciamo giustificato che poi la Corte dei Conti si rivalga per l'intero che viene effettivamente poi pagato magari da questi fondi regionali?

**R: Bassi**

Il problema è il danno erariale, cioè entra in gioco la Corte dei Conti quando viene creato un esborso ingiustificato dal Servizio sanitario nazionale. E' evidente che se questo esborso viene coperto da una assicurazione una rivalsa non c'è nei confronti del singolo medico. Ugualmente se il fondo in un'ipotesi di autogestione è in grado di coprire il danno, anche se è responsabilità del singolo medico, non entra in gioco la rivalsa della Corte dei Conti. Perché? Perché, come ho detto, bisogna distinguere fra danno diretto e danno indiretto. Il danno diretto è quello che è recato direttamente alla pubblica amministrazione da un proprio comportamento, danno indiretto che può essere per esempio la stipula di un contratto, anche di un contratto assicurativo, cioè, io ho assistito a dei giudizi della Corte dei Conti fatti nei confronti di funzionari e amministratori di Comuni relativamente alla responsabilità e alla copertura della colpa grave dei funzionari e dei dipendenti. Questa è un'ipotesi di danno arrecato al proprio patrimonio direttamente dalla pubblica amministrazione. Quando invece si parla di rivalsa è un danno indiretto, cioè nel senso che il danno che la pubblica amministrazione ha avuto dal comportamento di un soggetto terzo. Le ipotesi che io ho visto nella mia modesta esperienza erano legate alla franchigia, cioè, la franchigia è un esborso che è stato effettuato dalla pubblica amministrazione,

oltre al pagamento del premio iniziale, perché qualchedun'altro ha arrecato un danno solo per sua colpa. E' solo in questo limite che entra in gioco la Corte dei Conti solo per sindacare la causazione di questo danno indiretto, la ove non ci sia stato un pregiudizio patrimoniale per l'ente pubblico è evidente che il danno indiretto non sorge.

Grazie

C'è la domanda da Gianni Rastelli, poi c'è qua il Presidente Pagani, poi il Dott. Curti. Brevi domande, brevi risposte. Tra un quarto d'ora chiudiamo. Grazie.

**D: Gianni Rastelli primario ospedaliero e consigliere dell'Ordine di Parma**

Volevo riportare la discussione in un ambito più generale riassumendo chiaramente rischio di banalizzarlo.

Però mi sembra di aver capito che aumenta in modo esponenziale il contenzioso sanitario, questo di conseguenza comporta un ricorso sempre più indiscriminato alla medicina difensiva, che a sua volta incrementa i costi della sanità, le risorse che vengono messe a disposizione, c'è un contenzioso di questi giorni su quella che è la legge di stabilità in sanità, saranno probabilmente sempre più basse, quindi questo pone, potrà mettere in discussione in futuro in prospettiva, la stessa esistenza del servizio sanitario nazionale. Oggi abbiamo ascoltato, e credo che sia stata una delle poche note positive nel senso rincuoranti per i medici, il concetto di riduzione del rischio che è stato prospettato nell'ipotesi Enpam. Chiedo, questa è la sola unica soluzione che prospettiamo o sotto il profilo legislativo ci sono delle ipotesi che possono concorrere a rendere un po' meno percorso di guerra quella che è la nostra professione quotidiana?

**D: Presidente Augusto Pagani, OmceO Piacenza**

Al dr. Iadecola volevo chiedere, siccome mi sembra di potere immaginare nella situazione attuale soprattutto nel futuro una crescente per i medici, soprattutto per determinate specialità, di trovare delle coperture assicurative e di riflesso si può anche immaginare che i malati più difficili possano in qualche modo trovare delle difficoltà a trovare medici disposti a interventi rischiosi. Nell'attesa delle soluzioni che tutti quanti auspichiamo, ma che non mi sembra che siano alle porte, è una follia pensare che nel consenso informato che costituisce per il medico un atto di responsabile informazione, un atto di tutela nel caso in cui qualcosa dovesse non andare bene, venga in qualche modo inserito anche un'autoresponsabilità da parte del paziente informato del particolare rischio a

cui si sottopone e che in qualche modo quindi sia in grado di modulare il rischio per il medico insieme a quello per il paziente?

**D: Matteo Curti, MMG consigliere OMCeO Parma**

Il fondo patrimoniale, invito tutti i colleghi a parlarne col proprio notaio perché è una cosa minimale che può tutelare veramente il bene più importante della famiglia. Due rapide osservazioni, speriamo che il nostro senatore per caso riesca a concretizzarlo in un progetto di legge.

Ci stiamo muovendo in un concetto che è all'opposto della media europea in Italia si tende a colpevolizzare il medico, in Europa si va verso una responsabilità di struttura.

Vi ricordo che in Danimarca hanno delle tabelle estremamente rigide per quanto riguarda la responsabilità dei medici e della struttura perché rischiamo di portarci, un giorno mi han spedito a Modena a ascoltare un convegno, sono abbastanza disperati i medici spagnoli dove l'assicurazione ha pagato dieci volte un danno a una paziente durante un parto a Madrid che ha pagato dieci volte il valore di quanto ha pagato un assassinio da parte dell'Eta nei paesi baschi. Quindi questa può essere la fine. L

l'ultima cosa di non poca importanza, condivido il problema delle assicurazioni nel senso che le Regioni tendono ad auto assicurarsi, abbiamo sentito l'Assessore della regione Emilia Romagna che è molto contento di questa sua scelta, in realtà siccome noi conosciamo la Regione, cono sciamo anche la professionalità di tanti nostri assicuratori e Compagnie, il fatto che le principali Compagnie si ritirino e che le Regioni senza nessuna esperienza vuol dire che fra dieci, quindici anni i nostri assistiti non avranno nessun diritto e nessuna retribuzione per il danno dei medici. Grazie.

**R: Presidente Sen. Bianco**

Sul versante legislativo c'erano, come ho detto stamattina, parecchi disegni di legge nella scorso legislatura, alla Camera mi pare otto o nove disegni di legge tra cui anche quello, l'unico da me presentato in Senato che è stato preso a piè pari e dallo stesso gruppo parlamentare presentato anche alla Camera. Hanno una matrice comune tutti questi disegni legislativi che in parte, come dire, sono stati assorbiti da norme sopravvenienti. Cerco di spiegarmi meglio. Una delle prime questioni riguardava la responsabilità civile degli operatori medici e non medici operanti all'interno della struttura. A tutt'oggi, anzi fino a qualche mese fa, il principio era che le aziende e le strutture, ma quelle private un po' meno, garantivano la responsabilità civile dei dipendenti, la responsabilità civile, questo in forza vuoi di un orientamento della

Magistratura che ormai aveva consolidato il profilo della responsabilità contrattuale, la teoria della responsabilità per contatto sociale ecc. ecc., ecco perché alcuni entusiasmi sull'ultima sentenza di Milano, io sarei molto più sobrio su questo, hanno consolidato qualunque atteggiamento per cui qualunque evento avvenga in una struttura intanto risponde la struttura.

Naturalmente il medico o un'altra professione sanitaria può essere chiamato in causa dall'azienda in caso di colpa grave, dolo, in caso di altri profili, ma in caso di colpa grave, questo in civile è consolidato nell'aspetto contrattuale della dirigenza, come dire, anche questo, cioè nei contratti di lavoro della dirigenza medica e sanitaria del servizio sanitario nazionale era sancito il principio che la responsabilità era della Struttura e i medici e la dirigenza, parlo della dirigenza, ma vale credo anche per l'altro personale avevano l'obbligo, era caldamente raccomandata l'assicurazione per rivalsa in caso di colpa grave.

Ora con l'ultimo provvedimento di riforma delle pubbliche amministrazioni, questo asset della responsabilità contrattuale è stato legificato, cioè l'ultimo provvedimento legislativo di organizzazione delle pubbliche amministrazioni dice in modo molto chiaro che le strutture pubbliche e private devono garantire la responsabilità civile verso terzi degli operatori e la responsabilità civica verso gli operatori.

Perché esiste un problema degli operatori da questo punto di vista e lo prevede anche per le strutture private considerandolo di fatto un criterio di accreditamento, di autorizzazione, accreditamento delle strutture private ad erogare prestazioni sanitarie.

Questa era una parte fondamentale dei disegni di legge, un obiettivo era quello di legificare questo orientamento giurisprudenziale, come abbiamo visto poi un po' creativo, diciamo così, e questo aspetto contrattuale.

Quindi questa parte qui diciamo, ha trovato già una soluzione.

Gli altri disegni di legge affrontavano cose che avete sentito anche altri aspetti, per esempio la cosiddetta autoassicurazione, cioè il fatto che le Regioni, chi in modo sistematico e chi in modo sperimentale, mi sembra di capire che l'Emilia Romagna tenga ancora a questa dimensione sperimentale, di procedere con l'individuazione di fondi di garanzia, chiamiamoli così, per cui direttamente le Aziende e le Regioni come aziende rispondono di danni verso terzi da attività sanitarie.

Qual è il problema? E' che certamente, certamente, questo tipo di tutela è esposta al vaglio della Corte dei Conti, perché mentre la Corte dei Conti considera per esempio, pagamenti di premi assicurativi delle Aziende sanitarie che si stimano nel 2013 siano stati di

circa 300, 350 milioni con imprese italiane e pressapoco equivalente con imprese estere, quindi una partita grossa, grossa, lo considera una normale attività di servizi con un occhio alle franchigie, come vi è stato detto, perché le franchigie vengono direttamente nella soluzione del contenzioso erogate dalle Aziende, la Corte dei Conti interviene sulle franchigie e dice ok quello che prendi va bene ma le franchigie le devi restituire e lì c'è colpa grave del professionista e il professionista è chiamato a restituire la franchigia. Queste sono sicuramente più esposte all'azione della Corte dei Conti, che oggettivamente pare che sia la legge 90 del '94 che dice l'incipit in modo chiarissimo da questo punto di vista.

Li espone a questa azione legale, per cui l'azienda è obbligata di fatto, salvo rispondere in proprio il rappresentante legale dell'Azienda, a rivalersi sul professionista per l'intero ammontare del risarcimento in questo caso.

Quindi c'è una esposizione forte a questo, attenzione che anche una forte esposizione è consentito alle azioni di esecuzione forzata perché laddove, adesso forse si spera un po' meno, l'azienda è in sofferenza coi creditori, qualunque creditore può mettere in mora l'azienda, questi sono fondi aziendali, fondi regionali vanno in mora quindi non diventano solvibili, quindi bisognerebbe proteggere, cosa che ho provato a fare nel disegno di legge che ho presentato, queste misure delle aziende sia sperimentali sia standard, sia totali, sia mix perché poi le cose sono queste, proteggerle da queste due cose, cioè dire – beh insomma non è soggetto al vaglio della Corte, cosa difficilissima, della Corte dei Conti fino a concorrenza del massimale ritenuto idoneo, ecco perché è importante da questo punto di vista il DPR e non sono soggetti questi fondi a misura di esecuzione forzata.

Questa è una cosa che la legge dovrebbe fare. Altri disegni di legge ripropongono, l'avete sentito questa mattina, anche forme di sistemi no fault, cioè di sistemi il cui presupposto, ma a questo punto non si parla più di risarcimento ma sarebbe più corretto parlare di indennizzo, laddove a prescindere da ogni tipo di colpa si riconosce un indennizzo per un danno ritenuto non previsto, non prevedibile e quant'altro.

Il sistema Inail: il lavoratore ancorché con tutte le misure di sicurezza accertate, che ha un danno viene comunque risarcito dall'Inail dando una funzione sociale al lavoro ecc., ecc., con un meccanismo di indennizzo che non è più un risarcimento, è un indennizzo su una base di tabelle. Questo è particolarmente complicato perché il fondo *no fault* su base regionale potrebbe non avere non poche Regioni con la sufficiente economia **di scala** da garantire poi un'effettiva copertura di questo rischio e poi dovrebbe

essere oggettivamente limitato ad alcune condizioni, come dire, di rischio chiaro, ma qui si intersecano altri sistemi.

Pensate al danno da emotrasfusioni, al danno da farmaci, al danno della caduta dalle barelle, ma qui abbiamo anche un intreccio strano della nostra giurisdizione perché su questo operano già altri meccanismi, pensate soltanto alla questione delle trasfusioni o dei succedanei del sangue, alla reazione avversa da farmaci, alle cadute dalle barelle, alle infezioni ospedaliere.

Qui c'era in qualcuno, l'idea, quello che c'è ancora nei provvedimenti legislativi è un altro aspetto, cioè la sostanziale possibilità di trasferire e, come dire, ordinare, ordinamentale meccanismi stragiudiziali di liti, di risoluzione delle liti.

Credo che in parte questo sia stato risolto con la revisione del provvedimento che prevede la conciliazione, sono stati sciolti anche quei dubbi che erano andati davanti alla Corte costituzionale rispetto la precedente legge, c'è l'istituto della conciliazione.

La transazione diretta è già di fatto un'operatività nella quale si muovono quelle Regioni e quelle Aziende che operano con fondi di garanzia, si muovono nella logica della transazione diretta. Leggificare o comunque sostenere anche dal punto di vista legislativo queste forme di pattuizione privata aventi poi in qualche modo valore di lodo, di atto giurisdizionale che poi garantisce ecc., poteva essere un'altra idea, ma è diventata complicata.

Ieri si è votata la fiducia su un altro provvedimento che riguarda la semplificazione e l'abbattimento dell'arretrato nel giudizio civile dove sono previste forme, oltre di transizione, sto cercando di spiegare un po', di arbitrato, il Giudice per sentenze non ancora passate in giudicato può rivolgersi a un arbitro e risolvere con un arbitrato, lui stesso può fare da arbitro e risolverla in una abbattizione.

Oppure l'altro istituto che prevede questa novella legislativa è quella della negoziazione assistita, cioè gli avvocati delle parti possono procedere avente valore di lodo e avente forza giurisdizionale ad una composizione di.

Qui non ho ancora capito devo dire, perché il provvedimento se nell'esclusione, ma questo è noto, dei cosiddetti diritti indisponibili, quelli del lavoro, quelli della previdenza ecc., rientra anche la materia della responsabilità civile professionale.

Mi pare che però ci sia un tetto a 50mila euro, quindi questo potrebbe agire in una sfera di contenzioso che si muove al di sotto di questi temi. L'ultimo aspetto che è rimasto di questo provvedimento legislativo che è ancora fermo, però sono pochi, pochi, forse l'unico che osa disperato, è quello che porta la mia firma, e che è il prodotto, attenzione non mio, ma di quel

percorso che abbiamo fatto in questi anni, ladecola è qui presente, di intervenire più sulla materia giuridica ridefinendo dal punto di vista normativo quel famoso soggetto malato, potrei fare una battutina, è vero che il legislatore è malato, però quando cerca di guarire anche in materia di norme giuridiche diventa tutto molto difficile.

E anche qui ridefinire, se possibile, come proviamo a fare nel provvedimento legislativo quello che avete senti da ladecola, anche facendo leva su denunce giurisprudenziali, anche della Corte Costituzionale, anche delle Cassazioni penali e civili, disegnare una sorta di alveo della responsabilità medica e sanitaria teso ad eliminare quei profili di colpa che hanno rilevanza penale perché poi il penale intercetta la Costituzione non c'è dubbio su questo.

Il secondo aspetto sempre giuridico è ridefinire i profili di responsabilità civile in ragione della riesplorazione degli atti di scambio, esiste già una sorta di attività pericolosa. Ho scoperto che tra le attività pericolose c'è anche l'ippica, sport pericoloso, i go-cart, etc. Noi parliamo di attività rischiosa che disegna

#### **D : Annalisa Bassi, Avvocato**

La responsabilità gli usi degli aerei – il convegno a cui abbiamo assistito paragonavano la stessa responsabilità medica

#### **R: Presidente Bianco**

Si, quindi si tratta di intervenire, diciamo così, sul corpo giuridico della responsabilità se c'è spazio per una valutazione di fattispecie, questo è il ragionamento dove lo scopo, ripeto, non è quello di sollevare, fare in modo anticostituzionale, la legge è uguale per tutti, no.

E' di affrontare un problema che sta avendo sempre più rilevanza sociale etc.

Poi c'è la storia dei periti noi parliamo di un collegio di periti con più competenze, ormai i tuttologi non esistono più quindi bisogna avere coraggio di fare questa operazione, coraggio che compete sicuramente al legislatore ma compete anche ai magistrati, voglio dire c'è questo asset che è rimasto.

Le ultime due considerazioni. Io credo che dobbiamo affrontare questa questione con molta freddezza anche se l'empatia è tanta, anche se la sofferenza è tanta, cominciamo col dire per non fare degli autogol clamorosi per favore: 1) che la medicina difensiva non costa 12 miliardi all'anno, perché poiché la medicina difensiva la fanno i medici se spendono 12 miliardi inutilmente sono da mettere - non vi dico dove- non è così.

Non è vero, esiste ovviamente una sfera di variabilità delle decisioni che certamente elementi esterni di preoccupazione allargano. Ci sono degli studi

bellissimi, io chiamo "panettone" la decisione della variabilità delle decisioni cliniche che varia in ragione della complessità dell'attesa della diagnosi, della disponibilità degli strumenti.

Ci sono degli studi di metodologia che chiariscono questo, la variabilità esiste, certamente la paura di un contenzioso aumenta l'arco delle variabilità.

Ma andare a dire che 10, 12 miliardi di medicina difensiva vuol dire che i medici italiani stanno affossando il servizio sanitario nazionale e non è vero, io mi opporrò fin che posso, ho la forza a questo ragionamento in questo momento.

2) - il contenzioso in realtà non è in aumento, gli ultimi dati dicono che c'è un lievissimo trend di decrescita, se non altro si è fermato quello di crescita.

Questo perché oggettivamente sono migliorate e si è creata quella cultura di attività di prevenzione e gestione del rischio. Le stesse assicurazioni, è molto interessante la relazione, i rapporti Ania, i rapporti March, ecc., ecc. sottolineano la decrescita di questo indicatore che è la loss ratio, cioè il rapporto premi ecc., ecc. tenuto conto che denominatore dei risarcimenti vengono anche posizionati, lo posso anche capire per un problema di salubrità del bilancio, non quelli pagati ma tutti quelli che vengono messi in riserva.

Per cui se andiamo a consuntivo e io ho letto il rapporto Aon della Lombardia 14 anni, in 14 anni 750 milioni versati in premi assicurativi, risarcimenti per 438, ancorché pendenti, si dice il 30%, però faccio fatica a leggere la loss-ratio uno a due con questi dati a consuntivo.

Esiste però un problema, esiste un problema del mercato assicurativo io do sicuramente oltre che l'intelligenza e eticità a chi fa impresa e poiché vale il principio, nessun contadino, lo ripeto, nessuno munge la sua mucca fino a ucciderla, perché sa che gli dà il latte tutti i giorni, sa che deve dare continuità, però esiste un problema, esiste un problema che dobbiamo risolvere, come dire, con una serie di misure.

Sulle Assicurazioni, si l'Enpam ha ragione quella gara di idee io l'avevo già fatta a Marzo, quindi so perfettamente i quattro grossi broker cosa hanno proposto compresa quella scaletta che avete visto.

Probabilmente anche lì c'è bisogno di fare qualche cosa di diverso, di più coraggioso, di più unitario della categoria, della professione, che è poi un modello che può valere anche per altri, perché so per esempio il Notariato questo modello lo ha già adottato godendo di una legge ordinamentale diversa dalla nostra, so che gli avvocati comunque l'hanno sicuramente già prospettato e, guardate, per uscire da queste cose qua, oltre che gli interventi di cui ci stiamo dicendo, che detendono la rischiosità del mercato dobbiamo anche rapportare la domanda.

Bisogna organizzare la domanda, costruire un mercato di regole più certe per tutti, per chi offre e per chi domanda e soprattutto rafforzare la domanda in modo che l'offerta si misura meglio, con più responsabilità, con più competenze e possibilmente da queste logiche tirare fuori qualche soluzione.

Mi rendo conto che siamo lontani dal risolvere i problemi immediati, io ci provo ma non so come fare,

francamente vi confesso che non so cosa rispondere a chi dice: "ho 30mila euro da pagare perché faccio il ginecologo." Posso solo sperare che il reddito sia di mezzo milione perché a questo punto dico "vabbé, non morirai di fame, però mi preoccupano i giovani. Questo sì."

**FINE I PARTE**

## II PARTE

### TERZA SESSIONE

**<La possibile definizione delle Linee Guida e della check list nel sistema delle responsabilità per colpa medica>**

**Moderatore : Maurizio Benato**

#### **Tavola Rotonda:**

**Pierantonio Muzzetto, Ugo Salvini, Nicola Sinisi, Giorgio Grandinetti, Nicola Cucurachi**

Allora iniziamo la terza sessione, tavola rotonda, da un titolo abbastanza accattivante: la possibile definizione delle linee guida della checklist nel sistema della responsabilità per colpa medica.

Ringrazio Piero Muzzetto per l'invito e devo dire che sicuramente sono argomenti professionali che evidentemente sono oggetto di fortissima discussione e anche di dibattito al nostro interno.

Io, come penso la stragrande maggioranza dei medici qui presenti, mi sono formato in un contesto di buona pratica clinica.

