

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

## Le cinque raccomandazioni della Società Scientifica dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale - COMLAS

<b>1</b>	<p><b>Non promuovere la cultura del “consenso informato” come mero strumento burocratico e di autotutela del professionista.</b></p> <p>L'atto medico-chirurgico è subordinato al consenso della persona cui l'atto è destinato. L'informazione preventiva all'acquisizione del consenso deve essere resa in modo chiaro e comprensibile ed è un dovere del medico adoperarsi per verificare che la persona abbia acquisito consapevolezza. Il Consenso Informato (CI), lungi dall'essere un mero strumento burocratico, deve servire a sostenere il processo di comunicazione tra medico e paziente. Sottoporre al paziente moduli di CI in carenza di una adeguata preventiva informazione non è utile alla relazione medico-paziente né alla difesa del professionista in caso di contestazioni sul punto.</p>
<b>2</b>	<p><b>Non prescrivere accertamenti clinici e strumentali finalizzati alla valutazione della disabilità già clinicamente accertata.</b></p> <p>Evitare simili prescrizioni significa non duplicare accertamenti pleonastici esercitando una medicina legale più rispettosa e giusta nei confronti delle persone con disabilità, evitando disagi inutili a loro e alle loro famiglie, non intasando le liste d'attesa con prestazioni inappropriate e non allocando in maniera scorretta le limitate risorse pubbliche, anche attraverso un unico accertamento medico-legale come chiave di accesso a tutti i benefici previsti dalle disposizioni nazionali e regionali, per semplificare i percorsi di presa in cura delle persone con disabilità.</p>
<b>3</b>	<p><b>Non favorire il ricorso a pratiche di medicina difensiva.</b></p> <p>La disciplina medico-legale si adopera nella formazione accademica, nell'attività aziendale/ospedaliera, nell'esercizio libero-professionale, nelle consulenze per l'Autorità giudiziaria, ecc., per supportare la cultura dell'appropriatezza clinica e dell'evidenza scientifica come criterio di riferimento della condotta professionale. La disciplina medico-legale si adopera in ogni ambito per contrastare prescrizioni cosiddette “a scopo medico-legale”.</p>
<b>4</b>	<p><b>Non redigere consulenze e perizie non aderenti alla criteriologia* medico-legale e incompleti nell'analisi tecnico-scientifica dei problemi clinici.</b></p> <p>La medicina legale s'impegna a perseguire, in ogni ambito d'indagine e in particolar modo in ambito di responsabilità professionale sanitaria, un metodo di alto livello qualitativo, affidabile, rifuggendo da valutazioni personali, fideistiche, basate solo sull'esperienza. S'impegna anche ad erigere una griglia di sbarramento alle conoscenze scientifiche non affidabili a favore di evidenze certe, oggettive ed oggettivabili, ripetibili, verificabili e che abbiano il consenso della comunità scientifica nazionale ed internazionale.</p>
<b>5</b>	<p><b>Non redigere pareri di parte in tema di responsabilità professionale sanitaria tali da indurre false aspettative nella parte assistita.</b></p> <p>La medicina legale si adopera per perseguire un uguale e rigoroso impegno etico-scientifico in qualsiasi ambito sia espletata una consulenza medico-legale, rifuggendo da strumentalizzazioni e distorsioni del dato clinico e tecnico-scientifico, nella consapevolezza che consulenze non aderenti alla realtà, non solo sono strumenti non utili nella dialettica processuale, ma possono innescare non auspicabili meccanismi risarcitori da parte del committente, favorendo, in ultima analisi, ancora di più il ricorso alla medicina difensiva da parte degli operatori sanitari.</p>

\* **Criteriologia:** "Teoria dei mezzi e dei metodi di cui il pensiero dispone per distinguere il vero dal falso" (Dizionario Devoto-Oli).

