

Responsabilità professionale

L'istituto della visita domiciliare in pediatria Chiarimenti sull'interpretazione di una norma talora motivo di contenzioso

“La visita domiciliare deve essere eseguita di norma nel corso della stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore dieci; ove invece, la richiesta venga recepita dopo le ore dieci, la visita dovrà essere effettuata entro le ore dodici del giorno successivo”.

Nessun allarme Colleghi Pediatri; il testo sopra riportato si riferisce all'articolo 25 del D.P.R. n° 355 del 28 dicembre 1984 ed è stato ritrascritto in termini perentori nell'articolato delle successive Convenzioni sino al 1990.

Del tutto opportunamente, nei successivi Accordi Collettivi Nazionali, anche il Legislatore ha ritenuto necessario inserire nell'articolato convenzionale un più esteso e modulato ordinamento dell'istituto della visita domiciliare.

Si è arrivati quindi a riconfermare nell'attuale ACN una norma che lascia al Pediatra di Libera Scelta (PLS) la valutazione della necessità o meno dell'intervento domiciliare, condizionandolo in special modo alla “non trasportabilità” dell'assistito.

† Cosa prevede l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN)

Al punto 2 articolo 31 del vigente ACN si legge infatti: *“la visita domiciliare, qualora ritenuta necessaria secondo la valutazione del Pediatra, avuto riguardo alla non trasportabilità dell'ammalato, deve essere eseguita di norma”.*

E' a tutti noto peraltro come tale norma, che appare di evidente interpretazione agli occhi dei Pediatri, non risulti altrettanto chiara e intelligibile ai familiari dei piccoli pazienti.

In effetti l'interpretazione di tale norma risulta spesso motivo di contenzioso tra medico e genitore dell'assistito e ciò soprattutto per la scarsa conoscenza dei termini della questione da parte del genitore stesso; in questo non certo aiutato da un atteggiamento del tutto omissivo da parte delle ASL che a norma di ACN (articolo 31 comma 4°) sarebbero tenute a informare gli assistiti a riguardo.

La non effettuazione della visita a domicilio, seppur legittimata da una corretta condotta del Pediatra, viene comunque percepita da alcuni pazienti come un diritto negato che in alcuni casi finisce per diventare motivo di contenzioso anche legale.

Prima di approfondire il tema strettamente legale e disciplinare dell'effettuazione della visita domiciliare si vuole -per brevi cenni- inquadrare tale argomento in rapporto a come, nell'ambito dell'organizzazione delle cure primarie nel SSN,

può essere posto lo strumento assistenziale della visita domiciliare.

† La visita domiciliare nella realtà di altre Nazioni

Appare del tutto evidente come, dal raffronto con altre organizzazioni assistenziali in altre realtà internazionali, la visita domiciliare in ambito pediatrico risulti praticamente una caratteristica quasi esclusiva della nostra organizzazione sanitaria.

La stessa difficoltà a reperire materiale bibliografico, anche utilizzando moderni metodi di ricerca tramite la consultazione di varie medlines sotto le più disparate voci che richiamino le cure domiciliari, è evidente segno che in altri Paesi, non solo siano estremamente rare le visite domiciliari a scopo assistenziale (cioè in caso di malattia acuta), bensì neanche se ne parla o scrive in ambito clinico-scientifico.

I pochi dati rilevati permettono di stabilire come in Nazioni, peraltro a standard assistenziale differente fra loro - quali Israele, Francia, Germania, Spagna, U.S.A., Brasile, Svizzera - il numero di visite domiciliari effettuate per patologie acute a pazienti pediatriche va dallo zero all'1,97 in media al mese per Medico, contro dati che dimostrano come le richieste - in alcune aree del nostro Paese - prevedano numeri nell'ordine di 5,8 casi in media al giorno sempre per Medico.

Da un recente Convegno sulla Pediatria in Europa (24/3/2001) organizzato proprio dai Pediatri Italiani, per confrontarsi con i Colleghi d'oltralpe sulle varie tematiche relative all'assistenza medica all'infanzia, si è appreso che nella Svizzera Italiana il 50% dei Pediatri “di famiglia” esegue da 1 a 20 visite domiciliari/anno, il 45% ne esegue da 11 a 100. Per i Pediatri che eseguono più di 10-20 visite a domicilio/anno esistono particolari situazioni organizzative locali (servizi di guardia pediatrica domiciliare su base cantonale).