C'era il clinico medico dove lavoravo, il Prof. Mario Austoni, che mi ha insegnato la metodologia nel come affrontare come dire le varie patologie, quindi un metodo che evidentemente nasceva dalla tradizione della clinica, dalla come dire dalla storia clinica e dai maestri diciamo che lo avevano preceduto in quella clinica e su questa base evidentemente esercitavo ed ho imparato a esercitare la medicina.

Era un sistema che evidentemente si inseriva in un contesto di responsabilità, che come abbiamo sentito stamattina da Iadecola era un contesto in cui al medico veniva solamente come dire attribuita solo la colpa grave; oggi siamo di fronte a tutt'altro contesto tanto che dal 1990, probabilmente questa è una data, si sta, si è affermato prima naturalmente nel mondo anglosassone e poi anche in Italia e vediamo praticamente con la legislazione del '98 quando nel piano sanitario nazionale venne naturalmente costituito il cosiddetto piano nazionale delle linee guida, in grado come dire di intervenire a formalizzare, procedimentalizzare praticamente l'arte medica, tenete presente che però la medicina rimane comunque un'arte medica; ieri sera si diceva che un famoso epidemiologo anche recentemente affermato, e l'epidemiologia tutto sommato è una scienza abbastanza dura perché si fa riferimento alla realtà dei numeri, e questo epidemiologo canadese, un grande epidemiologo canadese, afferma che, continua ad affermare che la medicina rimane una grande arte di una debole scienza, quindi evidentemente siamo ancora diremmo in quel contesto.

Allora si è cercato dal 1990, probabilmente con scopi anche differenti da chi poi ha utilizzato le linee guida, a procedimentalizzare, a formalizzare praticamente gli atti medici e quindi cercare di oggettivizzare la possibile cosiddetta diligenza professionale che noi avevamo imparato dai nostri maestri sul quale poi fondare da un lato la responsabilità di noi medici, dall'altro probabilmente a trovare anche delle soluzioni economiche, chiamiamole così, per quanto riguarda la sostenibilità dei servizi sanitari.

E quindi sono nate così le linee guida, sono state oggetto di tantissime critiche sia da un punto di vista scientifico perché dobbiamo far riferimento a tutti i lavori che vi stanno alla base con tutti i conflitti di interesse, modalità con cui vi vengono come dire raccolte e poi naturalmente vengono classificate, poi evidentemente sapete anche voi come queste linee guida non sono naturalmente oggettive di per sé sono delle raccomandazioni che vengono poste all'attenzione da parte delle società scientifiche ai propri associati ai fini naturalmente di migliorare il percorso diagnostico.

E' una, diremo, iniziativa che sicuramente è lodevole però questo non toglie che come diceva un vecchio maestro del costituzionalismo italiano noi non curiamo le malattie, ma curiamo gli uomini e diremo l'unicità, l'irripetibilità di chi abbiamo davanti è una costante nell'arte medica.

Per quanto riguarda invece le checklist che vengono quindi nominate anche in questa tavola rotonda, beh qui siamo praticamente in una procedura molto stretta, in un settore molto diciamo limitato, si tratta naturalmente di solito nell'ambito chirurgico in cui non si può fare riferimento solamente alla memoria, mi spiego, di chi è l'operatore, ma si devono naturalmente seguire tutta una serie di passaggi ai fini di limitare l'errore umano, la semplice diligenza, la semplice come dire capacità, l'attenzione diremo del professionista non è sufficiente se non si seguono alcune norme.

E' un sistema mutuato dall'arte aviatoria, per cui il pilota quando entra nell'aereo deve naturalmente



compiere tutta una serie di **manualità/modalità** assieme al copilota, dopo di che può prendere il volo.

Bene queste due cose, questi due aspetti, cioè linee guida e checklist, hanno come dire un rilievo differente e probabilmente lo sentiremo nel corso di questa tavola rotonda per quanto riguarda gli aspetti di responsabilità del medico.

Parliamo di questo con Ugo Salvini, , Giorgio Dandinetti, Nicola Cucurachi. Malauguratamente, per questioni urgenti d'Ufficio il dottor Nicola Sinisi è stato convocato con urgenza in Tribunale per cui non parteciperà alla Tavolaa Rotonda .

Pertanto ora diamo inizio ai lavori e do' la parola al primo dei relatori, Pierantonio Muzzetto.

## INTERVENTI TAVOLA ROTONDA

**Pierantonio Muzzetto**

Grazie Maurizio.

Certo, dopo aver ascoltato tutta questa mattinata delle argomentazioni così importanti per quanto riguarda la professione, ed aver apprezzato le sfaccettature che sono a metà tra l'arte medica e la legge, ci troviamo a discutere tutti insieme e a pronunciarci su un tema comune dal titolo di per sé accattivante, ma che presuppone diversità interpretative legate al vissuto professionale di ciascun relatore, nei rispettivi campi lavorativi.

Richiamandomi alle dotte argomentazioni di stamattina, molto chiare ed importanti in ambito penale, civile e anche amministrativo è emerso il problema della responsabilità, della colpa e del problema di copertura assicurativa, che è poi, come dire, come poter lavorare serenamente in un momento di forte litigiosità che in ambito legale diventa più propriamente contenziosità. Era quello che si voleva.

Ora si tratta di parlare di colpa e emersione delle responsabilità, focalizzando l'attenzione sul controverso tema delle linee guida e dei protocolli.

Ma tornando al concetto di colpa: facendo un passo indietro nell'infanzia fino a quando da bambino si commettevano i peccatucci, il senso della colpa ci portava ad avere una sensazione di sgomento. Oggi, cresciuti, laddove venga si ravvisi, o sia addirittura solamente indicata o postulata in ambito medico a seguito d'accadimenti, d'errore, o soltanto qualora si verificano effetti collaterali o indesiderati durante metodiche non solo strumentali, quella sensazione infantile diventa preoccupazione e grande disagio esistenziale. E ciò lascia segni indelebili in caso di sequele legali. E lo dico alla platea e a coloro che, a vario titolo possono essere parte in causa o controparte.

È chiaro che andiamo a considerare, sulla base anche dottrinale, il reato colposo come comportamento offensivo o contrario ad un parametro comportamentale.

Quindi la prima questione: confortati dagli scritti del grande giurista Marinucci e che fu un allievo, e questo lo dico da sardo, di un altro grande della giurisprudenza, il Delitala, è un modo di affrontare e dimensionare un certo tipo di parametro.

Certo nell'ambito della responsabilità penale, e cito quello che è un passaggio del giurista Gianfranco Iadecola, *nella responsabilità penale la rilevanza esclusiva della colpa grave perde il carattere di regola, divenendo nell'ambito del discorso giuridico*

*l'eccezione da giustificare, di volta in volta, con le effettive speciali difficoltà dei problemi tecnici da risolvere.* Che mi pare determini in estrema sintesi, e Gianfranco Iadecola eventualmente mi correggerà se io avessi dato un'interpretazione sbagliata, un richiamo soprattutto alla prudenza.

È fondamentale la prudenza nel valutare effettivamente la colpa là dove ci sia un'imperizia grave, cioè là dove ci sia un "qualcosa di ingiustificabile" o comunque che vada al di là di quello che possa essere comprensibilmente un comportamento virtuoso.

È chiaro che i problemi oggi sono legati al peso dell'art. 2236 del Codice Civile che riporta alla responsabilità del prestatore d'opera.

Cioè oggi nel sistema civile e penale, che oggi idealmente si confrontano in questa tavola rotonda, ci sono le espressioni tipiche dei due sistemi, civile e penale. E abbiamo due concetti prevalenti: il primo penale, ove ci si richiama al rispetto dei principi di garanzia; il secondo, civile, deve rispettare invece quei modelli applicativi che, sotto un certo punto di vista, sono più flessibili e sono orientati alla soddisfazione delle esigenze di una giustizia ripartiva.

È chiaro che oggi la giurisprudenza si fonda su un concetto fondamentale, l'applicabilità o meno di questo articolo 2236 del C.C..

Il problema si pone nel momento in cui il soggetto, il medico nel nostro caso, risulta essere nel sistema d'accertamento delle responsabilità, diciamo, il riferimento di ogni tipo di discorso legale e diventa il fulcro su cui s'incentrano gli interessi e su cui si basa la rivalutazione del *quantum* o del *quid facere*, in fase di emersione della colpa e di risarcimento, quale giusto, o supposto tale, compenso ad un danno provocato.

È certo che se pensassimo che l'unica certezza che abbiamo qualora fossimo coinvolti nel crescente contenzioso è che la colpa è sempre del medico, per il solo fatto d'essere medici, qualsiasi psichiatra che ci analizzasse tenderebbe a liquidare il nostro senso di colpa come mania persecutoria. E avrebbe ragione.

Ma è necessario che, a parte ubbie e paure immotivate, che si influisca sul fenomeno del contenzioso, andando a dimostrare che non sempre è colpa del medico fin troppo oggetto delle attenzioni del cittadino per supposti soprusi o danni. Sono di conforto i pronunciamenti in sede penale e civile e ne è testimonianza, in tema di colpa, la messe di sentenze che dimostrano inequivocabilmente che quanto attribuito al medico è spesso un problema di

responsabilità altrui. E mi pare che questo emerga in modo netto dalla puntuale e mirabile relazione di Gianfranco Iadecola, e da quanto ha esposto, ribadendolo, l'avv. Bassi in particolare nel parlare anche di *colpa di sistema*.

Perché anche questo è un altro dei problemi. Come quello di vedere e di considerare il valore da attribuire alle Linee guida ed alle checklist nell'attribuzione di colpa, nel cui rispetto va invocata la negligenza, dunque richiamandosi nel non rispetto all'imperizia ed alla negligenza.

Il peso ed il valore di questi strumenti è aleatorio ed esse sono da considerarsi alla stregua di norme comportamentali generiche, che in taluni casi diventano strumento di controllo e d'attenzione: vedi a tale proposito le check list anestesologiche in cui la fase di controllo delle apparecchiature, prima di una seduta operatoria, porta a vedere se tutto sia a posto. Dunque momento di controllo preventivo prima di una procedura. Questa è la checklist, ad ogni quadratino "spuntato" o segnato, significa: ho controllato quell'apparecchio e ne rilevo il buon funzionamento.

Checklist significa in altri termini prevenire il rischio clinico. Ed è quindi proprio una delle metodologie di controllo del rischio clinico, che si deve fare non soltanto in ambito clinico, e, per intendersi, ma deve essere valutata anche in tutti i sistemi complessi, non solo da parte del medico, che lo farà per quanto di sua competenza, ma anche in altri settori ove le responsabilità sono di altre figure professionali. A maggior ragione nel sistema salute perché è valdoid l'assioma, che a "laddove il sistema sia complesso, e tanto più sia complesso, maggiore è il rischio che ne deriva e maggiore dev'esser l'attenzione ed il controllo".

Certo è che oggi, nel trattare di colpa medica, ne dobbiamo pesare ogni atto e ogni attribuzione e alla domanda "può essere esclusa la colpa?" occorre tenere presente quanto dice Iadecola: "attenzione, ci vuole prudenza nel dire che esiste una colpa". Un metodo che porta a usare un atteggiamento saggezza nell'attribuzione della colpa, anche solo in una fase preliminare, come anche nella fase di giudizio.

È questo quanto è emerso stamattina dalle relazioni e dagli interventi. *"l'interpretazione delle Leggi lascia al giudice un certo margine di scelta: entro questo margine chi comanda non è tanto la Legge inesorabile, ma il mutevole cuore del giudice"*, diceva Piero Calamandrei nell'elogio dei giudici del 1935, una citazione datata ma una citazione probabilmente ancora oggi in voga e attuale. *"lex, dura lex sed lex"*.

Mutevolezza delle Leggi o mutevolezza nell'interpretazione della Legge: ci troviamo di fronte ad una molto citata sentenza di questi giorni che è la sentenza di Milano e di un'altra sentenza che viene da

Brindisi anch'essa di pochi giorni fa: una dall'altra emesse a un mese di distanza.

Due sentenze contrapposte nell'effetto e nell'interpretazione pur su argomento simile, anche se a dire il vero la rilettura sembrerebbe, ma io non sono un competente, che quanto sbandierato non sia poi così evidente in tema di responsabilità extracotattuale o contrattuale.

Certo è che, semplificando, la contrapposizione in realtà tra due aspetti interpretativi della legge e quindi di sentenze di due tribunali su argomento simile in questo momento non porta alla chiarezza anche se per esprimersi il richiamo alla prudenza è più che mai d'obbligo.

Certo, sullo scenario giuridico è sopraggiunta quella Legge Balduzzi, croce o delizia per addetti e non addetti ai lavori, i cui effetti, nella definizione di colpa lieve e di osservanza delle linee guida, come spartiacque nel giudizio di colpa lieve, porta più problemi che soluzioni. Ma sicuramente nessuna chiarezza, complicando quelle poche certezze che vi erano fra colpa da negligenza e imperizia e non colpa. Terreno su cui i giuristi presenti possono dire la loro. Ma, ogni qual volta si parla della Balduzzi la maggioranza dei pareri induce una profonda mestizia.

Per il medico, e parlo anche alla parte non medica degli astanti, non credo che sia stata di gran vantaggio, anzi. E lo conferma anche il presidente Bianco: per cui per lo meno di vantaggi sicuramente non si intravedono e oggi sono più gli svantaggi di quanti siano i vantaggi. E la stessa Suprema Corte si è dovuta esprimere in modo differente da quanto aveva fatto fino ad allora, dovendo rivedere precedenti sentenze che avevano segnato la giurisprudenza degli ultimi anni divenendo vere e proprie pietre miliari del diritto.

Un riferimento in tema di colpa da osservanza o in osservanza delle Linee Guida e rivalutando l'aspetto clinico e la univocità delle manifestazioni e delle patologie, che non rispondono a rigide indicazioni teoriche sulla prognosi e sulla risposta alle cure. Risposta che è, e non può essere diversamente, se non soggettiva.

Siccome è il medico l'interessato principale nel sistema di gestione del contenzioso, sia come attore principale nella veste di imputato o imputabile, sia come coattore in veste di consulente del giudice o dell'imputato, collega, bisogna capire il peso dell'interpretazione della colpa, la valutazione delle prove a disposizione, l'attinenza e il valore delle linee guida e dei protocolli. Ulteriori spunti di discussione.

E quindi riepilogando, offro alla discussione i vari punti: l'applicazione della norma del codice civile, con il citato art.2236, e con l'applicazione delle norme dottrinali correlate ma anche dall'altra parte, l'applicabilità e il riferimento della Balduzzi, laddove

riporta in vita le linee guida ed i protocolli, le checklist oltre ai passaggi fondanti della deontologia, contenuti nel Codice deontologico, che ne divengono un punto di riferimento essenziale.

I primi riferimenti sono riferimenti legislativi di primo livello o principali, mentre il ricorso al Codice deontologico lo fa considerare a sua volta come riferimento legislativo di secondo livello.

Quest'ultimo ha una dignità riconosciuta tale da venire considerato non a torto un punto di riferimento per la magistratura e, soprattutto per l'Alta Corte di Cassazione; e ciò, nonostante non sia stato promulgato per Legge, diversamente dal codice deontologico, ad esempio del personale infermieristico.

I problemi che oggi ci troviamo a trattare sono i tutt'altro che problemi secondari, dei problemi che ci preoccupano profondamente perché oggi stiamo vedendo un continuo ricorso al contenzioso, su cui tutti noi oggi presenti in sala in quanto espressione delle varie professioni, dobbiamo attentamente meditare. E per questo ritorno al numero dei processi e al numero dei procedimenti che sempre in numero crescente vengono annualmente attivati.

Noi oggi viviamo in un ambito in cui tutto è risarcibile e la sanità per taluni sta diventando la "gallina dalle uova d'oro". E da parte di certi professionisti senza scrupoli si sollecita alla denuncia per ipotetici errori sanitari e, anche se anche se il tempo è passato, in mani buone potrebbe emergere di essere inconsapevolmente incappati in qualche errore medico per cui si potrebbe avere un diritto al risarcimento.

Bloomberg qualche giorno fa ha messo il sistema sanitario italiano al terzo posto nella graduatoria mondiale: evidenziando come da un punto di vista della qualità dell'assistenza il nostro sistema salute sia al top, e, a cascata, il sistema sanitario nostro e della nostra regione come pure nelle altre regioni è di livello.

La cosa stona e lo dissi al corso per i periti, 4-5 anni orsono anno, e presi posizione per certa sollecitazione pubblicitaria, invero assai poco deontologica, al contenzioso in ambito sanitario e medico.

Ebbene in tutti i casi in questo sistema che di per se dovrebbe soddisfare, c'è invece una crescita dei motivi di conflitto e la giustificazione va trovata nel fine ultimo che un processo fatto a scopo risarcitorio : e questo è un problema.

È un problema che non tocca solamente il singolo, che come diretto interessato magari è fatto oggetto di questo tipo di interesse, ma rientra in un discorso di sistema, sicuramente globale. Un sistema che coinvolge tutte le figure presenti e in esso operanti in cui il margine di errore è elevato, ma che offre una

qualità altrettanto elevata. Parliamo oggi di sistema "universalistico" che tutela tutti i cittadini, nessuno escluso e che, oggi, non fa morire chi, come ad esempio negli Stati Uniti o in altri paesi, non viene curato e assolutamente considerato se non abbia una carta di credito con un conto in banca che consenta di pagare le cure, oppure abbia un'assicurazione sanitaria adeguata. Se in quel sistema si applicasse la regola nazionale del contenzioso, i casi a regime sarebbero innumerevoli. Al contrario i casi del contenzioso in Italia crescono, considerando il sistema ai vertici mondiali per qualità. La cosa lascia alquanto perplessi, imponendo una valutazione interprofessionale e non qualunquistica. Per capire il fenomeno.

Noi abbiamo un sistema tale che anche l'ultimo degli ultimi, benché nullatenente, viene curato in ospedale e viene accudito dal sistema sanitario nazionale; mentre in altre realtà che qualcuno definisce più avanzate se non si possiede quel quadratino plastificato, tre x quattro o giù di lì, col chip, senza di quella non si viene curati, presso di noi con la nostra sanità e con l'alto contenziososi viene curati anche senza. E non è una cosa da poco.

Siamo stanchi che si butti la croce sempre sulla sanità ma vorrei dare alcuni messaggi al mondo del diritto, richiando alla responsabilità deontologica tutti i presenti. Se avessi la lampada dei desideri per primo esprimerei quello di non vedere mai una scritta "vittima di errore medico"; porre rimedio alla medicina difensiva e a quella che si sta imponendo, con i gravissimi problemi assicurativi, la nuova medicina assicurativa che una versione aggiornata di quella difensiva. Nella nuova declinazione della medicina difensiva, accanto a quella attiva e a quella passiva si aggiunge quella assicurativa. Che si connota con tutti gli atti messi in opera dal medico per non vedersi "al solo sentore di sinistro disdettati" usando un comportamento che è nel contempo attivo e passivo.

Con un occhio benevolo ma preoccupato per i risvolti verso chi inizia la professione e si avvicina a attività strumentali e/o chirurgiche.

Come medico e come esponente dell'Ordine, pur sempre Ente dello Stato, porto alla riflessione le difficoltà della professione medica e le storture di un sistema incentivante il contenzioso. Con un sincero richiamo a tutti gli iscritti all'Albo non solo dei medici e in quanto appartenenti ad un Ordine, nel rispetto dei principi deontologici e dei rapporti con e verso le altre professioni.

Entrando nelle dinamiche del contenzioso e del valore da attribuire al comportamento del medico di fronte all'ammalato non si può prescindere dal valore che si deve attribuire alle Linee Guida ed ai protocolli.

E questo, indipendentemente dalla Legge Balduzzi, ma vivendo il rapporto professionale col paziente in cui ha prevalere è l'aspetto clinico rispetto a qualsiasi altro costruito teorico.

Così da considerarle come indicatori generici e non clinici della professione, oggi ancor più discutibili strumenti di un corretto agire del medico.

Il punto dolente è che normalmente le indicazioni di comportamento sono relative alla generica patologia, l'ulcera, l'infarto, la pancreatite acuta. Esse normalmente sono redatte dalla comunità scientifica ristretta che, in base alle evidenze della letteratura, traccia le linee d'intervento catalogandole in relazione al grado di evidenza e di probabilità di riuscita.

Così da identificare un percorso con indicazioni da seguire, con evidenza variabile alta, media, bassa, da adattare al singolo caso. Ma dove sorgono i problemi? Sorgono laddove si debba passare all'applicazione pratica sul paziente: se ad esempio è indicato un dato farmaco che sia efficace in una data forma morbosa, non è detto che quel farmaco sia allo stesso modo efficace in un pluritrattato o in un pluripatologico.

Quindi non c'è che univocità nelle linee guida applicate alla "patologia tipo" ed al "paziente tipo", un'esclusività selettiva. Ma in caso di variabili, di salute e di concomitanze di patologie quante sono le linee guida che si devono applicare e con quale priorità; e se poi taluni percorsi sono collidenti al punto da non poter effettuare un trattamento col farmaco dotato di evidenza perché potenzialmente dannoso in corso di altre manifestazioni presenti sullo stesso ammalato, qualora ci fosse una complicazione e una denuncia il giudice come interpreterebbe la non applicazione di una linea guida appropriata?

La Suprema Corte aveva risposto in modo efficace prima della Balduzzi, ma ora, in vigore di questa Legge si è agito in modo negligente? o addirittura in imperizia?