## Come si è giunti alla creazione della lista

Un gruppo di lavoro ristretto, nominato dal Consiglio Direttivo del COMLAS e composto da professionisti operanti in ambito aziendale, accademico e libero-professionale, ha lavorato congiuntamente con incontri periodici nell'ambito dei quali i componenti del gruppo hanno riportato le proposte derivanti dalla esperienza maturata nell'istituzione di riferimento. In considerazione della particolare natura e finalità della disciplina, sono state prese in considerazione pratiche proprie dell'attività medico-legale svolta nel contesto delle aziende sanitarie e pratiche dell'attività medico-legale svolta in ambito giudiziario. Dopo un'ampia discussione sono state selezionate 5 Pratiche a rischio di inappropriatezza, che, anche dopo consultazione e suggerimenti dei responsabili del Progetto "Fare di più, non significa fare meglio", sono state approvate definitivamente dalla Giunta Esecutiva nazionale.

## Principali fonti bibliografiche

<b>1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Turillazzi E, Negri M. Informed consent and Italian physicians. Change course or abandon ship: from formal authorization to a culture of sharing. <i>Med Health Care Philos.</i> 2015;18):449-53.</li> <li>2. Linee di indirizzo per la gestione del processo informativo e l'acquisizione del consenso informato presso le Aziende Sanitarie Regionali. DD n°449 del 5/7/2012 - Regione Piemonte.</li> <li>3. Turillazzi E. Principi di deontologia medica in Trattato di Medicina legale e Scienze affini a cura di Giusti G., Cedam Padova, seconda edizione, 2009.</li> <li>4. Martelloni M, Moduli o metodologia per la documentazione del consenso informato. <i>Rivista Professione</i>, 2006;6: G.Edizioni Medico Scientifiche.</li> <li>5. Ravera E, Palermo V Volume IV, Capitolo IV dell'opera "Tutela dei diritti della persona", della collana "Giurisprudenza critica", diretta dal prof. Paolo Cendon, UTET, Torino, 2005: Il diritto all'informazione pp. 41-57. Il consenso al trattamento sanitario pp. 59-77.</li> <li>6. Immacolato M. Dichiarazioni anticipate di trattamento e consenso informato. La "rivoluzione silenziosa" della medicina. <i>Rivista Italiana di Medicina Legale</i> Vol. XXVI- Marzo-Aprile 2004, n.2.</li> <li>7. Legge 28 marzo 2001, n. 145 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, fatta a Oviedo il 4 aprile 1997, nonché del Protocollo addizionale del 12 gennaio 1998, n. 168, sul divieto di clonazione di esseri umani.</li> <li>8. Fineschi V, Il codice di deontologia medica, ed. Giuffrè, Milano, 1996.</li> </ol>
<b>2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Iacone G, Buccelli C, L'invalidità civile. Aspetti sostanziali, processuali, medico legali., ed. Cedam, Padova 2008.</li> <li>2. Vitiello G., Catalano C., Antonelli F. et al "Invalidità civile, disabilità, handicap", C.G. Edizioni Medico Scientifiche, 2007.</li> <li>3. Decreto ministeriale - Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2 agosto 2007, recante la "Individuazione delle patologie rispetto alle quali sono escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante." (Pubblicato in Gazzetta Ufficiale del 27 settembre 2007, n. 225).</li> <li>4. De Palma A, Alcune riflessioni in materia di assistenza socio-sanitaria, in "Menomazione, capacità, partecipazione: metodologia medico-legale per l'accertamento delle disabilità civili. Prospettive di riforma del sistema di sicurezza sociale per una migliore tutela della integrazione del cittadino disabile", ed Essebienne, Noceto (PR), 2005.</li> </ol>
<b>3</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Genovese U, Mariotti P (a cura di), Responsabilità sanitaria e medicina difensiva, ed Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna (Rn) 2013.</li> <li>2. Elli L, Tenca A, Soncini M, Spinzi G, Buscarini E, Conte D. Defensive medicine practices among gastroenterologists in Lombardy: between lawsuits and the economic crisis. <i>Dig Liver Dis</i> 2013;45:469-73.</li> <li>3. Di Landro AR. Criminal law as a response to medical malpractice: pluses and minuses--comparing Italian and U.S. experiences. <i>Med Law</i> 2012;31:221-63.</li> <li>4. Catino M, Celotti S. The problem of defensive medicine: two Italian surveys. <i>Stud Health Technol Inform</i> 2009;148:206-21.</li> <li>5. Olivetti L, Fileni A, De Stefano F, Cazzulani, Battaglia G, Pescarini L. The legal implications of error in radiology, <i>Radiol Med</i> 2008;113(4):599-608.</li> <li>6. Benciolini P "...a scopo medico legale", <i>Riv It Med Leg</i>, 1991;13: 689-699.</li> </ol>
<b>4</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fineschi V., Riezzo I, Neri M, Pomara C, Frati P, Turillazzi E. La valutazione qualitativa delle evidenze scientifiche nel processo: aspettando Godot? <i>Responsabilità civile e previdenza</i>, 2013;78:698-712.</li> <li>2. Benciolini P., Aprile A., La valutazione medico legale della responsabilità per colpa professionale. Una lettura nell'ottica del biodiritto. In Rodotà, Zatti Trattato di Biodiritto, ed. Giuffrè, Milano, 2011.</li> <li>3. Fineschi V, Turillazzi E. Responsabilità professionale medica, incertezza del sapere scientifico e valutazione medico-legale: necessità di una aggiornata metodologia, <i>Riv It Med Leg</i>, 2003;25: 121-136.</li> <li>4. Fiori A, La perizia medico-legale nella responsabilità medica, in <i>Medicina legale della responsabilità medica</i>, ed. Giuffrè, Milano, 1999.</li> </ol>
<b>5</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Codice di deontologia medica, 2014, art.62.</li> <li>2. Aprile A, Bolcato M, Fabbri L D, Rodriguez D, Proposta di un indicatore di qualità nella valutazione medico-legale della responsabilità professionale in ambito sanitario, <i>Riv It Med Leg</i>, 2014;36: 1180-1178.</li> <li>3. Barni M, Consulenza medico legale e responsabilità medica, ed Giuffrè Milano, 2002.</li> </ol>