Ciò che emerge dalle realtà straniere è che, al di là dei numeri, sia cambiata (sia nei medici che nei pazienti) la mentalità e il vissuto storico nei riguardi della visita a domicilio che, come dicono i Pediatri Svizzeri in un loro motto *“appartiene al passato”*.



† L'anomalia italiana: fenomeno culturale ancora radicato

L'anomalia italiana sembra per certo dimostrare come la visita domiciliare possa essere considerata soprattutto un fenomeno culturale ancora radicato non solo nell'utenza, ma anche in settori della amministrazione sanitaria e persino in diffuse opinioni all'interno della categoria e della comunità dei medici.

In tal modo si rischia di abdicare ad un corretto giudizio sulla bontà di un atto medico in base a criteri di evidenza scientifica e di efficacia assistenziale, enfatizzando l'importanza di un intervento sanitario in base a convinzioni etiche nei riguardi del minore, che seppur condivisibili sul piano umano e personale, sono assolutamente indipendenti da una reale valutazione delle problematiche cliniche connesse.

† Quando la visita domiciliare è necessaria

Non si vuole in questo contesto, sminuire l'importanza della visita domiciliare come valido strumento assistenziale. In casi di effettiva intrasportabilità dell'assistito, in caso di sospetta malattia contagiosa e diffusiva (qualora lo studio medico non sia dotato di sala d'attesa separata, o non sia attuabile un sistema organizzativo che preveda l'accesso in ambulatorio su appuntamento), in caso di malattie immunodepressive che esporrebbero il paziente a rischi di complicazioni o aggravamento, e in caso di necessità di valutazione, da parte del medico, delle condizioni di vita in ambiente domestico a scopo anamnestico, la visita domiciliare assume un carattere di necessità che nessun Pediatra di Libera Scelta credo abbia mai contestato.

Può capitare infine che il Pediatra non possa disporre dell'ambulatorio nei tempi entro i quali egli ritiene utile o necessario visitare il bambino e pertanto il domicilio dell'assistito risulti essere l'unico ambiente disponibile in cui il bambino possa essere visitato entro i ristretti limiti di tempo che la circostanza richiede (evenienza però sempre meno diffusa).

Ciò che spesso è motivo di incomprensione è la richiesta di assistenza domiciliare per malattie che sono di comune riscontro in età pediatrica e che, ancorchè prevedano la febbre come sintomo di allarme per la famiglia, non risultano in nessun modo poter essere influenzate negativamente da alcun trasporto o contatto con l'ambiente esterno.

Ciò è implicitamente confermato dal comportamento pratico di molte famiglie che, di fronte all'opposizione del sanitario a recarsi a domicilio, quasi sempre conducono direttamente il bambino al Pronto Soccorso ospedaliero.

† Quando e perché risulta più utile la visita domiciliare

L'eventuale perplessità di fronte a tali richieste deriva anche da motivi di tipo organizzativo; essendo infatti preponderante l'incidenza di patologie a carattere acuto in età pediatrica, l'attività di Pediatra di Libera Scelta dovrebbe svolgersi, soprattutto in periodi epidemici (che per i piccoli pazienti corrispondono ai nove mesi della frequenza scolastica), attraverso un peregrinare di casa in casa col rischio, molte volte effettivo, di non aver sufficiente tempo per soddisfare tutte le richieste.

Inoltre con l'affinamento delle tecniche diagnostiche e, in particolare, in riferimento ai nuovi strumenti per il self-help ambulatoriale, l'effettuazione di prestazioni domiciliari, in un'ottica di correttezza e tempestività diagnostico-assistenziale, può dimostrarsi talvolta non risolutiva. Risulta per certo più utilmente speso il tempo impiegato dal Medico in una corretta educazione sanitaria sull'argomento in questione da svolgere in ambiente ambulatoriale.

In tal modo il Medico potrà dedicare a molti quello che talvolta deve concedere a pochi.