E in base al giudizio di un perito che potrebbe non essere del tutto competente quale è il grado di discrezionalità nella valutazione delle responsabilità e, successivamente, nella stesura della sentenza? E di fronte ad una situazione di errore in medicina, supposto o reale, o comunque di responsabilità, di fronte ad una patologia che deve essere valutata spazio temporalmente e sulla carta dell'acuzie, qual è il grado di fiducia che si lascia alla valutazione clinica del medico? Dove sta, dunque, la verità e quale il grado di attendibilità del giudizio?

Tornando al ruolo del Codice deontologico, come riferimento legislativo di secondo livello ci richiamiamo all'art. 13 ove si completa l'atto medico laddove recita: *il medico tiene conto delle linee guida diagnostico-terapeutiche accreditate da fonti autorevoli e indipendenti quali, raccomandazioni e ne*

*valuta l'applicabilità al caso specifico: che è la riscrittura della sentenza della cassazione in cui di fronte all'applicazione pedissequa delle linee guida stabiliva – con la premessa che il senso clinico è prevalente nella tutela della salute dell'ammalato – non c'è nessuna indicazione scritta che stabilisca che in nona giornata un ammalato con infarto stabilizzato debba essere dimesso e che essa sia garante della sua stabilità clinica.*

Il paziente non è assimilabile alla patologia di cui possa essere affetto, perché se così non fosse, in assenza di variabili e variabilità, sarebbe giustificato applicare pedissequamente la norma che sarebbe di per sé vincolante quasi fosse legge.

La variabilità della persona ammalata e la concomitanza delle malattie, o meglio la pluripatologia, porta a considerare progressivamente che il processo di cura è frutto di continue valutazioni e modifiche, modulando ogni intervento sul paziente, e non sulla patologia, bensì sul paziente con quella patologia. È come trovarsi in una strada in cui si intersecano in continuazione altre strade con il susseguirsi di bivi, in prossimità dei quali va fatta una continua valutazione clinica. E in un recente convegno a Pistoia di fronte a illustri giuristi, accademici, avvocati e magistrati inquirenti questo è stato il punto nodale da me sostenuto.

E da una posizione molto accademica dei maestri del diritto si è arrivati a dover concordare sulla fallacità dell'applicazione delle linee guida e dei protocolli. Anche se ragionando in punta di diritto pare proprio che il buon senso debba mettersi da parte di fronte a dotte dissertazioni.

Se noi, però, non siamo in grado di valutare il sistema di cura e non abbiamo altrettanto chiaro il sistema d'emersione dell'errore e delle responsabilità attraverso il lavoro del perito il problema diviene rilevante con ripercussioni nell'ambito del giudizio. Da qui spostando il discorso anche sul legale in quell'occasione è venuto fuori che anche per l'avvocato ci vuole assolutamente una preparazione specialistica in *res sanitaria*, ma anche si presuppone che anche il giudice acquisisca specificità e diventi specialista in campo sanitario, prospettandosi una dottrina specialistica e specifica in sanità.

Certo che oggi ci poniamo di fronte ad un dilemma: siamo vittime o siamo carnefici e di fronte a che cosa combattiamo?

Di fronte alla chimera "fattuale" ancor di più perché siamo di fronte a un giudizio penale, a un giudizio civile e a un giudizio amministrativo.

Quale la risposta da dare? Certo, e vado a concludere, lascio i periti e le checklist, io dico certamente considero un problema direi estremamente importante e un caposaldo per ogni giudizio è la sentenza Franzese che questa mattina Gianfranco

ladecola ha definito il riferimento essenziale, la pietra miliare nel giudizio sulla ipotizzata 'malpractice' . e

come tutti i punti di riferimento si offrono ad un'attenta e seria riflessione. Grazie per l'attenzione.

***Moderatore***

Grazie Piero e allora cominciamo la discussione, la tavola rotonda.

Do' la parola all'avv. Ugo Salvini per delineare quale è la posizione dei legali, appunto nell'ambito di questo problema che sicuramente è un problema rilevante ed estremamente importante.

## *Ugo Salvini*

Dire quale è la posizione dei legali non è semplice, io non ho partecipato per impegni professionali alla sessione di stamattina ma ritengo che secondo il programma siano stati affrontati i problemi degli orientamenti giurisprudenziali che sono emersi nel corso degli anni e in particolare che sono riesplosi recentemente con la legge Balduzzi.

Però vorrei ritornare brevemente su queste argomentazioni in quanto credo che a differenza di tutti gli altri attori e protagonisti delle vicende, dei rapporti in materia di controversie di responsabilità medica, l'avvocato abbia e quindi parlo del paziente, parlo del medico, parlo nell'ambito del contenzioso dei giudici, del CTU ed eventualmente della compagnia assicuratrice della responsabilità civile professionale, credo che il ruolo dell'avvocato sia un ruolo duplice perché l'avvocato si trova a rivestire sia la funzione di difensore del medico sia quello del paziente danneggiato o presunto tale.

Questo ruolo duplice che costantemente nelle cause gli avvocati sono chiamati a sostenere ha portato sicuramente nel corso del tempo a un grosso dibattito a cui ovviamente sono partecipi gli studiosi in dottrina, è partecipe la magistratura un dibattito in materia di responsabilità medica soprattutto per quanto concerne la responsabilità del medico dipendente della struttura privata o pubblica che sia.

Per decenni è stata affermata la responsabilità medica in questo specifico aspetto di natura extracontrattuale, questo fino a quando non è intervenuta la sentenza famosa del 1999 della Corte di cassazione che ha ribaltato l'orientamento spostando sicuramente l'asse verso la responsabilità di natura extracontrattuale.

Questo dibattito si è in qualche modo sopito fino a quando non è arrivata la legge Balduzzi, legge Balduzzi che tutto sommato è stato un tentativo in qualche modo non di risolvere ma di affrontare il problema anche della responsabilità medica dal punto di vista normativo.

La polemica o il dibattito che si è innestato dopo è sotto gli occhi di tutti perché dopo questa normativa che ha regolato in parte la materia, ci sono state le pronunce contrastanti che hai tu ricordato pocanzi, quella del tribunale di Milano e quella del tribunale di Brindisi.

Io non è che voglia fare delle scelte, però credo che mentre la sentenza del tribunale di Brindisi si va in qualche modo ad appiattare sulle motivazioni dell'ordinanza della cassazione dell'aprile di quest'anno, quella del tribunale di Milano mi sembra più convincente.

Mi sembra più convincente perché non si basa esclusivamente sul dato testuale, sul dato normativo testuale dell'art. 3 comma 1) con cui si è esclusa la rilevanza penale della colpa lieve in presenza del rispetto delle linee guida e delle buone pratiche accreditate e fa poi riferimento specifico all'art. 2043 del Codice civile che è il principio cardine su cui si fonda la responsabilità extracontrattuale anche in campo medico.

Ma non si limita a fare questo richiamo e questa analisi la ricollega ad altri elementi che sono rinvenibili nella legge e che sono l'introduzione all'art. 3 sempre 3) comma di un criterio limitativo del risarcimento del danno biologico e soprattutto della ratio che è sottesa a questa legge che è quella di contenimento della spesa pubblica ricollegabile alla cosiddetta medicina difensiva perché poi il fenomeno che si è prodotto nell'affermazione di una responsabilità sempre più accentuata da parte del medico poi è stata quella, da parte dei medici, di difendersi in qualche modo facendo sempre ricorso o spesso ricorso alla richiesta di ulteriori indagini, di ulteriori accertamenti di carattere diagnostico e strumentale e questo ha fatto sì che si incrementasse, io ho letto, non so quanto ci sia di vero, ma mi pare verosimile, qualcosa come 12 miliardi di euro di aumento di spesa sanitaria dovuto a questi interventi.

Non lo so, la do per quello che ho letto, non ho fatto ricerche in proposito. Dicevo, questa mi sembra più convincente per questo tipo di considerazione, per questo maggiore approfondimento che è contenuto nella sentenza del tribunale di Milano.

Credo che la distinzione e il diverso approccio non sia di poco momento perché naturalmente questo si ripercuote sul termine prescrizione che là dove affermiamo la responsabilità di natura contrattuale, è il termine ordinario di dieci anni, mentre in caso di responsabilità extracontrattuale diventa di cinque anni.

Inoltre c'è il grossissimo problema dell'onere della prova perché là dove c'è la responsabilità contrattuale basta alla vittima, al paziente, uso il termine vittima tra virgolette, non voglio colpevolizzare naturalmente il medico, ma il paziente basta che provi la sussistenza del contratto se c'è, ma in questo caso la responsabilità contrattuale è pacifica perché non è toccata nemmeno dalla legge Balduzzi in presenza di un rapporto professionale, ma quella del famoso invece contatto sociale che è quello sulla base della quale si è ritenuta la responsabilità contrattuale anche del medico in assenza di un vero e proprio conferimento di incarico professionale.

Dico questo comporta dall'onere della prova, che viene alleggerito in questo caso per il paziente e aggravato per il medico là dove invece in materia di responsabilità extracontrattuale, la prova di questa responsabilità grava sul paziente.

Questo per dire che cosa? che c'è bisogno sicuramente al di là di quello che è il contributo fondamentale che gli studiosi sia in dottrina, sia la magistratura, sia tutta l'avvocatura, hanno dato all'interpretazione delle norme svolgendo direi un ruolo di carattere, un ruolo giurisdizionale suppletivo cioè colmando delle lacune che sono insite nel nostro sistema.

Al di là di questo credo che ci sarebbe bisogno, nel cercare di affrontare i problemi più serenamente e anche per diminuire il contenzioso, di un intervento su più fronti di interventi carattere normativo teso a eliminare questo stato di incertezza per riaffermare il principio della certezza del diritto. Si dirà, osservazione banale, forse è una osservazione banale perché in uno stato di diritto di certezza c'è bisogno sempre però qui siamo in una materia più sensibile, in una materia più delicata perché qui vengono in gioco due diritti, il diritto alla salute e il diritto alla difesa che sono due diritti di rango costituzionale, quindi penso che debbano richiedere una maggiore attenzione e un possibile intervento da parte del legislatore per appianare tutte le difformità interpretative che ci sono.

Quindi ben vengano a mio modestissimo parere le tabelle sul danno biologico ma a livello nazionale però,

non a livello di singolo tribunale o di singolo distretto di appello perché è vero che la Cassazione ha praticamente promosso le tabelle milanesi rendendole applicabili ma semplicemente come raccomandazione, come invito per cui data la peculiarità e spesso l'individualismo poi dei singoli uffici si applicano tabelle differenziate che portano all'aggravamento per i medici e diciamo, a un vantaggio per il paziente ma non è possibile, non è accettabile che in caso di colpa medica ci possano essere dei trattamenti differenziati a seconda di dove accade l'evento dannoso.

Ben vengano anche le linee guida tutto sommato, ma anche qui linee guida che devono essere possibilmente per materie specifiche ma generalizzate per omogeneizzare poi il trattamento risarcitorio nei confronti dei pazienti e anche per indubbiamente alleggerire in qualche modo la posizione del medico e a interventi normativi anche diretti ad indicare a quale tipo di responsabilità in questi casi vinti che sono quelli più diffusi che è quello del rapporto del medico ospedaliero con il paziente o comunque della struttura per capire quale è la natura della sua, fissarla anche sulla base di quella che è stata l'elaborazione giurisprudenziale quindi prendendo anche tutto il contributo che è stato dato ma finalmente fissare dei criteri oggettivi che non diano più spazio a delle interpretazioni che possono portare poi a dei guasti enormi.

Grazie

#### **Moderatore**

Diamo la parola ora al Procuratore della Repubblica Giorgio Grandinetti sempre sullo stesso tema

#### **Giorgio Grandinetti**

Il tema è apparentemente bene individuato ma solo apparentemente perché da esso poi si dipartono tutta una serie di problemi di contorno satellitari.

Non starò a dire cosa sono le linee guida, ci sono varie definizioni, ci sono queste dell'Institute of Medicine accreditate etc....., voi lo sapete bene cosa sono le linee guida, vediamo però come funzionano le linee

guida nel tema di cui ci occupiamo oggi. Il nostro è un ordinamento complesso, anche antico, anche se vogliamo sia pure con tutti i guasti, e l'involuzione degli ultimi decenni probabilmente, sto parlando di ordinamentale, involuzione ordinamentale, insomma di grande e luminosa tradizione etc.

Però il legislatore quando si decide a licenziare un complesso di norme, una disciplina normativa che va a



cadere su una materia così complicata, difficile, insomma secondo me dovrebbe avere una visione ampia oltre che profonda, anche una visione ampia.

Vi dirò una cosa, nel nostro ordinamento per quello che riguarda l'elaborazione sia dottrinale che giurisprudenziale sulla colpa che è una cosa, come il collega Iadecola sa benissimo, è una cosa di estrema complessità, forse una delle cose di massima complessità nel diritto penale, se l'imprenditore per esempio, che rispetta tutte le norme antinfortunistica che sono norme che hanno quella precipua finalità di prevenire un evento dannoso, bene l'imprenditore rispetta la norma antinfortunistica, la giurisprudenza dice che nel caso concreto potrebbe non essere sufficiente, non basta perché all'imprenditore è richiesto di fare appello a tutta la sua esperienza, a tutte le conoscenze dello stato di quella attività per tutelare, nel caso del rapporto di lavoro per tutelare il proprio dipendente, comunque per tutelare anche persone terze che potrebbero eradicare una responsabilità extracontrattuale, bene.

Uindi figuriamoci se il richiamo che ha fatto la legge Balduzzi che comunque resta un tentativo encomiabile serio, perché comunque è un segnale, il richiamo diciamo abbastanza sommario alle linee guida poteva essere da solo sufficiente a scongiurare che il sanitario andasse esente da colpa quando nel caso specifico si dimostri che anche l'osservanza delle linee guida non si è dimostrata sufficiente e adeguata. Quindi allora, il rispetto della linea guida è una condizione, mi verrebbe da dire necessaria ma non sufficiente, ma in certi casi è addirittura neanche necessaria oltre che non sufficiente, perché sono dei casi in cui paradossalmente l'osservanza di linee guida potrebbe portare ad una responsabilità perché in quelle condizioni date il medico doveva decidere diversamente.

E allora io penso che la difficoltà di intervento non dipende soltanto da una innegabile inadeguatezza del legislatore perché il legislatore è stato inadeguato a lungo o da una disattenzione del legislatore il quale è mirato su altre cose, ma dipende dal fatto che ci troviamo di fronte a una materia veramente difficile come dire, da ridurre ad una disciplina normativa sintetica e puntuale.

Allora, io ho letto il progetto Bianco, ci sono delle cose secondo me estremamente interessanti, punto primo art. 590 ter secondo me è di gran lunga più efficace della legge Balduzzi, almeno apparentemente perché poi tutte le norme devono essere viste all'opera perché l'elaborazione giurisprudenziale non è che sia una elaborazione cervelotica, in certi casi può essere non condivisibile o sbagliata però non è cervelotica perché deve chiaramente tenere conto di tutto il complesso di norme che sono nell'ordinamento giuridico.

Qualsiasi norma si cala in un complesso di norme.... Quindi dicevo, quello che mi convince molto è l'esonero che incontrerò tante difficoltà di varia natura, di natura oltre che politica sociale anche giuridica, è l'esonero della responsabilità diretta del medico, voglio fare una piccola provocazione.

Quanti di voi in questo dibattito sulla responsabilità diretta del giudice si sono lasciati andare, ma sì, perché chi sbaglia non paga, etc..

Bene, adesso che si pone questo problema della responsabilità diretta del medico, forse è lo spunto, non dico perché creare un'alleanza tra le professioni che svolgono delle funzioni estremamente critiche, ma, come dire, per fare una riflessione più approfondita su certi approcci che quando riguardano noi stessi vorremmo ipergarantisti e quando riguardano invece altri comparti della società invece affrontiamo con, la stessa cosa da parte nostra, quanta gente dice: 'ma perché i medici devono rispondere solo per colpa grave, ma è uno scandalo..' bene.

Perché c'è secondo me una conoscenza, una riflessione insufficiente sui problemi e sulle difficoltà. Io vorrei accentuare le riflessioni, ma in quale professione l'opera deve essere prestata obbligatoriamente? questa è una cosa che fa una differenza profondissima signori, perché se io vado dall'avvocato, l'avvocato non mi vuole prendere non mi prende, mi dice no, io non la difendo, vada da un altro, se vado dal commercialista mi dice 'no, lei mi propone una cosa che non mi conviene', va dal notaio 'non ho tempo' (*intervento dal pubblico*)... però obbligo di quale prestazione?

Comunque in ogni caso sicuramente la professione medica e quella del magistrato sono accumulate da questo, cioè noi non possiamo non decidere e non scegliamo i casi da trattare, il medico non può tranne in rapporto libero professionale, non può rifiutare un paziente, perché va in ospedale il paziente e deve essere curato.

Bene, questa è una cosa che fa una grande differenza secondo me, una grande differenza. Punto secondo, il medico, continuo a parlare come magistrato solo perché ritengo che se certe classi professionali recuperassero certi aspetti del loro ruolo nella società non sarebbe male, quindi non per creare delle alleanze che potrebbero suonare male, ma per acquistare delle consapevolezza comuni, per fare delle riflessioni comuni sulla direzione della società, bene, dicevo, adesso ho perso il punto, come ovviamente le persone con i capelli brizzolati o bianchi..dunque, va beh riprenderò, mi verrà in mente, se qualcuno mi aiuta, cosa stavo dicendo?

Ecco, io sono un ospedaliero, il dr. Cucurachi è un pubblico ministero o un giudice, bene noi dobbiamo rendere la nostra opera nelle condizioni date. Se

l'ospedale è scadente, se nell'equipe c'è una persona che non va bene, se il ferrista beve, noi, se la cancelleria non funziona, se la polizia giudiziaria è inefficiente noi dobbiamo rendere la nostra opera, questa è una cosa molto importante e allora secondo me un punto da coltivare moltissimo potrebbe essere proprio quello della responsabilità diretta solo per il rapporto libero professionale, solo quando c'è un contratto, quindi quando c'è una libera scelta da parte del medico che decide di curare un paziente e da parte del paziente che decide di affidarsi a quel medico in quelle condizioni. In tutti gli altri casi il rapporto dovrebbe esistere soltanto tra il paziente e la struttura.

Io dico questo, potrebbe sembrare fuori tema ma secondo me non lo è perché la libertà di scelta del medico, la tranquillità con cui il medico può decidere di fare quello che ritiene giusto fare e quindi tendenzialmente di dare il meglio che può dare è fortemente condizionata dalla paura di poter essere aggredito direttamente, questa è una cosa, secondo me, molto molto importante perché la medicina difensiva in realtà è questa. Il medico ha il paziente da curare e ha la tentazione di curare se stesso, di fare tutte quelle cose o comunque almeno di trovare un ragionevole equilibrio tra l'esigenza del paziente e l'esigenza propria di non rischiare, di non mettersi in situazioni che potrebbero poi scatenare le rivendicazioni e allora, ecco io non vedo la panacea nella norma che disciplina, non so poi quanto approfonditamente possibile, che cosa sono le linee guida, come devono funzionare le linee guida che, come dire, che valore silente o limitativo di responsabilità possano avere le linee guida, in quali casi la colpa è grave, la colpa è lieve, sono tutte cose che saranno anche utili però secondo me bisogna sottrarre all'aggressione diretta da parte del danneggiato.

Io ritengo che questa sia una cosa assolutamente indispensabile che dovrebbe costituire il fulcro e che poi renderebbe forse anche meno drammatica affrontare e risolvere queste altre problematiche, di dare una regolamentazione etc. Io questo penso.

### **Moderatore**

La parola al dr. Cucurachi medico legale sullo stesso argomento, linee guida, checklist e il loro rapporto con la responsabilità medica.

### **Nicola Cucurachi**

Grazie, ringrazio il presidente per avermi invitato a questo convegno si tratta di un argomento che ovviamente mi riguarda personalmente in quanto svolgo la professione di medico legale, sono oggi coinvolto non soltanto come medico legale ma anche come consigliere dell'Ordine dei medici e quindi ho questo doppio ruolo di diretto interessato nel tema della responsabilità professionale e anche di verificare come il tema della responsabilità professionale e del rispetto delle regole dell'opera professionale possa impattare sugli aspetti deontologici.

E oggi hanno parlato tante persone prima di me, hanno parlato dei magistrati, hanno parlato degli avvocati, questa mattina anche dei notai, assicuratori, che hanno visto tutte le varie sfaccettature del problema.

Ho anche sentito dire che, ed è giusto, non voglio ovviamente su questo smentire che le sentenze le fanno i giudici, anche in ambito di responsabilità professionale, mi verrebbe da dire parafrasando Clemenceau 'che la guerra è una cosa troppo importante per farla fare ai generali' e probabilmente la responsabilità professionale è una cosa troppo importante per lasciarla fare ai medici legali che però, e non voglio peccare di falsa modestia, molto spesso sono gli unici che vedono il problema da tutti i punti di vista e hanno veramente sia la preparazione medica che la preparazione giuridica per verificare con precisione di che cosa si sta parlando perché quando ne parlano gli avvocati poi dell'aspetto tecnico non ne possono avere, giustamente, direttamente cognizione, lo stesso i magistrati lo stesso gli assicuratori.