**Slow Medicine**, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto "**Fare di più non significa fare meglio**", in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Società Scientifiche e Associazioni professionali sono invitate a individuare ognuna una lista di 5 esami diagnostici o trattamenti, di uso corrente nella pratica clinica, che secondo le conoscenze scientifiche disponibili non apportano benefici significativi ai pazienti ma possono, al contrario, esporli a rischi. Promuovono il progetto anche: FNOM-CeO, IPASVI, SIQuAS-VRQ, Istituto Change di Torino, ASI, Keiron, SNR, Comitato delle Regioni e Province autonome per la sicurezza delle cure, PartecipaSalute, Inversa Onlus, Altroconsumo, Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano e Slow Food Italia. Per ulteriori dettagli: [www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it).

**COMLAS** (Società Scientifica dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale) è un'associazione nazionale, apolitica, senza fini sindacali, né di lucro. Svolge la funzione di Società Scientifica dei medici legali che operano nel SSN, con finalità scientifiche, culturali, divulgative e di formazione, ricerca con altre Società scientifiche mediche, e delle professioni sanitarie italiane e straniere. Ha funzione consultiva con il Ministero della salute, Regioni, Aziende Sanitarie e altri Istituzioni sanitarie pubbliche e private. Concorre alla progettazione di politiche che garantiscano ai cittadini livelli di assistenza uniformi ed omogenei, per favorire la realizzazione di un modello di medicina legale che, oltre a svolgere il ruolo di disciplina medica applicata al diritto, favorisca una moderna visione del rapporto "cittadini - istituzioni" che pone il cittadino, persona umana, al centro del SSN secondo principi di equità e di rispetto del pubblico interesse.