Un Pediatra convenzionato, infatti - pur nell'ambito del rapporto di fiducia individuale con il suo singolo paziente - non deve mai dimenticare i suoi compiti di tutela sanitaria verso l'intera comunità dei suoi assistiti alla quale deve dedicare con equilibrio e ragionevolezza il suo tempo medico ed assistenziale nell'interesse di tutti e non per il vantaggio di qualcuno.

† Gli strumenti per ridurre il contenzioso a un evento residuale

Mi soffermerei inoltre brevemente sul concetto di "responsabilità". Nel momento della scelta del medico sia il paziente che il medico (non come utente ed operatore, ma come "persone") si impegnano direttamente e lealmente ad una responsabilità reciproca e cioè quella di assumere i comportamenti e gli atteggiamenti più "responsabili" e validi per compiere insieme il percorso assistenziale. Tale percorso non dovrebbe consentire richieste di visite domiciliari di comodo, il cui effetto negativo non può e non deve ricadere sulla attività del professionista. E pensiamo che la stragrande maggioranza dei medici e dei cittadini credano fermamente a questo impegno reciproco e cerchino di usare gli strumenti più idonei per affermarlo.

L'impressione comunque è che, con un maggiore impegno informativo delle ASL - soprattutto con lo strumento delle carte dei servizi - con un più incisivo ed omogeneo sforzo dei PLS in rapporto all'educazione sanitaria da offrire ai propri assistiti,

alla sempre maggior disponibilità dei medici alla copertura assistenziale in fasce orarie sempre più ampie anche grazie all'istituto della pediatria in associazione, e infine alla collaborazione dei mezzi di comunicazione di massa quali stampa, televisione, internet, associazioni culturali, tribunale del malato, ecc., il problema del contenzioso medico-paziente sul tema "visita domiciliare" possa ben presto assumere un carattere residuale.

Speriamo che, grazie a tutti questi strumenti e ad una rinnovata comprensione umana tra medico, paziente e famiglia (nel caso del Pediatra) possa sempre più rinforzarsi quella "alleanza assistenziale" tra cittadino e medico che, specie nella medicina di base, rimane un obiettivo fondamentale per il miglioramento finale della qualità delle cure.

† Le implicazioni medico legali

Veniamo ora alle implicazioni medico-legali più strettamente connesse alla responsabilità professionale del Pediatra di Libera Scelta, in rapporto al compito convenzionale dell'effettuazione della visita domiciliare come stabilito dall'articolo 31 del nuovo ACN.

Una eventuale contestazione sull'operato del PLS, qualora il paziente ritenga di ravvisare un comportamento omissivo da parte del proprio medico di fiducia, può essere inoltrata presso i competenti Uffici della ASL, il cui Direttore Generale può - qualora ravvisi nel comportamento del PLS una violazione all'osservanza degli obblighi e dei compiti previsti dall'ACN - dare il via alle procedure previste dall'articolo 13 comma 2° e seguenti, che normano l'applicazione delle sanzioni in caso di inosservanza degli obblighi convenzionali, purchè la contestazione a carico del PLS non derivi da comportamenti omissivi o inadempienti di altri operatori dell'Azienda (articolo 13 comma 1°).

Tale prassi è per la verità la meno seguita al fine della contestazione da parte del paziente all'operato del Medico, del resto lo stesso articolo 13 comma 14° dell'ACN rimanda alle norme del Codice Civile la risoluzione di contenziosi che abbiano rilevanza maggiore rispetto alle più consuete violazioni di tipo amministrativo.

Altro collettore di raccolta di denunce aventi oggetto la non effettuazione, ritenuta penalmente omissiva, della visita domiciliare è l'Ordine dei Medici e Odontoiatri che - attraverso il proprio organo di disciplina - valuta gli avvenimenti e si esprime in relazione agli aspetti deontologici.

Il vero sbocco di simili contenziosi è però - anche se non così frequentemente come si crede - il sistema giudiziario, regolato, come si accennava prima dalle norme del Codice Civile e del Codice Penale.