E quindi i medici legali fanno un po' la sintesi fra i vari aspetti e penso quindi che il punto di vista del medico legale possa essere importante, importante su un problema che non è nuovo si dice che appunto la responsabilità professionale è vecchia di qualche decennio in realtà probabilmente è molto più antica perché nel Codice di Hammurabi già si parlava della responsabilità professionale medica.

Stranamente se ne parlava insieme alle retribuzioni dei medici nel senso che se 'durante un intervento chirurgico un uomo muore o perde un occhio il chirurgo sia condannato al taglio della mano', forse stiamo meglio adesso di come si stava qualche millennio fa, però se le cose poi andavano bene la ricompensa per il chirurgo che cura la frattura e il muscolo malato di un uomo la ricompensa è di cinque

sicli d'argento, quindi c'era anche un bel guadagno, molti rischi ma probabilmente anche molta soddisfazione.

E oggi invece giustamente si parla di medicina difensiva perché? perché il paziente certe volte estorce un successo che nella maggior parte dei casi però non è esigibile e il medico come giustamente ci ha detto il dr. Grandinetti non può scegliersi i pazienti, i pazienti sono quelli che sono e i casi clinici sono quelli che sono.

Ciò ha portato a un'esplosione del problema, questa statistica è stata già citata questa mattina, mostra appunto l'esplosione numerica dei casi anche sotto il punto di vista della Corte di Cassazione che appunto negli ultimi dieci anni, questa è aggiornata al 2011, ha valutato più casi che in tutto il passato periodo dal momento in cui si sono iniziate a verificare queste statistiche.

Quindi spese, articoli sui giornali, allarmismo da parte dei medici, io le faccio scorrere molto velocemente tanto per dare un'idea del problema, con la fuga delle assicurazioni che ovviamente di fronte a una situazione del genere scappano dal mercato italiano che ormai non è più vantaggioso proprio da un punto di vista strettamente economico. E siamo arrivati al 2012 con la legge Balduzzi, famosa o famigerata a seconda dei punti di vista.

L'art. 3 al comma 1) lo conoscete immagino a memoria, ha due aspetti principali che è appunto quello delle linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica e il problema della colpa lieve.

Questo argomento è stato ampiamente discusso ne parlerò anche nel prosieguo del mio intervento ma io penso che ci sia un altro comma molto importante che invece viene dimenticato, viene dimenticato specialmente dai medici nel senso che, lo ripetevo un attimo fa al dr. Grandinetti, probabilmente i peggiori nemici dei medici sono i medici stessi sia quando criticano i colleghi sia quando fanno i periti e allora quando diventano periti diventano periti per definizione cioè fanno tutto e pensano che debbano sapere tutto anche i loro colleghi nel momento in cui curavano le persone, ma poi non intervengono invece quando c'è da intervenire e allora, la legge Balduzzi ce lo dà invece lo strumento per intervenire.

Le società scientifiche dovrebbero farsi parte attiva nel nominare all'interno dell'Albo dei periti, nell'Albo

dei consulenti tecnici d'ufficio delle persone di provata esperienza e di riconosciuta rappresentatività delle varie specializzazioni che prioritariamente siano nominati come consulenti tecnici d'ufficio e come periti per giudicare i colleghi per evitare che, è vero che le sentenze le fanno i giudici ma i giudici le sentenze poi le fanno sulla base delle consulenze, delle perizie.

E se le perizie sono accusatorie ovviamente la sentenza sarà molto facilmente accusatoria e viceversa. Allora quello che bisognerebbe cercare di fare, lo dico ovviamente ai colleghi, sarebbe un intervento diretto delle società scientifiche che facciano in modo che le perizie siano redatte da persone a conoscenza dei problemi e quindi superare appunto il problema dei tuttologi che giustamente non esistono più se sono mai esistiti.

Allora dal punto di vista medico legale visto che io faccio il medico legale, quali sono i problemi emergenti nell'applicazione di questa norma ma non soltanto, nell'applicazione della legge Balduzzi erano probabilmente già esistenti.

Allora, colpa lieve, colpa lieve si è detto tanto oggi che cosa sia la colpa lieve e il contrario la colpa grave e poi chi debba identificarla questa colpa lieve, quali linee guida e buone pratiche prendere come riferimento e se queste possono diventare mai eventualmente e anche essere qualificate come ordine e disciplina e quindi diventare la violazione delle linee guida una colpa specifica oppure l'apparente o palese incongruenza di agire con colpa seppure lieve mentre ci si attiene alle linee guida perché questo sembrerebbe appunto una contraddizione, io seguo una linea guida e ciononostante sono in colpa, e possono esistere specialmente per i casi complessi situazioni in cui in realtà linee guida non esistono e allora se non esistono non vale più la scriminante della colpa lieve che vale soltanto nella fase in cui si seguono le linee guida.

Per cui parlerò un attimo di questi argomenti. Da un punto di vista normativo non esiste alcuna definizione di colpa lieve o di colpa grave, quindi l'apprezzamento non può che essere discrezionale. Però anche nell'ambito di una valutazione discrezionale bisognerebbe cercare di utilizzare dei parametri unitari che la giurisprudenza e anche la dottrina in realtà ha indicato, quindi esistono dei modi per graduare la colpa e ritengo che questi modelli debbano essere attuati anche, se ne è discusso questa mattina, nella valutazione della colpa grave in ambito erariale, nel senso che non avrebbe alcun senso che semplicemente perché la Corte dei Conti non ha abbastanza finanziamenti per nominare dei CTU allora a questo punto la colpa diventi sempre grave.

Perché questa è la motivazione che la Corte dei Conti poi dà, platealmente, non hanno soldi per nominare

CTU quindi una volta che c'è la colpa questa viene tutta graduata verso la gravità a danno ovviamente dei medici.

Ma allora possono esistere dei criteri oggettivi che sono quelli della divergenza fra la condotta effettivamente tenuta e quella doverosa sulla base della norma cautelare attesa, oppure sulla esistenza di condizioni plateali del paziente che avrebbe imposto l'abbandono di una linea guida oppure quando la complessità e l'oscurità del quadro patologico oppure la difficoltà di interpretare il quadro clinico, l'atipicità del quadro clinico facciano sì che questa deviazione in realtà non possa essere qualificata come grave.

Però esistono anche aspetti soggettivi e quindi il ruolo del medico che sia appunto, abbia un ruolo apicale, abbia una determinata posizione accademica, una riconosciuta esperienza specialistica oppure condizioni momentanee quali la stanchezza, il malessere, lo stress emotivo o comunque condizioni che ne modificano il comportamento e poi l'ultimo, è il criterio probabilmente un po' terra terra ma che rende l'idea, non tutte le ciambelle vengono col buco, non semplicemente perché si è sbagliato qualcosa allora si è in colpa, io faccio sempre l'esempio del tiratore con l'arco, anche chi vince la medaglia d'oro non fa sempre centro. Eppure ha vinto la medaglia d'oro alle olimpiadi, per cui non si può pretendere sempre che si faccia centro, deve essere ammesso, e questa è appunto la colpa lieve, il margine di errore.

A chi compete identificare la colpa lieve? Beh, secondo me ci sono alcuni aspetti che devono essere valutati dal giudice e sono gli aspetti soggettivi ma tutto ciò che è oggettivo non può essere lasciato alla valutazione del giudice perché il giudice non potrà che basarsi su quello che gli dirà il perito quindi è il medico, il medico legale, il perito, lo specialista a dover di volta in volta, nell'esercizio del potere discrezionale del giudice, indicare al giudice quali sono i criteri oggettivi per la graduazione della colpa.

E questo è un dovere fondamentale, cioè pur nel riconoscere eventualmente una discrepanza, un discostarsi da quello che eventualmente le linee guida o la letteratura scientifica ci indica, spiegare quali possono essere le condizioni di difficoltà, la lievità di questo discostarsi e così via.

Quali linee guida seguire? perché c'è una pleora di linee guida tanto è vero che sono nati addirittura dei sistemi per la graduazione, per l'appraisal, cioè per la qualificazione delle linee guida, cioè capire quali sono le linee guida che effettivamente godono del favore del riconosciuto accreditamento presso la comunità scientifica, quindi non basta che ci sia una linea guida e bisogna seguirla, ci sono linee guida e linee guida, più o meno apprezzabili, più o meno accreditate.

E parlare di linee guida quindi rimanda al grado di accettazione di accreditamento di queste, nel senso

che indipendentemente dal fatto che ci siano o non ci siano linee guida i medici, e giustamente i medici devono rivendicare il loro ruolo decisionale, hanno la possibilità di decidere, anzi hanno il dovere, lo vedremo dopo parlando del codice deontologico, il dovere di decidere di volta in volta che cosa sia meglio per il paziente e non basta che una tesi sia maggioritaria per essere quella giusta, perché i medici non la devono pensare tutti allo stesso modo.

Una pratica clinica classica e consolidata che raccoglie ancora il consenso del 30% della comunità scientifica è da considerarsi una buona pratica accreditata dalla comunità scientifica?

Secondo me sì che è da considerarsi, quindi il fatto che la maggior parte faccia diversamente non significa che allora il 30% sbaglia e il codice deontologico, questo è quello precedente a quello attuale, già parlava del fatto che bisogna attenersi alle conoscenze scientifiche che quelle prescrizioni devono essere basate su aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche, quindi, la professione medica è un'arte ma è anche una scienza quindi deve basarsi sulle conoscenze scientifiche.

Nell'attuale formulazione del codice deontologico sono comparse le linee guida che però non sono un obbligo, perché si spiega chiaramente che il medico tiene conto delle linee guida diagnostico-terapeutiche accreditate da fonti autorevoli e l'adozione di protocolli impegna la diretta responsabilità nella verifica della tollerabilità, nel senso che non è un obbligo di nuovo, deve verificare innanzitutto quanto questi protocolli possono essere eseguiti nell'interesse del paziente e tanto più se il medico opera come dipendente deve verificare che le condizioni nelle quali svolge la sua attività siano non pregiudizievoli per la qualità e l'equità delle prestazioni.

Tenuto conto anche del fatto che quando esistono più linee guida probabilmente nell'ambito del consenso informato se proprio la vogliamo mettere in maniera completa, magari anche il paziente potrebbe essere informato che il suo caso potrebbe essere trattato con varie linee guida, per complicare ulteriormente la faccenda.

Cosa sono le linee guida in realtà è già stato detto, molto velocemente. Alcuni appunto dicono che la qualifica linee guida è una iniziativa che abbia come obiettivo quella di indicare la tipologia di prestazione da offrire facendone spesso un uso intercambiabile con altri termini-protocolli, percorsi diagnostico-terapeutici, standard che però poi hanno varie valenze e vari significati.

La definizione dell'Institute of Medicine, l'avrete già sentita tante volte, è la raccomandazione di comportamento clinico, quindi soltanto raccomandazioni prodotte attraverso un processo sistematico allo scopo di assistere medici e pazienti

nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze.

Le fonti sono tantissime, società scientifiche, organizzazioni governative, poi esistono linee guida aziendali, regionali, della conferenza stato-regioni e si associano altre norme, protocolli, procedure, istruzioni operative, percorsi diagnostici-terapeutici.

Ora, quali dovrebbe seguire il medico? Un protocollo che è uno schema predefinito localmente concordato, di comportamento ottimale come dato di partenza per attività cliniche che però dovrebbe dar conto delle ragioni, dei vincoli, degli obiettivi delle attività in oggetto? O le procedure? le procedure hanno la finalità di ottenere, di garantire l'efficacia, l'efficienza all'interno di un sistema di qualità, quindi l'obiettivo potrebbe non essere quello di ottenere le migliori cure del paziente, ancora le istruzioni operative probabilmente sono più un manualetto operativo che una vera e propria linea guida che dovrebbe richiedere una certa cultura così come le checklist, le checklist è un compitino da svolgere per evitare di dimenticarsi qualcosa quindi per ovviare ai problemi della mancanza di memoria, il che a me potrebbe essere effettivamente molto utile.

E ancora i percorsi diagnostico terapeutici altro non sono se non il calare le linee guida a livello aziendale visto che non tutte le previsioni delle linee guida potrebbero essere disponibili all'interno di una diversa azienda quindi le linee guida vanno poi applicate, ma evidentemente nell'applicare e nel creare un percorso diagnostico terapeutico l'optimum della linea guida potrebbe non essere raggiunto.

Sto per concludere. Colpa specifica, questa è una recente sentenza neanche recentissima, dell'anno scorso, ci spiega che in realtà non possono le linee guida costituire ordini o discipline ai sensi del codice penale e della qualificazione di colpa per cui sono appunto delle mere raccomandazioni le linee guida, non potranno mai assurgere a norme che devono essere obbligatoriamente rispettate quindi semplicemente degli aspetti per verificare da un punto di vista culturale quale potrebbe essere lo standard di cura esigibile a un determinato medico. Per velocità vado velocemente.

A questo punto il medico può essere in colpa sia per aver applicato una linea guida sia per non aver applicato una linea guida e addirittura io mi sentirei di dire che la lievità della colpa dovrebbe essere maggiore quando non esistono le linee guida, cioè quando è lasciata alla sua libera interpretazione la risoluzione del caso clinico.

D'altra parte il medico, e concludo, dovrebbe sempre adottare una condotta in grado di favorirlo nell'ottenere la scriminante della colpa lieve, sia quando segue una linea guida sia quando non la segue, cioè motivare le scelte quindi nel caso in cui

non si segue una linea guida motivare la particolarità del caso clinico, segnalare la condizione d'urgenza che non consente di seguire normali protocolli, chiarire la contraddittorietà dei protocolli esistenti e l'assenso di un consenso della comunità scientifica in modo da far capire per quale motivo poi si può essere discostato e quando seguo la linea guida perché seguo proprio quella, però adattarne l'applicazione al caso concreto, verificare l'applicabilità alle condizioni operative della struttura sanitaria visto che le strutture ovviamente non sono tutte uguali, quindi le linee guida vanno sempre adattate, operare le opportune deroghe in casi specifici e documentare i protocolli seguiti. Grazie dell'attenzione.

## **DISCUSSIONE**

### **Moderatore**

Avv. Salvini lei voleva interagire, mi pare

### **Ugo Salvini**

Sì, solo un paio di osservazioni brevissime. Io ho richiamato il decreto Balduzzi prima, soltanto per due motivi. Il primo relativo al fatto che il decreto Balduzzi ha riaperto il dibattito giurisprudenziale in ordine alla responsabilità medica, in qualche modo, il secondo perché a mio parere, si tratta di un parere ovviamente solo soggettivo, credo che sia un tentativo per risolvere normativamente alcuni aspetti della responsabilità medica però penso anche, forse questo prima non l'ho detto, che sia un tentativo purtroppo malriuscito, malriuscito perché il legislatore dovrebbe imparare a usare una tecnica di redazione delle leggi che eliminino il rischio di arrivare a delle interpretazioni, non solo difformi, ma addirittura contrastanti come è avvenuto col decreto Balduzzi con il richiamo maldestro e improprio all'art.43 per cui ha creato due scuole di pensiero una che si applica solo per il penale e l'altro che si applica anche per il civile, per la responsabilità civile.

Una seconda osservazione riguarda, non me ne voglia il dr. Grandinetti, sulla obbligatorietà della prestazione del medico, a differenza delle altre professioni. Io non conosco la legge notarile in punto, ma ho già annotato che il notaio ha già fatto un riferimento, ma anche per gli avvocati è così, non nel senso generalizzato che l'avvocato è obbligato a svolgere la prestazione nell'ambito di un rapporto libero professionale, come del resto il medico, ma in campo penale l'avvocato sta all'imputato come il medico ospedaliero sta al paziente.

E per quanto riguarda gli avvocati posso anche dire questo che se è vero ammesso che sia vero che ci sia una sorta di aggressione da parte dei

pazienti a torto o a ragione nei confronti dei medici è evidente che quando viene svolta l'azione di carattere civile o di carattere penale, penale no perché la promuove poi la Procura della Repubblica, ma di carattere civile nei confronti del medico bene, ci sono delle norme deontologiche nella nostra professione, come sono l'attuale ancora fino al 15 dicembre il Codice deontologico, l'art. 6 e l'art. 12, il dovere di competenza e il dovere di non promuovere azioni o non indurre il proprio assistito a promuovere azioni, che sono spropositate o che sono largamente infondate, ce lo segnalino e faremo il nostro dovere.

### **Giorgio Grandinetti**

Io sinceramente avverto fortemente un trend di rivendicatività verso i medici, non avverto assolutamente una tendenza, come dire, ma poi chiariranno.. agli avvocati, notai, assolutamente non l'avverto... questo sta diventando un fenomeno sociale diffuso, forse perché il bene in gioco è la salute, per quello che vogliamo ...

*( Interventi dal pubblico senza microfono sul problema della pubblicità di avvocati patrocinatori gratuiti per errori medici misconosciuti)*

### **Ugo Salvini**

Credo di averle già risposto, nel senso che esiste un presidio deontologico e naturalmente deve essere portato a conoscenza dei Consigli di competenza. Parma su questo non ha mai scherzato, e non scherza glielo garantisco, a differenza di molti altri ruoli.

### **Domande**

**D: annalisa Bassi, avvocato**

Al di là delle polemiche, al di là di questo, io direi, che ho apprezzato molto l'intervento di questa sessione e ho apprezzato in particolare l'intervento del giudice Grandinetti quando ha ritenuto partendo appunto dall'obbligatorietà diciamo, della prestazione medica, a dire che la responsabilità dovrebbe essere della struttura e non del singolo, riconducendosi così a quelli che erano stati anche gli interventi precedenti.

E questo perché? proprio perché è sempre più difficile riuscire a valutare effettivamente dove c'è colpa lieve, dove c'è colpa grave e riuscire a capire quando il non avere rispettato le linee guida possa effettivamente determinare la responsabilità del medico perché ci si ricollega a quella necessità di certezza del diritto che è per tutti gli operatori, per i medici, per i giudici e per i sanitari.

Anche per i giudici perché quando i giudici si trovano a dover affrontare delle problematiche che non sono di loro competenza in quanto strettamente tecniche e ormai c'è stata un'apertura in questo senso anche nell'ambito del processo amministrativo dove ormai anche il giudice amministrativo ricorre a delle CTU per risolvere appunto delle problematiche tecniche che esulano dalle sue competenze, ha però a sua volta bisogno di avere degli accertamenti tecnici e delle valutazioni che si possono fondare su dati il più possibile oggettivi ecco perché appunto occorrono delle linee guida, che non siano delle linee guida di parte, occorrono delle linee guida che siano delle sorti di regolamentazioni tecniche che fissino veramente dei paletti che possano dire là dove una attività è lecita e là dove non la è, legandoli poi soprattutto al problema delle competenze.

Cioè si nota nelle aziende sanitarie non sempre le competenze vengono rispettate per problematiche di organizzazione o altro, si ritrovano per esempio sanitari che effettuano delle guardie mediche in specialità che non sono di loro competenza.

E' evidente che in questa ipotesi poter poi parlare di rispetto o meno delle linee guida è un ulteriore problema, è un problema che sta a monte, un problema della struttura sanitaria.

Bisogna appunto mutare diciamo, le modalità di approccio anche appunto delle aziende sanitarie per evitare in questa politica del risk management che le linee difensive, che le linee guida possano essere non rispettate.

#### **R: Muzzetto**

Mi inserisco brevemente anche perché quanto è stato detto dall'avv. Bassi effettivamente è un motivo di riflessione, di riflessione importante.

Perché? Perché quando chiamato a fare una prestazione anche in urgenza, in urgenza-emergenza, se uno è ginecologo piuttosto che gastroenterologo

piuttosto che ematologo, la prestazione la deve fare, e se non la fa, o se si dice non competente c'è la vecchia spada di Damocle del giudizio, dice 'tu sei medico chirurgo e come tale devi avere le competenze per poter intervenire in urgenza-emergenza'.

Quindi questa situazione è sotto un certo punto di vista una situazione delicata, delicata proprio perché se è vero che c'è una specializzazione e quindi c'è un orientamento professionale, cioè un raggiungimento secondo la terminologia corrente di quelle abilità che connotano una specificità di funzione però c'è il peccato originale, se di peccato originale si può parlare, che sei medico chirurgo e come tale, già con l'atto stesso dell'abilitazione professionale che oggi ti dà la possibilità di esercitare, ti dice che tu devi essere in grado di farlo.

Questo è un vero problema, questo è un problema e una riflessione, secondo me, sulla quale dovremmo, dovremmo prenderne atto e dovremmo affrontarla perché effettivamente nell'ambito anche del giudizio ci possono essere delle discrepanze che possono in qualche modo non essere accettabili. Grazie.

Se ci sono domande dal pubblico

#### **D: Gianfranco Cervellin, primario ospedaliero**

Mi sembra che tutte le cose per la verità tutte le cose che sono state dette siano condivisibili, specificamente in materia di linee guida ho molto apprezzato la relazione del dr. Cucurachi che ha centrato proprio gli aspetti di problematicità che la loro applicazione presenta.

Quando è arrivata la legge Balduzzi si è da parte di molti diciamo plaudito al fatto che finalmente i medici sanno come devono regolare i loro comportamenti nella trattazione del caso concreto, devono ispirarsi alle linee guida.

