

ANNO XXIII
N° 2
NOVEMBRE 2001

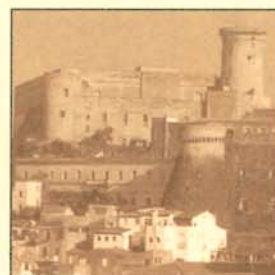
Medicina

Bollettino dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Latina

Pontina

Organo ufficiale di informazione dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Latina

Spedizione in A.P. - art. 2 comma 20/C legge 662/96 Filiale di Latina



SPECIALE: RESPONSABILITÀ MEDICA

Direzione-Redazione-Amministrazione:
Piazza Celli, 3 – Tel. 0773/693665 Fax 489131
04100-Latina

Direttore Responsabile
ANTONELLA CASSIOLI

Direttore Scientifico
ALFREDO CARADONNA

Consiglio Direttivo

Presidente	RIGHETTI GIOVANNI MARIA
Vicepresidente	CAVALLINI MARIO
Segretario	MILO PASQUALE
Tesoriere	LUCCHESI ROBERTO
Consigliere	BONELLI GIACOMO
Consigliere	BONFIGLIO NADIA
Consigliere	CARADONNA ALFREDO
Consigliere	DINIA GAETANO
Consigliere	GUARINO SILVERIO
Consigliere	LANZA GERARDO
Consigliere	LEONE DAVIDE (odontoiatra)
Consigliere	MARETTO GIANCARLO
Consigliere	NARDONI MARIA TERESA
Consigliere	ORGERA ANTONIO
Consigliere	PASTORE ALDO
Consigliere	ROVACCHI GIUSEPPE
Consigliere	TASCIOTTI PAOLO (odontoiatra)

Componenti non Consiglieri
Commissione Albo Odontoiatri

CENSI ELISABETTA
PAPA GIOVANNI
PECORA GIORGIO

Presidente Commissione

Albo Odontoiatri
TASCIOTTI PAOLO

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente	NIGRO MORENA GIOVANNA
Membri effettivi	AMMENDOLA ERMINIA GATTI GIULIA
Membro supplente	RUSSO PIER FRANCESCO

I disegni sono del pittore **Tommaso Brusca** di Sezze e rappresentano uno studio di *destrutturazione architettonica*, intitolato

Omaggio a Fossanova

PERCHÉ QUESTO BOLLETTINO

- pag 5 Responsabilità medica
Alfredo Caradonna

L'OCCASIONE

- pag 8 Lettera del Procuratore della Repubblica di Latina
pag 9 Risposta del Presidente dell'Ordine

PRIMA DI TUTTO RILEGGIAMO IL NOSTRO CODICE DI DEONTOLOGIA

- pag 12 Dal Codice di Deontologia Medica del 1998

APRIAMO UNO SCENARIO SENZA MINIMIZZARE NÉ PARALIZZARCI

- pag 17 Invektiva contra medicum
Romano Forleo
- pag 19 La scrittura dei medici
Roberto Lalario
- pag 20 Rischi ed errori della sanità italiana
Paola Sarno
- pag 22 Gli errori nelle cure mediche
Giulio Marcon
Roberto Ciuffreda
Paolo Corrà
- pag 30 Medici paralizzati dai "terrori" medico-legali
Carlo Bergamini
- pag 31 Sfiducia tra i camici bianchi
Arturo Zenorini
- pag 33 Un mestiere a rischio
- pag 35 Questi i settori specialistici più soggetti a denuncia
- pag 35 Rischio di morte per le complicità della gravidanza
- pag 36 Nuovi doveri dei medici
- pag 38 La causalità c'è solo al 100%
Gianfranco Iadecola
- pag 39 Una legge per salvare i medici
Mario Miserendino

VITA D'OSPEDALE: IMPARIAMO DALL'ERRORE

- pag 42 Chi sono i responsabili
- pag 44 Medico o dirigente: qui sta l'intoppo
Antonio Panti
- pag 45 Primari sempre responsabili (Corte dei Conti)
Chiara Bannella
- pag 46 Primari sempre responsabili (Corte di Cassazione)
Chiara Bannella
- pag 48 Il responsabile non delega
- pag 49 Nell'incertezza, la sicura responsabilità del medico
Arturo Toppan
- pag 55 Caposala non controlla le dosi
- pag 56 L'infermiere è responsabile
Alessandra Rinaldi
- pag 57 "Corra" il medico reperibile
Beatrice Dalia
- pag 58 "Reperibile" a pieno servizio
Beatrice Dalia
- pag 59 Ospedali rischiosi
- pag 60 Più attenzione alle strutture
Antonio Criscione

- pag 62 Il manager lento deve pagare
Chiara Bannella
- pag 63 Per il giudice l'eventuale imperizia è spesso un alibi
- pag 64 Immagine lesa: 2 mld
- pag 64 Il primario dirotta? E' concussione
Beatrice Dalia
- pag 65 L'incompatibilità è anche familiare

MEDICINA GENERALE: NESSUNO È IMMUNE

- pag 67 Generalisti, sos malpractice
- pag 68 Alcuni aspetti di interesse medico-legale nella medicina di base
S. Corniola
A.S. Dell'Erba
F. Introna
- pag 76 Compiti del medico di medicina generale ed eventuale consenso informato
- pag 77 Prevenire e ridurre i rischi nella medicina del territorio
Paolo Corrà
Matteo Ciuffreda
Giulio Marcon
- pag 81 Il medico convenzionato è un pubblico ufficiale
Sergio Fucci

UNA BUONA ASSICURAZIONE

- pag 83 Responsabilità civile dell'ospedale
Antonio Lepre
- pag 86 Contenzioso medico-paziente: come affrontarlo
- pag 87 L'assicurazione in ospedale
Marco Perrelli Ercolini
- pag 88 Il 70% delle polizze infortuni e responsabilità civile sono da revocare
V. Giulio Jorizzo
- pag 89 Assicurarsi è bene. Assicurarsi bene è meglio
Marco Perrelli Ercolini
- pag 92 Assicurare gli assicurati
Antonio Panti

CERTIFICAZIONE MEDICA

- pag 94 Può costare molto caro anche un certificato compiacente
Alfonso Marra
- pag 95 Per una corretta compilazione dei certificati di malattia
- pag 96 Certificazione medica: istruzioni per l'uso
Giuseppe Messina
Marco Perrelli Ercolini

CARTELLE CLINICHE

- pag 102 Cartelle che incastrano
Alessandra Rinaldi
- pag 103 Cartella clinica, certificato medico, comunicazione tra medici
Cafini Daniele
Bucarelli Alessandro

Allegato Carta della sicurezza nell'esercizio della pratica medica ed assistenziale

*PERCHÉ QUESTO
BOLLETTINO*



L'apparizione dei rosoni all'abbazia

RESPONSABILITÀ MEDICA

di

Alfredo Caradonna

Direttore Scientifico di *Medicina Pontina*

Qualche settimana fa assistevo, presso l'Università *La Sapienza*, ad una lezione del prof. Boccia, che si occupava dell'errore in medicina; durante la trattazione dell'argomento tutti potevano intervenire in qualsiasi momento. In effetti, non appena si accennava agli errori specifici di noi medici, si scatenava una serie di interventi mirati a *scaricare* le responsabilità su altri (*le strutture, i collaboratori, i capi, ecc.*); pochi riuscivano a razionalizzare e ad analizzare oggettivamente il complicato campo in cui si avvera *l'errore medico*.

Questo atteggiamento, bisogna confessarlo, è comune nella nostra categoria, che, da una posizione di ampia prevalenza e prestigio sociale, è stata messa in discussione fino all'intimo delle sue prerogative e cioè, addirittura, nelle scelte diagnostiche e terapeutiche. Il tutto condito da riprovazione sociale verso il corpo medico per ogni cosa che non va nella sanità, da *avvisi di garanzia* e condanne per *malpractice*, da interventi di stampa sulla cosiddetta *malasanità*.

E' chiaro che non stiamo vivendo un buon momento: il nostro ruolo non è più ben definito. Ci sentiamo accerchiati anche in relazione alle nostre responsabilità professionali e mostriamo comportamenti differenti: alcuni cercano le cause di tale situazione, proponendo dei correttivi; altri sono, di fatto, completamente indifferenti a tutto ciò che riguardi la propria categoria professionale; altri ancora, pur esercitando egregiamente la propria attività di medico in senso umano e tecnico, si amareggiano per la situazione e, spesso, non resistono alla tentazione di *scaricare* tutte le colpe all'esterno della propria persona, come quel giorno alla *Sapienza*.

In effetti, abbiamo perso in parte l'orgoglio di essere *professionisti*: quanti di noi, per precise colpe della classe medica e dei vari governi che si sono succeduti dall'ultima guerra, sentono preminente la loro iscrizione ad uno dei vari sindacati rispetto *all'onore* di far parte di un ordine professionale, le cui implicazioni morali, deontologiche, culturali e sociali sono essenziali per la crescita ordinata della categoria e dell'intera società? Frattanto, viviamo in una nazione occidentale, cosiddetta avanzata, dove, seguendo l'esempio di paesi ancora più avanti, l'opinione pubblica è stata sensibilizzata alla percezione dell'errore professionale: giustamente, ma a volte con scopi non del tutto nobili. Nel nostro specifico campo il rapporto medico-paziente si va sempre più *americanizzando*, mentre l'organizzazione, le strutture, *i modi di fare*, nonché gli stipendi e le parcelle rimangono rigorosamente mediterranei!

Da studi fatti risulta che nel 1984 nei cinquantuno ospedali di New York vi era il 3.7% di eventi avversi iatrogeni, di cui il 69% evitabili e il 13% ad esito letale; una meta-analisi di 39 studi sull'incidenza di reazioni avverse ai ricoverati negli ospedali USA ha raggiunto una percentuale di 6.7%, di cui il 76% evitabili; a livello autoptico risultano diagnosi mancate o errate tra il 14 ed il 20%; da uno studio inglese dieci errori su quattordici si verificano nel processo diagnostico e quattro in quello terapeutico (quando contano in tutto ciò la fretta e la incapacità per molti di ascoltare con calma i propri pazienti, come se i loro *racconti* non valessero nulla!). Da questi dati appare chiaro, infine, che gli erro-

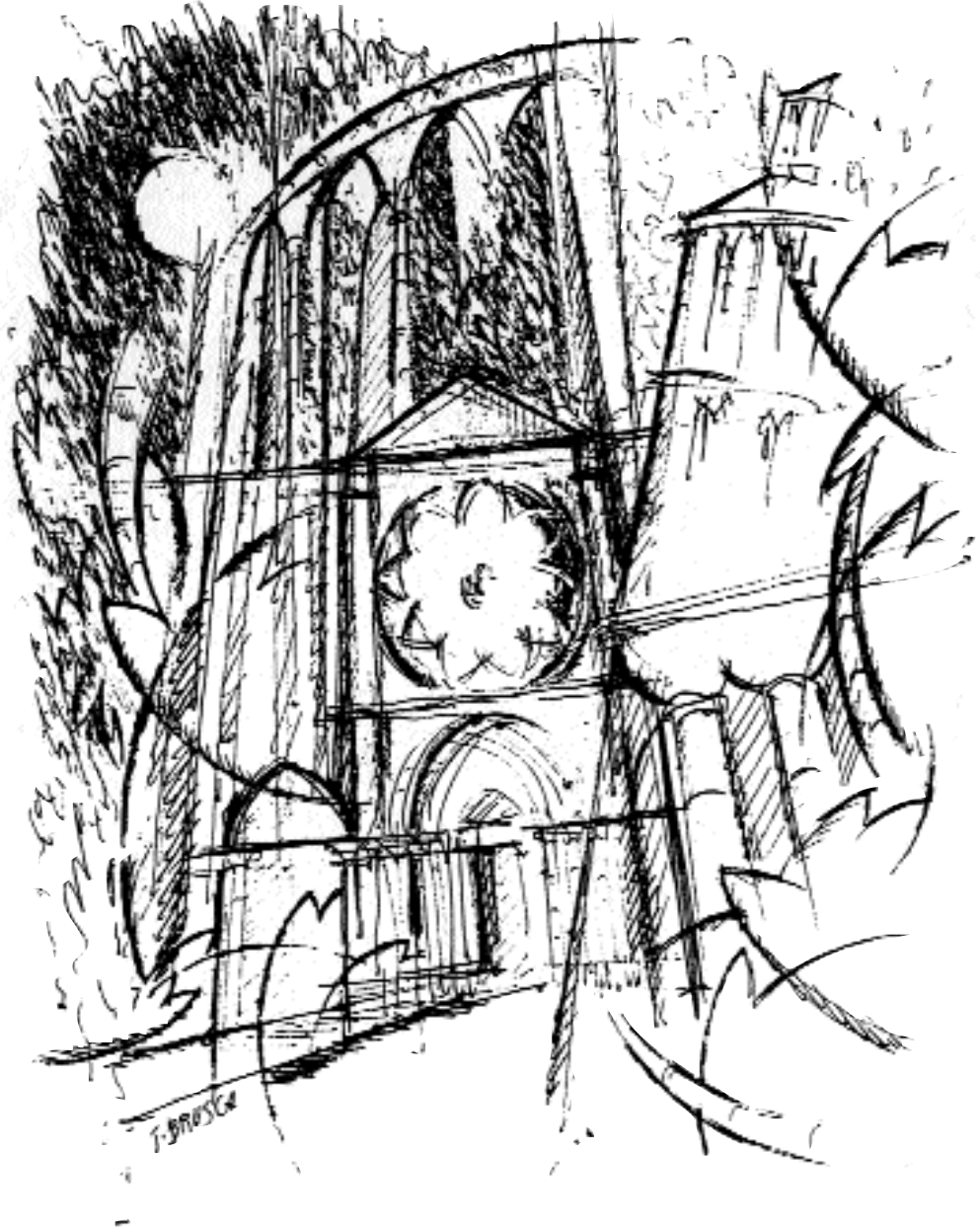
ri conosciuti - tanti, come dimostrano anche i bilanci alla voce *RC medica* delle varie assicurazioni – sono, purtroppo, una punta di *iceberg*.

In questa situazione l'errore più grande è quello di rimanere inermi. E' necessario, invece, avere il coraggio di guardare in faccia ai propri errori; analizzare le situazioni; ricercare le cause remote ed immediate; mettere in atto, come potrete leggere più avanti, tutti quei meccanismi di prevenzione e di governo dell'errore medico. E tutto ciò è una cosa che dobbiamo fare prima di tutto e direttamente noi medici. La bella iconografia di questo numero di *Medicina Pontina* rappresenta uno studio di *destrutturazione architettonica* dell'ottimo pittore pontino Tommaso Brusca. Non è stata una scelta casuale: allo stesso modo noi medici dobbiamo *destrutturare* il comportamento nostro e dei nostri collaboratori e colleghi; snidare le criticità; cercare di capire in quale parte della struttura dei processi e dei comportamenti è la causa degli errori; fare, in pratica, un'analisi eziopatogenetica su di essi. Laddove, poi, nonostante il nostro appassionato ed intelligente impegno, le carenze strutturali e organizzative fossero incompatibili con la sicurezza dei cittadini e con l'onorabilità del lavoro medico, allora dovremmo avere il coraggio di denunciare le situazioni, fidando in un ordine professionale sicuro alleato in ogni forma di giusta rivendicazione.

L'occasione di questo speciale numero di *Medicina Pontina* è stata una lettera inviata all'Ordine dal dr. Antonio Gagliardi, Procuratore della Repubblica di Latina, riguardante il "*diffuso fenomeno del rilascio facile, senza adeguato e doveroso approfondimento, da parte di alcuni medici, iscritti all'Ordine di Latina, di certificazioni attestanti, che comportano talora lunghe e ripetute astensioni dal lavoro, falsamente addotte o enfatizzate da sedicenti ammalati per usufruire di indebiti periodi di riposo o di vacanza*". Parole pesanti per la categoria e impegnative per l'Ordine! Il Presidente Righetti, come potrete leggere, ha preso atto e, senza poter precisare l'entità del fenomeno, ha sottolineato la necessità di "*individuare singole responsabilità al fine di evitare che una intera categoria venga indiscriminatamente accomunata, da parte della pubblica opinione, nel sospetto di uno scorretto comportamento*"; nella stessa lettera di risposta il Presidente ha evidenziato alcune delle cause sociali che possono portare verso la falsa o scorretta certificazione.

L'Ordine, che non ha poteri ispettivi e può solo procedere direttamente sul medico tramite la *Commissione di Disciplina* (cosa che espleta con regolarità), ha voluto fare di più: come in altre occasioni è andato avanti e ha voluto *offrire cultura*. Questo numero di *Medicina Pontina*, appunto, è una raccolta dei più significativi interventi sull'errore e la responsabilità medica - in generale e non solo sulle certificazioni - apparsi sulla stampa specializzata negli ultimi anni. E' un'offerta di studio sulle cause e la prevenzione dell'errore, con la quale si spera che ognuno di noi possa approfondire i problemi e sia in grado di modificare i propri comportamenti pratici.

La discussione, ovviamente, potrà continuare, oltre che in convegni e incontri, anche sullo stesso *bollettino*, creando una sezione apposita, dove si riportino gli articoli più importanti della stampa specializzata ed i contributi dei medici pontini, essenziali per interpretare e modificare positivamente la nostra realtà.



Notte di luna all'abbazia

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGICI E DENTISTI DI LATINA
Prot. n. 511
Data 27.04.2001



**PROCURA DELLA REPUBBLICA
LATINA**

VIA EZIO S.N.C. - TEL.0773/447201 - FAX 0773/447383

PROT. N. 984/01

Latina 26.04.2001

Am
26.04.01

**AL PRESIDENTE DELL'ORDINE DEI MEDICI
LATINA**

Illustre Presidente,

mi rivolgo a Lei per richiamare la Sua attenzione sul diffuso fenomeno del rilascio facile, senza adeguato e doveroso approfondimento, da parte di alcuni medici, iscritti all'Ordine di Latina, di certificazioni attestanti infermità, che comportano talora lunghe e ripetute astensioni dal lavoro, falsamente addotte o enfatizzate da sedicenti ammalati per usufruire di indebiti periodi di riposo o di vacanza.

Questi sanitari, per indulgere a sollecitazioni clientelari, non si rendono conto di determinare guasti gravi all'organizzazione del lavoro in uffici pubblici ed aziende private ed incoraggiano un irresponsabile assenteismo, diventato ormai esteso malcostume.

Apprensive segnalazioni sul fenomeno della superficiale e talvolta compiacente certificazione mi pervengono da più parti, anche attendibili e autorevoli, e io la rendo partecipe di tale preoccupazione per ogni sua possibile iniziativa presso gli iscritti all'Ordine di Latina.

Da parte mia non mancherò - ed in qualche caso l'ho già fatto - di perseguire, per i reati di falso in certificazione e concorso in truffa aggravata, quei medici per i quali dovessero emergere elementi di consapevole reità.

La ringrazio dell'attenzione e per la cortese diffusione presso gli iscritti che vorrà dare a questa mia comunicazione.

Distinti saluti.

Antonio Gagliardi
Antonio Gagliardi
 Procuratore della Repubblica
 in Latina

OM LIT

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI LATINA**
Piazza A. Celli , 4 - 04100 LATINA
Tel.0773/693665 - fax 0773/489131
c.f.: 80000930596
e-mail: ordine.medici.latina@iol.it

Latina, 10maggio 2001

Prot. 557

Al Procuratore della Repubblica in Latina

Egregio Procuratore,

il Consiglio Direttivo dell'Ordine ha accolto con estrema attenzione l'appello da Lei rivolto con la nota del 26 aprile u.s. per un intervento teso a combattere il fenomeno della superficiale e talvolta compiacente certificazione di malattia a favore di lavoratori in uffici pubblici ed aziende private da parte di alcuni medici, da Lei rilevato, e si assicura che l'Ordine rinnoverà agli Iscritti il richiamo deontologico ad una puntuale e scrupolosa verifica dell'effettivo stato di malattia dell'assistito.

L'Ordine non mancherà di sottoporre a valutazione disciplinare quei medici che Lei riterrà opportuno segnalare e per i quali dovessero emergere elementi di colpevole condotta.

Occorre peraltro porre alla Sua attenzione il fatto che, a seguito di una rilevazione eseguita negli ultimi sette anni, solo un esiguo numero di casi di dubbia certificazione di malattia è finora giunto all'attenzione di questo Ordine e precisamente:

1994	n. 3
1995	n. 6
1996	n. 2
1997	n. 0
1998	n. 1
1999	n. 2
2000	n. 0

per complessivi n. 14 casi. Di questi, n. 11 casi sono stati segnalati dai datori di lavoro, n. 3 casi dagli organi di polizia giudiziaria, nessuno dagli organi di controllo (I.N.P.S. e Servizio di Medicina Legale della Azienda USL) e dalla Procura della Repubblica. Nei riguardi degli stessi, l'Ordine ha provveduto alla istruttoria del caso.

Il Consiglio Direttivo è pervenuto alla convinzione che, pur richiamando tutti gli Iscritti al rispetto delle norme deontologiche, occorra nello stesso tempo individuare singole responsabilità al fine di evitare che una intera categoria venga indiscriminatamente accomunata, da parte della pubblica opinione, nel sospetto di uno scorretto com-

portamento.

Si è altrettanto convinti che l'impegno di questo Ordine potrà risolvere il problema da Lei segnalato solo se accompagnato dal contributo d'altri.

Innanzitutto, da parte degli stessi cittadini i quali, godendo di uno stato di benessere, dovrebbero evitare di avanzare la richiesta del rilascio di certificazione di malattia. E' noto anche che, in alcune situazioni di disagio, gli stessi assistiti vengono sollecitati da più parti a fruire di certificazioni di malattia per la soluzione di problemi di altra natura. Occorre evitare che, di fronte a tali richieste, il medico ed in particolare quello di medicina generale, venga posto in una situazione di disagio e debba resistere ad indebite pressioni nello svolgimento del suo lavoro in un campo così delicato quale quello del giudizio sullo stato di salute del cittadino. Il rischio di una sottovalutazione del riferito stato di malattia è sempre presente e, nel caso in cui ciò avvenga, potrebbe produrre conseguenze dannose, oltre che per l'assistito, anche per il medico che sarebbe così accusato di superficialità ed inefficienza.

Siamo coscienti del fatto che, a volte, meccanismi perversi impediscono agli organi di controllo la verifica della certificazione di malattia laddove la stessa non si prolunghi per più di tre giorni, ma è indubbio che l'I.N.P.S. e il Servizio di Medicina Legale della Azienda USL, ai quali è demandato il compito di controllo con potere ispettivo, potranno anch'essi contribuire all'analisi e al contenimento del fenomeno.

La ringraziamo per la considerazione da Lei sempre manifestata per questo Ordine e Le confermiamo la dovuta collaborazione.

IL PRESIDENTE
Dott. Giovanni Maria Righetti

***PRIMA DI TUTTO
RILEGGIAMO IL
NOSTRO CODICE
DI DEONTOLOGIA***



Architettura e spiritualità

DAL
CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA DEL 1998

Art. 1

Definizione

Il Codice di Deontologia Medica contiene principi e regole che il medico-chirurgo e l'odontoiatra, iscritti agli albi professionali dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, di seguito indicati con il termine di medico, devono osservare nell'esercizio della professione.