L'articolo del Codice Penale che abitualmente viene esaminato come relativo a un contenzioso in cui una parte - il genitore del paziente - rivendica il

medica presso il proprio domicilio da parte del Pediatra del proprio figliolo, è il n° 328 che riguarda l'omissione di atti del proprio ufficio da parte di un incaricato di pubblico servizio quale è da ritenersi il PLS, in rapporto al suo ruolo di convenzionato con il SSN.

L'articolo 328 del Codice Penale recita: "*Il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio che indebitamente rifiuta, omette o ritarda un atto del suo ufficio... è punito con la reclusione da sei mesi a due anni...*". Il reato di omissione di atti d'ufficio è collocato fra i delitti contro la Pubblica Amministrazione (titolo 2° del Libro 2°: capo I dei delitti di pubblici ufficiali contro la Pubblica Amministrazione). Nella fattispecie la condotta delittuosa del Medico si esplica nel non compimento di un atto doveroso, ovvero nel suo compimento oltre il termine previsto.

Per potersi configurare l'omissione di atti d'ufficio, però, il rifiuto deve riguardare un atto che il Medico ha il dovere di compiere; nel caso in cui l'atto dovuto è assoggettato alla valutazione discrezionale dell'operante risulta necessario definire in dettaglio quale debba essere l'obbligo e come si possa ritenerlo violato.

† La discrezionalità del giudizio

E' opinione consolidata in campo giuridico che, sulla "norma ordinaria" dell'articolo 328, prevale la norma "speciale" prevista dall'attuale ACN, la quale lascia al giudizio del Medico la valutazione della necessità dell'intervento a domicilio in base alla trasportabilità dell'ammalato.

Richiamandosi alla normativa convenzionale, il PLS potrebbe quindi essere penalmente condannato se risultasse colpevole di aver constatato l'intrasportabilità dell'assistito e di essersi deliberatamente e colposamente rifiutato di recarsi a domicilio per l'opportuna assistenza. In caso contrario si potrebbe configurare ulteriore possibilità di reato esclusivamente in caso di rifiuto ad attivare comunque l'assistenza, per esempio rifiutando anche una visita ambulatoriale.

Vero è comunque che la norma convenzionale è soggetta, come ogni norma, all'interpretazione giuridica di un Pubblico Ministero prima e di un Giudice terzo in seguito. A tale proposito le interpretazioni finora date sono risultate del tutto consonanti a quella sostenuta dalla Categoria Medica, ma è certo che una norma che non stabilisca precisamente cosa si debba intendere per intrasportabilità e lasci quindi ampia discrezionalità all'interpretazione del Medico, può d'altro canto consentire un'altrettanto ampia discrezionalità di giudizio al Magistrato, soprattutto in caso di contenzioso in cui il comportamento del Medico abbia cagionato, indipendentemente dal rispetto o meno della norma, un danno all'assistito e/o alla Pubblica Amministrazione.

In conclusione si ritiene possa essere d'utilità la pubblicazione di seguito di due casi di rifiuto di



Due sentenze contrapposte

“Medico assolto perché il fatto non sussiste”

† Ricostruzione dell'avvenimento

Risulta dalla denuncia che, nelle prime ore del pomeriggio del 17/2/1998, la madre telefona all'imputata, per chiederle di visitare a domicilio, in qualità di pediatra curante dell'USL, la figlia che presenta quelli che, a suo parere, sono i sintomi di una broncopneumonia.

La pediatra le risponde che se la visita è urgente, può portare la piccola nel suo ambulatorio, altrimenti, non avendola richiesta entro le ore 10 del mattino, non può recarsi a domicilio quella sera stessa.

Il padre della bambina ritelefonava subito al Medico, «ricordandole il suo dovere di medico», come si legge nella denuncia, che continua: «la risposta della pediatra fu che, costretta dalla insistenza, avrebbe trovato il tempo per visitare la piccola in serata, ma questa avrebbe comportato la riacquiescenza della piccola dai pazienti».

Nella memoria difensiva depositata, l'imputata spiega che, vista l'impossibilità di un discorso costruttivo col padre della bambina, gli aveva detto che l'avrebbe visitata a domicilio, dopo le 19, alla chiusura dell'ambulatorio, «facendogli presente che la loro indisponibilità al dialogo metteva in crisi il rapporto di fiducia... condizione indispensabile per un rapporto utile e costruttivo per la salute della bambina».