Questo sembrava averne semplificato in qualche modo i compiti in realtà alla luce di tutte quelle considerazioni, la precarietà delle linee guida, la loro quindi breve durata, occorre riscontrarne ogni volta la permanenza di attualità, la esigenza di verificare se a monte siano frutti di conflitti di interesse e di eventuali incompatibilità, che non siano ispirate da interessi aziendalistici o di tipo economicistico o che abbiano un reale consenso nella letteratura, la pluralità delle linee guida, obbliga di volta in volta il medico a una operazione assai complicata, non ne rende in realtà più agevole l'opera, specialmente quando il medico opera, come spesso accade, nell'urgenza.

Noi dobbiamo pensare che quest'opera selettiva che la giurisprudenza della Corte di Cassazione richiede come necessaria, attenzione, venga compiuta anche nelle condizioni di urgenza, nella contingenza dell'urgenza o tanto più dall'emergenza rispetto al



caso concreto. E quindi il compito del giudice non è facile perché non sa quali linee guida deve applicare per così dire, cioè deve porre a base della valutazione del comportamento del medico, ma tanto più impegnativo e difficile è il compito di chi dovrebbe operare questa sorta di selezione in quei pochi tempi e quindi allora l'auspicio che viene fatto è la creazione di un consesso di autentiche autorità nella materia che operi una catalogazione puntuale, che possa costituire naturalmente nei limiti e nella libertà terapeutica del medico che deve sempre poi giustificare le sue scelte e con riferimento poi alle specificità del caso di quel paziente, che però diano una sorta di catalogazione fondamentale dei punti diciamo di riferimento più attendibili nell'ambito della letteratura scientifica.

**D: Maurizio Leccabue, medico ospedaliero consigliere Omceo Parma.**

Si è parlato molto di responsabilità individuale e anche in ambito patrimoniale il giudice della Corte dei Conti viene a prendere per le orecchie solitamente il singolo medico. Il dr. Grandinetti e la dr.ssa Bassi hanno accennato al fatto della responsabilità organizzativa.

Noi dall'interno vediamo che molto spesso quelle che possono essere le complicità, gli effetti collaterali o il mancato gradimento del paziente per non aver raggiunto l'obiettivo che lui pensava fosse prefissato, dipende non dalla responsabilità individuale ma organizzativa, perché il personale non è adeguato come numero, come preparazione, perché le attrezzature non sono aggiornate, pensiamo solo al fatto che l'Italia è sotto infrazione da parte della Comunità Europea per il mancato adeguamento alla normativa sui turni di lavoro per i medici.

Anche internamente vediamo spesse volte della contraddizioni. Non più tardi di due settimane fa vedevo una delibera, una circolare della nostra direzione sanitaria, stabiliva che l'ortopedico in 6 ore debba fare 36 visite, una ogni dieci minuti e magari proporre al paziente anche un intervento di una certa complessità. Se poi a metà delle visite deve andare in

bagno e soffre un po' di prostata si è già bevuto metà visita.

Quando però noi segnaliamo delle incongruenze di questo tipo regolarmente si viene un po' bastonati perché l'amministrazione gradisce che ci sia un po' di omertà, cioè il medico ha difficoltà a far capire che deve fare il medico, che i tempi devono essere adeguati, che gli debbono essere dati gli strumenti e i tempi adeguati per una corretta diagnosi ed un corretto trattamento.

Alla fine cosa dobbiamo fare, rivolgerci tutte le volte al giudice? Devo dire che si lavora spesse volte in difficoltà su questo fronte. Grazie. Consigli?

**R: Bianco**

Rivolgersi al proprio Ordine, c'è un articolo del codice

**D: Maurizio Leccabue, medico ospedaliero consigliere Omceo Parma.**

Devo dire che il nostro presidente ci supporta spesso e ha convocato il Direttore sanitario per questioni che riguardavano problematiche assistenziali che potevano anche essere di rilevanza penale.

E di questo devo dire dobbiamo ringraziarlo.

**D: Carlo ....**

La mia osservazione è stata già in parte resa chiarissima dall'ottimo ladecola a cui faccio i miei complimenti.

Al dr. Grandinetti, io sono molto felice di essere d'accordo con lui che il medico non sia direttamente aggredibile se non quando c'è quel contratto magnifico fra il libero professionista e il paziente, quando invece esso è nell'ambito e il dottore si ricorda, della medicina penitenziaria dove l'ammalato detenuto non può sceglierti, tu non puoi scegliere né il detenuto e manco meno la scarsa organizzazione e la diagnostica strumentale inesistente in parte in tanti centri clinici quindi io plaudo al fatto che non sia direttamente aggredibile quando in quelle condizioni in cui non può applicare nessuna linea guida e non gli conviene neanche scriverle. Grazie

#### **Moderatore**

Un'altra domanda?

**D: Gianni Rastelli primario ospedaliero e consigliere dell'Ordine di Parma**

Una domanda per il dr. Cucuracchi in relazione al suo intervento, una sottile definizione tra linee guida e

percorso diagnostico terapeutico che tu forse non avevi il tempo necessario per distinguerlo, nel senso che la linea guida viene emanata da una società scientifica, prendiamo la linea guida sul dolore toracico io faccio il prontosoccorsista evidentemente è una delle più importanti, è un documento corposo emanato per esempio dalla Società Europea di

cardiologia, 150 pagine deve applicarsi nell'universo terracqueo del mondo europeo e quindi con le specifiche diverse tra i singoli stati, tra le singole regioni, tra le singole aziende sanitarie, dopodiché il percorso diagnostico terapeutico dovrebbe essere l'incarnazione della linea guida all'interno della realtà dove il medico sta operando con le risorse e le strutture ivi esistenti. Lo sto leggendo bene questo tipo di realtà con la diversificazione quindi del peso fra l'assoluto teorico e il contingente quotidiano?

**R: Nicola Cucurachi**

Sono d'accordissimo, mi pareva anche di averlo detto, evidentemente sono stato troppo veloce. Sì, il percorso diagnostico terapeutico altro che

non è che il calare la linea guida a livello aziendale e quindi verificare, se è possibile, applicare quella linea guida in uno specifico contesto.

La decisione potrebbe anche essere alternativa, quella particolare linea guida non è applicabile in quel particolare contesto perché magari non c'è una rianimazione, non c'è un laboratorio di analisi d'urgenza o altro, per cui quella determinata procedura in quell'ospedale non deve essere proprio attuata.

Quindi certamente è così, una linea guida vale, deve essere molto generale perché deve essere poi implementata nelle varie strutture, il percorso

diagnostico terapeutico è relativo a una unica struttura quindi non può essere automaticamente traslato da ospedale a ospedale.

Quindi non ha senso rifarsi, ai fini di attribuzioni di responsabilità, a un percorso diagnostico terapeutico di un diverso ospedale visto che le situazioni operative, che il medico oggettivamente coinvolto ha trovato, possono essere diametralmente diverse perché semplicemente la rianimazione invece di essere nello stesso palazzo è a un chilometro di distanza e bisogna raggiungerla con l'ambulanza e non attraverso l'ascensore interno, il laboratorio d'urgenza non esiste e quindi ovviamente il percorso diagnostico terapeutico vale solo per chi operi all'interno di una determinata struttura.

Poi bisogna, ovviamente è compito del medico, verificare che quel particolare caso possa essere adeguatamente eseguito con il percorso diagnostico terapeutico che l'azienda gli richiede, perché quel caso particolare potrebbe non essere adeguatamente trattabile con le dotazioni disponibili.

Anch'io ho molto apprezzato l'intervento del dr. Grandinetti, allora siccome purtroppo però succede che nella stessa situazione a Milano e a Brindisi le cose vengono valutate in maniera diversa, le volevo fare una domanda: 'Non potrebbe scrivere delle linee guida per i magistrati?'

*(risate)*

**Giorgo Grandinetti**

Le linee guida non servono perché il dr. Cucurachi ha detto linee guida contraddittorie, quindi che cosa vogliamo scrivere...??

**Conclusione Terza sessione**

**Maurizio Benato**

Io penso che abbiamo affrontato il tema su diversi versanti, alcune cose evidentemente rimangono così, ferme lì, aleggianti diremo sulla professione medica.

Penso che comunque, quello che diremo anche dagli ultimi rilievi che sono stati fatti da alcuni colleghi qui della sala emerge un fatto chiaro.

L'Ordine rappresenta, come dire, il punto di riferimento di un medico nel momento in cui il medico è messo in condizioni di non poter esercitare con qualità, con equità, nel miglior modo la sua pratica professionale e quindi il messaggio probabilmente che viene anche da questa tavola rotonda e fa riferimento al proprio ordine professionale che ha uno strumento, il Codice deontologico, sicuramente è una norma secondaria rispetto alle norme primarie ma che sicuramente potrebbe avere un grande significato, come dire, per indurre gli amministratori, chiamiamoli così, e i politici a riconsiderare la delicatezza della a professione medica. Grazie

#### Quarta Sessione

**< Le professioni e il sistema formativo: declinazione delle competenze e delle responsabilità nel sistema delle collaborazioni multiprofessionali. Autonomia di scala nell'obiettivo salute >**

**Moderazione : Antonio Caputo**

**(Ci si accommiata dal Presidente Bianco e lo si ringrazia per la sua presenza durante tutto il Convegno, dovendo rientrare a Roma per problemi istituzionali e si procede con i lavori della quarta sessione).**

Buon pomeriggio a tutti. Il presidente Muzzetto ha voluto chiamarmi a una funzione cosiddetta di moderatore, ma lui non sa cosa gli aspetta perché io più divento anziano nella mia funzione di notaio e più divento in qualche maniera giovane nell'approccio redazionale anche quello convegnistico e congressistico.

Oramai l'esperienza di 33 anni di notariato a Parma e in giro spesso per l'Italia e in Europa per rappresentare il notariato italiano mi fanno così comprendere come sia opportuno adeguarsi anche nei rapporti e negli approcci di tipo accademico scientifico. Io sono stato qui lasciato solo, però la quarta sessione prevede la presenza oltre che mia anche di Maurizio Benato, che è qui presente, il presidente Muzzetto verrà poi a concludere, verrà a fare la conclusioni. Vorrei fare un piccolo passaggio tra la sessione precedente, anzi le sessioni precedenti, e questa di cui ho l'onore e l'incombenza di occuparmi.

Avevo chiesto al procuratore Grandinetti di trattenermi perché amo parlare *de visu* ma evidentemente i suoi impegni istituzionali non glielo hanno consentito; ma è un parlare franco che ovviamente non ha nessuna vena polemica chiariamo e poi qui ho anche il piacere di avere un, non so se dire, ex magistrato perché per noi è comunque quasi sempre magistrato e quindi io vi devo dire questa premessa perché la sento molto forte: io conoscevo la similitudine tra magistrato e notaio, non farina del mio sacco ma di Carnelutti, perché Carnelutti definiva il *notaio un magistrato civile*; e chiariva: *più notaio meno magistrato* come a dire la funzione di magistrato preventivo nei negozi giuridici fa sì che il cittadino debba ricorrere meno al magistrato e questa similitudine la conoscevo.

Oggi ho ritrovato grazie anche allo spunto che mi ha dato il procuratore Grandinetti una similitudine tra il medico e il notaio, mi spiego: il presidente Ippolito sa, come penso la maggior parte di voi, che abbiamo anche un santo patrono in comune.

San Luca non è solo il patrono dei medici ma anche dei notai di Parma. Sempre per stare sul sacro, il vostro giuramento equivale al nostro giuramento che avveniva sul prologo del Vangelo di Giovanni. Chiudiamo il sacro e andiamo al profano, diceva il procuratore Grandinetti: quale professione ha l'obbligatorietà di pressare la sua opera? non solo noi abbiamo come notai l'obbligo di prestare la nostra professione, attenzione addirittura non possiamo rifiutarci se legittimamente richiesti, in base all'articolo 27 della legge notarile.

Ovviamente, noi le linee guida le abbiamo nell'articolo 28 laddove dice 'ti puoi rifiutare legittimamente se quello che ti viene richiesto è contrario a norme imperative d'ordine pubblico e al buonc costume'.

Ci siamo. Un altro spunto per la similitudine medico notaio me l'ha data questa mattina il sen. Bianco, spero di non ricordare male 'garantire sicurezza nelle cure'.

Bene anche il notaio deve garantire sicurezza nei contratti. Vedete che veramente questa similitudine è pregnante, per cui se a qualcuno di voi è capitato o capiterà di sentirsi definire da me non cliente bensì paziente, non si meravigli perché lo faccio normalmente ma in senso affettuoso sia chiaro, perché sono convinto che la vostra, la nostra sia una missione nel sociale - e con questo non è che voglio mettere l'aureola ai medici e ai notaio sia ben chiaro ma dico che laddove si è fedeli al giuramento, laddove si pratica l'obbligatorietà nel rispetto delle norme noi abbiamo una missione da adempiere.

Per sorridere un po', tra le norme che impongono al notaio la cosiddetta obbligatorietà c'è quella dell'assistenza alla sede e fa 'pendant' con la vostra possibilità di assentarsi mediante la sostituzione, è vero? Per assentarsi bisogna avere un medico sostituto, noi per assentarci dalla sede notarile abbiamo bisogno di un notaio sostituto che può essere il coadiutore o depositario a seconda delle fattispecie, ma non possiamo, pensate questa è norma anche questa, abbandonare la sede notarile in caso di epidemia, è nella legge questo.

Perché dico queste cose? Anzitutto perché così, visto che la nostra sessione è nell'obiettivo di collaborazione multi professionali, ci introduciamo alla sessione ultima pomeridiana e, perché no, siamo più consapevoli noi di quello che voi medici fate e non è giusto che si parli di malasanità e non è giusto che si dia addosso ai medici, etc. etc., ma consentitemi anche di spezzare una lancia a favore dei vostri cugini notai, non solo nel sacro ma anche nel profano.

Ecco, per cui a questo punto come un buon moderatore rientro nel mio dovere d'ufficio e do la

parole a Maurizio Benato, il quale è ben noto e non ha bisogno di mie presentazioni il quale ci parlerà della qualità professionale, conoscenze capacità e abilità: ridefinire le rispettive competenze.

Prego Maurizio Benato di procedere col suo intervento.

## Relazione

### <Qualità professionale, conoscenze, capacità e abilità:ridefinire le rispettive competenze>

#### Maurizio Benato

Bene, grazie al moderatore notaio Caputo, grazie a Piero Muzzetto perché mi permette di parlare di un argomento professionale un argomento, che è, come dire, nell'occhio del ciclone.

In pratica parlare di alcuni aspetti professionali che è vero possono essere traslati ad altre professioni mediche: qualità professionale, conoscenze, capacità e abilità rappresentano come dire i fondamenti di qualsiasi professione intellettuale (*e non lo so non funziona...comunque... a ecco benissimo*) allora, un argomento diremo che allora, la mia relazione sarà impostata da un punto di vista sociologico ma anche storico per capire come è andata avanti la nostra professione come si è evoluta e quali sono diciamo le attuali problematiche che dobbiamo risolvere da un punto di vista professionale soprattutto per quanto riguarda i contenuti formativi e poi naturalmente la loro traslazione nell'ambito della pratica clinica.

Un argomento che devo dire era già presente una trentina di anni fa, Nicola Dioguardi il grande clinico milanese ora diremo ormai come dire defunto si era già interrogato, guardate la data 1984 eravamo all'indomani della riforma sanitaria della 833 e lui diceva: 'ma abbiamo riformato sicuramente l'assistenza, abbiamo riformato l'organizzazione, ma e la medicina?'

La medicina diremo bisogna riconoscere che sta anche essa attraversando un periodo critico, un periodo che evidentemente non si può risolvere dice con semplici trucchi bisogna naturalmente rivisitare tutto, rivisitare le conoscenze, le modalità con cui queste conoscenze vengono acquisite nell'ambito medico per poi naturalmente vedere quali sono le qualità delle pratiche, è necessario allora, lui concludeva, qualcosa di radicale che ci obblighi ad andare al di fuori dei limiti tradizionali di questo ambito della scienza.

Nel 2002 vi dico queste date perché poi evidentemente sono date importanti, tra la fine degli anni novanta e l'inizio degli anni 2000, le professioni sanitarie quelle diciamo che per noi erano professioni ancillari, e che quindi in un certo senso vedevano la scala gerarchica il medico prima e poi naturalmente queste professioni che coadiuvavano in tutto il processo della cura, erano tutte presenti nella filiera già della cura ma che obbligatoriamente facevano riferimento a una dominanza medica, tutte queste professioni tra la fine del 1990, in quel decennio lì, e

l'inizio del 2000 modificano la propria struttura di professione, diventano tutte professioni intellettuali .

Nel 2002 ricordo di avere fatto un primo convegno, allora non se ne parlava granché diremo, anche perché erano ancora in attività tutti i decreti attuativi e io ricordo di aver concluso un convegno con queste questioni chiave della professionalità del medico, di fronte quindi a questa nuova organizzazione medica quali sono gli aspetti che devono particolarmente interessarci da un punto di vista professionale ?

Allora io dicevo non è sufficiente rimodellare i servizi stabilendo nuove gerarchie, definire le autonomie tecnico-operative di tutte queste nuove professioni senza avere chiaro che tutti dovremmo avere uno stesso modo di pensare sul significato dei nuovi paradigmi culturali medici e quindi anche di ritrovare o di rimodulare i modelli formativi.

Il problema del rapporto con le professioni sanitarie evidentemente era un problema scottante e quindi occorreva definire a mio avviso quello che era l'atto medico da quello che invece, diciamo si stava definendo come atto sanitario stabilendo quindi compiti, stabilendo competenze.

Quindi dicevo e finivo, è urgente, siamo nel 2002 è urgente ancora oggi, capire il futuro per liberare il medico dallo stato di disagio in cui si trovava e si versava in quel momento proprio perché la professione medico stava attraversando un periodo estremamente grave e soprattutto nei rapporti lo sta attraversando ancora con la burocrazia con le professioni come dicevo che via via si evolvevano ma anche con gli stessi contenuti conoscitivi della medicina che non riuscivano ad interpretare proprio per la formazione del medico in quel preciso istante quella che era naturalmente la realtà come si stava evolvendo.

In pratica eravamo di fronte a quello che è stato lo sviluppo dell'empowerment del paziente e quindi di una domanda di salute che esulava da quello che erano i contenuti classici con cui noi affrontavamo il tema malattia ed era anche il momento che si passava dal paradigma della malattia al paradigma della salute per cui dovevamo essere coerenti con la nostra formazione con i nostri contenuti ad affrontare questo nuovo paradigma cose che evidentemente ancora oggi non siamo riusciti a ottenere.

Quindi possiamo dire questo che la professione medica è stata prevalentemente aggiornata e voi

sapete che abbiamo avuto tre riforme sanitarie, solamente nell'ambito probabilmente organizzativo ha subito come dire l'influsso dell'organizzazione ma non ha modificato i contenuti propri, e quindi io penso che la professione non possa essere modificata non deve essere condizionata dagli strumenti della contrattazione, dagli strumenti anche deontologici ma deve avere in se stessa tutti i germi per modificare ed essere coerente con la domanda della salute.

Allora dobbiamo rivedere quelli che sono i fondamentali chiamiamo così della professione sanitaria: la qualità professionale, le conoscenze, le capacità, le abilità, proprio per ridefinire quindi le competenze. Non vi tedio su che cosa è la professione, giusto per scambiarsi qualche opinione tra di noi: che cosa è una professione intellettuale?

E' come dire la capacità...è un corpo conoscenze acquisite attraverso una determinata metodologia nel nostro caso è una metodologia prettamente scientifica, ma che deve allargarsi anche altre metodologie di conoscenze della realtà, richiede una formazione universitaria ha un campo di intervento specifico e poi naturalmente c'è la delicatezza morale del suo scopo e quindi ha bisogno per la simmetria che esiste tra i contenuti propri del medico e i contenuti evidentemente le conoscenze che ha il paziente che ci sia una regolamentazione e questo avviene attraverso il codice deontologico.

Infatti la professione è come dire, anche prima naturalmente di quando si sono evolute le professioni, di quando si sono formate, è sempre stata custode del valore dell'*intelligere* cioè praticamente di risolvere un problema sulla base di un sapere e quindi esprimendo un contenuto in quel caso creativo.

La delicatezza morale ne abbiamo parlato ed è importante per questo che la società ci dia, ci consenta di agire in maniera autonoma, con autonomia, anche di capacità di esercizio professionale perché questo sia per i contenuti della delicatezza morale e soprattutto perché in questo caso nel nostro caso principalmente ma penso si possa anche traslare nel vostro caso ci sono naturalmente dei fini anche di pubblico interesse.

Oggi la professione medica è come dire in piena crisi da un punto di vista di dominanza, se ne era già accorto Amedeo Bianco ma molto prima tanti sociologi erano intervenuti, qui ho riportato un suo intervento del 2006, io penso che noi siamo oggi in un'epoca che viene dopo il welfare, quindi i sociologi dicono post-welfarismo, quindi deve fare i conti con delle risorse molto limitate, con uno sviluppo di queste capacità di produrre risorse che sarà sempre molto limitato, abbiamo sentito oggi il presidente di Confindustria mi pare, e siamo quindi... e poi un'epoca tra l'altro che i sociologi definiscono post-modernismo, che ha iniziato dalla fine degli anni '70 e

che via via si sta concretizzando con un pensiero presente nella società tale da mettere in continua tensione la medicina.