Il comportamento del medico, anche al di fuori dell'esercizio della professione, deve essere consono al decoro e alla dignità della stessa.

Il medico è tenuto alla conoscenza delle norme del presente Codice, la cui ignoranza non lo esime dalla responsabilità disciplinare.

Art. 3

Doveri del medico

Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza discriminazioni di età, di sesso, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace come in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera.

La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona.

Art. 4

Libertà e indipendenza della professione

L'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione.

Art. 5

Esercizio dell'attività professionale

Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici fondamentali, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura.

Il medico deve denunciare all'Ordine ogni iniziativa tendente a imporgli comportamenti non conformi alla deontologia professionale, da qualunque parte essa provenga.

Art. 6

Limiti dell'attività professionale

In nessun caso il medico deve abusare del suo status professionale. Il medico che riveste cariche pubbliche non può avvalersene a scopo di vantaggio professionale.

Art. 9

Segreto professionale

Il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò che gli è confidato o che può conoscere in ragione della sua professione; deve, altresì, conservare il massimo riserbo sulle prestazioni professionali effettuate o programmate, nel rispetto dei principi che garantiscano la tutela della riservatezza.

La rivelazione assume particolare gravità quando ne derivi profitto, proprio o altrui, o nocumento della persona o di altri.

Costituiscono giusta causa di rivelazione, oltre alle inderogabili ottemperanze a specifiche norme legislative (referti, denunce, notifiche e certificazioni obbligatorie):

a) - la richiesta o l'autorizzazione da parte della persona assistita o del suo legale

rappresentante, previa specifica informazione sulle conseguenze o sull'opportunità o meno della rivelazione stessa;

b) - l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute dell'interessato o di terzi, nel caso in cui l'interessato stesso non sia in grado di prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere e di volere;

c)- l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi, anche nel caso di diniego dell'interessato, ma previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali.

La morte del paziente non esime il medico dall'obbligo del segreto.

Il medico non deve rendere al Giudice testimonianza su ciò che gli è stato confidato o è pervenuto a sua conoscenza nell'esercizio della professione.

La cancellazione dall'albo non esime moralmente il medico dagli obblighi del presente articolo.

Art. 10

Documentazione e tutela dei dati

Il medico deve tutelare la riservatezza dei dati personali e della documentazione in suo possesso riguardante le persone anche se affidata a codici o sistemi informatici.

Il medico deve informare i suoi collaboratori dell'obbligo del segreto professionale e deve vigilare affinché essi vi si conformino.

Nelle pubblicazioni scientifiche di dati clinici o di osservazioni relative a singole persone, il medico deve assicurare la non identificabilità delle stesse.

Analogamente il medico non deve diffondere, attraverso la stampa o altri mezzi di informazione, notizie che possano consentire la identificazione del soggetto cui si riferiscono.

Art. 12

Prescrizione e trattamento terapeutico

La Prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico.

Su tale presupposto al medico è riconosciuta autonomia nella programmazione, nella scelta e nella applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico, anche in regime di ricovero, fatta salva la libertà del paziente di rifiutarle e di assumersi la responsabilità del rifiuto stesso.

Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche anche al fine dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente.

Il medico è tenuto a una adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e delle prevedibili reazioni individuali, nonché delle caratteristiche di impiego dei mezzi diagnostici e terapeutici e deve adeguare, nell'interesse del paziente, le sue decisioni ai dati scientifici accreditati e alle evidenze metodologicamente fondate.

Sono vietate l'adozione e la diffusione di terapie e di presidi diagnostici non provati scientificamente o non supportati da adeguata sperimentazione e documentazione clinico-scientifica, nonché di terapie segrete.

In nessun caso il medico dovrà accedere a richieste del paziente in contrasto con i principi di scienza e coscienza allo scopo di compiacerlo, sottraendolo alle sperimentate ed efficaci cure disponibili.

La prescrizione di farmaci, per indicazioni non previste dalla scheda tecnica o non ancora autorizzate al commercio, è consentita purché la loro efficacia e tollerabilità sia scientificamente documentata.

In tali casi, acquisito il consenso scritto del paziente debitamente informato, il medico si assume la responsabilità della cura ed è tenuto a monitorarne gli effetti.

E' obbligo del medico segnalare tempestivamente alle autorità competenti, le reazioni avverse eventualmente comparse durante un trattamento terapeutico.

Art. 16

Aggiornamento e formazione professionale permanente

Il medico ha l'obbligo dell'aggiornamento e della formazione professionale permanente, onde garantire il continuo adeguamento delle sue conoscenze e competenze al progresso clinico scientifico.

Art. 17

Rispetto dei diritti del cittadino

Il medico nel rapporto con il cittadino deve improntare la propria attività professionale al rispetto dei diritti fondamentali della persona.

Art. 18

Competenza professionale

Il medico deve garantire impegno e competenza professionale, non assumendo obblighi che non sia in condizione di soddisfare.

Egli deve affrontare i problemi diagnostici con il massimo scrupolo, dedicandovi il tempo necessario per un approfondito colloquio e per un adeguato esame obiettivo, avvalendosi delle indagini ritenute necessarie.

Nel rilasciare le prescrizioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative deve fornire, in termini comprensibili e documentati, tutte le idonee informazioni e verificarne, per quanto possibile, la corretta esecuzione.

Il medico che si trovi di fronte a situazioni cliniche, alle quali non sia in grado di provvedere efficacemente, deve indicare al paziente le specifiche competenze necessarie al caso in esame.



Art. 22

Certificazione

Il medico non può rifiutarsi di rilasciare direttamente al cittadino certificati relativi al suo stato di salute.

Il medico, nel redigere certificazioni, deve valutare e attestare soltanto dati clinici che abbia direttamente constatato.

Art. 23

Cartella clinica

La cartella clinica deve essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre a ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnostico-terapeutiche praticate.

Art. 32

Acquisizione del consenso

Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso informato del paziente.

Il consenso, espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione inequivoca della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'art. 30.

Il procedimento diagnostico e/o il trattamento terapeutico che possano comportare grave rischio per l'incolumità della persona, devono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conseguenze, cui deve far seguito una opportuna documentazione del consenso.

In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace di intendere e di volere, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona, ove non ricorrano le condizioni di cui al successivo articolo 34.

Art. 69

Medico dipendente o convenzionato

Il medico che presta la propria opera a rapporto d'impiego o di convenzione, nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche o private, è soggetto alla potestà disciplinare dell'Ordine anche in adempimento degli obblighi connessi al rapporto di impiego o convenzionale.

Il medico qualora si verifichi contrasto tra le norme deontologiche e quelle proprie dell'ente, pubblico o privato, per cui presta la propria attività professionale, deve chiedere l'intervento dell'Ordine, onde siano salvaguardati i diritti propri e dei cittadini.

In attesa della composizione della vertenza Egli deve assicurare il servizio, salvo i casi di grave violazione dei diritti e dei valori umani delle persone a lui affidate e della dignità, libertà e indipendenza della propria attività professionale.

Art. 70

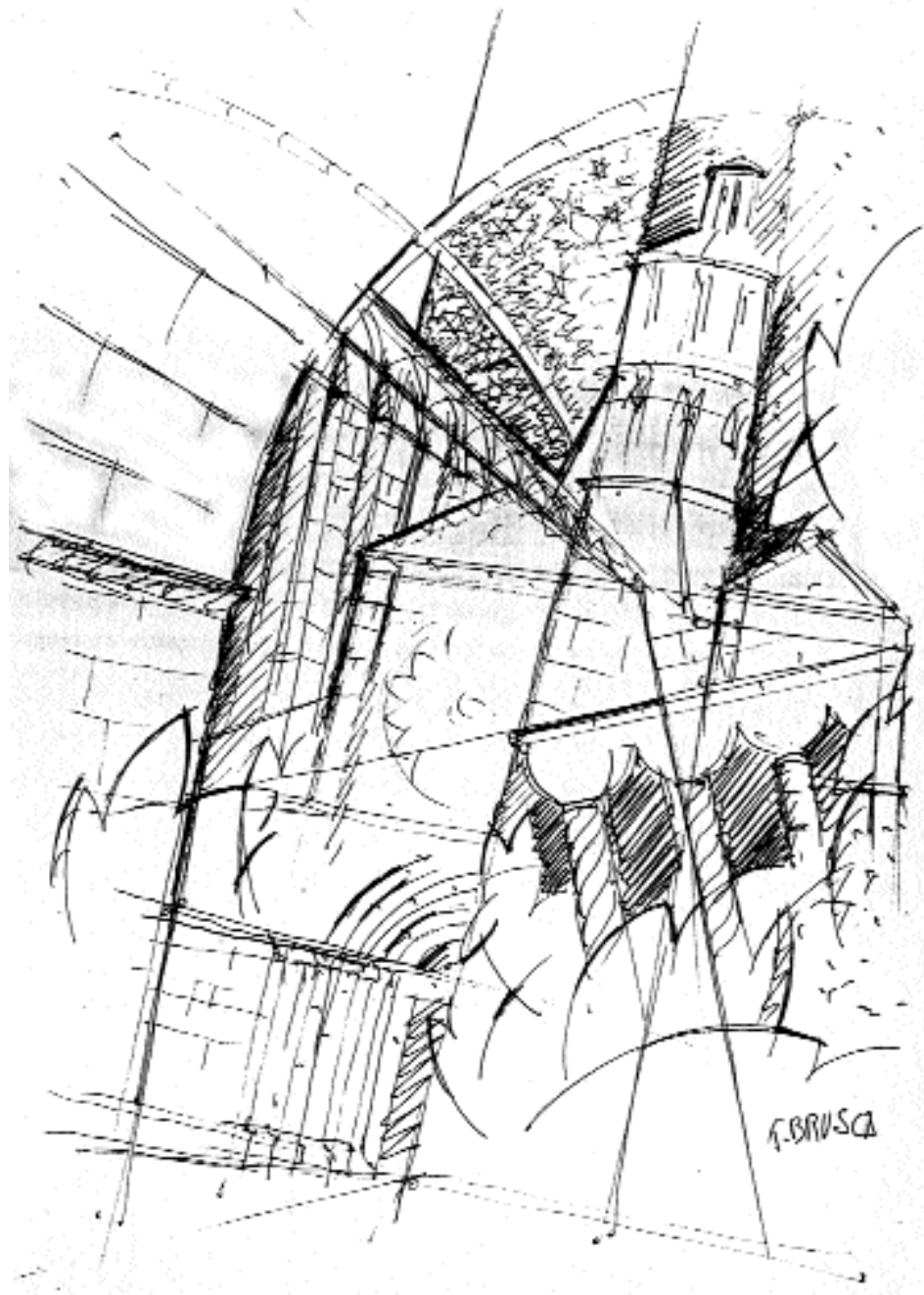
Direzione sanitaria

Il medico che svolge funzioni di direzione o di dirigenza sanitaria nelle strutture pubbliche o private deve garantire, nell'espletamento della sua attività, il rispetto delle norme del Codice di Deontologia Medica e la difesa dell'autonomia e della dignità professionale all'interno della struttura in cui opera.

Egli ha il dovere di collaborare con l'Ordine professionale, competente per territorio, nei compiti di vigilanza sulla collegialità nei rapporti con e tra medici per la correttezza delle prestazioni professionali nell'interesse dei cittadini.

Egli, altresì, deve vigilare sulla correttezza del materiale informativo attinente alla organizzazione e alle prestazioni erogate dalla struttura.

**APRIAMO UNO
SCENARIO
SENZA MINIMIZZARE
NE' PARALIZZARCI**



Verticalismo fossanoviano

Dalla Lex Cornelia alle diatribe del Petrarca contro i camici ignoranti del Medioevo

INVECTIVA CONTRA MEDICUM

*Oggi come all'epoca di Caio Celso
i medici evitano le responsabilità*

E' interessante leggere la raccolta di pagine di Francesco Petrarca, scritte in latino, che portano questo titolo. E' una lunga diatriba contro quei medici presuntuosi e arroganti che popolavano la fine del Medioevo. Se si esclude un certo atteggiamento moralistico comune anche ai censori della nostra epoca, emerge nel trattatello il comune desiderio di ognuno di noi di allontanare sofferenza e morte e contemporaneamente la rabbia e il livore nel constatare l'insufficienza umana e l'incapacità di quel "dio-demonio" che è appunto il medico cui, per di più pagando, si è costretti a rivolgersi. Ne deriva già allora la conseguente attribuzione di colpe e peccati qualora i problemi di salute non trovano soluzioni positive. Questo a testimoniare come praticamente da sempre, quindi, il medico si sia trovato oggetto di questi contrastanti sentimenti.

L'accusa di "malpractice" (il termine deriva dall'inglese poiché è proprio negli Stati Uniti che i procedimenti legali contro i medici hanno passato ogni limite), tradotto malamente in "malasanità", esprime un sentimento comune radicato nella storia e nelle culture.

Nell'antica Roma, la responsabilità penale del medico rientrava nella Lex Cornelia, che puniva colui che uccideva o feriva con l'intenzione di uccidere, chi confezionava o vendeva veleni, chi "per lussuria o per profitto" causava castrazione o aborti.

Dal punto di vista civile la Lex Aquilia (285 a.C.) puniva i danni procurati per incompetenza, negligenza, o addirittura errori più lievi per imprevidenza o superficialità. L'indennità per danni arrecati agli schiavi veniva pagata al padrone

per il mancato lavoro che questi provocavano. Se invece il medico era lui stesso uno schiavo, pagava per lui il "suo" proprietario, un po' come faranno adesso gli enti pubblici nei quali il medico è impiegato (...spesso come "schiavo"...). Questa legge non consentiva inizialmente all'uomo libero di farsi rimborsare per danni subiti, cosa che più tardi fu aggiunta nella legislazione romana.

Certamente le cause dovettero essere molte in epoca imperiale, ove esistevano "medici" (e anche ostetriche) molto ben pagati, accanto a ciarlatani che magnificavano unguenti, erbe, cure sofisticate, che oggi sappiamo ben poco utili, ma ancora molto diffusi.

Nel suo celebre trattato, Cornelio Celso raccomandava alcuni accorgimenti ai medici per risparmiarsi problemi legali: "essere prudenti, rifiutandosi di metter mano a ciò 'che non si può guarire per non essere accusati di assassinio quando uno muore per proprio inevitabile destino; ... quando non vi sono molte speranze di guarigione deve informare i parenti, al fine di non essere accusato di ignoranza o di incompetenza quando la malattia non viene guarita...".

Mi ha fermato per strada una signora che, mostrandomi il figlio, ha esclamato: "Senza di lei questo bambino non sarebbe venuto al mondo".

Sapevo invece di aver avuto ben pochi meriti: il successo era attribuibile ai soli progressi scientifici e all'ottima organizzazione dell'ospedale in cui lavoravo. Arrivo in reparto e trovo un genitore furente: "Vi mando tutti in galera". Vado a vedere cosa è successo: una lite con l'infermiera perché non aveva portato prontamente la padella. Non sempre però

è così. Talora i problemi sono più gravi e spesso le persone comprendono le difficoltà dei medici e delle strutture.

Questo però fino a che le cose vanno bene.

Quando infatti si verifica un evento dannoso, sempre più frequentemente si ricerca in primo luogo un "colpevole". In questo la stampa ha spesso una sua responsabilità ampliando la protesta dell'utente, e spesso condannando il medico ancor prima di qualsiasi sentenza. Esiste infatti nella moderna società la diffusa idea che la scienza medica possa tutto e che l'errore sia impossibile.

Sarebbe importante invece ricordare a tutti che la medicina comunque non ha risolto tutti i problemi, e molte scelte terapeutiche sono di per sé ambigue. Quasi quotidianamente infatti, specialmente in ostetricia, la branca più a rischio di procedimenti legali, ci troviamo dinanzi a scelte drammatiche: "Intervengo o non intervengo?" e "in che modo intervengo?".

Drammatiche, poiché la scelta può essere di vita o di morte, o per lo meno può influire in modo determinante sulla qualità di vita della madre o del nascituro, soprattutto per irreversibili danni neurologici.

Questo è però il nostro lavoro, che comporta di per sé ansia, sofferenza e fatica. Oggi è molto più facile eseguire un intervento chirurgico che decidere di non farlo, necessita molta più cultura ed esperienza medica seguire un travaglio di parto che appariva fisiologico e accorgersi a tempo di un eventuale aumento di rischio, che intervenire per una già diagnosticata sofferenza fetale. E, tanto più la scienza e la tecnica medica progrediscono, tanto più si moltiplicano i procedimenti legali contro i medici. Ne è esempio quanto succede negli Stati Uniti, in cui i procedimenti legali (nel civile) si moltiplicano, tanto che esistono studi legali che vanno negli ospedali alla ricerca di cause perché fra le più redditizie. E di questi giorni la relazione sul tema dell'American College of Obstetricians and Gynecologist (AOGOG), che rappresenta i 40.000 ginecologi americani. I ginecologi americani pagano in media un premio annuale di \$ 29.186 per poter esercitare la loro professione (il premio è

più alto in due Stati: Florida, 35.233 dollari e nello Stato di New York, 53.225). Vi sono poi punte massime per medici con grande attività clinica o centri che lavorano con pazienti ad alto rischio. I ginecologi americani hanno 2,53 procedimenti legali nella loro vita (erano 2,31 nel 1996). Questa ovviamente la media, che include Stati come Colombia e Porto Rico, ove i procedimenti sono pochissimi. Gli arbitrati eliminano una gran parte dei procedimenti (con il 65,5% in favore del medico). In favore del medico è stato il 53,9% delle sentenze. L'assistenza alla nascita è l'attività a maggior rischio legale rispetto alle problematiche ginecologiche (58,6 rispetto al 38,2%).

Tutto questo ha cambiato l'atteggiamento dei ginecologi portando a una crescente "medicalizzazione della vita", cosa che sta accadendo anche nel nostro Paese con l'aumento dei tagli cesarei e delle isterectomie. Ma ciò che più preoccupa è la fuga dei ginecologi dall'assistenza alla nascita (fenomeno altrettanto grave, a esempio, in Francia). Negli Stati Uniti il 17,1% dei ginecologi non si assume la responsabilità di seguire più le gravidanze ad alto rischio, il 6,2% ha diminuito il numero dei parti da assistere e l'8% non è più disponibile ad assistere i parti. Per quanto riguarda la pratica ginecologica, non esegue più interventi ginecologici l'8,2% degli ostetrici e il 3,3 ha cessato di eseguire interventi di alta chirurgia. In questo modo la qualità dell'assistenza negli Stati Uniti rischia di perdere i più qualificati ginecologi, che preferiscono dedicarsi alle attività ambulatoriali o consultoriali piuttosto che lavorare negli ospedali. Ma anche queste sono gravate da un rilevante numero di richieste di esami poiché esiste anche il ricorso a procedimenti legali per errori di diagnostici (il 25% delle cause ginecologiche). Fra queste, il mancato riconoscimento di un carcinoma. Nel 1996 questi procedimenti riguardavano per il 67,4% il carcinoma mammario, oggi sceso al 53,7% per una cattiva interpretazione radiologica essendo stati messi in evidenza i limiti della palpazione e dell'ecografia.

L'ondata sta adesso arrivando in Europa, e le compagnie di assicurazione cominciano ad aumentare i prezzi. In Italia la cosa è resa ancora più complicata dalla

*Apriamo uno
scenario
senza minimizzare
né paralizzarci*

varia interpretazione del concetto di colpa grave, è dal fatto che un eventuale errore non dovuto a colpa lascia il paziente leso senza risarcimento. C'è poi il problema penale che umilia spesso i medici, mettendoli alla berlina, e facendoli sentire come pericolosi criminali mentre spesso hanno sofferto l'impossibilità di risolvere un caso difficile o hanno tentato di tutto per salvare la persona.

Il problema va risolto a livello nazionale ed europeo, in primo luogo per proteggere il cittadino da un errore che in al-

cune situazione ha alte probabilità di verificarsi per intrinseche difficoltà diagnostiche e terapeutiche; in secondo luogo per ridare serenità al lavoro del medico, che non deve agire pensando solo a come sarà giudicato il suo atto, ma a come ritiene sia più utile fare per il suo paziente. La materia è difficile ma è urgente che sia affrontata sul piano etico e politico.

Romano Forleo
Storico della Medicina
Ginecologo



Da Torino Medica
Aprile 2001

LA SCRITTURA DEI MEDICI...

*... Segno di profonda cultura geroglifica
o di istintiva insicurezza?*

Un ritrovamento veramente interessante nel sito degli scavi archeologici: un manoscritto di incerta interpretazione che il prof. Casimiro Scriverben, noto grafologo e glottologo sta rigirando fra le mani eccitato ma anche perplesso: il reperto ha le dimensioni di una pagina di quaderno, forse appena più grande, di un materiale strano, certamente logorato dal tempo, simile alla carta ma più spesso, simile alla pergamena ma più sottile, difficile da classificare; molto rovinato, forse addirittura bruciato l'angolo superiore sinistro per un bel pezzo.

Ma la cosa più stupefacente e sensazionale che provoca emozione al vecchio professore è la scrittura: assolutamente mai vista! Qualcosa del geroglifico, qualcosa del sumero, qualcosa del cinese ma forse una scrittura mai conosciuta, di una popolazione non ancora nota alla scienza!

Prima di convocare i chimici e gli esperti di laboratorio per una analisi accurata del prezioso reperto il professore sottopone il manoscritto all'esame dei suoi colleghi, presenti con lui sul luogo degli scavi. Il prof. Reumatosi esperto egittologo sentenza: una nuova versione credo di demotico con richiami in geroglifico tebano, potrebbe essere:

“Onore al grande faraone.....alla battaglia del deserto....finché giunsero le navi...”
Ma no, caro collega! Mi permetta, dice il prof. von Penninen, questo pare proprio sanscrito, un po' modificato: “Il nobile imperatore terzo discendente... con diecimila guerrieri alla foce del fiume...”. Veramente a me sembra scritto nella mia lingua antica, dice il prof. Hu Pin Ling, ci leggo: “Nell'anno del drago sotto l'imperatore... .carestia e morte del bestiame... molti sacrifici...”. Più che cinese direi proprio che è arabo, anche se arcaico e mal scritto, però riesco a decifrarlo, dice il prof. Abdul Al Marahiki: “In nome di Allah il misericordioso... molti cammelli furono dati in dono per la bella Fathma... il Califfo benedisse...” .

Gli animi stavano surriscaldandosi, tutti difendevano animosamente la propria tesi senza trovare un accordo e il tono di voce diventava concitato attirando l'attenzione del dott. Chinino, il farmacista della spedizione, che si avvicina al gruppo: “Posso da-

re un'occhiata anch'io?"

"Ma certamente, ecco il manoscritto".