Ed è la stessa madre a precisare, sentita in qualità di teste, che il marito le aveva ritelefonato per dirle che la pediatra gli aveva promesso che in serata sarebbe andata a visitare la bambina, ma che questo «avrebbe comportato la riacquiescenza della piccola dai suoi pazienti, in quanto veniva meno il rapporto di fiducia».

E' vero, dunque, che l'imputata si è limitata a manifestare l'impossibilità di proseguire un rapporto professionale nel quale era venuto meno il rapporto di fiducia, come aveva facoltà di fare, per l'espresso disposto dell'articolo 27 del D.P.R. n° 613/1996, che consente al medico di recusare i pazienti per «eccezionali e accertati motivi di incompatibilità» tra i quali «assume particolare importanza la turbativa del rapporto di fiducia».

Ed è evidente, che nel caso in cui il paziente sia un bambino, il rapporto che rileva è quello con i genitori. E' altrettanto evidente che l'esercizio di una legittima facoltà nei casi previsti dall'ordinamento non può integrare l'ingiusta minaccia, che è elemento costitutivo del reato di tentata violenza privata di cui al capo 'B' dell'imputazione.

L'articolo 33 del citato D.P.R. n° 613/1996 prevede, inoltre, che «la visita domiciliare, qualora ritenuta necessaria, secondo la valutazione del pediatra, avuto riguardo alla non trasportabilità dell'ammalato, deve essere eseguita di norma nel corso della stessa giornata ove la richiesta pervenga entro le ore dieci; ove, invece, la richiesta venga recepita dopo le ore dieci, la visita dovrà essere effettuata entro le ore dodici del giorno successivo».

Vi è invece l'obbligo di soddisfare, entro il più breve tempo possibile, la chiamata urgente «recepita».

La decisione dell'imputata di non visitare la paziente quella sera stessa, non integra, dunque, omissione dei doveri d'ufficio, poiché il termine per l'adempimento dell'atto richiestole, pacificamente, dopo le ore dieci del mattino, scadeva non quella sera, ma alle ore dodici del giorno successivo, anche dando per ammessa la necessità della visita domiciliare (che deve essere valutata dal medico e non dal paziente o dai suoi genitori), e la non trasportabilità della bambina (in realtà la denunciante sostiene che non potevano portarla in ambulatorio, lei perché influenzata e il marito, perché assente per lavoro).

Analogamente, era solo il medico a dover valutare l'urgenza dell'invocata visita domiciliare, laddove l'imputata ha bene illustrato le ragioni per le quali non la ritenne tale.

Un eventuale errore di valutazione del medico, circa la necessità e l'urgenza, della visita medica domiciliare, potrà comportare conseguenze di carattere penale, sotto il profilo degli eventuali reati di lesioni o omicidio colposo, ma non certo l'addebito di omissione di atti d'ufficio quando, come nel caso di specie, a prescindere da ogni valutazione, ed esclusa l'urgenza, non era ancora scaduto il termine assegnato dalla norma per l'effettuazione della visita.

Ma, dicono i denunciatori, non l'ha espletata nemmeno il giorno successivo. Perché, ribatte l'imputata, subito dopo aver parlato col padre della bambina, le aveva telefonato la madre, per dirle che avevano chiamato un altro medico e che l'avrebbero denunciata.

Nell'atto di denuncia la madre riconosce di avere ritelefonato alla Pediatra, ma solo per dirle che avrebbe informato le Autorità competenti del suo comportamento, e senza affatto comunicarle di avere chiamato un altro medico. Risulta, infatti, che i denunciatori si sono rivolti a un Pediatra di loro fiducia, che si è recato, quella sera, a visitare la bambina.

Pare plausibile che se la madre telefona per dire alla Pediatra che l'avrebbe denunciata, le dice anche che ha chiamato, o sta per chiamare un altro Pediatra.

E' una circostanza che non ha motivo di tacere e che anzi, le viene spontaneo comunicare, proprio per giustificare la ragione per la quale intende denunciarla: a causa del suo rifiuto è costretta a chiamare un altro Medico.