C'è naturalmente questa minaccia ho scritto minaccia, in realtà c'è una concorrenza di altri operatori sanitari nell'ambito della filiera della cura, c'è una nuova domanda di salute, vi ho parlato del paradigma da cui siamo passati, il paradigma della malattia su cui ci siamo formati a quello della salute, per cui la domanda esorbita anche da quello che naturalmente noi abbiamo sempre conosciuto di diagnosi terapia e miglioramento oggi siamo al di là del miglioramento tanto che tanti interventi intervengono su soggetti sani e servono a potenziare le difese ai fini di facilitare il mantenimento e forse lo sviluppo della salute.

C'è sicuramente un cambiamento nella relazione medico paziente, c'è un'erosione legato forse anche alla burocratizzazione, all'organizzazione, per cui viene a mancare quei momenti di empatia che sono fondamentali negli outcome dei risultati di salute.

C'è una frammentazione all'interno della stessa professione medica, forse tra gli avvocati non c'è, forse tra i notai non c'è, tra di noi invece c'è una frammentazione in senso verticale e in senso orizzontale. Nel senso verticale per cui abbiamo medici dirigenti, medici che lavorano nell'ambito amministrativo, sono anche quelli che evidentemente hanno un'importanza nel distribuire il lavoro in maniera sicuramente non deontologica dobbiamo dirlo questo, dobbiamo dirlo, e appartengono magari alle direzioni sanitarie e hanno uno stretto collegamento con gli amministratori, con il politico in sé.

E quindi è evidente che questa frammentazione verticale si associa poi alla frammentazione orizzontale che è legata alla settorializzazione dei contenuti professionali, le varie specializzazioni.

E poi c'è sicuramente un eccesso di offerta da parte delle prestazioni mediche in un mercato che evidentemente si contrae perché evidentemente abbiamo il servizio sanitario già di per sé bloccato a un finanziamento molto limitato, la spesa naturalmente privata si sta via via riducendo e quindi di fatto praticamente c'è un'offerta maggiore rispetto alla possibilità di acquisto e poi c'è sicuramente, all'interno nostro, una frammentazione, un indebolimento delle rappresentanze sindacali, chiamiamole così, che forse probabilmente proprio perché non sono riuscite a cogliere quei momenti di cui vi ho parlato, non riescono a progettare un futuro migliore per quanto riguarda la professione medica.

Questo basta per dirvi come la nostra professionalizzazione, ma penso forse anche per gli avvocati, visto che anche per voi la professione è molto in crisi, evidentemente come tutte le professioni noi siamo partiti alla fine dell'800, ci siamo

creati un mercato di servizi, abbiamo anche migliorato la qualità professionale, siamo diventati efficaci per quanto riguarda la patologia, quindi abbiamo come dire modificato il decorso della vita poi e lì abbiamo iniziato con l'aiuto anche dello stato che evidentemente doveva proteggere la collettività nell'ambito della salute abbiamo creato un mercato di servizi statale, però tutto questo ha raggiunto un acme e oggi naturalmente siamo praticamente alla fine di questo acme e siamo in profondo indebolimento e declino, declino della dominanza medica.

E uno dei motivi sicuramente importanti a cui ho accennato pocanzi è proprio la presenza nella filiera della cura delle professioni sanitarie non mediche, non perché naturalmente queste siano elemento di disturbo in quella che è ... ma evidentemente rappresentano una novità come si propongono nell'ambito della filiera della cura assoluta, nella nostra organizzazione sanitaria.

Noi, diceva un clinico agli inizi del 1900, noi siamo, io e il mio paziente, come un Robinson Crusoe in un'isola deserta.

Ora questa isola oggi è abitata non so da quante persone, da quanti Venerdì si dovrebbe dire ci sono tantissime persone tra cui c'è anche l'industria del farmaco oltre che singole persone, quindi professioni sanitarie, ci sono gli avvocati, tutta la società è lì che si confronta con il medico e tra l'altro è in una condizione di committenza sociale con il medico e richiede al medico tutta una serie di cose.

Allora fino a quando tutto questo non è introitato dai medici, che non possono vivere nella loro autoreferenzialità, ma questo penso sia valido per tutti, esattamente fino a quando queste influenze saranno introitate e riconosciute e quindi analizzate probabilmente avremo scarse possibilità di ripristinare l'ideale professionale e scarso modo di avere successo.

Oggi c'è questa frase questa diremo locuzione 'accountability', questo render conto. Penso che tutte le professioni debbano rendere conto noi dobbiamo rendere conto al paziente alla società, dobbiamo naturalmente rendere conto agli amministratori di quello che stiamo facendo, evoca in pratica il senso di responsabilità di un gruppo che deve naturalmente rispettare alcuni standard professionali delle pratiche che gli appartengono come gruppo, un gruppo professionale.

Allora, in quali contesti oggi moderni il medico lavora? Lavora e svolge la propria professione.

E' clinical governance, l'abbiamo sentito più volte, sono ormai una quindicina di anni noi siamo sempre bravi a importare terminologia ma in questo caso proprio di clinical governance non esiste proprio un termine in italiano che lo possa esprimere nel senso

del concetto di governo clinico, governo clinico tra l'altro è anche brutto.

Comunque si tratta di una strategia che deve essere adottata per traghettare da un modello che garantisce tutto a tutti – che era il modello del 1978, 833 la legge di istituzione del servizio sanitario, offrendo quindi ogni libertà di scelta, perché questa era l'utopia della 833, modello che abbiamo visto ha subito tre modifiche: 1978, 2000 e 1992, 1999 ancora adesso andiamo avanti, un modello che pensava di garantire tutto a tutti, offrire libertà di scelta, ma che diventa un modello che, se deve confrontarsi con la realtà, non è più sostenibile.

E quindi dobbiamo passare da questo modello a uno che sia in grado di valutare i reali bisogni del cittadino.

Eccolo qua, è un modello evidentemente che vede tutti intorno a un tavolo, ho messo un esagono, ci sono quasi tutti dirigenti, direzione, amministratori, utenti, operatori e clinici anche il paziente deve collaborare e quindi non è propriamente al centro, è a questo desco a cui evidentemente dobbiamo concorrere tutti per la salute globale, diciamo così della società. L'organizzazione prevede anche dei percorsi di cura, percorsi di cura ormai in cui il medico mantiene la leadership professionale ma che vede la presenza di tante altre professioni e quindi sono dei percorsi che hanno un significato di coniugare l'efficacia clinica con l'uso appropriato delle risorse ponendo attenzione ai costi, purtroppo questi sono degli elementi condizionanti di tutta la medicina privilegiando la qualità delle cure e la centralità del paziente nel disegno assistenziale.

Questo è il sistema, evidentemente un sistema complesso che ha delle sue potenzialità, ha sicuramente dei benefici, può portare dei benefici ma ha anche tanti problemi per la professione, crea tanti problemi per la professione.

Ed esistono degli elementi di qualità proprio in un processo di modernizzazione aziendale che esprime, che deve controllare la risposta alla richiesta di salute che evidentemente è importante per creare un'economia di scala nel risultato della salute: centralizzare i servizi, un'integrazione forte dei processi, un'integrazione delle competenze.

Integrazione delle competenze, e qui entriamo in quello penso sia anche l'argomento clou, centrale di questa relazione che vi sto facendo.

Ci sono tre termini che magari vengono usati tra l'altro molte volte indistintamente, in realtà qualcuno ha detto 'questo è un pantano terminologico', E' vero che noi concorriamo tutti alla costruzione di reti stabili, dobbiamo scambiare risorse, ma come dobbiamo scambiarci queste risorse?

Dobbiamo scambiarcele con la multidisciplinarietà, ognuno fermandosi nel proprio settore mettendo

insieme *ex-pluribus unis* ? lo slogan dell'Impero Asburgico, tutti uniti però poi erano tutti divisi e così naturalmente è crollato l'Impero Asburgico, oppure attraverso un sistema interdisciplinare in cui le differenze diventano intersecabili tra di loro e quindi ci possono essere elementi di prossimità , *ex-pluribus unum* ? sarebbe questa la terminologia.

Oppure la transdisciplinarietà ? dove le singole discipline si intersecano l'una all'altra trovando anche delle aree di grigio in cui possono crescere ulteriori professionalità. Tutto questo, evidentemente è attualmente in discussione, è evidente che solo affrontando questo che vi dico, i contenuti di queste specifiche terminologie, concretizzandole, probabilmente possiamo arrivare a un risultato migliore per l'ottenimento della salute.

Ma ritornando ai medici, i principi del 2002, i clinici medici europei si riunirono e scrissero in una carta i principi fondamentali di base del professionalismo medico, trovando ecco.. ci sono tre principi: la centralità del benessere del paziente, il principio dell'autonomia dei pazienti, il principio della giustizia sociale e trovarono anche, cercarono anche di individuare quelli che dovevano essere gli impegni del medico in un prossimo futuro: l'impegno alla competenza professionale, cioè praticamente un aggiornamento costante, aggiornamento non solo sui contenuti conoscitivi ma naturalmente nel mantenimento della qualità professionale attraverso un continuo rimodellamento delle proprie competenze a quelle che sono naturalmente le esigenze di salute, l'impegno a migliorare la qualità di cura, e abbiamo visto all'interno di un sistema di management care e un impegno alla conoscenza scientifica.

Questo è diremo un grido d'allarme che veniva lanciato dai clinici medici europei perché voi sapete quanto nel momento in cui abbiamo raggiunto il massimo dei risultati con la medicina scientifica abbiamo la sensazione di esserci allontanati sempre di più dal paziente ecco forse viene anche così spiegato il problema per esempio delle medicine complementari, di questi costi esorbitanti in farmacia certe volte per cure che probabilmente non hanno un fondamento scientifico molto serio. Allora ecco venivano descritti ( *Maurizio andiamo verso la conclusione però* )

Queste è la legislazione che evidentemente ha preceduto quello che è l'attuale distribuzione nell'ambito dell'attività medica da parte delle professioni sanitarie.

C'è tutta una legislazione che fa sì che queste non siano più ancillari ma siamo professioni intellettuali come lo siamo noi e come lo sono naturalmente tutte le altre e quindi tra l'altro è una professionalizzazione in continuo progress perché rispetto a noi 1946, la nostra legge è quella, in cui la nostra professionalità

non viene né descritta né da norme di legge né da norme deontologiche.

Abbiamo pensato però anche di porci rimedio nell'ultimo codice deontologico, la professionalizzazione delle professioni sanitarie ha una propria legislazione: in pratica la professionalizzazione di queste dipende dai contenuti formativi, dall'esame di abilitazione e poi diciamo dallo sviluppo professionale permanente e dai codici deontologici che stabiliscono il profilo di responsabilità di queste professioni .

Capite che hanno una legislazione sicuramente molto più favorevole rispetto alla nostra e quindi è importante definire le competenze che qui sinteticamente ho definito come l'insieme strutturato di conoscenze, abilità pratiche, attitudini in un contesto professionale specifico e diremo c'è uno sforzo continuo da parte delle organizzazioni chiamiamole così di pedagogia medica per tentare di far sì che la formazione del medico non sia fatta solo su obiettivi formativi ma che dia anche, assicuri anche nei diversi momenti della formazione delle competenze .

C'è un recente manifesto della società italiana di pedagogia medica, c'è un progetto di tuning per esempio a livello europeo, e qui vengono definite competenze di primo e secondo livello, c'è un progetto in fieri, troverà la pubblicazione nel 2015 in cui ecco questa è la distribuzione di questo progetto, come vedete è un continuum in cui il medico parte da delle cognizioni di base per poi durante la sua formazione assumere tutta una serie di competenze.

Anche la legislazione italiana si sta orientando in questo, nel senso che la legge del 2010 , la legge del 2013 in pratica dice che *"Nel definire gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea magistrale, le università specificano gli obiettivi formativi in termini di risultati di apprendimento attesi, con riferimento al sistema di descrittori adottato in sede europea"*, noi in pratica facciamo riferimento alla legislazione.

La conferenza dei presidi è intervenuta e allora nel 2014 a maggio abbiamo approvato nell'art.3 , abbiamo tentato di definire nell'art. 3 quelle che sono le attività del medico, volevamo definire l'atto medico, ma l'atto medico nella definizione di per sé avrebbe in un certo senso creato delle limitazioni su cui era impossibile, visto anche le difficoltà in cui imbattiamo, a volte discutiamo anche tutto il codice deontologico, abbiamo pensato quindi di definire qual era l'esercizio del medico, come si sviluppa l'esercizio del medico.

Ve lo leggo tutto perché poi bisognerebbe anche capire il significato di questo : *"il medico esercita attività basate sulle competenze, specifiche ed esclusive, previste negli obiettivi formativi, e qui non ci piove, dei Corsi di Laurea integrate e ampliate dallo sviluppo delle conoscenze in medicina, delle abilità*



*tecniche e non tecniche connesse alla pratica professionale, delle innovazioni organizzative e gestionali in sanità, dell'insegnamento e della ricerca*

Il significato che io do è che se ci sono delle, queste sono le nostre competenze, forse lo abbiamo detto in maniera autoreferenziale ma probabilmente è quello che normalmente noi facciamo, se ci sono shifting di competenze che dal medico vanno ad altre professioni ecco qui c'è diamo la potestà al presidente dell'ordine di richiamare chi si rende correo di un'attività di shifting di competenze, trasferendo quindi competenze dal medico ad altre professioni sanitarie.

Quindi io ho una conclusione finale, noi dobbiamo verificare i contenuti di autonomia professionale correlati ad ogni profilo professionale, che risponde ai

contenuti formativi del corso di laurea, al codice deontologico che è fonte di responsabilità di ciascuna professione, profilo professionale che vista la laurea ottenuta ha pari dignità con gli altri laureati nell'erogazione delle prestazioni di sua competenza. Grazie

#### **Moderatore**

Grazie a Maurizio Benato la cui relazione evidentemente meriterà anche le slide che saranno trasmesse, inviate agli iscritti a questo interessantissimo convegno perché effettivamente dargli solo venti minuti con tutti i temi che ha posto, effettivamente anche da un punto vista medico, diciamo, di sanità, di logica probabilmente è un po' poco.

Però bisogna anche fare i compiti a casa e quindi io ricordo i punti salienti della sua relazione.

La professione non va snaturata, come vedete questi sono concetti che possiamo applicare anche alle altre professioni di avvocati, dei notai, e un altro concetto che la concorrenza non è salutare.

L'unica vera concorrenza può esserci sulla qualità della prestazione. Le professioni devono essere sempre sintesi di professionalità, qualità, eticità, sintesi e quindi cerniera tra il pubblico e il privato.

Per attuare questa, che se sentita appieno diventa una vera missione che viene, perché uso questo termine forte, perché solo così nella percezione, oggi si usa dire, del consumatore, diciamo del cittadino, si accresce la fiducia nel professionista perché non possiamo vivere diceva Maurizio Benato e sono d'accordo, di autoreferenza ma occorrono aggiornamenti, aggiungiamo anche ai nuovi sistemi di tipo informatico e poi tutto questo bisogna anche viverlo alla luce delle direttive europee che non possono intaccare né la sanità né la esecutività di un atto, però vanno a incidere sulla organizzazione economica degli studi professionali.

Attenzione, motivo per il quale l'attenzione alle spese organizzative, questo per avere un risparmio a beneficio dei costi poi che il paziente deve sostenere.

Vorrei dire a coloro i quali avranno la pazienza di attendere la conclusione che quasi quasi vorremmo fare uno scoop tornando poi a quello che è stato il discorso delle prime sessioni sulla responsabilità patrimoniale del medico etc.; vorremmo fare uno scoop, una sorta di accordo-convenzione tra l'Ordine professionale dei medici e quello dei Notai. Ma questo a coloro i quali avranno la pazienza di attendere la fine. Do' ora la parola al presidente Pierantonio Muzzetto il quale ci parlerà della nuova formazione per le professioni medico sanitarie

Prego Presidente.

## Relazione

### <Una nuova formazione per le professioni medico sanitarie>

Pierantonio Muzzetto

Ringrazio il Moderatore. *(Se mi proiettate per cortesia le diapositive... grazie.)*.

Il compito odierno, e spero di non tediarvi, è valutare il problema dei rapporti fra medici e altre professioni alla luce delle novelle legislative che, sotto tanti punti di vista, modificano taluni equilibri lavorativi e i rapporti fra le professioni.

Un aspetto di fondamentale importanza e particolarmente cogente.

Prima di tutto tratterò aspetti per così dire di politica sanitaria generale e successivamente il significato, i risvolti ed il rapporto esistente fra formazione ed esercizio della professione.

Poi come la formazione possa o non possa in realtà modificare competenze e abilità, che sono due aspetti tra loro non collidenti e pur nella loro ipotetica indipendenza sono interdipendenti.

E la chiave di lettura è proprio la formazione per cui non è azzardato dire che in realtà sono *due momenti fondamentali della formazione, da cui deriva l'acquisizione di competenze e, all'atto pratico, connota proprio quelle abilità che derivano dall'affinamento delle competenze acquisite.*

Ma per capire quale medico oggi occorra nel sistema di tutela della salute, nella società dei bisogni reali e non dei desideri, bisogna porsi un domanda preliminare: *quale tipologia di sanità oggi siamo chiamati a delineare? quella dei desideri o quella della realtà vera o dei bisogni reali del cittadino e della collettività?*

Oggi facendo un po' il salto , per così dire, in casa nostra ed entrando in quella dinamica in cui ciascuno di noi è chiamato a dare testimonianza, senza alcuna autoreferenzialità, prima di dare qualsiasi giudizio eticamente non possiamo esimerci dal metterci in discussione.

E quel mettersi in discussione di cui abbiamo fatto cenno in apertura del Convegno questa mattina diventa una realtà che ci fa dire che è innanzitutto una necessità del corretto

professare richiamandoci alla finalità che è ben espressa dal termine bioetico della beneficiabilità del paziente e, latu sensu, della sanità.

Quale medico, dunque, si richiede oggi per soddisfare i bisogni di una sanità che sia chiamata a rispondere a criteri d'efficienza e d'efficacia? Ancor più perché chiamati come siamo a "giustificarci" o a giustificare ogni nostro atto, in un momento storico economico di precarietà; una situazione che forse nell'ultimo trentennio-quarantennio dacché faccio il medico - dal lontano 1975-1976 - non ho mai vissuto, ed oggi testimonia momenti particolarmente critici per la professione e di tale incertezza non solo professionale.

Cosicché quest'ultimo triennio riporta alla mente momenti storici del passato rimandandoci, per qualcuno anche esagerando, al periodo della grande depressione.

Oggi, parlare di medico inserito nel contesto della modernità, a fronte di una situazione socio economica invero delicata, diventa il dilemma di quest'inizio secolo.

Da qui la consapevolezza che sia fondamentale il mettersi in discussione, riuscendo a vedere realizzato il proprio essere medico, ed esistere come medico, nel mettersi a disposizione per risolvere i problemi degli altri in questo modo contribuendo a rispondere fattivamente alle reali esigenze della società, mai dimentichi e, anzi applicandoli, i principi etici su cui si fonda la professione medica. Ove etica e deontologia divengono sinonimi di professione medica.

Come diceva prima Maurizio Benato, noi, per la volontà di riuscire a capire, abbiamo cercato di fare un percorso dove tutti i principi che egli ha enunciato costituiscono il punto di partenza per la declinazione dell'atto medico o, comunque, per l'individuazione di quelle caratteristiche che il medico debba possedere perché la sua sia considerata una professione "esclusiva", caratterizzante, e caratterizzata dal tipo di attività svolta. In un sistema, cioè, inequivocabile di competenze e di abilità acquisite, determinanti la responsabilità dell'esser medico e dell'agire come medico. Dunque: peculiarità ed esclusività dell'essere medico.

E' certo che oggi operiamo in una situazione di disorientamento professionale, in cui giocano fattori esterni, ed estranei, alla professione, che rispondono piuttosto a logiche economicistico-politiche.

Per quanto possa apparire strana una difesa della professione medica, che è di per sé una difesa di contenuti e di valori, e non è certo una scelta corporativa, la giustificazione va trovata nel fatto che

contrariamente ad altre professioni, ad esempio dei notai o degli avvocati, in ambito sanitario ci sono situazioni professionali che si avvicinano a quella del medico ma che non sono il medico.

Malauguratamente, si stanno definendo profili d'assistenza in cui prevalgono logiche separatiste rispetto alla teoria, che è poi esigenza, "unicistica della collaborazione" e della "finalizzazione agli obiettivi", che si deve avere fra forze diverse e complementari.

Una situazione che può modificare equilibri storici e consolidati, ma che incide fortemente sul "sistema salute" laddove non si dia spazio alle specificità e alle acquisizioni culturali e professionalizzanti, tipiche delle specifiche attività lavorative.

E richiesta, come fondamentale, è la chiarezza: delle mansioni, dei ruoli e delle responsabilità. In mancanza di ciò regna l'incertezza e il sistema diventa caotico.

Quindi questa situazione può portare a tutta una serie di equivoci, ma di equivoci interpretativi del cittadino e, allo stesso tempo, anche di chi con autoreferenza pensa che pur in possesso un titolo accademico di "dottore" questo elimini le diversità formative e le pertinenze e consenta dunque l'esercizio della professione medica, in modo improprio.

Che si pensi, cioè, che una laurea o un master ipotetico o un dottorato, e il semplice titolo di dottore, uniformi qualsiasi professione sanitaria e consenta l'esercizio di attività che non le sono proprie: nella fattispecie consenta che possa in qualche modo sostituirsi a quella del medico. Oggi viviamo questa realtà : una realtà assicurata da scelte, che non definisco certo oculate, di politica sanitaria, prive come sono del beneficio di una preliminare programmazione. Ma anche deprivate di un valutazione, altrettanto preliminare, degli assetti lavorativi, dei valori delle professioni e, soprattutto, dei limiti determinati dalla diversità della formazione .