"Ma, esimi professori, questa è carta super-patinata quasi cartonata ed è una inconfondibile ricetta da luminare della medicina e dice "Nembokid capsule due confezioni: assumere una capsula due volte al dì lontano dai pasti" è la ricetta di un ricostituente smarrita da qualcuno mentre lavorava agli scavi! Altro che paleo-scrittura, è la normale grafia medica che solo noi farmacisti sappiamo decifrare!"

Roberto Lalario



**Da Panorama della Sanità
N° 7 – Marzo 2001**

RISCHI ED ERRORI DELLA SANITÀ ITALIANA

Nel corso dell'anno 2000 la stampa italiana si è occupata di 143 casi di malasania che hanno provocato danni, più o meno gravi, a pazienti; nel 54,5% dei casi i danni alla persona hanno provocato il decesso del paziente. È quanto emerge da un'indagine realizzata dal CENSIS, in collaborazione con Assomedico, presentata nel corso di una tavola rotonda tenuta il 22 febbraio scorso a Roma, presso la sede del CNEL. Erano presenti, oltre a Guglielmo Pepe, direttore di La Repubblica-Salute, in veste di moderatore, Giancarlo Mosca, segretario generale Assomedico, Giuseppe De Rita, segretario generale del CENSIS, Michele Miniello dell'ANIA, il segretario generale nazionale della Fimmg Mario Falconi, un rappresentante dell'Ordine dei medici di Roma e il segretario nazionale del Tribunale dei diritti del malato Stefano A. Inglese.

"Per la prima volta tutti i soggetti legati al mondo delle assicurazioni si sono riuniti intorno ad unico tavolo", ha sottolineato Giancarlo Mosca, "per parlare di sicurezza e tutela della professionalità medica e contemporaneamente di qualità dei servizi sanitari, per cercare di non finire nella terribile situazione americana, cioè dove dominano costi assicurativi altissimi. Dietro a un costo ci sono infatti sofferenze, ansie, aspettative che non è possibile liquidare in un modo esclusivamente contabile".

Lo scenario attuale insomma è complesso

e si figurano nuovi rapporti fra medico e paziente. "Si assiste sempre di più", ha affermato Giuseppe De Rita, "ad una forte individualizzazione del bisogno che vede il malato sempre più al centro del processo sanitario, a un recupero dell'olismo. La persona non è più un soggetto né un cliente, ma si sente il protagonista del processo".

Inoltre, De Rita ha sottolineato come l'individuo tenda sempre di più a fare da sé. "Se sul campo lavorativo si notano, in un Paese tradizionalmente dominato dal lavoro dipendente come il nostro, si contano 12 milioni di attività autonome. Nel rapporto con il corpo", ha continuato, "si nota la stessa cosa: ognuno si ritiene un caso a sé e vanno per la maggiore autoprescrizioni (38%), uso dell'enciclopedia medica, diete e interesse per la medicina alternativa". Che tipo di rapporto si instaura quindi con il medico? "Di certo", ha continuato De Rita, "si assiste ad aspettative crescenti nei confronti della sanità, che quando non vengono soddisfatte producono emozione, frustrazione e soprattutto rancore, che si esprime ancora più attraverso il ricorso ai media che all'avvocato, come invece avviene già in Usa, dove ormai da trent'anni si lavora più sul soldo che sull'emozione".

Un rancore che talvolta si rivolge verso il medico, ma più spesso va nella direzione della struttura, creando una percezione complessiva di malasania. "È qui che entrano in gioco le assicurazioni sulla

struttura e sul singolo medico”.

Il consulente dell'ANIA Michele Miniello ha portato a questo proposito al dibattito dati interessanti: “Nel 1999 le 98 imprese assicurative associate hanno raccolto nel ramo RC generale, che comprende l'assicurazione della responsabilità civile delle aziende ospedaliere e dei medici, poco più di 3.700 miliardi di premi pari a circa il 7,3% dell'importo totale dei premi del settore danni, ammontanti a loro volta a poco meno di 51.000 miliardi. Si tratta, come volume di premi, del 2° ramo fra i 18 del settore danni.

I premi riferibili alla RC dell'area sanitaria sono stimati in circa 340 miliardi, pari al 9% del totale dei premi del ramo, che nel '99 hanno dato luogo ad esborsi per sinistri per oltre 800 miliardi, con un rapporto superiore ad 1 a 2. “Inoltre”, ha proseguito, “il numero delle cause è vistosamente in aumento e di fronte a ciò gli assicuratori hanno aumentato i premi. Siamo infatti in presenza di un mutato atteggiamento del paziente che tende a dare una incalzante attenzione alla valutazione a posteriori sull'operato del medico. Non si esita a chiedere l'intervento dell'avvocato anche quando ci sia solo un sospetto che l'attuale stato di salute sia da collegare alle prestazioni sanitarie ricevute. Senza contare che oltre al danno biologico o alla salute comincia a essere tenuto in considerazione anche il danno morale”.

“Di fronte a questo scenario”, ha proseguito Miniello, “in cui aumenta considerevolmente la frequenza del rischio coperto con l'assicurazione, la mutualità non può essere spinta oltre certi limiti e così sono aumentati anche gli importi dei danni da risarcire. In un confronto con l'Unione Europea i premi italiani sono comunque ancora inferiori e purtroppo l'aumento dei premi non è servito a riportare equilibrio nella gestione del rischio”. Cosa si può fare? Secondo Mosca l'obbligatorietà dell'assicurazione non affronta il vero nodo e l'unica strada per uscirne è la prevenzione, la gestione del rischio, la qualità del servizio: cose che attengono più alle Asl che al mondo delle assicurazioni.

Dura la risposta del segretario generale nazionale della Fimmg, Mario Falconi.

“Sembriamo un Paese solidale, quello dove si svolgono i vari Telethon, le varie maratone della solidarietà, ma invece non lo siamo più”, ha tuonato Falconi. “il paese Italia non è più una grande famiglia ma una miscela esplosiva. Tra poco solo i figli di papà”, ha sottolineato, “potranno permettersi di fare il medico, perché saranno costretti a pagarsi assicurazioni sbalorditive per tutelare l'esercizio della loro professione. Penso che si possano raccogliere risorse in maniera più equa. Perché l'ANIA non si fa promotore di proposte, perché non pensare a un fondo comune di risarcimento?”. “Bisogna combattere l'individualismo”, ha proseguito Falconi. “Ci sono tante cose positive a cui guardare: basterebbe per esempio mettere in rete le strutture per avere un innegabile beneficio sul piano pratico”. Infine Falconi ha attaccato il Ministro della sanità Umberto Veronesi: “È una brava persona, un laico, un ottimo medico ma è il Ministro giusto al posto giusto uno che propaganda corsi per smettere di fumare quando noi li facciamo dal 1998?”. Anche Roberto Lala, segretario generale del Sumai, il sindacato che raccoglie gli specialisti ambulatoriali, ha parlato di insufficiente tutela del rischio. “Spesso si innescano contenziosi fra medico e paziente che non dipendono né dall'uno né dall'altro. La tecnologia per esempio ha portato, oltre agli innegabili benefici, anche una serie di problemi: tanto più è sofisticato l'apparecchio tanto è più facile l'errore, che diventa imprevedibile, imponderabile”. Di fronte a ciò Lala ha proposto come soluzione il lavoro d'équipe, perché il lavoro svolto senza serenità abbassa il livello delle prestazioni.

“Non dimentichiamo” ha precisato “che il nostro resta uno dei Sistemi sanitari fra i migliori a livello mondiale”. A conclusione della tavola rotonda, decisivo è stato il contributo di Stefano Inglese, responsabile delle politiche nazionali del Tribunale del Malato. “Il nostro sistema” ha detto, “è ancora molto lontano dal misurarsi con l'errore, che comunque è un esito con numeri piccolissimi rispetto alle prestazioni erogate. La letteratura anglosassone è piena di studi al riguardo: non siamo quindi all'anno zero. Noi stessi abbiamo un sistema di rilevazione che ci porta a

*Apriamo uno
scenario
senza minimizzare
né paralizzarci*

concludere che l'errore di diagnosi o terapia registra un trend in crescita: oltre il 10% in ortopedia, chirurgia, ginecologia e oncologia, con una omogeneità dal punto di vista geografico e una lieve prevalenza delle piccole strutture, soprattutto private". Inglese ha poi annunciato la vera notizia della giornata e cioè che oltre alla Carta della Sicurezza, iniziativa lanciata dal Tribunale del Malato due anni fa, nel prossimo mese di aprile partirà una sperimentazione in 11 strutture, attraverso unità di risk management, nelle quali gli operatori potranno confrontarsi sull'errore, senza puntare il dito per trovare colpevoli, ma per fare una mappatura dei rischi e per tenerli sotto controllo. "Speriamo", ha concluso Inglese, "che

quest'iniziativa si allarghi presto a macchia d'olio". Infine, al dibattito hanno dato il loro contributo anche un rappresentante dell'Ordine dei medici, che ha insistito sulla necessità di un'assicurazione obbligatoria per i medici; Luciano Cocchi, amministratore del Gruppo GPA, che ha rilevato come la quantità dei contenziosi sia ancora molto più bassa al Sud che non al Nord e Pier Carlo Cacciabue, che ha portato la voce della Ue: "il rischio zero", ha detto, "non esiste. Bisogna imparare attraverso iniziative di formazione, a gestire l'errore, prevenirlo, recuperare la situazione o offrire vie di fuga".

Paola Sarno



**Da Professione – Sanità Pubblica e Medicina Pratica
Anno IX n° 2 - 2001**

GLI ERRORI NELLE CURE MEDICHE

Errori medici e danni causati dalle cure

In sintesi

Gli errori nelle cure mediche causano danni a un gran numero di pazienti ricoverati negli ospedali di tutto il mondo. Ogni anno oltre un milione di statunitensi subiscono un danno conseguente alle cure mediche e 100.000 ne muoiono. È possibile dimezzare gli errori nelle cure mediche e i danni conseguenti se si adatta su base nazionale una politica di ricerca sistematica degli errori e di correzione delle cause degli errori stessi. La tecnica di analisi e riduzione degli errori nelle cure, che si chiama *risk management* usa l'analisi organizzativa per evidenziare la catena di eventi che porta all'errore e per progettare una adatta riprogettazione che previene gli errori. Questa è negli USA una priorità nazionale.

La pubblicizzazione del problema

Il Presidente Clinton e gli errori medici

Errori delle cure mediche: il termine

stesso ha un suono minaccioso, in quanto suggerisce a chi entra in un ambulatorio o in un ospedale che oltre che cure può riportare anche danni (1). Il rischio di danni derivanti dalle cure ospedaliere è stato messo sotto le luci della ribalta nel novembre del 1999, quando l'*Institute Of Medicine* (IOM, un'agenzia non-profit di ricerca sanitaria statunitense) ha pubblicato lo studio intitolato "*To err is human: building a safer health system*". Il titolo apparentemente bonario ed accattivante nasconde in realtà tuttavia una notizia-shock: ogni anno oltre un milione di americani riportano danni dalle cure che vengono loro prestate dalle strutture sanitarie e 100.000 ne muoiono. I danni conseguenti agli errori nelle cure comportano anche dei costi aggiuntivi che ammontano solo negli USA a circa 37,6 miliardi di dollari l'anno.

Il Presidente Clinton nel commentare il rapporto dell'IOM una settimana dopo la sua pubblicazione (2), ha fatto alcune affermazioni fondamentali:

- il problema degli errori nelle cure non sta nel cercare a ogni costo il colpevole, ma nel creare una cultura della sicurezza e nel promuovere la qualità delle cure;

- per ridurre gli errori è necessario raccogliere e diffondere tutti gli esempi positivi disponibili nel campo della sicurezza del paziente e del miglioramento della qualità;

- è necessario promuovere la ricerca nel campo della sicurezza dei pazienti.

Il rapporto dello IOM indica le tre principali strategie per ridurre gli errori nelle cure mediche (3):

- passare da un sistema punitivo e repressivo nei confronti dei presunti responsabili a un sistema non punitivo che favorisca la segnalazione spontanea degli errori;

- passare da un sistema reattivo (individuazione e correzione degli errori) a un sistema proattivo, consistente nel creare una cultura della sicurezza basata sulla prevenzione e soprattutto sulla previsione dei possibili errori;

- realizzare un sistema di individuazione e correzione sistematica delle situazioni a rischio di errore e di danno su scala nazionale. L'IOM sottolinea come sia necessario prendere in considerazione il fatto che gli errori medici sono nella maggior parte dei casi causati da cattive condizioni di lavoro (turni massacranti, scarsità di personale) piuttosto che da negligenza delle persone (4).

Nel febbraio 2000 il Presidente Clinton lancia un piano nazionale per la prevenzione degli errori medici, basato sulla costituzione di un Centro Nazionale per la Sicurezza dei Pazienti, sull'obbligo per tutti gli ospedali di dotarsi di un sistema di prevenzione degli errori, sulla promozione della sicurezza nell'uso dei farmaci, e su di un sistema nazionale di segnalazione obbligatoria di tutti gli errori (5).

Le reazioni del mondo sanitario

Il discorso del Presidente Clinton ha spinto il mondo sanitario ad avviare numerose iniziative: la *Aetna insurance* ha allocato un milione di dollari per la ricerca sulla sicurezza dei pazienti, l'*American Hospital Association* ha annunciato strategie per favorire la riduzione degli

errori negli ospedali, la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO, potente agenzia statunitense per l'accreditamento) ha annunciato una modifica dei suoi processi per favorire la segnalazione e la ricerca degli errori, la *General Motors* ha promesso di fare pressione sui medici che curano i suoi dipendenti per far diminuire il numero di errori.

Dopo una breve segnalazione sul "British Medical Journal" sul discorso di Clinton (6), il "New England Journal of Medicine" ha pubblicato un commento sullo stesso tema firmato da T.A. Brennan (7), un nome molto noto negli studi sugli errori medici in quanto autore del più celebre studio sull'argomento (8). Brennan ricorda che la prevenzione degli errori non deve essere limitata agli ospedali ma deve comprendere anche le cure ambulatoriali e mette in luce il rischio che il sistema legale e giudiziario, molto aggressivo verso gli errori medici, renda vane le segnalazioni spontanee degli errori favorendo invece il silenzio e la segretezza. Brennan fa notare inoltre che negli USA ciascuna delle innumerevoli organizzazioni sanitarie grandi e piccole (agenzie governative, ospedali pubblici, ospedali privati, ospedali confessionali, *Health Management Organizations*, assicurazioni private e così via) ha un proprio sistema informativo, naturalmente differente da quello di tutte le altre per motivi di concorrenza. In questa situazione pensare di creare e far funzionare un sistema nazionale uniforme ha un sapore nettamente utopico.

Le reazioni del pubblico

Dopo il rapporto dello IOM, un sondaggio eseguito dalla *National Patient Safety Foundation* ha rivelato che il 42% degli intervistati riferiva di aver già subito effettivamente un danno dalle cure mediche o che un parente o amico lo aveva subito, e il 32% riferiva che il danno aveva avuto effetti permanenti.

Un secondo sondaggio, questa volta mirato sui danni da farmaci, ha rivelato le diffuse preoccupazioni degli americani di ricevere la medicina sbagliata (61%), di ricevere medicine che potrebbero avere interazioni negative tra di loro (58%) e di riportare danni da una procedura medi-

ca (56%). I rimedi consigliati erano in prevalenza l'allontanamento dei medici responsabili dal servizio e la promozione di una migliore formazione sui farmaci: queste due risposte indicano che anche il pubblico è propenso non solo a punire, ma anche a migliorare le condizioni organizzative del servizio sanitario.

La nascita del risk management

Il problema della riduzione degli errori medici nasce negli USA

a metà degli anni '70, dopo un'impennata improvvisa delle denunce contro medici e ospedali per danni causati dalle cure mediche (9). I premi di assicurazione per la responsabilità civile di medici e ospedali iniziarono a crescere sempre più rapidamente, e così gli indennizzi, tanto che gli assicuratori si trovarono in grande difficoltà nel valutare la rischiosità e nel fissare premi adeguati. A quel tempo la riduzione degli errori era principalmente destinata a contenere le spese dei processi e degli indennizzi: per questo venne preso a prestito il nome di *risk management*, nato per designare le tecniche di riduzione del rischio finanziario nelle compagnie di assicurazione.

Il *risk management* prese il via dall'analisi delle denunce per negligenza, ma uno studio commissionato dall'amministrazione Nixon dimostrò che già nel 1971 i danni causati dalle cure mediche non erano necessariamente sempre legati a negligenza ma derivavano da una vasta serie di cause:

- rischi intrinseci nelle nuove tecnologie;
- peggioramento progressivo dei rapporti medico-paziente;
- attese spesso irrealistiche dei pazienti;
- numero crescente di professionisti coinvolti nel singolo episodio di cura.

Al tempo solo poche strutture ospedaliere si erano dotate di una funzione spe-

cifica di risk management, e queste poche lo avevano fatto più per la spinta degli assicuratori che per un vero e proprio orientamento verso una cultura della sicurezza.

Nel 1980, dopo una seconda ondata di denunce, nacque una specifica organizzazione (American Society for Healthcare Risk Management) con lo scopo di dare una risposta strutturata agli ospedali dotati di una funzione specifica di risk management (nel 1980 circa il 50% del totale degli ospedali statunitensi). Da allora in poi il risk management ha assunto progressivamente un'importanza sempre maggiore non solo per le ricadute legali ed economiche del danno, ma anche perché ogni danno impone un aumento delle spese (dal prolungamento della degenza ai costi delle cure aggiuntive necessarie per correggere gli effetti degli errori).

Oggi solo pochissimi ospedali in USA non hanno una funzione di risk management.

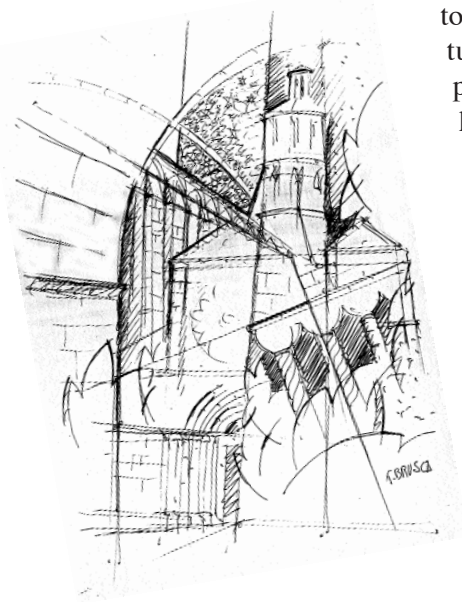
Gli studi sistematici sugli errori

Quanti sono gli errori medici?

Il primo studio sistematico sugli errori medici ("Harvard Study") venne eseguito nel 1991 esaminando oltre 30.000 cartelle: si dimostrò che nel 3,7% dei ricoveri vi era stato un danno derivato dalle cure (ed indipendente dalla malattia del paziente).

Il danno aveva causato in tutti i casi un prolungamento del ricovero ed in alcuni una disabilità permanente o anche la morte (10).

Nel 1995 venne pubblicato uno studio australiano (11), eseguito su oltre 14.000 cartelle cliniche, il quale forniva dati sensibilmente differenti dallo studio di Harvard: nel 16,6% dei ricoveri si era riscontrato un danno che nel 13,7% dei pazienti aveva causato invalidità permanente e



nel 4,9% la morte. Il 51% dei danni venne considerato potenzialmente prevenibile. Si precisava così una distinzione importante: la prevenibilità di un evento avverso o di un potenziale evento avverso implica un errore medico, mentre la non prevenibilità implica un rischio intrinseco delle cure o un fattore relativo alla situazione clinica del paziente (non controllabile quindi dall'organizzazione o da singoli). Le differenze riscontrate tra i due studi vennero attribuite sia a differenze dei metodi di analisi, sia a effettive differenze di qualità delle cure tra i due Paesi (12). Lo studio di Harvard e quello australiano, così come studi più recenti eseguiti nello Utah e nel Colorado (13, 14) individuano solo una piccola parte dei danni effettivamente avvenuti: l'esame delle sole cartelle cliniche non consente infatti di identificare i quasi-errori, gli errori non segnalati e quelli che non hanno determinato danno. Bisogna ricordare che molti errori non producono danno e molti danni non vengono denunciati (perché vengono corretti in tempo o perché il paziente non fa denuncia). Molti errori quindi non sono rintracciabili nella normale documentazione clinica: si è dimostrato mediante analisi più accurate che l'errata somministrazione di farmaci causa danni nel 6,5% dei ricoveri (15) e che errori senza danno successivo si riscontrano nel 5,5 % dei ricoveri. L'errore/danno da farmaci si verifica quindi in una percentuale del 13% dei ricoveri, molto maggiore quindi di quella dello 0,7% registrata ad Harvard. Analogamente una rilevazione in tempo reale mette in evidenza percentuali di errore molto elevate: in ambiente chirurgico (considerando come errori "tutte le situazioni in cui è stata presa una decisione non appropriata quando, nella stessa situazione, era possibile scegliere una alternativa appropriata") si è dimostrato che nel 45,8% dei ricoveri si registra un errore potenzialmente dannoso (16).

Purtroppo non vi sono studi sistematici sugli errori e sui danni che avvengono al di fuori delle cure ospedaliere, esistendo in questo campo solo studi sulle denunce, scarsamente rappresentativi della situazione reale.

Errori medici e danni: i fattori in gioco

Di chi è la responsabilità del danno?

Tra il 1940 ed il 1980 vennero fatti molti studi e interventi per identificare e limitare il contributo dell'errore umano alle catastrofi che si manifestano nelle situazioni ad alto rischio come ad es. l'aviazione, le centrali nucleari, l'industria e i trasporti (17), non solo per limitare gli incidenti ma anche sotto la spinta del grande impatto pubblico di queste evenienze.

I danni da errori medici, nonostante siano molto più diffusi di quanto non si creda [nel tempo impiegato per leggere questo paragrafo, otto pazienti saranno danneggiati e uno morirà a causa di errori medici prevenibili (18) in Italia, USA e Regno Unito,] coinvolgono singoli individui, in tempi diversi, in ospedali diversi, e raramente vengono discussi in pubblico.

Dalla metà degli anni '80 si è cominciato a pensare che gli errori vengono sì commessi da una persona, ma che questa persona molto spesso non è la sola responsabile dell'errore. Ci si indirizzò quindi non solo sullo studio dell'errore in sé ma anche sulla "catena dell'errore". Nei primi studi fatti sugli anestesisti e sui medici delle unità intensive si osservarono molte analogie con il lavoro dei piloti di aviazione e degli operatori delle centrali nucleari. In tutti questi casi l'errore umano viene grandemente favorito, se non addirittura direttamente determinato, da una serie di condizioni organizzative che nascono a due livelli: quello della "prima linea" e quello "dei piani alti" dell'organizzazione.

A livello della "prima linea" (interfaccia uomo-sistema o paziente-medico) le condizioni di lavoro più a rischio sono:

- gli ambienti a forte dinamica;
- le troppe e diverse fonti di informazioni;
- il cambiamento frequente di obiettivi;
- la scarsa chiarezza degli obiettivi;
- l'utilizzo di informazioni indirette o riferite;
- il passaggio rapido da situazioni di stress elevato a situazioni routinarie;
- l'uso di tecnologie avanzate e complesse;

- la coesistenza di priorità differenti;
- la presenza di più leader in competizione tra di loro.