In ogni caso, se anche le tace la sua intenzione di convocare un altro Pediatra, il colloquio che si esaurisce con l'unica manifestata volontà di denunciare il Medico, senza concordare alcun orario per una visita che fino a quel momento era stata ritenuta dai denunciatori urgentissima, ha il chiaro e inequivoco significato di una revoca della richiesta.

L'imputata non aveva più alcun dovere di eseguire una visita domiciliare che gli stessi denunciatori avevano ritenuto già definitivamente rifiutata.

Conclusioni delle parti

- Pubblico Ministero: assoluzione perché il fatto non sussiste.
- Difensori: assoluzione perché il fatto non sussiste.

Sentenza

Assoluzione con ampia formula perché il fatto non sussiste.

Motivazione

A seguito della richiesta di rinvio a giudizio depositata dal P.M., nei confronti dell'imputata del reato di omissione di atti d'ufficio, e tentata violenza privata, revocata la costituzione di parte civile, il difensore dell'imputata -munito di procura speciale- ha fatto richiesta di giudizio abbreviato, che il G.u.p. ha disposto, col parere favorevole del P.M..

Al termine della discussione, ritiene il Giudice che l'imputata vada **assolta da entrambi gli addebiti con l'ampia formula perché il fatto non sussiste.**

Responsabilità professionale

Corte di Cassazione: respinto il ricorso di un medico “Occorre percepire il bisogno di rassicurazione”

Altra sentenza che ha sollevato parecchio interesse non solo nel ristretto mondo della Pediatria di famiglia, ed è tuttora oggetto di analisi ed approfondimenti che offrono sempre più spunti per interpretazioni non univoche, è quella pronunciata l'11 maggio 2001 dalla Corte di Cassazione, III Sezione Civile.

Con tale sentenza la Corte sostiene che l'articolo 3 del Codice Deontologico che impone ad ogni medico, oltre all'impegno terapeutico appropriato, anche il sollievo della sofferenza del paziente, sia stato violato dalla condotta di un medico che, procrastinando l'effettuazione di una visita a domicilio, non ha percepito il bisogno di rassicurazione dei genitori di un suo piccolo paziente.

† Commento del Legale

A commento della sentenza si riporta l'opinione del Prof. Avv. Giuseppe Franco Ferrari, già membro del Consiglio di Stato.

“La recente decisione della Corte di Cassazione, III Sezione Civile - n° 10389/2001, dell'11 maggio-31 luglio - pronunciata nei confronti di un medico pistoiese, solleva seri dubbi sulla natura delle obbligazioni professionali del pediatra di famiglia, sul comportamento deontologicamente esigibile da esso, e in ultima analisi sul futuro della stessa professione.

La suprema Corte, respingendo l'impugnazione dell'interessato, ha affermato in sostanza che il mancato compimento della visita a domicilio, benché consentito dall'articolo 33 del D.P.R. n° 613/1996, come ora dall'articolo 31 del D.P.R. n° 272/2000, può comportare violazione di regole deontologiche per avere il medico non tanto mancato di operare l'intervento sanitario richiesto, quanto ricusato di recare sollievo alle sofferenze del paziente.

Una decisione di questo tipo non desta ovviamente preoccupazione per le possibili implicazioni penali: è evidente che la disciplina contrattuale, lasciando al medico discrezionalità molto ampia nel valutare la necessità della visita a domicilio, non configura una fattispecie di atto vincolato rispetto alla quale si possa incorrere nell'omissione di atti dovuti, salva l'improbabile evenienza di intenzionale rifiuto di intervenire in caso di grave quadro clinico noto al medico. Ma non era questa la situazione di Pistoia, e non era questa la contestazione mossa al pediatra.

Le preoccupazioni destinate dalla decisione della Corte riguardano un altro, non meno rilevante, profilo.

La responsabilità deontologica è stata infatti azionata nonostante che la valutazione del pediatra in ordine alla gravità del quadro clinico ed alla decisione di non intervenire non fosse contestata nel merito. In altre parole, era corretto non recarsi a domicilio, né si sono verificati danni alla salute per effetto della mancata visita. Nondimeno, la sanzione ordinistica scatta per il mancato sollievo morale recato al paziente, o per meglio dire ai suoi familiari.