E questa è una realtà inoppugnabile. E' una realtà su cui noi ci esprimiamo in ambito medico o in ambito odontoiatrico, perché vi sia chiarezza nella funzione, sulla base della formazione e della sua specificità.

Certo è che noi fino ad ora siamo vissuti considerando l'agire medico in linea con la tradizione medica tramandata, vecchia di duemila e cinquecento anni, in assenza di una definizione normativa, certa e certificata, dell'atto medico . Motivo per cui si è cercato di portare le istanze della comunità medica nell'elaborazione del nuovo Codice Deontologico ove si sono espresse le diverse anime mediche e giuridiche, nell'ambito della Consulta Deontologica Nazionale. Ove sono peraltro presenti anche Gianfranco Iadecola in qualità di giurista, Maurizio Benato, e di cui anch'io ne faccio parte . Il lavoro espresso in quest'ultimi due anni ci ha portato ad enunciare lo stigma della professione, in quanto atto

tipico, esclusivo, e sottolineo esclusivo, e caratterizzante l'essere medico. Una definizione che potesse avere un carattere, anche e soprattutto da un punto di vista giuridico, tale da essere un riferimento certo ed inequivocabile che colmasse il vuoto della definizione di atto medico.

L'art. 3 riscritto nel Codice Deontologico di fatto ha cercato di colmare la lacuna esistente e l'assenza della ben che minima indicazione dell'atto medico, non bastando la giustificazione, fino ad allora adottata, che l'atto medico era la risultanza o la somma degli atti descritti – del fare e del non fare - negli articoli dei precedenti codici. Una giustificazione assai debole che non reggeva più.

Pur non trovandovi scritto *atto medico*, in realtà oggi se ne declina non solo le caratteristiche ma anche le determinanti e i limiti.

Qual'era pertanto il problema di quelle richieste? Semplicemente che, in assenza di una normativa di Legge, ed era questa la vera motivazione, senza quella definizione "certa" di atto medico, e in assenza di un riferimento giuridico che definisse i contorni dell'atto medico, il codice Deontologico, che è considerato "fonte giuridica secondaria", dovesse, e debba, essere considerato non a torto una "fonte autorevole di diritto".

Come dice mirabilmente Gianfranco Iadecola, e sono molti gli atti che lo attestano, il "fare medico, si evince dalla definizione data dall'Ordine professionale, dal *cursus studiorum* , e dunque dall'ordinamento universitario, e infine dal presupposto costituzionale secondo cui lo Stato riconosce la funzione in seguito al conseguimento dei titoli specifici e all'abilitazione professionale". Cioè essere medico risponde al dettato costituzionale che presuppone proprio il superamento dell'esame di Stato. Ma è ancora poco.

E non va sottovalutato il presupposto accademico che, a parte qualsiasi altra considerazione di merito, è la tipicità degli studi di medicina che determina la peculiarità della professione. Ma non solo quello.

E la sintesi di questo si ritrova, pur in assenza della definizione o meglio del titolo dell'articolo specifico ossia "Atto medico", in modo descrittivo negli articoli 3 e 13 del Codice deontologico che grosso modo hanno, se non altro, tracciato una linea da seguire che non è detto non sia perfettibile e modificabile nel tempo.

Certo è che, nell'ambito delle considerazioni generali, il medico esercita un atto, ossia agisce, principalmente ed esclusivamente per il raggiungimento della salute e del benessere del paziente: in termini bioetici, della beneficiabilità.

Da ciò vi è la richiesta e l'aspettativa del paziente della certezza della cura oggettivata dal risultato positivo, e, da parte del medico, la certezza del

significato e della considerazione della professione. Ma anche del ruolo di gestore unico del rapporto medico-paziente.

E perché questo avvenga si devono declinare tutti quegli aspetti e qualità, espresse nella sua relazione di Maurizio Benato, riguardanti la competenza e le abilità.

Il problema pertanto qual è? Sta nelle tante variabili in sanità da coordinare e far convergere in un *unicum assistenziale*.

E, a questo punto, è lecito chiedersi: ma quella del medico è autoreferenza o ci sono delle autoreferenze in altri ambiti che possono in qualche modo condizionare l'essere medico? E l'esito della cura?

Mi spiego meglio. Semmai ci fosse bisogno capirlo, è fondamentale l'aspetto della gestione politica del problema. Ma c'è da chiedersi il perché.

E la risposta è che, se da un lato ci sono degli aspetti che derivano dalla competenza acquisita, attraverso un percorso lungo e specifico per il medico, dall'altro i problemi derivano dalle risorse a disposizione e dalla loro gestione- utilizzo.

Diremmo, mimando la soluzione di un giallo: *chercher l'argent*. Cerchiamo i soldi per risolvere l'enigma. Ma non è lo snodo del problema.

Voi sapete che, a fronte dell'ultimo DEF, l'ultima finanziaria, è stato richiesto alle Regioni un ulteriore dettaglio delle risorse o per lo meno di fatto si è operato un ulteriore taglio delle spese regionali, che poi si traduce in privazione ulteriore di fondi per la sanità.

E questo è un problema addizionale a quelli che già oggi abbiamo.

Ma allora, qual è il vero problema? È : come si fa a coniugare questa medicina, che è orientata verso la *beneficialità*, se noi oggi siamo continuamente in qualche modo privati delle risorse ?

E' un po' come dire : ci si richiede di andare veloci con una Ferrari, a 300 all'ora, perché è necessario farlo, ma non abbiamo la benzina neanche per metterla in moto.

E , trasposto il concetto in sanità, non è certo che la manovra economica e gestionale di Governo e Regioni sia in linea con una corretta politica che risponda a criteri etici e sociali di assistenza e cura.

Quindi oggi, tutti noi cittadini, indipendentemente da quello che facciamo, siamo portati ad analizzare e a comprendere quale sanità veramente dobbiamo aspettarci. Pur nella consapevolezza che oggi la spesa della sanità debba essere privata della quota derivante dagli sprechi di gestione e di mal utilizzo del denaro pubblico.

E non certo che si debba agire attraverso artifici organizzativi e gestionali, che portano a sostituire funzioni del medico con quelle di altre figure

professionali diverse dal medico. Perché questo non è oculata gestione delle risorse o limitazione degli sprechi.

Bensì incentivo allo spreco in termini di gestione della salute e d'utilizzo delle risorse.

Una logica che prevede il rispetto delle competenze del medico e delle professioni sanitarie, utilizzate nel modo consono e tutte attivamente impegnate nell'obiettivo di tutela della salute.

Che è cosa ben diversa dal discorso che si sta facendo coll'uniformare le spese attraverso la unificazione delle centrali d'acquisto o unirsi in aree vaste di gestione.

Ragionando in termini sociali ed economici, in sanità è necessario procedere ad un attento esame di coscienza: incentrandolo sugli aspetti di gestione e d'organizzazione.

Abbiamo tante volte negli anni, negli anni '60 e '70, e se lo ricorderà chi ha la mia età, che si andava a dire in caso di sprechi – ma sì, tanto è roba di Governo. Quasi fosse una responsabilità altrui, traslata.

Quindi dalla consapevolezza che oggi siamo artefici e gestori, nel bene e nel male, anche del nostro futuro e siamo sempre noi gli artefici e gestori delle risorse : e proprio in quelle risorse ci dobbiamo raffrontare e confrontare,

Perché, se non c'è confronto e consapevolezza sono convinto che in sanità ci potranno essere problemi supplementari, e ancor più all'interno della stessa professione medica.

Anche perché in realtà nel momento in cui ci chiedono competenze, che altro non sono che gli *skill professionali*, è necessario confrontarci su tutta una serie di problematiche in cui diventa fondamentale e fondante proprio la formazione.

Una formazione che, attenzione, non può essere solo specialistica, ma deve essere una formazione di per sé ampia, che amplia la visuale sulla persona ammalata. E non certo va identificato con la malattia.

Esemplificando, il malato non è *in equivalenza* con la patologia identificata attraverso lo strumento o in altri termini finalizzato all'accertamento strumentale, quasi si trattasse dell'ulcera evidenziata dall'endoscopio. Questo perché il malato non è l'ulcera.

È un ammalato, una persona, con tutta una problematica, particolare e peculiare, sulla quale sarà sempre più difficile andare a determinare delle linee guida che possano in qualche modo specificare la variabilità clinica, nello stesso ammalato riscontrata.

E anche in scienza e coscienza, coi contributi dei più bravi tra i migliori medici del mondo, si potrà dare un'indicazione univoca di comportamento o individuare chiare e univoche impostazioni terapeutiche, che non debbano non tener conto delle variabilità individuali.

E la cosa si complica laddove e allorquando quell'ammalato sia pluripatologico, e magari con più d'una malattia acuta concomitante o anche nella cronicità. Ciò determina non solo le differenze ma la variabilità clinica, che presuppone un approccio specifico e univoco in risposta ad una o più problematiche presenti.

Quindi il problema fondamentale che oggi consideriamo, e al quale dobbiamo dare una risposta efficace, è quale tipo di medico alla fine vogliamo e la società ci debba garantire. Che è poi una delle prime domande ci siamo posti all'inizio della relazione. E se noi facciamo un'analisi, e ritorniamo anche alle origini, ci rendiamo conto che è lo stesso medico che viene dai tempi dei tempi. Dai tempi del medico socratico e ippocratico.

Giunge opportuno constatare che, di là dallo sviluppo e dall'evoluzione dell'uomo, fino all'era moderna, quel medico socratico od ippocratico non è cambiato nella sua essenza e non è nemmeno mutato il rapporto fiduciario fra chi cura e chi venga curato.

Dunque, dacché si parla di medicina il medico deve - e lo si ritrova nella tradizione Socratica sia Ippocratica - assommare su di sé "umanità e competenza" che diventano gli indicatori delle capacità professionali.

Il tempo trascorso, ben 2500 anni, non modifica quest'essenza: e noi oggi ci troviamo in questa situazione.

Nell'affermarlo mi pare di dire cose scontate: ovvie di un'ovvietà fin troppo evidente.

Lo dico nell'analizzare quanto la WHO evidenzia, allorquando utilizza il concetto di "*task shifting*": questo processo, lo shifting, di cui ha anche parlato Maurizio Benato nella sua relazione, non va certo sottovalutato sia nel suo significato che negli effetti.

Che cos'è e che cosa vuol dire *task shifting*?

Innanzitutto mette in discussione la funzione del medico; non certo la funzione di chi lavora, ma gli effetti del lavoro, il risultato di quello che fa quel medico.

Perché non possiamo dimenticare che il medico non lavora solo per se stesso, ma opera su materiale umano, prezioso, nobile, delicato che si chiama paziente. Opera sulla persona, e ciò crea una serie di problemi ulteriori, perché il suo agire deve automaticamente comportare un effetto che è il risultato della cura.

Ecco che, nel momento in cui noi entriamo in questa dinamica, il medico amplia la propria visuale, accrescendo l'esperienza personale e professionale. Si accresce la sua umanità, la sua empatia ma anche cresce, e si forma, il suo essere tecnico, clinico, ma anche manager.

Così da diventare, ed essere considerato, un professionista completo da un punto di vista umano e non solo competente come e in quanto tecnico.

E' chiaro che in una situazione come questa, attraverso i vari passaggi di studio e formativi il medico viene inserito in un sistema in cui diventa specialista, quindi unicamente come persona chiamata a risolvere il problema nella globalità e non nella parcellizzazione. Che è un po' come dire, traducendo l'agire, mi è caduta la mattonellina del bagno e chiamo il placcatore - si chiama così, o il piastrellista per meglio dire - il quale mette, riattacca, la mia mattonellina.

Questo non è il medico specialista. Per certo verso il medico è anche questo, ma non solo questo. Dietro tutto il processo in questo caso c'è tutta una serie di competenze che non sono solo l'atto d'impastare o di rimettere al suo posto una mattonella rotta o caduta.

Traslando, il medico ha una sua visione ed ha la necessità di dare una risposta di per sé alle necessità dell'ammalato nella sua complessità, Per giunta il medico ha il compito di governare la complessità insita nell'attività che egli svolge.

E' chiaro che oggi, per dare risposte organiche, è necessario non dare ascolto ai "soliti contrappositori saggi" che posti di fronte alle necessità sono pronti a dire: "beh, insomma attenzione, noi dobbiamo far conto solo su due cose: se non ci sono soldi si fa con quanto si ha".

E, poi, è comunque necessario ridurre la spesa perché attraversiamo un momento storico di particolare difficoltà e i tagli alla spesa sono inevitabili.

Certo, e in base all'assunto cosa fare? Se noi parliamo in ambito medico e i costi sono così alti, una risposta ci sarebbe. E la si ritrova nella cultura contadina, per cui "occorrerebbe disporre di un cesto di mele". Voi mi chiederete perché proprio un cesto di mele?

Perché una mela al giorno toglie il medico di turno, ma con più di due mele al giorno si tolgono tutti i medici di turno.

Un modo ecologico per risolvere il tormentone sanitario nazionale. Senza medici o con ciò che ne rimane si è autorizzati, o meglio le regioni sono autorizzate, la Regione Emilia Romagna, il Veneto del vice presidente Benato, a perseguire la politica del *task shifting*.

Viste le premesse possiamo così meglio definire questo processo.

E' un principio che viene sviluppato in ambito dal WHO, cioè l'OMS, e questa definizione denota l'insieme delle scelte organizzative e gestionali, facendo scelte economicistiche, e non economiche, secondo il principio di utilizzo di prestazioni che rispondano al requisito del minor costo con la massima resa.

Cioè si presuppone una scelta produttiva, o meglio il ricorso a scelte produttive, per cui s'utilizzano/si sfruttano competenze a minor costo *shifting*, o scegliendole in alternativa, a quelli di maggior costo. Ma, attenzione, cosa significa in pratica tutto questo? da un lato perdere il significato di medico "a tutto tondo", completo nella sua essenza, per entrare in una dinamica più settoriale o, più semplicemente, specialistica della professione medica.

Anche se di *shifting atipico o mascherato*, se ne ha evidenza nel sistema sanitario, quando l'aumento del numero delle prestazioni va comunque a compensare la caduta delle risorse, richiamandosi a quelle norme presenti in vari disegni legislativi cioè "operazioni a costo invariato".

Dunque, per dare una risposta efficace al problema delle risorse ridotte, e sempre più in riduzione, siamo costretti ad avvalorare ed a incentivare una produttività esaltata: ad esempio visitando un paziente ogni dieci minuti invece che ogni 20-30 minuti; oppure, applicando il *task shifting*, ricorrendo a prestazioni-surroga effettuate da altre figure non mediche, che "farebbero qualcosa che è vicino alla prestazione del medico, ma non è una prestazione medica".

I sostenitori di quest'esperienza si riferiscono, ad esempio, a quanto avviene nelle realtà anglosassone, nelle isolate, vaste e poco popolate, campagne del Regno Unito, in cui per la carenza di medici – la cui motivazione deriva da scelte accademiche e di programmazione sanitaria - la funzione di "sentinella" della salute è lasciata ai non medici, paramedici o infermieri. Una situazione di necessità, per mancanza di medici, in altri termini.

Se il futuro è il *task shifting* applicato, posso dire da un punto di vista professionale, come medico e come ordinista: 'non ci sto e non ci deve stare l'organismo federativo'.

E la risposta al perché di una simile affermazione si trova nel principio irrinunciabile, da un lato, della buona cura e, dall'altro, nella salvaguardia del rapporto fiduciario tra medico e paziente.

E non è accettabile l'esperienza che io vi riporto e che è stata presentata ad un recente convegno toscano, in cui cambia radicalmente il riferimento del medico e delle altre professioni sanitarie. Laddove cioè si cambi l'assetto, le proporzioni e gli equilibri tra il paziente, il medico e le altre figure sanitarie, come nel tanto propagandato ospedale ad intensità di cura.

Secondo cui il medico, che era vestito dapprima dell'abito del paternalista, progressivamente e successivamente, diventa un riferimento autorevole in sintonia con l'evoluzione del "costume sanitario. In progressione quello stesso medico passa la mano, la sua funzione di gestore in autonomia diventando viceversa subordinato nella gestione clinica col

compito di consulente specialista nel suo nuovo ruolo di referente autorevole.

È l'esempio della nuova visione del medico nella sanità toscana, che sta prendendo piede nella considerazione nazionale, scalzando nella capacità ideativa e propositiva la posizione emiliano romagnola. Ci auguriamo che però non porti ad innovazioni troppo avanzate, che come quegli equilibri più avanzati degli anni 70-80, giustificerebbero una *co-involuzione* piuttosto che un'evoluzione positiva o coe-evoluzione.

Ma ciò non è l'essere medico e ciò suona sminuente per il paziente, ma anche lo stesso medico. Sminuirebbe il medico ed il paziente se s'interrompesse la dinamica dei rapporti nel processo di cura; sminuirebbe se si superasse l'unicità e l'univocità del rapporto medico-paziente; e gli effetti si riverbererebbero sull'economia della salute collettiva. E questo è un aspetto fondamentale.

In questa logica ci si attenderebbe un nuovo medico: certamente un medico specialista.

E colla riforma della Pubblica amministrazione lo scenario cambia con la definizione della visione del medico del servizio sanitario nazionale, inquadrato come *dirigente*, giudicato e retribuito in base alla produzione e sulla produttività.

Una produttività misurata ad esempio sulla base delle prestazioni da assicurare: ad esempio 6/ora, contingentando il tempo di visita ad un massimo di 10 minuti per paziente.

Questo modo di considerare l'attività medica non rientra sicuramente nei canoni della buona medicina, che sta a significare operare, come cittadini ancora prima che medici, a garanzia della beneficiabilità.

Che è poi l'espressione deontologica dell'agire medico e il cui perseguimento costituisce la base della professione. Ma si anche verso la valutazione non più delle sole evidenze, bensì verso i risultati, gli outcome e, da questo punto di vista non possiamo certamente accettare un cambio così radicale della considerazione e della funzione del medico.

Ed allora, è lecito chiederci dove vogliamo andare a parare.

Certamente, preso atto delle diversità di tutte le competenze, di tutte le necessità in ambito lavorativo, non si può pensare a professionisti generici, pur con l'etichetta di specialisti, come oggi si suole dire talvolta inflazionando i termini distintivi. Di contro occorre che con chiarezza si declinino nell'ambito della collaborazione multi professionale le competenze ed i ruoli con le loro espressioni: differenti e complementari.

Badate bene, in fase espositiva, vado a cancellare con doppia barra rossa il termine "integrazione" troppo



utilizzato, fini a risultare fin troppo inflazionato, nel trattare dei rapporti interprofessionali.

Perché improprio e fuorviante. Prescindendo dal significato politico e modaiolo del termine, integrarsi ha tanti significati, ma quello più profondo, indipendentemente dalle difficoltà semantiche, vuole far considerare come integrazione identifichi l'entrare in comunione, condividere una parte del proprio essere e del proprio agire. Se così non fosse non vi sarebbe integrazione fra i popoli che hanno diverse culture e differenti abitudini, prendendo una parte che è di altrie cedendo una parte di se stessi. In termini sociologici, vivendo il meticcio delle culture e dei saperi. Ancor prima delle razze, qualora diverse.

Chi entri in una nuova comunità pertanto s'integra quando ne acquisisca gli usi e i costumi. Se noi parliamo d'integrazione in ambito medico con le professioni sanitarie, o abbiamo fatto un errore concettuale metodologico e professionale fondamentale o gli obiettivi sono differenti, come più volte ipotizzato e segnalato.

In questa logica ritengo l'integrazione di fuori del senso logico delle professioni e del rispetto delle peculiarità. Lo stesso discorso va fatto anche quando si parla d'autonomia delle professioni, peraltro in riferimento al disposto legislativo presente, interpretato *ad usum delphini*.

Non si può parlare d'autonomia assoluta, in sanità e in ambito d'attività sanitaria diretta all'ammalato. Vuoi perché non si può parlare d'integrazione, vuoi perché a singola competenza deve corrispondere specificità conseguente e piena.

In caso contrario si avvalorerebbe una serie d'attività non sostenute da una formazione specifica e comune. Per cui è valido l'assioma: a uguale formazione, uguale competenza e funzione.

Come pure non è concepibile, che in un sistema articolato e complesso, in cui operino professionalità differenti, e differentemente formate, si abbia applicata un'un'autonomia che non sia di scala.

Un'autonomia che non abbia a confrontarsi con altre autonomie, maggiori o minori, secondo il grado di responsabilità e, dunque, di ruolo.

Vivere in autonomia assoluta, perciò presupporrebbe un rapporto assolutamente indipendente fra le varie persone che si confrontano solo a prodotto finito, senza che vi sia il necessario controllo e, ancor prima, l'ovvio coordinamento.

Con seri dubbi che si possa creare incerto grado di comunicabilità all'interno del sistema, in certi settori del quale, è forte il senso d'indipendenza e di critica. Quindi la vera necessità del legislatore e dell'amministratore è operare perché si eviti lo spettro dell'incomunicabilità, del lavoro senza

coordinamento, perché, se così non fosse sarebbero il risultato comune sarebbe una chimera.