A livello “dei piani alti” le condizioni che agiscono negativamente sulla “prima linea” sono:

- interazioni non ben regolate tra gruppi professionali diversi;
- scarsa chiarezza del sistema delle regole;
- compresenza di norme conflittuali;
- cattiva progettazione dell’organizzazione;
- scarsa o nulla attenzione alle politiche della sicurezza;
- disinteresse per la qualità.

Se dunque nelle organizzazioni complesse gli errori sono causati dall’interazione di un grande numero di elementi, la conoscenza della catena causale permette di identificare i punti di intervento e le opportunità di prevenzione degli errori.

Il fattore umano del danno

Nelle strutture sanitarie, che operano prevalentemente attraverso persone, l’errore umano è quasi sempre il fattore ultimo nella genesi del danno, anche se fermarsi ad esaminare il solo fattore umano potrebbe essere limitativo.

L’errore può essere definito come “l’insuccesso di un’azione pianificata per raggiungere un determinato obiettivo”.

Generalmente gli errori umani sono più frequenti nell’esecuzione di compiti o mansioni e possono essere di tre tipi:

- gli “**errori**”: il piano è adeguato, ma la realizzazione del piano è errata. Gli errori possono avvenire nell’esecuzione, e comunemente vengono chiamati disattenzioni (es.: dimenticanza di controllare che il farmaco sia destinato a quel paziente) o lapsus (es.: somministrare aspirina a un paziente con ulcera gastrica). In questo caso vi è stato un difetto di memoria o di attenzione;

- gli “**sbagli**”: il piano di azione è sbagliato e non può portare al risultato previsto a causa di un difetto nella pianificazione o nel problem-solving. In molti “sbagli” sono in causa le regole: applicazione di una regola sbagliata, mancata applicazione di una regola giusta, applicazione sbagliata di una regola giusta. In

altri “sbagli” possono essere in causa le conoscenze, come ad esempio nel caso di applicazione di una regola nota a una situazione non nota. Ricade in questa situazione il “dare per scontato” che un effetto è determinato solo da una causa e non da altre: l’esempio tipico è quello di attribuire il sangue nelle feci alle emorroidi senza tenere conto che assieme alle emorroidi può essere presente anche una grave malattia del colon;

- le “**violazioni**”, che sono deviazioni volontarie dalle pratiche, regole, norme di sicurezza e standard. Le violazioni possono essere di tre tipi:

· violazioni della *routine*, ossia omissione di parti “scomode” di un compito o eseguite per semplice noia;

- violazioni di comodo, ossia esecuzione scorretta di compiti per ottenere un vantaggio;

· violazioni necessarie, che avvengono quando le regole in atto non sono applicabili (es.: esecuzione di una procedura indispensabile da parte di un operatore non abilitato).

Le violazioni sono espressione di un clima organizzativo rischioso e non governato. Mentre gli errori “possono essere ridotti con il miglioramento della qualità e la progettazione organizzativa, le violazioni richiedono rimedi più complessi che possono investire l’organizzazione e la strategia”.

Il fattore organizzativo del danno

L’incidente ha quasi sempre profonde radici organizzative: le decisioni prese ai “piani alti” (caso tipico è la riduzione “temporanea” di personale) determinano in basso un riadattamento dell’organizzazione, che è costretta a gestire l’immediato e l’urgente perdendo progressivamente di vista le regole e la sicurezza. Si creano facilmente in questi casi condizioni che favoriscono gli errori e causano le violazioni; contestualmente si assottigliano le barriere di difesa dagli errori e l’incidente prima o poi si verifica.

Spesso le istituzioni sanitarie cercano di risolvere il problema degli errori acquistando una nuova tecnologia complessa, che invece di risolvere la situazione aggrava ulteriormente i problemi organizzativi e i problemi di comunicazione all’interno del *team*: è molto me-

glio orientarsi all'attenta pianificazione e al governo della comunicazione, che comporta costi minori e risultati migliori della tecnologia. In campo aeronautico una buona formazione nella gestione dei *team* e nella comunicazione ha dimostrato di garantire ottimi risultati.

L'osservazione degli incidenti permette di identificare alcune condizioni tipiche che possono dar luogo a errori. Ogni condizione ha anche un suo proprio potenziale di danno: ad esempio l'esecuzione di un compito totalmente nuovo senza conoscenza delle conseguenze comporta una probabilità di danno molto più alta che non un compito abituale eseguito da personale ben preparato (Tab. 1).

La ricerca ha anche definito alcune condizioni nelle quali le violazioni si verificano con maggiore frequenza (Tab. 2).

Le principali situazioni organizzative che producono danni e che quindi vanno identificate e corrette sono:

- alto carico di lavoro;
- inadeguatezza delle conoscenze, delle competenze;
- cattiva gestione della comunicazione nelle interfacce;
- istruzione e supervisione inadeguate;
- ambiente stressante;
- stato fisico (stanchezza, noia);
- cambiamenti frequenti.

Interazioni tra fattori umani ed organizzativi

Le situazioni di rischio

L'interazione tra fattore umano e fattore organizzativo è stata ampiamente studiata, che nelle già citate situazioni dell'industria aeronautica, dell'industria chimica e delle centrali nucleari; i fattori organizzativi che hanno valore prognostico in quanto causa frequente di errori e danno sono:

- gli "elementi patogeni" che hanno causato incidenti nel passato. Si può trattare di difetti tecnici dei macchinari, obiettivi incompatibili con la realtà, procedure non ben progettate o formalizzate, scarsità di personale, carichi di lavoro eccessivi, scarsa formazione di accogliamento;

- gli aspetti tecnici generali dell'organizzazione come progettazione, operazioni, comunicazione, formazione, siste-

mi di prevenzione dell'errore, barriere al danno.

Queste due categorie di fattori organizzativi vanno attentamente e continuamente monitorate nelle situazioni "ad alta intensità di personale" (come la Sanità), nelle quali i "patogeni" diventano dannosi per variazioni anche piccole dei fattori tecnici.

I rischi del sistema

Solo poche ricerche sono riuscite a stabilire, in ambito sanitario, una correlazione tra singoli fattori organizzativi ed errori: questo perché le organizzazioni sanitarie sono dei sistemi complessi, nei quali l'identificazione delle catene causali è molto difficile.

Il primo fattore organizzativo da prendere in esame è la struttura del sistema, intendendo con questo le regole generali e il modello di funzionamento che determinano i risultati del sistema: in tutti i sistemi infatti gli effetti positivi (i prodotti) e gli effetti negativi (i difetti) si manifestano in proporzioni relativamente costanti.

Le organizzazioni sanitarie sono dei sistemi, e come tali hanno dei prodotti "positivi" o "voluti" che possono essere il numero di interventi, le malattie guarite, le procedure eseguite, le visite (19).

Ma hanno anche i prodotti "negativi" o "non voluti" che sono la mortalità chirurgica, i tempi di attesa, gli errori. Prodotti positivi e prodotti negativi sono strettamente legati con la struttura e il modello del sistema e possono essere variati solo agendo sul sistema.

Il grado di complessità di un sistema implica che, al crescere degli elementi interagenti, la probabilità di errore sale in modo esponenziale. In un sistema ideale costituito da un singolo elemento che ha il 99% di probabilità di non sbagliare, la probabilità di successo è appunto del 99%. In un sistema costituito da 25 elementi interagenti (ad esempio, le persone lavorano in un piccolo reparto di degenza) ciascuno dei quali ha il 99% di probabilità di non sbagliare, la probabilità globale di non sbagliare scende al 78%. Se gli elementi che interagiscono salgono a 100, la probabilità di non sbagliare

scende al 37%. Nei sistemi, anche se la probabilità di errore del singolo è molto bassa, la probabilità composta di errore di più singoli che interagiscono è molto elevata.

La riduzione della complessità di un

sultati positivi delle cure (*outcome* positivi) e ridurre i risultati negativi (*outcome* negativi come complicanze ed errori) (21).

Le interazioni sociali come rischio

Un altro elemento di rischio recentemente messo in luce nelle organizzazioni sanitarie è quello inerente alle interazioni sociali tra *professionals* (22). Il lavoro sanitario è ad alto rischio di errore non solo per la sua complessità, ma anche per la sofisticazione tecnica e l'alto grado di interazione "sociale" tra le persone.

Si possono definire quattro aree di rischio potenziale nell'interazione tra persone:

- *l'area della divisione del lavoro e della "segretezza strutturale"*: la presenza contemporanea in un team di persone con preparazione e compiti diversi rende spesso difficile l'integrazione (esempio: far coesistere necessità "mediche" tipicamente tecniche e necessità "infermieristiche" tipicamente assistenziali);
- *l'area delle barriere sociali alla comunicazione*: la differenza di ruoli gerarchici rende spesso difficile se non impossibile discutere su una decisione

(esempio: l'infermiera esperta che non se la sente di avvertire un medico giovane ed inesperto che sta per prendere una decisione pericolosa);

- *l'area della identificazione/condivisione della responsabilità*: una persona interviene più facilmente in una situazione di urgenza quando è sola rispetto a quando è in presenza di altre persone (se non vi sono regole certe può non essere chiaro chi deve intervenire in caso di urgenza);

- *l'area dello spostamento progressivo e non percepito degli obiettivi*: l'esempio tipico è il peso economico attribuito alle decisioni mediche, che può spingere qualche medico a non prescrivere un esame costoso ma necessario per incapacità di selezionare la priorità tra obiettivo di salute e obiettivo economico.

Il rischio di errore "sociologicamente

Tab. 1 Condizioni favorevoli agli errori e la probabilità di determinare un danno

Condizione	Probabilità di danno
Scarsa familiarità con il compito	x 17
Scarsità di tempo	x 11
Scarsa differenza segnale/rumore	x 10
Scarsa interazione fra pari	x 8
Incoerenza progettista/utilizzatore	x 8
Irreversibilità dell'errore	x 8
Sovraccarico di informazioni	x 6
Sottostima del rischio	x 4
Scarso <i>feedback</i> dal sistema	x 4
Inesperienza (poco staffing)	x 4
Scarse istruzioni sulle procedure	x 2
Controlli inadeguati	x 3

sistema permette di ridurre sensibilmente gli errori: un esempio tipico è costituito dalla riduzione degli errori nella somministrazione dei farmaci che si ottiene semplificando il sistema di distribuzione mediante riduzione degli elementi del sistema, ottenuta con la diminuzione di passaggi permessa dalla prescrizione, elettronica (20).

Oltre alla riduzione della complessità del sistema si può agire sui singoli elementi del sistema, il più importante dei quali, nei sistemi sanitari, è costituito dai *professionals* (medici, infermieri e tecnici). La quantità e la preparazione dei *professionals* è critica per ottenere risultati positivi ed evitare effetti negativi. È stato recentemente dimostrato negli USA che la quantità delle RN (*Registered Nurses*) e il loro grado di preparazione hanno un'importanza critica per migliorare i ri-

Tab. 2 Condizioni favorevoli le violazioni

Assenza di una cultura della sicurezza
Conflitti tra <i>management</i> e <i>staff</i>
Morale basso
Scarsa supervisione e controllo
Norme di gruppo che condonano le violazioni
Scarsa percezione del rischio
Scarso interesse del <i>management</i>
Scarsa motivazione nel lavoro
Cultura che incoraggia il rischio
Convinzione che gli errori non avvengano
Bassa autostima
Diffuso disprezzo delle regole

spiegabile” (ossia dipendente dalle interazioni tra persone) cresce in alcune situazioni ben definibili:

- quanto è più grande il numero di persone che intervengono nel processo di cura;
- quanto è maggiore la complessità degli interventi tecnici su di un paziente;
- quanto è più indefinita la responsabilità sul paziente;
- quanto minore è la formalizzazione della comunicazione;
- quanto meno sono formalizzati e sistematizzati gli atti terapeutici fondamentali come distribuzione dei farmaci, intervento di emergenza e controllo delle infezioni;
- quanto maggiore è la differenza di *status* tra figure professionali e tra maschi e femmine;
- quanto meno è identificabile il contributo del singolo all'organizzazione;
- quanto minore è il grado di responsabilità personale e collettiva nel promuovere la sicurezza;
- quanto maggiore è la pressione a raggiungere obiettivi non direttamente correlati con la qualità e la sicurezza;
- quanto maggiore è la discrepanza tra obiettivi dell'organizzazione e risorse disponibili.

Continuità delle cure e rischi

La continuità delle cure è essenziale per la garanzia dei risultati delle cure stesse. La mancata continuità delle cure

può portare a ritardi, errori o interruzione delle cure (23) che spesso si manifestano quando, nella cura di un paziente, si susseguono diversi medici od operatori sanitari specie se appartenenti a organizzazioni diverse.

Le discontinuità avvengono generalmente (24):

- nelle situazioni “di confine” come il cambio di turno, la dimissione di un paziente, il trasferimento tra unità diverse;
- quando uno dei componenti il team di cura (medico o infermiere) cura o segue più pazienti contemporaneamente;
- quando sono in corso cambiamenti organizzativi che comportano modifiche della responsabilità o di referenti;
- quando vi sono più operatori che agiscono in sequenza, come nella preparazione di un intervento chirurgico.

In tutte queste situazioni i normali meccanismi di controllo non “seguono” il paziente, che si può trovare in condizioni di “vuoto di affidamento”.

Giulio Marcon

Primario di Medicina Interna UO di Lungodegenza

Az ULS 13 Veneto - Mirano

Professore a Contratto di

Management per Clinici

II Scuola di Specialità in Medicina Interna -
Università di Padova

Matteo Ciuffreda

Dirigente Medico UO di Lungodegenza

Az USL 13 Veneto - Mirano

Paolo Corrà

Dirigente Medico UO di Lungodegenza

Az USL 13 Veneto - Mirano

La bibliografia è a disposizione presso la sede dell'Ordine di Latina

MEDICI PARALIZZATI DAI “TERRORI” MEDICO - LEGALI

Lavoro come dirigente medico presso il Dipartimento di “Emergenza-urgenza” di un Ospedale Toscano. Credo profondamente nell’alto valore scientifico ed umano di questa professione che ho fermamente voluto e perseguito. Seguo corsi di aggiornamento, leggo testi e rifletto molto su come migliorare la mia competenza in questa branca della medicina e rendere sempre più rigoroso e lucido l’approccio clinico al malato critico. Un “nobile disegno”, si potrebbe dire, sebbene un po’ da idealisti! In realtà ritengo che sia semplicemente il modo migliore per cercare di trarre dal lavoro che ho scelto la soddisfazione che penso di meritare, oltre che il mezzo per rendere alla comunità scientifica ed alla società un buon servizio.

Questo impegno si sta facendo tuttavia negli ultimi tempi sempre più difficile. Devo infatti scontrarmi giornalmente contro i consigli e le direttive di una vasta schiera di colleghi e superiori (non tutti per fortuna!) che “remano contro”. Non credo che nella maggior parte dei casi questo ostruzionismo sia motivato dalla malafede o dalla svogliatezza. In realtà la motivazione principale sta nei cosiddetti “terrori medico-legali” che dominano i pensieri e le azioni della maggior parte dei medici e dei chirurghi. Si tratta di una sorta di ansia terribile, che a volta diviene vero e proprio panico, di incorrere in più o meno ingiuste “persecuzioni” legali in seguito ad un qualunque atto terapeutico o, più in generale, ad una qualsiasi decisione clinica. Sorprendentemente la minaccia è quasi sempre rappresentata non dai pazienti in prima persona, ma dai loro parenti, una vera e propria spina nel fianco di fronte a qualsiasi decisione che non trovi la loro approvazione. L’ironia sta nel fatto che tale appoggio, tanto ricercato dai medici, non solo non si fonda, per ovvi motivi, su basi di competenza scientifica, ma neppure deriva quasi mai da spirito umanitario e compassionevole nei confronti del congiunto. Si tratta, quasi immancabilmente, di un goffo tentativo di liberarsi di Costui, se non fisicamente, certo almeno nel senso dei pensieri e delle preoccupazioni, oltre che degli impicci, che un malato rappresenta per la sua famiglia. E, si badi bene, questi “temibili” familiari non usano certo perifrasi o circonvoluzioni, né tanto meno eufemismi nel manifestare le proprie disapprovazioni, ma passano subito alle vie di fatto con minacce più o meno dirette a ricorrere a giudici ed avvocati se le loro richieste non verranno soddisfatte, forti di un crescente malcontento nei confronti dei medici da parte dell’opinione pubblica, abilmente cavalcato da giornalisti “intraprendenti” in cerca di “scoop” scandalistici.

Ebbene, seppure capisca ed in parte giustifichi questo dilagante terrore fra i medici, per aver assistito, nella mia pur giovane carriera, a numerosi contraddittori legali fra medici e “parenti”, finiti quasi sempre in favore di questi ultimi, tuttavia non riesco proprio ad accettare (e sono pronto anche a rimetterci personalmente) la degenerazione che la professione medica sta subendo a causa di questo fenomeno. E’ capitato più di una volta che mi sia sentito consigliare fermamente da parte di colleghi, pur stimati, di ricoverare pazienti o di effettuare esami sofisticati e costosi quanto non indicati, solo per “pararsi il didietro” di fronte ad eventuali ed imprevedibili conseguenze di una decisione clinica rigorosa (ma per qualcuno semplicemente più rischiosa). Le frasi e financo i toni sono sempre gli stessi: “chi te lo fa fare di prenderti dei rischi medico-legali?”.

Rifiuto con decisione questa visione della professione medica! I risultati di lavori internazionali, le indicazioni di medici autorevoli, l’esperienza clinica personale maturata, non già vaghe ed irrazionali paure, devono guidare il nostro lavoro che, (ricordiamocelo!), sebbene con caratteristiche del tutto particolari dovute al fatto di aver a che fare con la vita umana e con tutte le passioni che la circondano, fa pur sempre

*Apriamo uno
scenario
senza minimizzare
né paralizzarci*

parte delle attività umane scientifiche, dominate, in quanto tali, dalla razionalità e dal rigore della scienza. Questo significa che ogni altro metodo utilizzato nell'applicare praticamente i concetti della medicina, che non sia quello scientifico, sebbene ovviamente modulato dal buon senso e dalla esperienza, non ha probabilità di buona riuscita, e, in quanto tale, nuoce gravemente al paziente e contravviene uno dei principi fondamentali del nostro Giuramento.

Non credo proprio che in un'Era di "Linee Guida e Protocolli" internazionalmente accettati sulla gestione dei malati e delle più comuni patologie, ci possiamo permettere di prendere decisioni solo in base a vaghi fantasmi ed a paure irrazionali ed a volte quasi mistiche. E siamo poi così sicuri che prendere decisioni coerenti, in coscienza e competenza, soprattutto in accordo con le linee guida ed i protocolli internazionali, possa esporci lo stesso a condanne da parte della Legge, qualora siamo in grado di portare tutte le argomentazioni scientificamente valide a favore delle nostre scelte? O piuttosto, a volte, scegliere il compromesso, che ci "mette al riparo" da rischi medico-legali (chissà poi se veramente è così!), non è piuttosto un mezzo, o meglio un alibi, nei confronti della nostra ignoranza e della nostra pusillanimità? Non credo che un animo pavido e timoroso possa essere portato a modello nella professione del medico; in fondo esistono tanti mestieri che espongono a rischi e impongono responsabilità assai minori.

Non vorrei assolutamente che queste paure irrazionali, anche se a volte si concretizzano, riportassero la nostra professione ad una dimensione medioevale, ad un clima da Santa Inquisizione. Credo proprio che Galileo si rivolterebbe nella tomba!

Carlo Bergamini

Dirigente Medico (ex I livello) USL 3, Presidio Spedali Riuniti di Pistoia,
Sezione Accettazione Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza



**Da Professione
18.01.1991**

*Il New England denuncia una difficile situazione in Usa.
Il commento di Aldo Pagni*

SFIDUCIA TRA I CAMICI BIANCHI

*L'eccessivo carico burocratico costituisce la principale
causa di lamentela da noi come oltreoceano.*

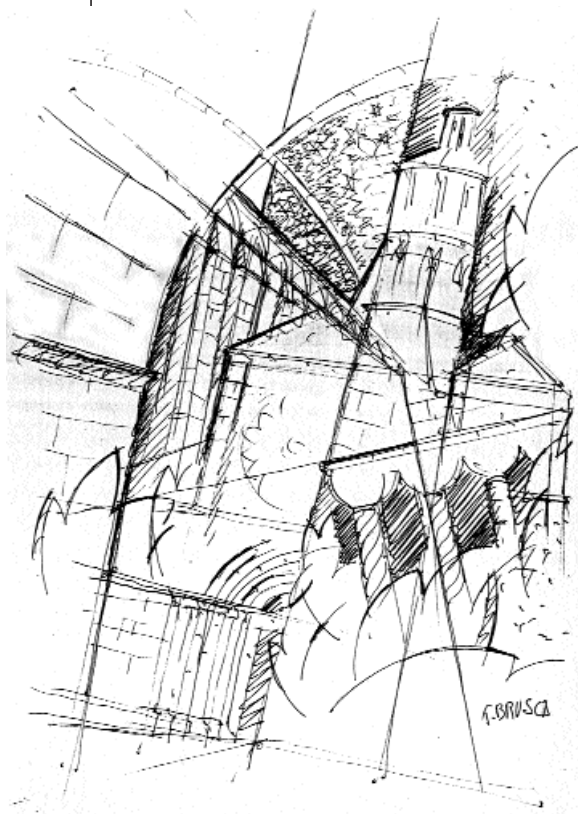
*In crescita anche la preoccupazione per la progressiva
perdita di autonomia nell'intraprendere decisioni cliniche*

In America sono molti i medici scontenti per quanto riguarda la qualità della propria vita professionale. È questo almeno quanto afferma Jerome Kassirer in un editoriale apparso recentemente sul *New England*. Ma quali sono i motivi di insoddisfazione della classe medica statunitense? "I problemi principali" scrive

Kassirer "riguardano la frustrazione nei tentativi di offrire cure ottimali, la presenza di criteri economici che appaiono distanti dall'etica professionale, la perdita di controllo relativamente alle decisioni cliniche e le restrizioni del tempo personale. In particolare, sempre più ore vengono consumate in pratiche burocratiche".

*Apriamo uno
scenario
senza minimizzare
né paralizzarci*

tiche che, alla fine, portano i medici a passare meno tempo con i familiari o a mantenersi aggiornati dedicandosi allo studio della letteratura scientifica". Si tratta, secondo Kassirer, di una situazione preoccupante, che porta spesso a una profonda demotivazione del professionista e a una perdita d'immagine nei confronti degli stessi assistiti. La realtà americana, comunque, non sembra allontanarsi troppo dal quadro di insoddisfazione dei camici bianchi che si registra anche nel nostro Paese. Secondo il presidente della Fnomceo Aldo Pagni, infatti, molti dei problemi che assillano i medici degli Usa cominciano a essere evidenti pure in Italia: "Il malcontento della professione oltreoceano, ormai consistente, nasce soprattutto dal fatto che si



è creata una frattura nel rapporto tra medico e cittadino a causa delle continue cause da indennizzo e delle denunce per malpractice. In Italia, in questo senso, non si è di fronte ancora a una situazione grave ma se ne avvertono i primi segni: da tempo, infatti, denunciavamo l'importazione di un modello "legalista" della medicina che sta prevalendo sul rapporto di collaborazione e di alleanza terapeutica

tra GP e paziente".