Simili decisioni aprono la via ad una moltiplicazione di aspettative per gli assistiti e ad un incremento del rischio per il medico. La possibilità di trovarsi esposti a conseguenze disciplinari cresce esponenzialmente, e non è valutabile a priori in relazione all'aggravamento del quadro clinico che potrebbe verificarsi per la mancata effettuazione della visita, ma dipende, ex post, dal grado di soddisfazione dato ai genitori o comunque ai parenti del paziente nell'illustrazione del caso e della non necessità di una visita a domicilio.

Le conseguenze organizzative sono pure immaginabili: si rischia di dovere aumentare il numero di visite a domicilio, nonostante che la media nazionale sia già di due o tre volte superiore a quella di altri paesi dotati di un sistema sanitario altrettanto o più strutturato del nostro. Inoltre, aumenta la probabilità di dover diminuire la presenza in studio, e dunque la reperibilità, per effettuare una maggior mole di visite.

Al di là dell'esame del singolo caso giudiziario e dell'interazione degli argomenti legali utilizzati, una risposta tranquillizzante non può che venire dal buon senso. La professione sanitaria, ed in specie quella pediatrica, esige sempre una certa dose di flessibilità, soprattutto quando si tratta non tanto di compiere l'atto medico, ma nelle fasi preparatorie, istruttorie e di contorno. Sembra insomma che ciò che la Cassazione pare esigere dalla classe pediatrica sia una più attenta disponibilità al rapporto con la famiglia e, in ultima analisi, alla persuasione. Ciò che si afferma inviolabile è il rapporto fiduciario, di cui la capacità di persuasione pare essere elemento irrinunciabile.

La visita può sempre venire rifiutata, ma è ineliminabile la necessità di illustrare persuasivamente le cause del rifiuto, dopo che le informazioni essenziali sul contesto clinico sono state adeguatamente ricevute.

E' auspicabile che la controparte pubblica non si lasci prendere la mano da questa pur autorevole decisione per tentare di inserire prescrizioni più rigide, non si sa come congegnate, nel prossimo regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale. Sarebbe un peccato lasciarsi fuorviare da un episodio per rimettere in discussione criteri elaborati sulla base di una tradizione ventennale e tutto sommato sin qui soddisfacenti. Soprattutto, non avrebbe senso irrigidire la disciplina, dando la stura a inevitabili difficoltà applicative, come sempre accade nella prima fase di vita di un nuovo testo normativo. Meglio, molto meglio continuare a lasciar prevalere il buon senso, con un ragionevole margine di discrezionalità, come sino ad oggi si fatto”.

Responsabilità professionale

Il dibattito è aperto

La sentenza della Corte di Cassazione sopra esaminata pone, in effetti, interrogativi sul modo di intendere il rapporto medico-paziente, che vanno di là dallo specifico problema della visita domiciliare.

Se, come stabilito, il medico, oltre al trattamento terapeutico adeguato deve assicurare il paziente al fine di sedare ogni possibile ansia, pena l'accusa di violazione di una norma del Codice Deontologico, con conseguente sanzione, si potrebbero aprire scenari che minano alla base il ruolo professionale del medico.

E' ipotizzabile che un paziente, con una semplice frase di rito, "non mi sento assicurato", possa pretendere prestazioni mediche le più varie: dalla prescrizione di esami incongrui, di farmaci inappropriati, di consulti specialistici inutili, e così via.

D'altro canto, vale la pena di ricordare il contenuto di almeno due altri articoli del Codice Deontologico che regolano i rapporti tra medico e paziente:

?? l'articolo 19 che recita: "il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona assistita";

?? l'articolo 25 che riporta: "qualora abbia avuto prova di sfiducia da parte della persona assistita o dei suoi legali rappresentanti, se minore o incapace, il medico può rinunciare all'ulteriore trattamento, purché ne dia tempestivo avviso (*omissis*)".

In conclusione è da ritenersi che su questi argomenti specifici la Categoria Medica debba confrontarsi, non fosse altro che aprendo un dibattito sulle colonne di questo nostro Bollettino.

A cura del Dr. Rinaldo Missaglia, componente esterno della Commissione 'Responsabilità Professionali'