Altrimenti, e utilizzo un termine da me coniato per rendere efficace l'immagine, si arriverebbe ad una *babelizzazione* delle professioni.

Con tale babelizzazione, ove la norma sarebbe l'utilizzo di linguaggi differenti, i vari operatori non si capirebbero ed il risultato ultimo sarebbe l'incomunicabilità. Con tutti i possibili risvolti negativi, in sanità, tralasciando il possibile quanto odioso contenzioso interprofessionale, che già oggi si riscontra in ambito ospedaliero.

E quali sono gli effetti, qual'è l'outcome in base alle premesse? Sicuramente sconcertante.

*Tot caput tot mundi*. E dunque, dove vogliamo arrivare e quale lo scenario, o gli scenari, che ci troveremo a gestire?

Ad esempio: la moltiplicazione delle spese; il mancato raggiungimento della buona cura; l'incompleta e poco qualificata assistenza al cittadino ammalato; il cattivo servizio reso alla collettività.

E, riprendendo, il concetto del ruolo della formazione sul sistema-lavoro, che parte dalla diversificazione delle competenze, e arriva a definire le peculiarità, le tipologie degli interventi, ed il ruolo dei professionisti formati.

Nel proseguo del ragionamento, finora seguito, e del significato intimo di formazione sono portato a dire che ad uguale formazione corrisponde – e deve corrispondere - uguale funzione; per cui la *logica consecutio* è che a diversa formazione debba assolutamente corrispondere una diversa funzione e, pertanto, un diverso ruolo ed una diversa responsabilità.

Come anche e vi è la necessità, in primis, di una formazione che tenga conto delle esigenze specifiche del singolo come dell'èquipe e che nella diversificazione possa essere efficace nell'assegnazione delle specifiche e diverse responsabilità, che conseguono dalle altrettanto specifiche competenze.

In secundis, occorre intervenire efficacemente, e secondo i presupposti enunciati, nel percorso di programmazione accademica con coinvolgimenti diretto dell'Università. Con ciò, chiarendo e strutturando organicamente i percorsi, ribaltando le attuali impostazioni in modo da dare omogeneità ai corsi di studio effettuati su tutto il territorio nazionale, nel rispetto delle autonomie delle singole Università chiamate a rispettare il principio di *autonomia di scala*, dovendo sottostare al controllo e alle esigenze superiori dello Stato.

Da qui la cascata delle responsabilità, spostata sul sistema formativo, per la necessità di garanzia, di assicurare il rispetto dei ruoli e delle funzioni. Con

professionisti che siano in grado di esercitare efficacemente la professione per cui sono stati formati e siano perciò peculiari per funzione, e cioè sia d'ulteriore garanzia per la non sovrapposizione nel fare.

Questo è il fondamento dell'aspetto formativo del medico e delle professioni sanitarie espresso in linea di principio.

Non ci può essere difatti un dissidio di competenze in medicina, men che meno un sistema che incentivi non la collaborazione ma il contrasto e il contenzioso.

E che alla base della contestazione ci sia l'anomalia interpretativa che a chiunque abbia conseguito una laurea in ambito professionale sanitario possa consentire di agire in autonomia sul campo della diagnosi e della terapia, su argomenti considerati semplici, modificando gli equilibri e le responsabilità del percorso di cura. Per di più forti del richiamo all'autonomia individuale o alla pretesa rivendicazione d'uguaglianza professionale.

Appunto, arrivando alla babelizzazione delle professioni, all'incomunicabilità e alla perdita della fiducia e del rapporto non più univoco fra medico e paziente. Ma perniciosamente esaltando i costi sanitari o abbattendoli per mancanza di risposte ai veri bisogni del cittadino, per mancanza di competenze adeguate.

Competenze mascherate da improprie e inefficaci duplicazioni professionali, tanto inutili quanto dannose.

Ad ultimo un terzo aspetto: riguarda le nuove generazioni mediche, il futuro della professione e del sistema salute della nazione.

Quanto prima sostenuto si riverbera sui nostri giovani medici, abbandonati nella nebbia dell'incertezza professionale, offuscati dalle nebulose attribuzioni professionali, disorientati dall'incertezza del ruolo e delle funzioni loro attribuite, preda del burnout medico, vittime di una sanità che non sa programmare organicamente il suo futuro, e sudditi di tanti ducati sanitari, loso sì, autonomi. Con buona pace del titolo V° della Costituzione.

Quindi, quale la soluzione, a parte il nuovo ruolo delle Regioni e delle Università, e ci metto anche gli Ordini a garanzia?

La risposta univoca è: la programmazione. Di un sistema in cui sia garantito lo sviluppo armonico delle professioni; un sistema in cui niente venga lasciato al caso.

E la ricetta è sempre una che da tempo vado proponendo: agire sulla formazione pre laurea e sui percorsi formativi del post laurea, differenziati, e nel rispetto delle reali necessità lavorative e d'intervento.

Secondo concetto in ambito formativo con aspetto professionalizzante che si debbano prevedere: percorsi assolutamente differenti e differenziati; corsi di laurea specifici in risposta all'esigenza di una specificità di formazione, da cui possano discendere specifiche competenze e, anche, altrettanto specifiche funzioni.

Nel parlare di competenze parliamo di valori che sono di per sé "alti", di professioni che tengono nel giusto conto il paziente, a cui fornire una prestazione qualificata. Professioni che meritano attenzione e rispetto e per il medico espressamente quello del ruolo non negoziabile di governo e di garanzia, nel rapporto medico paziente, quanto nella filiera assistenziale.

E tornando all'impostazione cottinistica della professione, postulata dalla riforma della PA, la quantità non può e non deve andare a detrimento della qualità e, traducendola in pratica, significa che non possiamo permetterci di consentire che si faccia una visita ogni dieci minuti, perché questo significa svendere un servizio essenziale e portare spregio al **cittadino ammalato**.

Quindi ispirandomi alla beneficenza e credendo nel recupero della funzione del medico vado a concludere. Guardando la diapositiva per come si sia riusciti a rendere quadrate le angurie, mi chiedo se con buon senso non possiamo arrivare alla quadratura delle professioni? Vi ringrazio.



## Moderatore

Bravissimo il nostro presidente Muzzetto che ha posto l'accento sull'efficienza coniugata con l'efficacia e per evitare equivoci occorre però definire anche un'identità, un'identità che deve essere non solo riconosciuta dai pazienti, dai nostri anche diremmo utenti, ma deve essere anzitutto sentita perché solo così potrà essere percepita. Siamo orientati, diceva il presidente Muzzetto, con una barra dritta sulla beneficialità del paziente e qui ha più volte richiamato il discorso della temporizzazione che spesso viene richiesta delle visite. La cosa non mi è nuova, Audizione, Antitrust, Consiglio nazionale del Notariato chiedono: 'ma come mai nelle vostre norme deontologiche che avete richiesto di inserire l'orario di chiusura dell'atto notarile, ma forse avete intenzione di limitare il numero degli atti, volete controllare quanto tempo impiega il notaio tra un atto e l'altro e che quindi vi sia un lasso di tempo sufficiente?'. Ebbene sì – fu la risposta, ci sembrava la cosa più ovvia visto che stiamo trattando della creazione di un bene demaniale dello Stato qual è il rogito con anche valenza di titolo esecutivo e qui ancora la similitudine alla Magistratura come le sentenze, l'Antitrust disse: 'no, no, via l'orario, i notai devono poter fare quanti atti vogliono, concorrenza, concorrenza'. Vedete, siamo tutti nella stessa barca di un decadimento direi anche culturale laddove si vuole che l'economia prenda il posto vuoi del diritto, vuoi della deontologia, vuoi dell'etica per cui l'ammalato non va esaminato solo attraverso gli esami clinici, questo mi è piaciuto molto, occorre competenza e umanità, bisogna agire a tutto tondo e in questo bisogna crescere la tecnica, il medico, i professionisti in genere diventano manager professionisti, devono saper dare risposte e attuare la complessità con i tempi della loro professione. Ho ricevuto un messaggio di quello che una persona abbastanza nota Barak Obama mi pare abbia detto a più riprese dice così, è semplice come nello stile anche americano però mi pare abbia un fondamento molto semplice: "quando il mondo cambia anche noi dobbiamo cambiare". La scelta produttiva del maggior costo a quelle di minor costo, questo è il frutto di quell'attenzione a tutto tondo. Non un paternalistico affidamento ecco, ma con fiducia. Noi, in tutte le professioni c'è un comun denominatore che ci accomuna, guai se venisse meno, è l'affidabilità. Nel momento in cui un notaio non è più affidabile non solo non diventa riferimento ma crea anche dei danni a tutto il notariato, così come un medico laddove non fosse affidabile, ecco vedete quale valore è la fidei che poi diventa anche verità a cui s'ancora, è importante. Insieme i professionisti. E' vero perché comunque non vengano confuse competenze e ruoli che devono

comunque rimanere differenti, complementari. Chiudo rinviando per l'interpretazione o l'interagibilità, si diceva per il discorso degli stranieri, integrazione o meno, rinvio ma non chiudo il convegno perché poi si apre la discussione ovviamente per chi volesse fare domande e c'è anche uno spazietto per quel nostro scoop. Concludo questa riflessione del presidente Muzzetto " L'integrazione stranieri o meno" per questo rinvio venerdì pomeriggio 28 Novembre prossimo in questa stessa sede vi sarà la relazione del prof. Mario Ricca Ordinario di Diritto Interculturale che è stato chiamato tra i relatori di questo convegno molto interessante 'e giustizia, diritto e relazione'.

A questo punto apro la discussione, chi ha da fare delle domande anche sulle sessioni precedenti perché in qualche maniera possiamo riprendere dei temi. Un esempio per tutti. Stamattina è stato toccato un tema sulla possibilità di creare una sorta di salvadanaio, una cassaforte per i beni di famiglia attraverso ricorderete il fondo patrimoniale, poi c'è stata una collega che ha posto un quesito così, particolare, del tipo: 'la maggior parte di noi siamo donne peraltro non sposate, cosa avviene per lo scapolo, per il celibe?'. Lo ricordate questo quesito?

Il collega ha già risposto dicendo che vi sono altri strumenti oltre al fondo patrimoniale che qui ricordo ancora una volta può essere costituito non solo dai coniugi ma anche da terzi, motivo per il quale il medico scapolo, più esattamente celibe o nubile, può costituire un fondo patrimoniale a vantaggio della sua famiglia originaria, quindi c'è la possibilità giuridica ugualmente di raggiungere questa cautela di creare una corazza intorno ai beni di famiglia, ovviamente come ci ha ricordato il dr. Sinisi e lo stesso mio collega Condemi, attenzione, il tutto in epoca non sospetta.

**E qui per il discorso dell'epoca non sospetta veniamo allo scoop. Potremmo, insieme all'iscrizione all'Ordine dei Medici far passare il giovane medico, sicuramente in epoca non sospetta, al primo momento dall'Ordine dei Notai dove con una convenzione vi rassicuro prezzi modici, potete fare tranquillamente, col visto del Presidente che attesta l'avvenuta iscrizione, entro tre giorni il fondo patrimoniale, scaduti i tre giorni sarete soggetti a quello che è il normale costo. Va bene? E' solo questo, per dare anche un segnale diciamo di come tante cose possono essere risolte.**

Però così come è opportuno che le persone si rivolgano a voi prima di assumere dei farmaci o prima di andare dai santoni o dai maghi etc. è opportuno anche che voi e tanti si rivolgano al professionista notaio in tempo, perché no, anche solo per consigli, per una consulenza.

E noi su questo siamo direi da sempre a disposizione e quindi al di là di quello che può essere il rapporto di ciascuno di voi che sicuramente ha il suo notaio di riferimento, sappiate che l'Ordine dei Notai di Parma ha anche una struttura presso l'ufficio unico di P.le Corte d'Appello dove ognuno di noi va periodicamente a prestare anche un servizio gratuito per consulenza.

Ma probabilmente non è questo il punto della gratuità, il punto è che certe cose vanno pensate per tempo perché la finalità è quella, dicevamo, di tutelare un bene, un risparmio di famiglia, un sacrificio che proviene anche magari dalla famiglia originaria ma indirettamente si ottiene il risultato di proteggerlo da responsabilità per fatti non della famiglia. Ecco che in questa ottica bisogna vedere la protezione dalla responsabilità civile e professionale, credo che su questo punto oramai siete più bravi dei notai, ne sapete, però vi prego, se ci sono domande su questo e sugli altri aspetti che abbiamo toccato.

Salutiamo chi deve andare, salutiamo con un applauso gli amici che vanno a Ravenna. Grazie, grazie ancora.

Allora, se ci sono ancora punti da chiarire, poi arriva il presidente Muzzetto che farà il saluto conclusivo, io per quanto possibile sono a vostra disposizione. Su quello che può essere la mia attività, ci sono domande?

Siamo stati così bravi? Almeno una collega mi faccia un domanda un po' pizzicante.

Direi che questo intervento fa contraltare a quello che il giudice Sinisi a un certo punto ricorderete, oramai siamo verso la conclusione dobbiamo anche un po'

stemperare se consentite, anche un po' scherzare su certe cose, a un certo punto ricorderete che il giudice ha detto 'l'intervento del notaio autolesionista' ma questo autolesionismo nel senso che si limitava nel fare degli atti, dà proprio l'idea della funzione pubblica del notaio e quindi che opera nell'interesse del cittadino e non quale Cicero pro domo sua. Io penso che molte cose vengono, come dire, travisate dai mass media, c'è molto da fare anche a livello di amministratori di sostegno, di testamento biologico, abbiamo veramente un mare magnum. Come ricordava anche la collega, ci sono strumenti che ancorché non inseriti nel nostro sistema giuridico italiano, che possono però essere attuati con riferimento e per relazione, ma la disciplina straniera tipo quella inglese, le isole di Cayman piuttosto che altre, però ovviamente bisogna essere informati dei pro e dei contro di tutto questo. Perché dico queste cose, perché come notariato stiamo studiando tante possibilità che oggi vengono millantate come de iure condendo, ma in realtà sono già praticabili basta rivolgersi al professionista studioso che è attento, che va a ritrovare nelle norme de iure condito già applicabili lo strumento migliore, vuoi anche per le coppie di fatto. Non bisogna ideologizzare questa aspettativa 'non ci sono sufficienti diritti per', cominciamo a vedere quelli che ci sono. Se soddisfano le esigenze dei nostri pazienti non abbiamo bisogno di implementare le analisi e quindi anche a minor costo. Chiedo se ci sono domande. Prego.

## DISCUSSIONE

### **D: dott. Pilato, medico Ospedaliero**

Salve, sono Pilato dell'Azienda Ospedaliera di Parma. Complimenti per questa giornata che è stata interessantissima, però volevo chiedere un chiarimento al Presidente Muzzetto sull'art. 3 del nuovo Codice deontologico che mi sembra un po' che contenga una contraddizione su quello che ha detto prima, che è stato bellissimo. Che vuol dire l'affermazione che il medico deve sottostare alle innovazioni organizzative della struttura cui appartiene, vuol dire fare una visita ogni dieci minuti? Grazie

### **R: Muzzetto**

Ti rispondo in modo articolato, per come mi hai posto la domanda e per le implicazioni che ad essa corrispondono.

Sai molto bene, essendo addetto ai lavori, che è stato un percorso lungo e travagliato: ma poiché è andato

via Amedeo Bianco, non posso parlare in modo più diretto, in sua assenza.

Ma non mi sottraggo alla risposta. Devo dire che l'amico Maurizio Benato, Vice presidente nazionale insieme al gruppo dirigente dell'Ordine di Roma, con il vice presidente Giuseppe Lavra e il Presidente Lala, oltre al sottoscritto, molto hanno fatto in questo senso. In realtà sono state d'emblée inseriti due concetti che vanno un po' a cambiare un senso del passaggio formativo e professionale – o meglio non lo chiariscono completamente – la programmazione regionale e l'assestamento formativo alle conoscenze delle innovazioni organizzative o disposti regionali.

Nell'art.3 laddove cui si dice "al fine di tutelare la salute individuale e collettiva il medico esercita attività basate sulle competenze specifiche ed esclusive previste negli obiettivi formativi, didattici nei corsi di laurea di medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi, integrate e ampliate dallo sviluppo delle conoscenze in medicina, delle abilità tecniche, non tecniche, delle

innovazioni organizzative gestionali in sanità “ e fondamentale manca “che egli governa”. E’ tutt’altro che una sottigliezza, concordo. Ma il richiamo successivo dell’art.13 lo chiarisce: conferma che non si ha una modifica dello status del medico nella sua attività non negoziabile, men che meno in seguito alle decisioni regionali. Come anche che il medico non perde il valore del suo essere professionale. Ma qual è il problema? Il problema è che noi, e questo è stato uno dei passaggi cruciali dei quali peraltro so che ne sei a conoscenza, o meglio, fondamentale tre persone in realtà hanno operato durante l’iter del codice e ancor oggi stanno operando per migliorarlo. E conforta il fatto che altri ordini condividono il nostro pensiero. Per questo non consideriamo certo concluso l’iter dell’atto medico. Perché - ed è apparso forse anche sulla stampa, il nostro atto medico, che, ricordo, è stato redatto nella sua forma originaria insieme alle Società scientifiche, insieme ai massimi sindacati in un seminario fatto presso l’Ordine di Parma il 17 Febbraio, su nostra proposta - era stato licenziato un testo diverso che l’assemblea dei presidenti ha inteso di modificare.

Su questo, e comprendo anche la componente odontoiatrica visto che con il *dott. Renzo* abbiamo fatto una serie di valutazioni condivise, ci sarà da lavorare. E chi verrà eletto per il prossimo triennio e, dunque, i rappresentanti di Parma, come degli altri Ordini, avrà il mandato di fare tutti i passi necessari perché in Consiglio Nazionale e in Comitato centrale si ponga rimedio a qualsiasi possibile distorsione interpretativa codicistica.

Ma per come è scritto, questo Codice deontologico non sminuisce la dignità e il ruolo del medico: non è vero, questo! In nessuna parte afferma che il medico debba fare una visita ogni dieci minuti, perché lo dice la Regione: riconosce che pur nella ristrettezza economica si debba agire verso la beneficialità senza spreco di risorse.

Che è poi un atto di civismo ancor prima che norma deontologica. Oserei dire, di buon senso. In ogni caso c’è un meccanismo di salvaguardia, perché pur in ristrettezza economica deve essere assicurata la qualità della prestazione medica. Quindi attenzione. È vero che ci siano possibili interpretazioni della norma, ma in fase elaborativa c’erano dei giuristi e dunque esperti in materia, e la prudentia iuris è stata pertanto massima. Non sarei pessimista, ma certo bisogna fugare i dubbi e la chiarezza è oltremodo necessaria. Certo è che su questo non siamo fermi.

#### **Moderatore**

Bene, ci sono domande? Allora prima di passare la parola per la conclusione, io faccio comunque una pre-conclusione, che è un auspicio perché oggi il sen. Bianco, ricorderete ha detto che medicina e

giurisprudenza hanno lo stesso fascino e la stessa incertezza.

Il mio auspicio è che grazie anche a questo convegno e alla collaborazione tra le professioni interdisciplinari possa avere la Medicina e la Giurisprudenza lo stesso fascino ma anche la stessa certezza, non incertezza. Grazie.

## Conclusioni

### *Presidente Muzzetto*

Faccio una brevissima conclusione per dirvi questo. Forse è la prima volta che si siedono allo stesso tavolo e discutono le professioni diverse, non solo medici, su problemi medici che vengono gestiti non solo da medici e questa è un'occasione che secondo il mio parere andrà quasi certamente ripetuta e magari cercando anche di dare un senso anche meno ampio alla riunione quindi andando su argomenti ben precisi. Ma quello che io volevo sottolineare è sempre il senso che Gianfranco Iadecola ha voluto specificare, il senso di profonda prudenza nel giudizio penale sulla punibilità e sulla punizione da dare al medico dopo la sentenza Franzese che è la pietra miliare nell'ambito del nesso causale che possa in qualche modo giustificare gli atteggiamenti.

Comunque anche viene fuori anche la necessità di omogeneizzare anche le sentenze, prendo la provocazione dell'amico Presidente di Piacenza Augusto Pagani, certo è che se è vero che non ci fossero, non c'è la possibilità di fare delle linee guida per i magistrati certamente c'è la possibilità come c'è, di fare una sorta forse, non so come potremo chiamarlo, codice di procedura non si può dire, ma sicuramente una sorta di procedimento delle sentenze sulla base di un regolamento per poter avere un certo orientamento.

E' una cosa che si ipotizza, e lo ipotizzammo con Maurizio Gennari da un punto di vista del Codice, una sorta di Codice di procedura deontologica sulla base delle sentenze e io credo che uniformare le sentenze in base alla specificità anche della formazione, cioè il giudice specializzato in ambito sanitario potrebbe essere una cosa tutt'altro che peregrina. In una situazione, e riprendo quello che ha detto Ugo che non vedo ma mi pare che ci sia o è appena uscito, il diritto alla salute, il diritto alla difesa sono di rango costituzionale ma io dico che di rango costituzionale è anche il diritto di essere curati nella maniera più giusta e che è sempre un diritto che rientra anche un po' stracchiato nelle norme costituzionali che chi gestisce il problema salute sia messo nelle condizioni di farlo al massimo.

Con questo vi ringrazio per essere rimasti così numerosi fino ad ora.