Perdita di un rapporto libero e privo di vincoli

In ogni caso, secondo Pagni, il nodo principale delle lamentele dei camici bianchi italiani sta nel fatto che in passato si era abituati a un rapporto libero e privo di vincoli, mentre attualmente "il medico sta diventando sempre più servitore di due padroni difficilmente conciliabili: da una parte il cittadino con i suoi bisogni e, a volte, i suoi atteggiamenti consumistici e, dall'altra, il servizio sanitario nazionale con la sua ben nota limitatezza delle risorse che impone criteri restrittivi nell'erogazione di beni e servizi".

Al di là delle ovvie differenze che rispecchiano anche la diversità dei sistemi sanitari presenti in Usa e in Italia, alcuni motivi di lamentela da parte dei medici americani si riscontrano specularmente nel nostro Paese: è il caso per esempio dell'eccessiva burocrazia: "Sotto questo profilo, in Italia siamo maestri nell'inventare scartoffie inutili" è il duro commento di Pagni; "se gli americani cominciano ad accorgersene ora, noi ce ne lamentiamo da quarant'anni". Relativamente alla perdita di autonomia nell'intraprendere decisioni cliniche, inoltre, potrebbe influire la sempre maggiore importanza annessa ai protocolli diagnostico-terapeutici. "Le linee guida" puntualizza Pagni "risultano importanti e utili come punto di riferimento e supporto alla professione in quanto, sintetizzando le attuali "turbolente" conoscenze scientifiche, riducono la variabilità dei comportamenti dei colleghi nella scelta delle alternative terapeutiche. Se però tali linee guida dovessero trasformarsi in protocolli di Stato impositivi diventerebbero motivo di aumento di spesa e creerebbero per di più notevole disagio, soprattutto in quanto esse fanno riferimento all'astrazione nosografica costituita dalla malattia e non alla realtà clinica rappresentata dal malato nella sua interezza".

Arturo Zenorini

UN MESTIERE A RISCHIO

Il medico dipendente in bilico tra il rischio professionale e il rischio dirigenziale

La professione medica è rischiosa. È rischiosa per i pazienti che possono essere danneggiati dalle scelte diagnostiche e terapeutiche, ed è rischiosa per gli stessi Medici che possono essere denunciati dai pazienti, che, a torto od a ragione, ritengono di essere stati lesi da quelle scelte. I medici dipendenti (ospedalieri, distrettuali, territoriali), sono, da qualche anno, diventati “dirigenti”, e così è ricaduto sulle loro spalle un ulteriore rischio: il rischio dirigenziale, che è andato ad aggiungersi al già pesante rischio professionale. I procedimenti, civili e penali, contro i medici sono oltre 12.000.

Se ne è accorta la stampa, se ne sono accorte le società assicuratrici, che hanno recentemente aumentato in modo significativo il costo delle polizze individuali contro il rischio professionale e che hanno bruscamente disdettato le polizze di alcuni Colleghi, condannati per colpa grave. I giornali sono pieni di notizie di malasànità, come se la sanità italiana fosse un settore occupato da medici sprovveduti, ladri e truffatori (“dolo e colpa grave”) e non da medici preparati, in grado di esercitare la professione in modo ponderato, motivato e responsabile. I medici dipendenti (ospedalieri, distrettuali, territoriali), sono un vaso di coccio stretto tra le esigenze crescenti dei pazienti (che pretendono - sempre e comunque - la guarigione), le gravi carenze strutturali ed organizzative delle Ulss/Asl e le nuove interpretazioni giuridiche in tema di responsabilità professionale del medico: personale e d’equipe.

Del tutto recentemente la Corte di Cassazione ha emesso due sentenze estremamente pesanti per i medici dipendenti. La prima stabilisce la piena responsabilità degli Assistenti rispetto alle scelte terapeutiche del Primario, qualora non si siano ufficialmente dissociati dalle scelte stesse.

La seconda (Corte di Cassazione, n° 2325/2000) ha confermato il problema della “responsabilità a catena”, condannando tutti i medici specialisti (anestesisti, chirurghi e nefrologi) coinvolti in sequenza in un trapianto renale dall’esito disastroso. Cresce, nella mentalità collettiva, il fenomeno della colpevolizzazione dell’atto medico: accusare non costa nulla e spesso rende, tanto più che i medici di solito non controdenunciano. La Magistratura è oggi schierata dalla parte del soggetto ritenuto più debole, ossia del paziente: lo dimostra la prima delle due sentenze citate.

D’altro canto, i medici dipendenti hanno alcune grosse responsabilità. Innanzitutto sottovalutano l’importanza, per la Magistratura, della documentazione clinica, cioè della compilazione del diario clinico quotidiano, della scheda di dimissione ospedaliera, degli atti del consenso informato, frutto di una corretta informazione fornita al paziente. In secondo luogo, i medici sottovalutano gli aspetti assicurativi, intesi come entità del massimale di rischio coperto ma soprattutto come tipologia di polizza.

La polizza professionale deve essere: personalizzata, adeguata alle necessità, e deve includere sia il rischio dirigenziale che la tutela legale. Infine, i medici si affidano al caso, all’erronea certezza, cioè, che le “rogne” possano solo capitare agli altri Colleghi, ma non a loro stessi.

Mentre il paziente (da solo o in gruppo) provvedeva a tutelarsi in modo sempre più completo, nel frattempo i medici (come categoria) vedevano progressivamente ridursi il loro grado di carisma e di affidabilità, in parte per colpa di chi ha voluto proletarizzare l’arte medica ed in parte per responsabilità di chi ha cercato di lucrare.

L’imprevedibilità, spesso legata alla professione medica, è, così, diventata sinoni-

mo di imperizia. E l'imperizia o la supposta imperizia è stata costantemente considerata dal Giudice come un illecito penale e non - come dovrebbe essere - un episodio da risolvere con le regole del diritto civile. Se il Legislatore avesse separato nettamente le responsabilità civili da quelle penali, il morale degli Ospedalieri sarebbe oggi più elevato di quanto non sia.

Purtroppo molte delle attuali normative assicurative prevedono che il riconoscimento civile sia consequenziale ad un giudizio penale. Sarebbe invece opportuna una legislazione che identificasse il danno causato da imperizia e/o ignoranza come un illecito civile, non come un illecito penale. Se fosse disponibile una seria statistica sul contenzioso professionale in medicina, si dimostrerebbe facilmente che la casistica è piena di eventi considerati (per ovvi motivi di tipo civilistico) come "colpe gravi" e non come "colpe lievi", o come "frutto di dolo".

Né i Dpr contrattuali (761/79; 270/86; 384/90) né il contratto di lavoro 1998-2001 tutelano in modo adeguato il rischio professionale del medico dipendente. In particolare, nel recente Ccnl 1998 - 2001, gli articoli 24 e 25 (dedicati agli aspetti assicurativi ed alla tutela legale) sono molto simili all'articolo 111 del Dpr 270/87, come se - nel frattempo - la sanità non fosse cambiata! L'unica novità è la previsione (previo pagamento individuale di 100.000 lire /anno) che la polizza dell'Ulss non contenga la clausola di rivalsa contro il medico, in caso di colpa grave.

Ma ciò non esimerà il medico dall'obbligo personale di sottoscrivere una sua polizza individuale, adeguatamente costruita per la sua tipologia professionale.

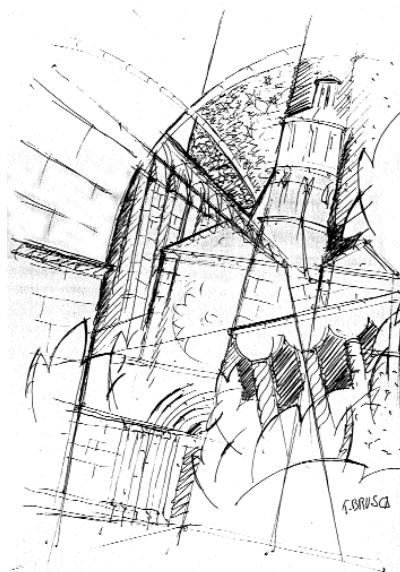
Contemporaneamente, non è cresciuta la sensibilità delle Asl, in tema di rischio professionale. Una recente inchiesta della Cimo ha dimostrato che, nel Veneto, su 24 polizze di Ulss/Asl: solo 9 coprono la colpa grave; 18 su 24 prevedono: la rivalsa in caso di dolo e di colpa grave; 4 su 24 prevedono la rivalsa solo in caso di dolo accertato in giudizio; una sola non prevede la rivalsa; 14 su 24 prevedono la copertura delle malattie professionali dopo la scadenza della polizza; solo 6 su 24 includono la tutela legale.

Anche i massimali garantiti sono inadeguati: la copertura media per sinistro è sui 10 miliardi, ma il range oscilla da 3 a 15 miliardi complessivi, che spesso (11/24 casi) si riducono per i danni alle persone (range da 1 a 6 miliardi).

Ancora più variegato è il massimale civile verso gli operatori (Rco): oscilla da 2 a 15 miliardi per sinistro (in media, 7,9 miliardi) con una copertura per danni alla singola persona da 400 milioni a 5 miliardi (in media 2 miliardi).

Non molti sanno che i costi delle polizze Asl, sono legati ad un parametro fittizio: le retribuzioni lorde dei dipendenti, che vengono poi moltiplicate per un tasso di riferimento diverso da polizza a polizza: 1,75% a Pieve di Soligo, 8% a Bassano.

Ma il rischio non dipende dal monte-salari ma dalle attività svolte!



QUESTI I SETTORI SPECIALISTICI PIÙ SOGGETTI A DENUNCIA

*Principali aree mediche di riferimento
dei sospetti errori diagnostici e terapeutici (%)*

AREA	2000	1999	Variazione
Ortopedia e traumatologia	16,32	18,19	-1,87
Oncologia	12,97	10,12	2,85
Ostetricia e ginecologia	11,12	10,95	0,17
Chirurgia generale	10,89	13,82	-2,93
Odontoiatria	6,59	3,52	3,07
Oculistica	5,97	5,49	0,48
Malattie del sist. circolatorio	4,88	7,13	-2,25
Chirurgia cardiovascolare	4,66	2,50	2,16
Neurologia	4,09	3,12	0,97
Otorinolaringoiatria	3,65	2,39	1,26
Medicina generale	3,49	7,16	-3,67
Chirurgia estetica	2,95	1,80	1,15
Urologia	2,91	3,78	-0,87
Diagnostica	2,57	2,70	-0,13
Gastroenterologia	2,23	1,89	0,34
Altro	4,71	7,86	-3,15
Totale	100	100	



RISCHIO DI MORTE PER LE COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA

Nei paesi tecnologicamente avanzati il rischio per le donne di morire per complicanze conseguenti alla gravidanza e al puerperio è praticamente azzerato. E' invece ancora assai lungo, nel sud del mondo, il cammino da percorrere per assicurare alle madri l'assistenza cui hanno diritto e per garantire loro le migliori condizioni di vita, tutelandone la salute nel delicatissimo momento del parto.

Mentre l'Oms ci segnala in modo drammatico la tremenda realtà di sofferenza nei Paesi più poveri, nei Paesi "ricchi" si fanno risorgere, seppure in isolate minoranze, rischi e drammi che sembravano scomparsi. Con la new age, nella opulenta America si propone addirittura il rifiuto di ogni aiuto medico a gravidanza e parto.

Si trascinano ancora avanti dicotomie fra prevenzione e cura, fra obstare (stare

*Apriamo uno
scenario
senza minimizzare
né paralizzarci*

davanti ed estrarre il neonato) limitandosi a osservare, e “medicalizzare”, accettando di chiamare il medico solo per il “parto contro natura”. Ma si sviluppa anche - ed è ciò che più conta - il concetto di “tutela della salute globale della donna” (ginecos), di medicina della persona, di passaggio dall’“I cure” all’“I care” propri di ogni ostetrico o ginecologo.

REGIONI	RISCHIO MORTE
Africa	1/16
Asia	1/65
America Latina	1/130
Europa	1/1400
Italia	1/5300
Nord America	1/3700
Pvs	1/48
Paesi sviluppati	1/1800

Fonte: Oms, aprile 1998



**Da Panorama della Sanità
N° 30 – Luglio 2000**

DLG 626/94 NUOVI DOVERI DEI MEDICI

In definitiva il D. Lgs 626/94 prevede precise responsabilità per 3 figure: il datore di lavoro, il dirigente ed il preposto. Con la normativa vigente (la Riforma Ter, ovvero il D. Lgs.vo 299/99) tutti i medici dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale sono dirigenti.

Ma il dirigente medico può essere qualcosa di diverso dal dirigente previsto dal D. Lgs 626/94. Infatti sulla base del ruolo professionale ricoperto, il dirigente medico potrebbe corrispondere a ciascuna delle tre figure identificate dal suddetto decreto: datore di lavoro, dirigente e preposto. Il D. Lgs.vo 626 così definisce il datore di lavoro: “Nelle Pubbliche Amministrazioni per datore di lavoro si intende il Dirigente al quale spettano i poteri di gestione; ovvero il funzionario, non avente qualifica dirigenziale, nei soli casi in cui quest’ultimo sia preposto ad un ufficio avente autonomia gestionale”. Ne consegue che i medici (tutti dirigenti) possono essere considerati datori di lavoro, soprattutto se sono responsabili di direzione tecnica ed amministrativa.

E così i titolari di incarichi dirigenziali semplici (ex moduli) o complessi (ex Primari) possono autonomamente essere considerati o “datori di lavoro” o “dirigenti” o “preposti”, con le conseguenti responsabilità.

In casi eccezionali, il dirigente medico di struttura complessa (ad esempio di Presidio Ospedaliero) può essere individuato (con atto dell’Ente) come datore di lavoro. In questo caso dovrà svolgere compiti non delegabili. Come già ricordato, non sono delegabili: a) la valutazione dei rischi e la relativa relazione; b) l’individuazione delle misure di prevenzione e protezione; c) la redazione del programma del miglioramento dei livelli di sicurezza; d) la designazione del responsabile del Servizio di Prevenzione e Sicurezza (S.P.S., Art. 1, quater, del D. Lgs. 626/94). La delega deve comunque essere circostanziata, accettata, priva di interferenze (“piena”), riempita di tutti i mezzi economici e strumentali necessari, assegnata ad un soggetto “idoneo” allo scopo. I soggetti delegati (dirigenti o preposti che siano), debbono ricevere una delega piena ed effettiva. Se ormai è assodato il concetto di “dirigente medico”, cos’è invece il preposto? Per preposto s’intende ogni persona cui venga affidata la direzione di un gruppo di persone, composto da medici e non medici (tecnici, infermieri, operatori vari).

In sintesi, gravano sul datore di lavoro ed, in parte, sui dirigenti, alcuni obblighi specifici così riassumibili:

1. OBBLIGHI DI PREVENZIONE

Sono delegabili ai dirigenti: la costituzione del servizio di prevenzione e protezione; il pronto soccorso; la prevenzione degli incendi; l'informazione / formazione / consultazione; la sicurezza delle apparecchiature; l'aggiornamento sulla sicurezza (Art. 28, comma 6 D. Lgs.vo 626/94) in orario di lavoro; la fornitura dei dispositivi individuali di protezione; la prevenzione delle sostanze tossiche e nocive.

L'assolvimento di questi obblighi è particolarmente importante perché (proprio quando l'insufficienza di mezzi di bilancio non garantisce l'adozione della migliore tecnologia possibile) la formazione del personale può consentire la riduzione dei fattori di rischio.

L'obbligo di consultazione prevede che sia tenuta una riunione con il Medico competente (responsabile del servizio di prevenzione e protezione) ed il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza almeno una volta l'anno e comunque ogni volta che siano intervenute variazioni delle condizioni dell'esposizione al rischio. Un analogo obbligo è stabilito anche dal contratto della Dirigenza Medica (Ccnl 1998-2001), che prevede, tra le materie che devono dar luogo ad informazione preventiva, la tutela in materia di igiene, ambiente e sicurezza/prevenzione nei luoghi di lavoro.

Un ulteriore obbligo è costituito dalla fornitura dei dispositivi individuali di protezione: esso grava sul datore di lavoro oppure (per delega) al dirigente, ma il dirigente ed il preposto hanno l'obbligo di segnalare al datore di lavoro, la mancanza o l'insufficienza dei dispositivi di protezione individuali.

L'obbligo di prevenzione delle sostanze tossiche e nocive potrebbe sembrare solo teorico. In realtà non mancano anche nelle Aziende Sanitarie situazioni di rischio potenziali, ad esempio quelle legate alle apparecchiature radioattive ed allo smaltimento delle scorie a loro correlate. Tali adempimenti sono regolati specificamente da discipline di settore, ma il D. Lgs.vo 626 / 94 prescrive, in via generale, un obbligo di approntamento delle relative cautele, rendendo responsabili i datori di lavoro ed i dirigenti. Tutti i soggetti coinvolti debbono segnalare le disfunzioni e debbono allontanare i lavoratori, in presenza di rischio grave ed immediato.

2. OBBLIGHI DI CONTROLLO E VIGILANZA

L'obbligo di controllo e vigilanza grava sul datore di lavoro, sui dirigenti e preposti e deve svolgersi tramite "opportuni e mirati controlli" (dice la giurisprudenza) adottando, se necessario, anche provvedimenti azionatori di natura disciplinare, qualora i dipendenti non si confacciano alle prescrizioni che vengono loro impartite, quale ad esempio quella dell'uso dei dispositivi di protezione. I controlli possono essere o "interni" all'Uls/Asl od "esterni" la stessa.

I controlli "esterni" possono essere affidati od a terzi, oppure ai Dipartimenti di prevenzione delle Ulss/Asl. Detti controlli possono essere attivati o su base programmatica o su sollecitazione dei lavoratori (come singoli o tramite il loro rappresentante alla sicurezza) ai sensi dell'Art. 9 dello Statuto dei lavoratori.

CONSEGUENZE

Il mancato rispetto del D. Lgs. 626/94 comporta l'erogazione di numerose sanzioni amministrative, civili e penali. Solitamente la sanzione viene applicata ad un comportamento semplicemente inosservante delle regole anche indipendentemente dal verificarsi di un danno al lavoratore. Il datore di lavoro ed i dirigenti sono puniti, a seconda dell'entità della violazione, con l'arresto da un minimo di due ad un massimo di sei mesi, e con l'ammenda da uno a sei milioni. I preposti sono puniti con l'arresto fino a sei mesi o con l'ammenda da 300.000 lire a due milioni; la sanzione amministrativa per queste figure va da 500.000 lire a un milione.

Anche per i lavoratori sono previste delle sanzioni: arresto sino ad un mese ed ammenda fino ad 1.500.000, ma solo per specifici casi (ad esempio per il mancato utilizzo dei mezzi di protezione individuale), oppure per il rifiuto di sottoporsi a controlli sanitari. La violazione di alcuni obblighi può anche determinare dei veri e propri reati, quali l'omicidio colposo e le lesioni colpose. Infatti la violazione dell'obbligo di sicurezza può costituire il fondamento per valutare l'esistenza di un reato di omicidio colposo o di lesioni colpose.

CASSAZIONE :
una sentenza innovativa sulla responsabilità professionale

LA CAUSALITÀ C'E' SOLO AL 100%

*La colpa sussiste se l'omissione
ha certamente provocato la morte*

Il mancato intervento del medico può essere considerato causa della morte del paziente solo se la condotta omessa avrebbe impedito o ritardato il decesso con probabilità "vicine a cento". Questo il principio stabilito nella sentenza n. 1688/2000 della sezione IV della Cassazione, secondo cui, in materia di responsabilità medica, può dirsi che una condotta colposa sia stata causa di un evento solo in quanto essa sia condizione necessaria del suo verificarsi.

La sentenza appare significativa perché ribadisce l'orientamento ispirato a un maggiore garantismo per la classe medica, già avviato da qualche tempo: dal 1998 circa, numerose decisioni dei giudici di legittimità hanno, infatti, affermato l'esigenza di un accertamento del nesso causale da eseguirsi in modo rigoroso e certo in ogni caso specifico. Ma il principio in questione si segnala di grande importanza soprattutto perché supera decisamente precedenti posizioni assunte dalla stessa Cassazione, le quali avevano ritenuto sufficiente, ai fini della dimostrazione del rapporto di causalità anche "poche o limitate probabilità" di salvezza del paziente (si ricorda la sentenza del 12 luglio 1991 in cui si ritennero bastevoli probabilità pari al 30%).

La decisione si distacca anche - per la specificità delle conclusioni cui perviene in tema di quantificazione della percentuale di probabilità da riscontrare (che stabilisce chiaramente in entità "vicina a cento") - da altri pregressi orientamenti, pur ispirati a criteri di verifica più rigorosi che richiedevano "serie e apprezzabili", o "rilevanti", o "elevate" probabilità di successo della prestazione omessa, ma

che rimanevano indeterminati e vaghi.

La vicenda che ha dato luogo all'affermazione del principio in commento vedeva un medico di pronto soccorso imputato di omicidio colposo per non aver disposto il ricovero di un paziente e, comunque, per non averlo tenuto in osservazione sebbene l'emo - gas avesse evidenziato "ipossia, ipercapnia e alcalosi metabolica", sicché il malato, rinviato al proprio domicilio, "era stato privato di tutte le terapie idonee a prevenire e a fronteggiare la crisi cardiorespiratoria a seguito della quale era deceduto". Il pretore di Milano, in primo grado, aveva ritenuto che, pur essendo gravemente censurabile il comportamento del medico, non fossero però emersi elementi che consentissero di affermare, con certezza, la derivazione causale della morte del paziente dalle omissioni del sanitario, essendo rimasta dubbia l'idoneità dei trattamenti terapeutici omessi a scongiurare il decesso o a spostarlo nel tempo.

La corte d'appello di Milano perveniva viceversa all'affermazione della responsabilità dell'imputato, ritenendo che sulla base delle conclusioni del medico legale - secondo il quale potevano ravvivarsi probabilità di sopravvivenza inferiori al 50%, ma non irrilevanti - si riscontravano quelle "serie e apprezzabili possibilità di successo dell'intervento omesso" che giustificherebbero il riconoscimento del nesso di causalità. La Corte di cassazione ha censurato l'esattezza del ragionamento della sentenza di appello, rilevando che nel caso di specie le percentuali richiamate, non superiori al 50%, "sono ben lontane dalla quasi certezza" e dall'essere "vicine a cento", come voglio-

no la scienza, la logica e come, conseguentemente, deve volere il diritto". Aggiunge la sentenza che "un ordine di grandezze lontane da cento significa l'impossibilità di sapere se il paziente è morto per la mancanza di cure, e quindi per l'omissione, o invece, per il residuo 50% di ragioni che, nonostante le cure, lo avrebbero potuto condurre ugualmente a morte" e il giudice non può attribuire oggettivamente un fatto a qualcuno "ove sia consapevole che l'evento può non essere stato cagionato da una certa con-

dotta".

Va infine segnalato che la sentenza richiama il testo del progetto preliminare di riforma del codice penale, recentemente pubblicato dall'apposita commissione ministeriale, il quale in tema di causalità omissiva, prevede che "non impedire un evento che si ha l'obbligo di impedire equivale a cagionarlo, se il compimento dell'attività omessa avrebbe impedito con certezza l'evento".

Gianfranco Iadecola



**Da Corriere Medico
del 7 giugno 2001**

Le corsie registrano un'impennata di denunce penali e civili - Sanitari sempre più indifesi

UNA LEGGE PER SALVARE I MEDICI

Le nuove norme dovrebbero stabilire la portata e i limiti dei compiti imposti dalle aziende ai dirigenti e sostituire un giurì ai magistrati

Rilanciata la proposta di un fondo obbligatorio per coprire la responsabilità civile dei singoli

Chi è responsabile in ospedale per il cattivo funzionamento dell'équipe? Il dirigente dell'unità operativa, verrebbe da rispondere. Ma in realtà tutti i dirigenti sono uguali come ruolo, e la differenziazione dei contratti di dipendenza (ormai ad personam e di diritto privato) non aiuta un giudice ad attribuire facilmente agli ex dirigenti di secondo livello responsabilità ieri del primario. Il caso - denuncia è uno dei tanti che giungono dall'incontro tra giudici, medici e avvocati indetto dall'ordine dei medici di Milano nei giorni scorsi. Una risposta alle nubi che si addensano sul lavoro di tutti i medici, specie ospedalieri, giunge dall'avvocato dell'ordine meneghino Mattia Pascale.

"Oggi i medici - spiega Pascale - devono fare tutto il possibile per ottenere una legge parlamentare che determini portata e limiti del danno professionale medico, prevedendo l'assicurazione obbligatoria".

L'idea di risolvere il problema con una legge non è nuova. Una precedente proposta è decaduta in parlamento qualche anno fa e prevedeva un fondo per risarcimenti da Rc medica, nonché un *giurì* per la risoluzione dei contenziosi civili aperti in seguito a denunce degli utenti danneggiati o presunti tali. Di recente il sindacato Snam (si veda Corriere Medico del 31 maggio) ha fatto un appello a nome dei medici di famiglia: le regioni dovrebbero prevedere nella prossima convenzione una voce per contribuire a un fondo solidarietà che copra i risarcimenti per danni da malpractice. Ma Pa-

scale fa un passo avanti. Parla di una legge sull'Rc obbligatoria, indispensabile in particolare negli ospedali, non solo per il boom delle denunce di utenti presunti lesi, ma anche per le nuove regole della riforma Bindi.

I dati delle assicurazioni sui risarcimenti da loro sborsati per danni da responsabilità civile del medico sono chiari: le fonti Censis rivelano di 800 miliardi spesi l'anno scorso a fronte di 350 di premi incassati. Per colmare i deficit di un capitolo marginale (rappresenta solo lo 0.7 per cento del fatturato) sono talora decuplicati i tassi per definire i premi. "I massimali da coprire crescono sempre più - spiega Pierangelo Negri, esperto delle assicurazioni - talora sono svariati miliardi, e così alcuni medici oggi fanno ricorso a più assicurazioni e si coprono per la responsabilità civile fino a un tot di miliardi con una compagnia per poi versare un altro premio a un'altra compagnia a copertura di un altro po' di miliardi di possibili danni".

Ma tutto questo non basta. I medici devono cautelarsi anche dalle denunce penali, che richiedono un altro tipo di polizza, la tutela legale. E poi, se si perde la causa penale, resta il procedimento civile con risarcimento da pagare. In questi casi a poco serve che a sua volta l'ospedale sia assicurato. "Nel 90 per cento delle polizze stipulate dagli ospedali - dice Negri - è previsto che la responsabilità penale del medico non sia coperta dalla polizza dell'ente nei casi di dolo e di colpa grave. E siccome è dura discriminare tra i vari casi di colpa, crescono le possibilità che, pagato il danneggiato, l'ospedale si rivalga sul medico".

Occorre che tutti si coprano, dunque, anche perché si livellano le distinzioni tra ex primario ed ex aiuto. "Sempre più compiti oggi in capo a direttori di struttura complessa - dice Pascale - saranno scaricati (da atti aziendali e contratti, ndr) a tutti i dirigenti ospedalieri. Ecco perché è necessaria una legge che determini il danno professionale medico da 5 milioni a 5 miliardi".

Pascale parte da lontano, dal '92 quando il dl 502 pose in capo ai direttori generali la responsabilità dell'ospedale. Ora i manager possono ripartire tra i dipendenti compiti e relative responsabilità attraverso l'atto aziendale, inoltre possono stipulare contratti individuali dai quali è sempre più arduo capire per un giudice chi è a capo e chi subordinato. "Aggiungiamo a ciò - dice Pascale - il ruolo unico della dirigenza del dlgs 229/99, la riforma Bindi, che ha di fatto parificato ex aiuti e primari differenziandoli solo in base alle responsabilità professionali e gestionali; e aggiungiamo infine che con il contratto di diritto privato il manager può licenziare più facilmente".

La situazione è sempre meno sostenibile anche perché il giudice può condannare il medico a risarcire non solo per danni causati nell'esercizio di un atto medico, ma anche per sue responsabilità organizzative. Responsabili di équipe privata sono stati condannati perché, pur avendo modo di segnalare che la loro struttura non era idonea per certi interventi, non avevano spinto l'utente a trasferirsi in una struttura pubblica munita dei servizi del caso; o perché dovevano segnalare per tempo la fatiscenza della loro struttura dissuadendo l'utente dal farsi ricoverare nella loro. In conclusione, i premi iniziano a gravare sul reddito, ed è tempo di interessare tutta la professione e i livelli più alti della legislazione.

Mario Miserendino



***VITA D'OSPEDALE:
IMPARIAMO DALL'ERRORE***



San Tommaso e fra Reginaldo da Priverno

CHI SONO I RESPONSABILI

Il datore di lavoro, i dirigenti, i preposti

Punti critici dell'applicazione del Decreto Legislativo sono i responsabili della sua applicazione: il datore di lavoro, i dirigenti ed i preposti. Per chiarire il loro ruolo dovremo fare un lungo, ma doveroso ed opportuno excursus.

Il Decreto Legislativo 626/94, all'Articolo 1, così recita:

“Il presente Decreto Legislativo prescrive misure per la tutela della salute, per la sicurezza dei lavoratori durante il lavoro, in tutti i settori di attività privati o pubblici”.

Quindi l'articolo 1, comma 1, della 626 finalmente dice che anche i lavoratori che lavorano in ambiente pubblico hanno il diritto ad essere tutelati, sotto il profilo della sicurezza e della salute, almeno come avevano il diritto, almeno da 40 anni prima, i lavoratori privati, mercé il Dpr 547 del '55.

Dopo di che, sempre l'articolo 1, modificato dal Decreto Legislativo 242 del '96, introduce un altro principio: “...i destinatari di queste disposizioni sono, in ordine, il datore di lavoro, il dirigente ed il preposto. Sono terminologie che la prima stesura della 626 si era dimenticata di riproporre, perché il primo testo della 626 non parla né di dirigenti né di preposti.

In realtà era un evidente lapsus calami del legislatore, che ha prontamente provveduto a por rimedio alla dimenticanza del 1994 con la correzione del 1996, introducendo un comma 4 bis all'articolo 1 della 626, con cui dice: “Il datore di lavoro, che esercita l'attività di cui ai commi e, nell'ambito delle rispettive attribuzioni e competenze, i dirigenti ed i preposti, che dirigono, sovrintendono le stesse attività, sono tenuti all'osservanza delle disposizioni del presente Decreto”.

Il primo, e principale destinatario delle disposizioni in materia di sicurezza è il datore di lavoro, il quale è il destinatario omnicomprendente di tutte le disposizioni in questione; mentre i dirigenti i preposti sono, altrettanto destinatari da un punto di vista qualitativo del contenuto di que-

ste disposizioni, ma quantitativamente nell'ambito delle rispettive attribuzioni e competenze. L'Art. 1 del D.Lgs.626/94 riprende il concetto della delega e precisa che talune disposizioni riguardano il datore di lavoro (e quindi sono indelegabili) ed altre, invece, possono essere delegate. Ma chi è il datore di lavoro? Secondo il Decreto è il “...Soggetto titolare del rapporto di lavoro con il lavoratore, o comunque il soggetto che secondo il tipo e l'organizzazione dell'impresa, ha la responsabilità dell'impresa stessa, ovvero dell'unità produttiva, quale definita ai sensi della lettera i), in quanto titolare dei poteri decisionali di spesa” (Art. 2, comma 1, lettera b).

E l'unità produttiva è: “lo stabilimento o struttura finalizzata alla produzione di beni e servizi, dotata di autonomia finanziaria e tecnico-funzionale. (Art. 2, comma 1, lettera i).

In campo sanitario, il Presidio è una unità produttiva ed il responsabile del Presidio (ancorché non coincida con il legale rappresentante dell'Ulss/Asl) diventa, quindi, datore di lavoro.

Da ciò, l'immediata conseguenza è che, all'interno di una stessa Azienda Sanitaria, sia essa territoriale o sia essa ospedaliera è ammissibile ai sensi della 626 che ci siano più datori di lavoro. Si tratta di una conclusione sconcertante che è stata in parte corretta dal D. Lgs 242/96 il quale ha così integrato l'Art. 2, comma 1 lettera b (del Decreto precedente) con questo ulteriore testo: “Nelle pubbliche Amministrazioni, di cui all'articolo 1), comma 2) del Dlg 29 del 1993 e quindi anche nelle Aziende Sanitarie per datore di lavoro si intende il dirigente al quale spettano i poteri di gestione ovvero il funzionario, anche non avente qualifica dirigenziale, nei soli casi in cui quest'ultimo sia preposto ad un ufficio avente autonomia gestionale”. Quindi nella definizione di datore di lavoro (che la 626 dà per l'Ente Pubblico e per l'Azienda Sanitaria) il datore di lavoro non coincide con il soggetto politico; il datore di la-

voro coincide sempre con un soggetto avente una squisita competenza di carattere tecnico. Ma, quale organo tecnico? La definizione (contenuta nell'art. 2) della 626) è vaga, perché l'organo tecnico viene alternativamente identificato o come un dirigente che abbia poteri di gestione oppure, addirittura, come un funzionario, quindi un subordinato rispetto al dirigente, che non abbia qualifica dirigenziale, nei casi in cui quest'ultimo sia preposto ad un ufficio avente autonomia gestionale. Entro il luglio 1996 (D. Lgs. 242/96, Art. 30) il Direttore Generale avrebbe dovuto individuare, per ciascun sito territoriale, il soggetto identificabile come datore di lavoro, ai sensi della applicazione della 626. L'Art. 2 della 626 lascia al singolo Ente un potere di carattere organizzativo o organizzatorio in modo tale da identificare al proprio interno quale possa essere il soggetto che possa rivestire la qualifica di datore di lavoro. Al di là del fatto di dire che deve essere o un dirigente che ha il potere di gestione, o un funzionario che è proposto ad un ufficio con autonomia gestionale, tutto sommato la legge non dice altro. La legge dice:

“Veditela poi tu, Ente, all'interno della tua autonoma potestà di organizzazione, di individuare quello che secondo te è il soggetto (o dirigente o funzionario) che abbia questo tipo di caratteristiche”.

Nelle Ulss/Asl come può essere individuato il datore di lavoro? Occorre rifarsi al Decreto Bindi (D. Lgs. 229/99) che, all'Articolo 2, afferma che spetta alla Regione il compito di disciplinare l'articolazione del territorio Regionale in Unità Sanitarie Locali, eccetera eccetera, ed alla lettera b), i principi ed i criteri per l'adozione dell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1 bis. L'atto aziendale non è altro che lo statuto della singola Azienda Sanitaria ed Ospedaliera.

L'Articolo 3 del “Decreto Bindi” recita al comma 1 bis: in funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le Usl, si costituiscono in Aziende con personalità giuridica, pubbliche ed autonomia imprenditoriale. La loro organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato nel rispetto dei principi e criteri stabiliti con la Legge Regionale, di cui all'Articolo 2, comma 2 sexies.

L'atto aziendale individua le strutture operative, dotate di autonomia gestionale

o tecnicoprofessionale, soggette a rendicontazione analitica”.

In definitiva, l'atto aziendale identificherà il datore di lavoro (uno o più) rendendolo responsabile ai sensi della 626. A nostro modesto parere, ogni responsabile di struttura autonoma sul piano organizzativo e finanziario (ossia ogni responsabile di divisione, distretto, presidio, dipartimento) potrebbe essere considerato come datore di lavoro, ai fini dell'applicazione della 626.

In ogni caso il datore di lavoro, comunque identificato, può delegare solo alcuni compiti e non altri.

Non può delegare; a) la valutazione dei rischi e la relazione relativa; b) l'individuazione delle misure di prevenzione e protezione; c) il programma del miglioramento dei livelli di sicurezza (Art. 1, quarto, del D. Lgs. 626/94) e d) la designazione del responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale.

Tutte le altre sono incombenze delegabili (Art. 4, comma 5, 626/94) a chi venga identificato come dirigente o come preposto ai fini dell'applicazione della 626.

Sono analiticamente descritte nel suddetto comma e sono moltissime: aggiornamento delle misure di sicurezza; fornitura di dispositivi individuali; controllo della frequentazione delle zone a rischio; controllo del medico competente; istruzioni per l'emergenza; informazione e formazione sui rischi; sicurezza dell'ambiente; registro degli infortuni sul lavoro; prevenzione degli incendi etc.

La delega va attribuita in modo chiaro (“rituale”) e non elimina la responsabilità del soggetto delegante. Secondo la Cassazione, perché una delega sia valida è necessario (Cassazione a Sezioni riunite, 1992) che:

1. Il delegato accetti la delega;
2. Il delegato sia idoneo a svolgere le funzioni affidate;
3. Il delegato possa agire senza ingerenze da parte del delegante (“delega piena”);
4. Il delegato possa disporre di tutti i mezzi economici e strumentali necessari per la prevenzione.

La delega deve, insomma, essere piena ed effettiva, ma può anche essere data in forma “orale” e non “scritta”.

Come si concilia, tutto questo, con il D. Lgs. 229/99, con la dirigenza sanitaria, con l'atto aziendale, con gli Art. 15,

bis, ter, quater e con l'Art. 3, comma 1 bis?

Come si concilia, insomma, tutto ciò con l'organizzazione dell'azienda sanitaria? La legge demanda allo Statuto dell'Azienda (= atto aziendale) l'individuazione dei compiti dell'alta dirigenza: Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Responsabili di struttura complessa e semplice (Presidio, Distretto, Dipartimento, Unità operativa,

Modulo...). L'Articolo 15 ter della Riforma Ter afferma che l'inosservanza delle direttive impartite, il mancato raggiungimento degli obiettivi etc... possono portare alla perdita dell'incarico".

Questo vale anche nel caso di cattivo esercizio della delega sulla sicurezza, connessa all'incarico dirigenziale. Anche questa delega, insomma, è fonte di verifica, con annessi e connessi.



**Da Toscana Medica
Aprile 2001**

MEDICO O DIRIGENTE, QUI STA L'INTOPPO!

Dopo decenni spesi ad occuparmi di professione, ritengo che il cambiamento più rilevante, epocale, dell'essere medico oggi, rispetto alla plurisecolare tradizione ippocratica, consista nell'esser diventati dirigenti di azienda. Da sciamano, a sacerdote, a professionista della salute, da taumaturgo a consolatore a tecnocrate, oggi il medico è un dirigente di un'impresa, pubblica o privata che sia: il guaritore nello staff aziendale. E tutto ciò non dipende altro che dal fatto che i servizi medici hanno oggi un costo così elevato che possono essere gestiti soltanto da imprese che usino al meglio i denari degli investitori, siano essi i cittadini che pagano le tasse o i lavoratori che contribuiscono o gli assicurati che versano un premio. E le imprese, se sono pubbliche, si accontentano del pareggio di bilancio, se private esigono il profitto.

E' un cerchio da quadrare, ma non possiamo evitare almeno di tentare. La medicina moderna è così complessa che la si può esercitare solo in squadra e mai da soli e nessuno lavora bene, per quanto bravo medico sia, se l'organizzazione non funziona. Chi decide allora? E dove sta l'errore, nello sbaglio dei singoli, sempre possibile, anzi inevitabile nelle strutture complesse, o nei processi organizzativi o nei percorsi assistenziali scelti dall'azienda?

Da un lato il medico ha bisogno di aiuto, deve imparare a gestire da protagonista (è un dirigente) l'azienda in cui lavora, deve imparare a migliorare i risultati, a evitare errori, a prendere decisioni fondate su evidenze, ma, nello stesso tempo, non può non rimanere (e nessuno lo insidia) libero e indipendente al letto del malato, a garanzia del paziente, mai condizionato nelle sue scelte terapeutiche, capace e disponibile per un rapporto umano essenziale alla cura, ancora memore che il primo farmaco è lui stesso. Se questa integrazione deve avvenire, per prima cosa occorre sgombrare il campo dall'ipoteca della malpractice. L'analisi dei processi decisionali niente ha a che vedere con la colpa, anzi un presidio in cui la si pratica deve vedere diminuita l'entità del premio assicurativo.

Insomma dobbiamo affrontare un gigantesco programma formativo per un modo nuovo di fare professione. Un banco di prova per gli Ordini e per le Società Scientifiche che lo dovrebbero gestire unendosi alla Regione (la holding aziendale) e all'Università. E' una reciproca sfida tra politica, amministrazione e professione medica. Non raccogliarla non giova a nessuno, più che altro ai cittadini.

Antonio Panti

PRIMARI SEMPRE RESPONSABILI

Aiuti ed assistenti non rispondono delle carenze gestionali

Anche la responsabilità amministrativa è una questione di "gradi". Il primario risponde sia dell'intera struttura sia del singolo paziente. Quindi, nel caso di danni a terzi, sul fronte risarcitorio, viene meno la colpa del medico di turno e il suo eventuale debito nei confronti dell'Erario: semmai, deve essere chiamato in causa il vertice gerarchico dell'ospedale, a maggior ragione in mancanza di un piano assistenziale adeguato. La delicata divisione di ruoli e di relative competenze tra chi è a capo di una struttura ospedaliera e chi ci lavora, arriva dalla Corte dei conti (sezione giurisdizionale centrale d'appello) che, con la sentenza 6 novembre 2000 n. 306, ha accolto le istanze di due medici chiamati da un'Asl piemontese a pagare cinquanta milioni allo Stato per il parziale risarcimento del danno (il resto, un miliardo, lo aveva sborsato l'assicurazione) ai genitori di un bambino nato nell'ospedale nel quale erano in servizio i dottori la sera dell'incidente. I due erano stati riconosciuti, nelle precedenti fasi di giudizio, "maggiormente coinvolti" al momento del parto di una donna, il cui bimbo aveva riportato gravi conseguenze per la deambulazione, la vista e il movimento, ritenendoli responsabili dell'evento dannoso per comportamento omissivo e negligente.

La donna era stata ricoverata presso la divisione di ostetricia e ginecologia dell'Asl con la diagnosi di "sospetta gestosi". Al quindicesimo giorno di degenza la signora aveva avuto un'emorragia: l'aiuto primario e l'assistente di turno in quel momento, avevano effettuato l'intervento di estrazione del feto la cui salute era risultata subito gravemente compromessa a causa di "encefalopatia" da esiti di asfissia neonatale. A far pendere ancora di più la bilancia della giustizia a sfavore dei due era risultato anche il mancato rinvenimento nella cartella clinica delle registrazioni del battito fetale prescritte,

pur essendo segnati nel documento ospedaliero gli orari di effettuazione dei rilievi.

Una simile ricostruzione del fatto era stata giudicata sufficiente dal primo giudice a riconoscere la colpa dei due dottori, poiché erano tenuti a realizzare un piano assistenziale adeguato tale da ospedalizzare la paziente presso un presidio più idoneo, visto che erano stati loro a seguire la gravidanza nel periodo anteriore al ricovero. In più, la mancanza dei tracciati cardiocografici in cartella non consentiva di stabilire se questi fossero stati realmente effettuati.

La Corte dei conti ha concluso, invece, che il mancato ritrovamento di detti documenti non può essere una prova negativa. Anzi, "è da presumersi che, nonostante la mancanza di documentazione", il monitoraggio fosse avvenuto dal momento che risultavano le annotazioni con l'orario. Ma c'è di più: l'elemento decisivo per l'attribuzione della responsabilità amministrativa, secondo la Corte dei conti, è la mancanza di un congruo progetto assistenziale che, sicuramente, non competeva ai due medici. Questi ultimi non si trovavano in una posizione di vertice nella struttura ospedaliera e, quindi, non toccava a loro porre in essere un atto organizzativo del genere, ma al primario (articolo 63 del Dpr 10 dicembre 1979 n. 716). Era lui a effettuare quotidianamente le visite nel reparto dove erano sistemate le degenti e spettava, dunque, a lui approfondire le condizioni di salute della signora ricoverata con sospetta gestosi.

Del resto, era stato proprio il capo della divisione a scagionare l'aiuto e l'assistente affermando di aver scelto personalmente il "non trasferimento della donna presso il presidio dotato di rianimazione neonatale per motivi prudenziali".

Chiara Bannella

Cassazione / Se in ospedale mancano strumenti spetta all'apicale informare i pazienti

PRIMARI SEMPRE RESPONSABILI

In caso di danno non sono esenti da colpa medico di fiducia e Usl

Se un ospedale pubblico è sprovvisto di importanti attrezzature, sul primario del reparto – ma anche sul medico dipendente che abbia seguito privatamente un paziente che ha poi deciso di partorire in quella struttura – grava un preciso obbligo di informare la futura mamma dei rischi cui si sottopone scegliendo di mettere alla luce il figlio proprio in quell'ospedale. E dei danni causati al bambino risponde anche la Usl.

Lo ha stabilito la Corte di cassazione (sentenza 6318/2000), giudicando il caso di una donna che partorì nell'ospedale S. Giovanni Evangelista di Tivoli, dove mancava il cardiocografo, perché in riparazione. Il bimbo nacque prematuro e affetto da una tetraparesi spastica e da un ritardo mentale causati da un lunghissimo travaglio che aveva provocato una grave asfissia neonatale. In primo grado il tribunale di Roma aveva condannato al risarcimento del danno (quantificato in un miliardo e 122 milioni) il primario, per non aver mai visitato la paziente e non aver impartito al personale le istruzioni necessarie; il ginecologo dipendente dell'ospedale che aveva seguito privatamente la paziente durante la gravidanza, per essere intervenuto tardivamente nella fase del travaglio e del parto; la Usl per inadempimento contrattuale. La corte d'appello riformulò parzialmente la sentenza, escludendo dalla responsabilità il ginecologo di fiducia della donna.

Per la cassazione, invece, la responsabilità dei gravissimi fatti accaduti ricade su entrambi i medici (primario e ginecologo), oltre che sulla Usl. A nulla sono valse le obiezioni mosse dal primario che – richiamando l'art. 63 del DPR 761/1979 – affermava di non poter essere chiamato a rispondere degli errori commessi in un intervento al quale non aveva partecipato di persona. Ma per la Suprema Corte (che richiama anche l'art. 7 del Dpr 128/1969), il fatto di aver affidato la paziente ad altro medico non esonera il primario dall'obbligo di visitare la ricoverata o almeno di informarsi costantemente sulle sue condizioni per impartire tutte le disposizioni del caso. E questo vale tanto più nei casi in cui – come nella fattispecie in esame – la struttura sia sprovvista di un importante strumento come il cardiocografo: una situazione che richiedeva un monitoraggio continuo. Sul primario grava, inoltre, il preciso dovere di informare la paziente “del maggior rischio connesso a un parto che si svolge senza il presidio dello strumento”.

Analogo dovere – secondo la Corte – spetta anche al ginecologo dipendente dell'ospedale che abbia seguito privatamente la paziente durante la gravidanza. La Cassazione ha, inoltre, smentito l'orientamento espresso dalla corte d'appello, secondo cui il rapporto di natura privata instaurato tra ginecologo di fiducia e paziente sarebbe cessato nel momento in cui la donna era stata ricoverata nella struttura pubblica. Al contrario, secondo la Suprema Corte, proprio perché medico di fiducia, il ginecologo avrebbe dovuto fare di tutto “compatibilmente con le proprie mansioni di pubblico dipendente” per assicurare alla paziente la migliore assistenza, incluso il recarsi in ospedale anche al di fuori del proprio orario di servizio.

La Cassazione ha confermato, infine, anche la responsabilità della Usl per non aver adempiuto al contratto stretto con la donna, a causa della mancanza di attrezzature e dell'incompetenza del proprio personale.



GLI ARGOMENTI DELLA CORTE

Incaricare altri non esonera il dirigente

Ecco alcuni stralci tratti dalla sentenza della Corte di cassazione.

Responsabilità del primario.

“Anche allorché il paziente sia stato assegnato dal primario ad altro medico, la responsabilità del primario può tuttavia ricollegarsi alla violazione del dovere di dare istruzioni e direttive adeguate per il trattamento del caso e di verificarne la puntuale attuazione”. Quanto alla mancanza di attrezzature dell’ospedale, scrive la Corte che “la non imputabilità del primario (di tale mancanza) non lo esime dal dovere di adottare (o di disporre e controllare che siano adottati) i possibili accorgimenti sostitutivi”.

Dovere di informazione.

“La circostanza che manca nella legislazione italiana uno standard di riferimento degli strumenti di cui una struttura sanitaria pubblica deve necessariamente disporre, non esime il medico responsabile della cura dei pazienti dal dovere di informarli della possibile inadeguatezza della struttura”.

La responsabilità del medico “di fiducia”.

Quanto al ginecologo che aveva in cura privatamente la paziente e che prestava servizio presso l’ospedale, la Corte afferma che “benché non possano essergli imputate le carenze della struttura pubblica presso la quale egli svolge le funzioni di medico ospedaliero, né le condotte colpose di altri dipendenti dell’ente, egli ha tuttavia l’obbligo sia di informare il paziente dell’eventuale, anche solo contingente, inadeguatezza della struttura nella quale è inserito e presso la quale il paziente sia ricoverato, tanto più se la scelta sia effettuata in ragione proprio dell’inserimento del medico di fiducia in quella struttura pubblica, sia di prestare al paziente ogni attenzione e cura”. Il ginecologo di fiducia avrebbe, dunque, dovuto “recarsi in ospedale anche al di fuori dell’orario di servizio, segnalare la delicatezza del caso al primario e agli altri medici, chiedere di essere informato dall’inizio del decorso del travaglio, raccomandare che il parto fosse accelerato e così via”.

La responsabilità della Usl.

“Si configura una responsabilità contrattuale della Usl, la cui ricorrenza dipende dalla mancanza del cardiocotografo e dall’operato carente dei sanitari della struttura ospedaliera”.

Chiara Bannella

Cassazione: il chirurgo risponde delle negligenze dell'équipe durante un intervento

IL RESPONSABILE NON DELEGA

Grava sul medico

la colpa per la garza dimenticata dall'infermiere

E' sempre il chirurgo, all'interno di una "équipe" medico - sanitaria, il soggetto primo responsabile della dimenticanza di una garza nell'addome di un paziente sottoposto a intervento e delle lesioni che ne conseguono. Così la Corte di Cassazione (sez. V, sent. n. 1230/99) ha stabilito al termine di un procedimento avviato nei confronti di un chirurgo che, condannato in primo e in secondo grado, aveva proposto ricorso deducendo la non ravvisabilità di una sua colpa professionale, poiché, così come i compiti, anche le relative responsabilità andavano ripartite tra i singoli componenti dell'équipe che avevano proceduto all'operazione; per cui essendo stata delegata la "conta" delle garze a un'infermiera "ferrista" e avendo questa a lui assicurato, a fine intervento, l'avvenuta "conta" delle garze utilizzate ed estratte, alla medesima avrebbe, semmai, dovuto fare carico la responsabilità del fatto.

La Cassazione ha osservato che, nonostante l'avvenuta divisione dei compiti, nella fattispecie comunque sussistesse una responsabilità del chirurgo, e ciò in quanto la negligenza accertata non era riconducibile alla specialità di altro medico presente all'intervento, ma riguardava un'attività tipica del chirurgo che procede all'operazione. Questi infatti, per l'esperienza acquisita e per la conoscenza delle tecniche operatorie che possiede, sa quali e quante garze siano necessarie per un determinato intervento chirurgico, dove le stesse debbano essere riposte nel corso dell'operazione e in quale momento debbano essere rimosse.

Certamente, rileva la Suprema Corte, una serie di operazioni potranno ben esse-

re demandate agli altri medici che assistono il chirurgo e anche agli operatori sanitari presenti, ma tutte le attività, per così dire "delegate", dovranno svolgersi sotto l'attenta sorveglianza dell'operatore, perché sua è la responsabilità della riuscita dell'intervento. Si tratta, insomma, pur sempre di compiti propri del chirurgo, che deve seguirne allora l'esecuzione con "continua sorveglianza e penetrante controllo" e, quindi, solo lui potrà rispondere di eventuali negligenze; tutt'al più, si aggiunge, sarà possibile ravvisare accanto alla colpa del chirurgo anche quella di altri componenti dell'équipe, ma questo nulla toglie alla responsabilità del chirurgo.

La sentenza in rassegna pone anche un altro importante principio di diritto: quello secondo cui un medico che, avendo colposamente cagionato una situazione lesiva a danno di un paziente nel corso della sua prestazione, non abbia poi provveduto a rimuoverla allorché, a distanza di tempo, si sia avveduto dell'errore compiuto e del pregiudizio arrecato, risponda penalmente dello stato di malattia conseguente all'omesso intervento, a titolo di lesioni personali dolose. Nel caso specifico il chirurgo, nuovamente contattato a circa sei mesi dall'intervento dal paziente che lamentava continue sofferenze, l'aveva sottoposto a un accertamento radiologico dal quale era emersa la presenza nell'addome, proprio nella zona interessata dall'intervento, di un corpo estraneo (poi risultato una garza), palesemente residuo dell'operazione effettuata. Di ciò egli si era reso pienamente cosciente, ma non aveva consigliato un intervento operatorio risolutivo né sottoposto il paziente a

nuovi esami, limitandosi a indicare l'uso di antinfiammatori e soltanto a distanza di altri tre mesi prospettando la necessità di praticare un altro "tagliettino".

La Cassazione osserva che, di fronte alla situazione clinica riscontrata, il chirurgo si sarebbe dovuto attivare per risolvere il problema cui aveva dato causa, giacché egli, portatore di una posizione di garanzia rispetto alla salute del malato affidato alle sue cure, aveva il preciso obbligo giuridico di farlo; non essendosi in tal senso adoperato, il medico aveva quindi violato il disposto dell'art. 40 del codice penale (non impedire un evento

che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo), sicché l'evento lesivo conseguito alla sua omissione (e cioè il peggioramento dello stato di malattia cagionato) doveva essere ricondotto alla sua responsabilità. La quale si atteggiava come responsabilità dolosa e non colposa, perché il sanitario anche se aveva conoscenza dell'esistenza delle condizioni fattuali che lo obbligavano a intervenire, con consapevolezza e volontà si era astenuto dal farlo pur rendendosi perfettamente conto delle conseguenze dannose prodotte al paziente.

**Da Panorama Sanità
N° 28 – Luglio 2001**

Rischi attuali di carattere penale per il medico operante nell'ambito delle strutture sanitarie

NELL'INCERTEZZA, LA SICURA RESPONSABILITÀ DEL MEDICO

È profondamente mutato il rapporto medico-paziente: c'è, oggi, una maggiore pretesa di risultato. Dal medico, e soprattutto dalla struttura sanitaria, ci si aspetta il massimo della capacità, dell'attenzione e dell'efficienza. E quando le aspettative di guarigione vengono deluse ci si rivolge al giudice, scaricandogli una difficile decisione.

È sicuramente questa una delle principali cause dell'aumento quasi esponenziale delle azioni giudiziarie contro i medici.

Per altro verso, è cresciuto anche il sociale sull'attività del medico e ciò ha comportato un maggiore rigore da parte della giurisprudenza nel valutarne la responsabilità.

E se a questo maggior rigore giurisprudenziale aggiungiamo le insidie dovute alla mancanza o all'insufficienza del consenso informato, si può affermare che i pericoli per i medici sono notevolmente aumentati, tanto da comportare il rischio che, per evitare responsabilità, prendano piede deprecabili meccanismi di "medicina difensiva".

La condotta colposa

Occorre premettere che per la loro peculiare formazione professionale i medici, da sempre abituati ad affrontare i casi secondo precisi e dettagliati protocolli, vorrebbero adottare lo stesso metro in tema di responsabilità. Vorrebbero, cioè, conoscere preventivamente i limiti comportamentali oltre i quali esiste il rischio di responsabilità penale.

È un'aspettativa, questa, che resta puntualmente delusa perché tali limiti non sono codificabili, se non altro per la varietà delle malattie e delle situazioni cliniche.

Quanto ai criteri di valutazione della colpa del medico - la quale in campo penale va sempre rigorosamente dimostrata dalla pubblica accusa - la giurisprudenza ha avuto una continua evoluzione, creando non poche incertezze negli operatori del diritto.

Sono lontani i tempi in cui si riteneva punibile soltanto la colpa grossolana e si è ormai affermato il principio per cui dal medico si esige la massima diligenza e prudenza, e la massima perizia anche nei casi di normale difficoltà.

Un criterio meno rigoroso - quello, cioè, di ritenere punibile soltanto l'errore inescusabile da parte del medico - è seguito solamente quando si è in presenza di casi di particolare complessità ed urgenza, nei quali viene tenuto come parametro di riferimento il criterio dettato dall'art. 2236 Codice Civile (quello, cioè, della necessità della colpa grave).

In tutti gli altri casi, invece, si esige la massima diligenza e prudenza perché si tratta di condotte che incidono su beni primari importantissimi, quali sono quelli della vita e della salute. E questa mi sembra una posizione del tutto condivisibile, anche se severa.

La responsabilità medica nel trattamento in équipe

La legge prevede che allorché le condotte colpose di più soggetti si innestano tra loro e insieme contribuiscono al risultato finale dannoso, tutti i soggetti che hanno posto in essere queste condotte rispondano dell'evento finale, avendolo (sia pure parzialmente) provocato.

Tale principio, una volta calato nei casi di trattamento da parte di più sanitari nell'ambito di una struttura organizzata, pone nuove e complesse problematiche circa i parametri da adottare per la valutazione della colpa dei singoli.

Un punto fermo, ed ovvio, è quello secondo cui ciascuno risponde della propria condotta colposa.

Il problema più specifico è quello di vedere se debba rispondere anche dell'operato colposo degli altri, soprattutto quando vi siano posizioni differenziate ed esiste uno stretto vincolo gerarchico tra i medici che operano, come nei casi di trattamento in équipe chirurgica o nell'ambito di un singolo reparto ospedaliero.

Il criterio maggiormente accettato è, oggi, quello dell'affidamento temperato, secondo il quale ciascun operatore risponde soltanto dell'inosservanza delle regole del proprio specifico compito senza essere gravato dall'obbligo di una continua sorveglianza dell'operato degli altri. Potendo, infatti, confidare nel corretto adempimento delle prestazioni altrui, l'operatore potrà meglio concentrarsi sulle proprie e svolgerle con la massima perizia.

È, questo, un criterio d'esonero da responsabilità che può portare, di fatto, ad ingiustificate impunità, ecco perché viene "temperato" nella sua assolutezza dalla dottrina e ancor più dalla giurisprudenza.

Ed in quest'ottica l'esonero dalla responsabilità per omessa vigilanza dell'operato altrui viene meno allorché l'operatore si avvede - o dovrebbe avvedersi, usando la normale diligenza - che altri operatori non si comportano appropriatamente. In tal caso egli deve intervenire e segnalare l'anomalia, oppure risolverla direttamente.

Altro criterio di temperamento è quello che fa permanere sempre la responsabilità per il fatto d'altri in capo a chi ha l'obbligo di sorveglianza (il primario, il capo équipe).

La casistica dimostra, però, che non sempre il principio dell'affidamento è stato integralmente applicato.

Nel caso, ad esempio, in cui una decisione terapeutica sia stata presa da più operatori di reparti diversi (consulto tra specialisti di vari reparti) la giurisprudenza si è attestata su posizioni un po' più rigorose, perché ha stabilito che quando la scelta sia stata da tutti condivisa, e risulti poi sbagliata, la responsabilità è comune. In base alla teoria dell'affidamento, invece, ognuno dovrebbe poter confidare - in condizioni di normalità - sulla corretta valutazione da parte dello specialista interpellato. Quanto, poi, al trattamento in équipe in senso stretto (contestuale prestazione resa da più sanitari operanti in gruppo e con vincolo gerarchico tra loro, ad esempio in équipe chirurgica, oppure nello stesso reparto), occorre analizzare diversi rapporti.

a) Posizione dei singoli componenti nei confronti del capo

Poiché esiste un vincolo gerarchico, essi dovrebbero attenersi alle direttive del ca-

po e potrebbero sindacarle solo se sono manifestamente errate. Ne deriva che non potrebbero essere ritenuti responsabili per non aver dissentito rispetto alle direttive e non risponderebbero per aver seguito direttive errate.

Sempre per lo stesso motivo non dovrebbero neppure controllare l'operato del capo, salvo che non cada sotto i loro occhi un comportamento anomalo o microscopicamente negligente, ad esempio, quello del capo équipe che dimentica una garza nello stomaco del paziente operato.

La giurisprudenza, però, ha adottato un orientamento più severo, e non del tutto condivisibile, nei riguardi dell'assistente.

La Cassazione, infatti, ha affermato che non si tratta di posizione meramente subalterna rispetto a chi dirige. L'assistente chirurgo, ad esempio, sarebbe tenuto a seguire e a sorvegliare ogni fase dell'operazione non solo per collaborare con il chirurgo, ma anche per essere in grado di sostituirlo per ogni eventualità. Avrebbe, cioè, un compito di sorveglianza complessiva dell'intervento. Siamo, quindi, agli antipodi dalla teoria dell'affidamento.

Quanto all'assistente di reparto, è stato affermato che lo stesso non riveste la posizione di mero esecutore di ordini nelle scelte terapeutiche effettuate dal primario.

Se ne è ricavato che egli non è tenuto ad un pedissequo ed acritico atteggiamento di sudditanza e che qualora non condivida le scelte del primario sia tenuto ad esprimere il proprio dissenso, mentre se le condivide risponde assieme a questi nel caso siano colposamente errate. Si tratta di un'affermazione che, al di là della sua astrattezza perché non tiene in adeguato conto i reali rapporti gerarchici nell'ambito di un reparto, si presta ad equivoci.

Si può convenire che una scelta terapeutica manifestamente errata da parte del primario e della cui erroneità anche l'assistente doveva avvedersi, esprimendo il proprio dissenso, accomuni giustamente entrambi nella responsabilità. Ma il semplice fatto di non aver espresso un dissenso non può comportare automaticamente colpa in capo all'assistente. Questi, infatti, potrebbe giustamente aver confidato nell'appropriatezza della scelta operata dal più esperto primario, soprattutto quan-

do la sua erroneità non fosse percepibile con l'ordinaria diligenza e con gli elementi del proprio, più limitato, bagaglio conoscitivo.

Sembra poco aderente alla realtà parificarlo al primario e pare più corretto, in base alla teoria dell'affidamento, escludere in questo caso la sua responsabilità.

b) Posizione dei componenti dell'équipe nei confronti degli altri colleghi

In base al principio dell'affidamento ciascuno deve poter confidare nel corretto agire degli altri. Non gli si potrà muovere alcun rimprovero se l'errore altrui si è verificato in una situazione di assoluta normalità che non dava alcun concreto motivo per dubitare della diligenza dei colleghi. Risponderà, dunque, come abbiamo visto prima, soltanto qualora abbia percepito, o potuto percepire con ordinaria diligenza, ma senza essere obbligato alla sorveglianza, comportamenti ed operazioni anomali da parte di colleghi e non li abbia segnalati immediatamente al capo perché provveda (se non vi fosse tempo per farlo occorrerà neutralizzarli di propria iniziativa).

Questa regola dovrebbe lasciare qualche margine di incertezza nella sua applicazione soltanto per quanto riguarda la valutazione - nei singoli casi concreti - del grado di diligenza nel percepire l'errore altrui. Su questo punto vi potranno essere, infatti, diversità di opinioni e di soluzioni giurisprudenziali, tutte legate, però, alla specificità dei casi.

c) Posizione del capo équipe e, nell'ambito di un reparto, del primario

Oltre a rispondere per quello che fa di persona, avendo il dovere di controllare che tutti eseguano le sue direttive risponderà anche in caso di omesso, od insufficiente, controllo. Il capo ha, come si dice in termine tecnico, una posizione di garanzia del corretto operato dell'équipe.



Un punto problematico è questo: il capo chirurgo risponde anche del rischio anestesiologicalo, oppure può fare affidamento nella valutazione che al riguardo ha effettuato lo specialista ?

Esistono in proposito due decisioni nettamente opposte, una del Pretore di Milano ed una della Corte d'Appello, sempre di Milano, nel giudizio di secondo grado.

Il primo giudicante ha ritenuto che il capo équipe rispondesse anche del rischio anestesiologicalo che si era verificato, la Corte d'Appello ha invece stabilito che l'anestesista in quel caso aveva a disposizione dati che mutavano il quadro di rischio, rendendolo molto elevato, dati che però non erano percepibili e non erano conosciuti dal chirurgo capo équipe. Ha concluso, perciò, che il chirurgo correttamente in questo caso aveva fatto affidamento sull'operato dell'anestesista che nulla gli aveva rivelato.

Altra questione aperta è la seguente:

è pacifico che il capo équipe deve controllare l'operato degli altri, ma come deve esplicarsi il controllo ?

Non è facile trovare un criterio sicuro. Si potrebbe ipotizzare che il controllo implichi una continua sorveglianza, ma ciò potrebbe essere eccessivo perché il capo équipe che deve continuamente controllare gli altri non può concentrarsi adeguatamente sui suoi compiti specifici. Un criterio alternativo sarebbe quello di richiedere soltanto un serio monitoraggio del corretto procedere dell'intervento e dell'operato degli altri. Questo però potrebbe essere ritenuto un criterio troppo elastico.

Un caso esaminato in proposito dalla giurisprudenza è stato quello in cui il capo chirurgo si è assentato quando ormai l'intervento era esaurito, lasciando ad altri il compito di suturare lo stomaco del paziente operato. Ed in quell'occasione era stata dimenticata dentro la solita garza.

Il giudice ha assolto il capo équipe, ritenendo che non rientrasse nei suoi compiti quello di seguire in tutte le sue fasi l'intervento medico; ed ha perciò ristretto la responsabilità agli altri medici gravemente negligenti. La decisione, però, è stata molto criticata, soprattutto da chi ritiene che il capo équipe possa assentarsi soltanto dopo che l'intervento è completamente esaurito. Ed infatti in un'altra sentenza è stato affermato che chi dirige l'attività di un gruppo di lavoro ha la responsabilità di una costante e diligente vigilanza in ogni momento dell'intervento o del trattamento.

Per concludere sul punto, occorre sottolineare che il vero rischio per i medici che operano in équipe è quello della sottoposizione iniziale di tutti gli operatori alle indagini penali.

Capita frequentemente, infatti, che tutti vengano indagati, ed anche se poi il procedimento si conclude con una archiviazione o un proscioglimento, oppure con la restrizione dell'accusa ad alcuni soltanto, certamente ciò costituisce un caro prezzo da pagare in termini di sofferenza psicologica e di danno all'immagine professionale.

È pur vero che le difficoltà di individuare immediatamente le singole responsabilità sono tali e tante da rendere obiettivamente necessario avvisare tutti i componenti che sono potenziali indiziati. È una previsione legislativa, questa, volta a garantire la difesa delle persone da indagare. Tuttavia, occorrono, da parte di chi procede alle indagini, prudenza e riservatezza. Occorre evitare che una garanzia di difesa dell'indagato si trasformi in una sorta di sentenza anticipata di condanna.

La ricerca dei fattori causali è il primo problema che il giudice deve affrontare.

I criteri giuridici per individuare le cause di un evento sono in astratto chiari:

- è causa di evento ogni singola condizione dello stesso, cioè ogni antecedente in assenza del quale l'effetto non si sarebbe prodotto. In altri termini, per rispondere penalmente, basta realizzare una condizione qualsiasi dell'evento.

- in secondo luogo, il nesso di causalità così individuato rimane fermo anche quando concorrono cause preesistenti, concomitanti o susseguenti all'evento (salvo che queste non siano state da sole sufficienti a produrlo, perché in questo caso il trattamento sanitario errato sarebbe considerato soltanto "occasione dell'evento", anziché fattore causale).

Poiché non si tratta di fenomeni riproducibili in laboratorio è necessario utilizzare un procedimento logico - deduttivo, da tutti accettato, di tipo "controfattuale", secon-

do il quale un'azione è condizione dell'evento se nella ricostruzione del fatto non può essere mentalmente eliminata senza che l'evento venga meno.

In concreto, però, è oltremodo difficile in campo medico l'indagine causale perché spesso è insondabile l'interazione dei fattori operanti in ciascun caso clinico. Ogni caso può presentare varietà peculiari tali da rendere difficile l'individuazione delle cause, anche nell'ambito delle malattie conosciute.

È giocoforza, allora, che il giudice si affidi al consulente, il quale, però, non può che essere scelto nell'ambito dei medici, perché solo un medico particolarmente esperto potrà individuare le cause dell'evento.

Proprio per il ruolo decisivo che assumono nel bene e nel male, è importante che i medici legali svolgano la loro funzione con la massima capacità e coscienza al solo scopo di far conoscere la verità e mi chiedo, a questo riguardo, fino a che punto influiscono sulle sentenze perizie nelle quali vengono affermate certezze scientifiche che tali non sono.

Tornando al tema, soltanto se si accerta con sicurezza che uno dei fattori causali è individuabile nel trattamento medico si potrà passare alla valutazione della colposità o meno dell'operato del medico.

Se, invece, esiste incertezza sul fattore causale, il dubbio impedisce al giudice di andare avanti.

L'incertezza sul nesso di causalità fa sì che non si possa attribuire al medico la responsabilità dell'evento anche quando la sua condotta sia stata nettamente colposa. È successo, invece, che talvolta il peso emotivo dato dall'aver riscontrato un elevato grado di colpa del medico abbia fatto trascurare al giudice questo principio fermo.

L'accertamento del nesso causale è particolarmente insidioso in caso di comportamento colposo omissivo perché bisogna ipotizzare cosa sarebbe successo qualora il medico avesse posto in essere ciò che la corretta scienza gli imponeva in quella situazione.

Ed è in relazione a questo specifico giudizio che si è manifestata un'eccessiva severità da parte della giurisprudenza, la quale dapprima è passata dall'affermazione della necessità della certezza che il trattamento omissivo avrebbe impedito l'evento a quella della sufficienza di una probabilità vicina alla certezza ed infine alla sufficienza di una semplice probabilità, quantificata dapprima nel 70%, poi nel 50%, e addirittura fino al 30%, in una sentenza divenuta famosa.

La conseguenza di tale orientamento è stata quella di ritenere il medico responsabile soltanto per aver aumentato il rischio dell'evento.

L'affermazione di un simile principio, a mio giudizio, non spetta al giudice, ma al legislatore.

Solo a quest'ultimo compete stabilire se sia sufficiente, per la responsabilità medica, un semplice aggravamento del rischio da parte del medico, e non più necessario, invece, un sicuro nesso di causalità.

L'incidenza del consenso informato nell'accertamento della responsabilità medica

Tutto il quadro finora illustrato rischia di essere sovvertito a seguito della ormai riconosciuta necessità del consenso informato per procedere al trattamento sanitario.

Il consenso informato è ormai un punto fermo ed irreversibile nel rapporto medico cliente, che, però, si presta ad una degenerazione che è sotto gli occhi di tutti, quella della sua strumentalizzazione come arma giudiziaria contro il medico.

E purtroppo questa strumentalizzazione ha trovato impreparata la giurisprudenza perché i giudici operano in questo caso in un vuoto normativo assoluto.

Non esistono, infatti, specifiche norme circa il consenso al trattamento medico e gli operatori giuridici hanno dovuto ricorrere a principi giuridici generali che, essendo sorti per regolare casi ben diversi da quello del trattamento medico, hanno dimostrato tutta la loro inadeguatezza e rigidità.

Ne è risultata una risposta formalistica e rigoristica, che ha avuto l'effetto di incrementare il numero dei procedimenti contro i medici. Anche perché, in base a quanto è

stato statuito nelle prime sentenze in materia, si è visto che per ottenere la condanna del medico non occorre più dimostrare la colpa professionale.

È sufficiente, infatti, dimostrare un evento dannoso (che ovviamente è palese), dimostrare il nesso di causalità tra questo evento ed il trattamento medico (ed anche questa dimostrazione non è difficile, visti gli orientamenti della giurisprudenza secondo la quale sarebbe sufficiente il semplice aggravamento del rischio), dimostrare infine la mancanza o l'incompletezza o l'invalidità del consenso al trattamento ed il gioco è fatto perché non sarà più necessario, a quel punto, dimostrare che il medico non si è attenuto alle regole dell'arte.

Si è scoperta, insomma, una scorciatoia, un mezzo più veloce per l'affermazione della responsabilità medica anche quando il sanitario abbia operato in maniera ineccepibile dal punto di vista tecnico.

Chi pensava che il consenso informato potesse costituire uno scudo per i medici contro le iniziative giudiziarie, sarà rimasto deluso.

Basterà che manchi uno solo dei requisiti per invalidare il consenso prestato, e crescono, infatti, nella prassi giudiziaria, i casi in cui il quesito ai periti viene allargato all'accertamento della completezza dell'informazione al paziente.

È in questo settore che si può notare un profondo distacco tra i principi utilizzati dalla giurisprudenza e la realtà in cui il medico ha invece dovuto operare.

Lo si ricava dall'esame dei casi giudiziari divenuti famosi, primo tra tutti quello del dott. Massimo.

Come ricorderete, il medico aveva ottenuto il consenso ad un trattamento molto settoriale - asportazione di adenoma villosa benigno - e una volta aperto l'addome della paziente aveva proceduto all'amputazione del retto ritenendola più utile.

Questo allargamento dell'intervento è stato ritenuto non coperto dal consenso e la giurisprudenza in tutti e tre i gradi di giudizio ha stabilito che la mancanza di quel requisito faceva sì che l'intervento sul corpo della paziente fosse illecito in radice. Perciò tutti gli effetti lesivi che esso aveva provocato sono stati addebitati al medico a titolo di lesioni volontarie (nel caso fosse stata provocata la morte avrebbe risposto di omicidio preterintenzionale).

In pratica è stata parificata la condotta del medico a quella di chi volontariamente aggredisca ed attenti l'incolumità personale di terzi, a quella di un comune aggressore.

Autorevoli commentatori hanno riconosciuto che quella sentenza strideva sul piano dell'equità, ma nessuno ha affermato che essa strideva sul piano del diritto.

Alcuni, anzi, l'hanno accolta come un importante passo nell'ormai radicato mutamento culturale nel rapporto medico-paziente.

Pochi coloro che hanno cercato di indicare una soluzione meno drastica. Ed anche le soluzioni indicate in questo senso non sono state comunque rassicuranti per i medici.

Si è detto, infatti, che in questo caso il medico avrebbe violato la libertà di autodeterminazione del paziente ed avrebbe commesso un reato diverso da quello ritenuto dalla Corte. Si sarebbe trattato, cioè, di un reato di violenza privata seguito da lesioni punibili a titolo di colpa e non più come volontarie (ma sempre di responsabilità penale si tratterebbe; ed anche quando, si noti, l'intervento fosse stato ineccepibile).

L'unica voce di dissenso è stata quella di un giudice di Palermo, il quale - in un caso in cui un primario aveva ottenuto il consenso ad un intervento di impianto di pompa chemioterapica ed aveva effettuato poi un trattamento allargato, asportando una grossa massa neoplastica estesa ad organi vitali, scoperta solo in quell'occasione, eseguendo, si noti, un intervento a perfetta regola d'arte, al termine del quale la morte della paziente era intervenuta soltanto per uno shock emorragico - ha affermato che la morte non era ricollegabile a una condotta colposa del medico perché il trattamento era stato eseguito a regola d'arte.

Era ravvisabile una sua violazione nel non aver ottenuto un consenso anche a quel trattamento, ma di questa lesione alla libertà di autodeterminazione del paziente avrebbe dovuto rispondere solo disciplinarmente e non penalmente.

È una soluzione questa molto interessante, ma che allo stato attuale rimane isolata.

È necessario, dunque, uscire da questa situazione di incertezza, - anzi, di vera e propria certezza di responsabilità per il medico - e la soluzione, urgente, compete al legislatore.

Per il futuro, intanto, restano solo incertezze.

Arturo Toppan

Presidente della Sezione Penale del Tribunale di Treviso



CAPOSALA NON CONTROLLA LE DOSI

Assolta l'infermiera per la somministrazione di una flebo letale

Resta fuori dall'accusa di omicidio colposo plurimo la caposala che non verifica la giusta quantità di farmaco da somministrare al paziente. La Cassazione fa ordine nella catena di responsabilità che ricadono sul personale sanitario per la preparazione di una flebo letale per il malato. La colpa dell'eventuale dose sbagliata "investe" il medico che dà disposizioni imprecise per l'utilizzo del medicinale, l'infermiera professionale incaricata di preparare la flebo e il dottore che, nell'ordinare al reparto di farmacologia interno all'ospedale un preparato diverso dal solito, non si preoccupa di fornire al personale paramedico delle note sull'esatto dosaggio. Nessun appunto può essere mosso, invece, a chi ricopre la carica di caposala del reparto, poiché tra i suoi compiti istituzionali non rientra quello di controllare l'esattezza della prescrizione del farmaco.

Il principio è quello contenuto nella sentenza 13219, del 19 dicembre 2000, emessa dalla quarta sezione penale della Cassazione.

La decisione è il risultato finale della valutazione sul caso relativo alla morte di due persone ricoverate in un ospedale di Pavia. I due pazienti erano, senza dubbio, deceduti a causa di un avvelenamento da potassio, derivante dalla somministrazione di fleboclisi, contenenti una quantità cinque o addirittura otto volte maggiore di quella necessaria all'organismo umano. A originare il fatale errore era stata la sostituzione del normale farmaco utilizzato nel reparto con una nuova soluzione, dalla elevata concentrazione di potassio. La novità farmacologica era stata introdotta dal medico assistente del reparto di patologia chirurgica dell'ospedale, mentre ne aveva prescritto per primo l'uso l'aiuto

dello stesso reparto. A carico di entrambi la Corte ha riscontrato una condotta professionale negligente. Riguardo al primo, per non aver adeguatamente informato il personale paramedico sulla composizione e quindi l'esatto impiego del farmaco da lui ordinato. Nei confronti del secondo, per non essersi preoccupato di dare personalmente ai paramedici, addetti alla preparazione, un'esatta prescrizione scritta della dose da iniettare.

E se, fino a questo punto, la Corte ha ricalcato la decisione presa dai giudici di primo e secondo grado, le strade del giudizio si sono separate sulla responsabilità degli infermieri. La Cassazione, sul punto, ha fatto delle precise distinzioni di condotta, accogliendo il ricorso presentato dalla caposala del reparto, di turno il giorno dell'incidente.

I giudici di legittimità hanno ricordato che, poiché la responsabilità penale in materia di colpa per mancato impedimento dell'evento nasce nella sola ipotesi in cui il soggetto abbia l'obbligo giuridico di impedirlo, prima di formulare qualsiasi decisione sul comportamento dell'infermiera professionale, bisognava verificare se su di lei ricadesse, appunto, l'obbligo di intervenire sulla preparazione del flacone. A tale fine, la Corte ha richiamato l'articolo 41 del Dpr 128/1969 il quale, nel delimitare i poteri della caposala, stabilisce che a lei spettano l'organizzazione del servizio infermieri, la custodia e l'approvvigionamento dei medicinali. Perciò, il controllo è solo sul "rispetto degli oneri correlati al servizio che dirige e non anche sul rispetto delle specifiche attività di dosaggio, che sono necessarie per preparare ogni singolo flacone, in conformità alle prescrizioni del medico". In considerazione di ciò, la Cassazione ha assolto l'infermiera per non aver commesso il fatto.

Cassazione: si compie omicidio colposo se vengono disattesi gli ordini dei sanitari

L'INFERMIERE È RESPONSABILE

Esiste un dovere "di protezione" del paziente per tutto il personale

Disattendere gli ordini impartiti da un medico può costare caro - anche una condanna per omicidio colposo - al personale paramedico operante in una struttura sanitaria.

La quarta sezione penale della Cassazione, con sentenza n. 9638 depositata il 13 settembre 2000, ha infatti confermato la condanna inflitta dalla Corte di Appello di Bari agli infermieri che nel 1992 lasciarono morire un giovane marinaio in una corsia del pronto soccorso in cui era stato tempestivamente ricoverato senza avvertire, come pure era stato loro ordinato dal medico di guardia, uno dei due medici internisti disponibili. Secondo la Suprema Corte, la sequenza dei fatti accertati dal giudice di merito non lascia spazio a dubbi circa la responsabilità penale degli infermieri: appena venti minuti dopo l'incidente, il giovane era arrivato al pronto soccorso, dove il medico di guardia era impegnato in chirurgia.

Non potendo visitare personalmente il giovane, il medico ordinava a tre infermieri di chiamare uno dei due internisti che in quel momento si trovavano al piano superiore. Nessuno dei tre però adempiva l'ordine, limitandosi, al momento del cambio turno, ad avvisare la collega del turno successivo. Neppure quest'ultima, tuttavia, avvisava i medici. Quando, finalmente, un assistente di polizia in servizio al pronto soccorso si accorgeva del giovane, "parcheggiato" in un angolo, era ormai troppo tardi, per impedirne il decesso.

Secondo la Cassazione, nessuna responsabilità può essere addebitata al medico di guardia che non lasciò il paziente in cura per visitare il giovane appena ricoverato: un medico del pronto soccorso che stia prestando attenzione e cure a un paziente, infatti, qualora sia richiesto di interessarsi di un altro paziente e sia in grado di far accorrere prontamente un altro collega disponibile, può legittimamente delegare il collega (a meno che al medico venga segnalata un'emergenza che, comparata al caso che sta seguendo, faccia ritenere che il nuovo paziente richiede cure non rinviabili). Né allo stesso sanitario può muoversi il rimprovero di non essersi accertato se il suo collega fosse stato effettivamente chiamato dagli infermieri. A tale riguardo, secondo la Corte, può e deve trovare applicazione il principio dell'affidamento: il medico che presti la sua opera con la collaborazione di alcuni infermieri ai quali impartisca un ordine, può dunque legittimamente fare affidamento sull'esecuzione di quell'ordine, e ciò a maggior ragione quando l'attività richiesta non sia particolarmente complessa. Nessun dubbio circa la sussistenza del nesso di causalità tra la condotta omissiva degli infermieri e il decesso del giovane: se i primi avessero avvertito gli internisti nel momento in cui veniva loro ordinato, il ragazzo avrebbe avuto alte probabilità di essere salvato.

Non è esente da responsabilità neppure l'infermiera del turno successivo che pure era tenuta ad attivarsi per informare il personale medico. Facendo applicazione dei principi giuridici che regolano la materia dei reati caratterizzati da condotte omissive non tipizzate, la Suprema Corte ha ritenuto che, con il loro comportamento, gli infermieri siano venuti meno al dovere di protezione nei confronti dei pazienti affidati alle loro cure, dovere che scaturisce dalla posizione di garanzia che tutti gli operatori di una struttura sanitaria - medici e paramedici - assumono in ragione del ruolo rivestito.

Tale posizione di garanzia discende non dal contratto tra il dipendente e l'azienda sanitaria, ma direttamente dalla legge, perché espressione dei principi di solidarietà e di rispetto della persona sanciti dalla Costituzione: da ciò deriva che l'obbligo giuridico di protezione incombe sugli operatori sanitari (almeno, se non oltre) per l'intero tempo del loro turno di lavoro, sicché essi non possono trasferire ai colleghi i compiti a essi affidati, qualora li possano agevolmente svolgere nel loro turno.

Alessandra Rinaldi

Da **IL SOLE24 ORE SANITA'**
del 23-29.01.2001

Cassazione: è rifiuto d'atti di ufficio se non si risponde
alle chiamate dei pazienti

“CORRA” IL MEDICO REPERIBILE

*L'inerzia dei camici bianchi
è una grave trasgressione al codice penale*

Rifiuta atti d'ufficio il medico reperibile che decide di non correre in ospedale dopo la chiamata d'urgenza. La sua “inerzia” comporta, senza dubbio, la violazione del codice penale. Pugno duro della Cassazione in tema di responsabilità dei sanitari. Con la sentenza 10538 del 10 ottobre 2000, i giudici della sesta sezione penale applicano la nozione di “rifiuto”, contenuta nell'articolo 328 del codice penale, a svantaggio di un medico in turno di reperibilità.

Il dottore in questione, ricorrente per Cassazione contro la sentenza dei giudici di merito, durante un pomeriggio in cui era reperibile al reparto di ostetricia e ginecologia, anche se sollecitato più volte telefonicamente da un'infermiera, aveva rifiutato di andare in ospedale per prestare soccorso a una paziente incinta, ricoverata per minaccia di aborto.

Un comportamento giudicato penalmente “repreensibile” sia dal tribunale di Bari che dalla Corte di appello della stessa città. E le cose non sono andate diversamente nemmeno in Cassazione. I giudici di legittimità, infatti, hanno dichiarato inammissibile il ricorso, confermando la condanna del medico per il reato di rifiuto di atti d'ufficio.

Le valutazioni che hanno portato i magistrati di piazza Cavour a orientarsi in tal senso partono tutte dall'esame del primo comma dell'articolo 328 del codice penale, il quale punisce “il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo

ufficio che, per ragioni di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo”. Un simile concetto di “rifiuto” secondo la Cassazione, implica un atteggiamento di diniego a fronte di una richiesta o comunque di una “qualche sollecitazione esterna” che può consistere anche in una condizione oggettiva che richieda l'intervento del pubblico ufficiale o dell'incaricato del pubblico servizio. Sicché di fronte a una concreta situazione di urgenza che “impone” l'intervento, resa oggettiva dai fatti posti all'attenzione del soggetto obbligato a intervenire, “l'inerzia omissiva” di quest'ultimo assume “intrinsecamente valenza di rifiuto e integra la condotta punita dalla norma”. E questo, in considerazione del fatto che la volontà di non compiere l'atto può essere anche manifestata in maniera implicita.

Applicando questo principio al caso concreto, la Corte ha ritenuto l'imputato colpevole, visto che, essendo il medico in servizio di reperibilità, e quindi obbligato per legge a intervenire, nonostante fosse stato ripetutamente sollecitato telefonicamente dalle infermiere e da un collega, “omise” di andare in ospedale. La sua condotta, quindi, non si è risolta in una “mera inerzia”, in un semplice “non fare”, ma ha espresso, in maniera implicita, il chiaro rifiuto di compiere l'atto del suo ufficio: prestare la pronta e dovuta assistenza a una donna, in stato di gravidanza, ricoverata d'urgenza per minaccia d'aborto.

Beatrice Dalia

Il medico a disposizione è tenuto
a seguire il decorso della patologia

“REPERIBILE” A PIENO SERVIZIO

*Condannato un sanitario
che prestò solo le cure di primo soccorso*

Il dovere del medico “reperibile” non si esaurisce nella sola visita. Se il paziente ha una patologia a progressione lenta, commette omicidio colposo il dottore in intervento d'emergenza, che non presta la successiva sorveglianza nei confronti del ricoverato, il quale, in un secondo momento, si aggrava e muore. Non ammette facili semplificazioni la Corte di Cassazione quando si tratta degli obblighi di un medico in turno di reperibilità. Con la sentenza 12796 della quarta sezione penale, timbrata dal cancelliere il 7 dicembre 2000, i giudici di legittimità hanno precisato che il dovere del sanitario di intervenire entro mezz'ora, e prestare le cure del caso, deve essere interpretato in funzione della malattia che, in concreto, ha richiesto l'intervento di emergenza.

Il caso sottoposto alla verifica della Corte era quello di un chirurgo milanese, accusato di non aver monitorato le condizioni di un paziente, rinoverato in seguito a gravi ustioni al viso e al collo. Il dottore, assente dall'ospedale ma reperibile, così come previsto dal contratto d'area della dirigenza medica, lo aveva visitato d'urgenza, lasciandolo poi alle cure del reparto competente. Il chirurgo sosteneva di avere fatto, in questo modo, tutto quanto dovuto, essendo “illogico” far ricadere l'obbligo di una sorveglianza medica e infermieristica su persone diverse da quelle presenti in ospedale. Come a dire, in presenza di altri professionisti di turno nell'orario in cui si verifica il decesso del paziente, la responsabilità certo non può essere del dottore che ha prestato il soccorso di urgenza e poi si è allontanato di nuovo, come da contratto.

I giudici di piazza Cavour, però, hanno voluto dare un'interpretazione estensiva delle incombenze che spettano al medico non presente fisicamente in ospedale, ma obbligato alla reperibilità. Nel momento della giornata in cui era arrivato in ospedale il paziente, l'organizzazione del reparto prevedeva solo la reperibilità del chirurgo incriminato, perciò, ad avviso della Corte, “non può negarsi che competesse a quest'ultimo la responsabilità generale del reparto, intesa quale potere di impartire anche eventuali disposizioni al personale infermieristico riguardo i pazienti”. Sicché, se anche nelle ore successive avevano preso servizio dei colleghi di pari grado, il dovere di seguire il paziente soccorso d'urgenza spettava al medico che lo aveva visitato per primo, in quanto più idoneo a prevedere eventuali sviluppi negativi della patologia. A maggior ragione, nel caso in questione, trattandosi di paziente con edema massivo alla laringe, provocato da una reazione infiammatoria dovuta alle gravi ustioni riportate, e quindi suscettibile di causare gravi complicazioni respiratorie.

Prendendo spunto dalla situazione specifica, la Cassazione ha quindi stabilito il principio di carattere generale in base al quale “allorquando l'intervento d'emergenza del medico “reperibile” viene richiesto per un processo patologico a progressione lenta nel tempo, ne consegue che l'intervento di emergenza non può esaurirsi nella visita, ancorché attenta e scrupolosa una tantum, sia pure seguita dalle prescrizioni del caso al personale paramedico, ma deve tradursi in una sorta di monitoraggio sotto forma di sorveglianza e di controlli in modo assiduo delle condizioni respiratorie del paziente”. In due parole, niente sconti di responsabilità, anche se il comportamento nell'immediatezza è esemplare; ciò che conta è la scrupolosità nella fase successiva. Per i giudici di Cassazione, infatti, “è semplicistico ridurre i doveri incombenti ai medici in reperibilità

al presentarsi in ospedale a chiamata in mezz'ora al massimo, riprendendo servizio ed espletando le cure e l'assistenza al motivo del richiamo in servizio".

Così ritenendo, i magistrati di legittimità hanno rigettato il ricorso del medico milanese, confermando la condanna di primo grado a quattro mesi di reclusione e al risarcimento del danno a favore della parte civile.

Beatrice Dalia



**Da Panorama della Sanità
N° 30 – Luglio 2000**

OSPEDALI RISCHIOSI

Si definisce danno da ospedalizzazione quel danno subito da un paziente ospedalizzato, che non è relativo alle malattie e/o ai sintomi che hanno portato all'ospedalizzazione, ma è legato alla permanenza in ospedale; è causato da un erroneo comportamento del personale, o da errate procedure; è evitabile nella maggior parte dei casi.

Numerosi studi anglosassoni identificano tale danno: 4-16% dei ricoverati, con morte o grave invalidità nell'1% dei ricoverati. In Italia, 320.000 danni su 8 milioni di ricoveri, pari al 4%. Si è ipotizzato che un medico possa fare 4 danni all'anno, ossia 167 in 40 anni di lavoro; di questi 0,67/anno (pari a 27/vita lavorativa) sarebbero di tipo grave. Nei fatti, le statistiche assicurative dicono che ogni medico produce, nella sua vita lavorativa, almeno un danno grave, assicurativamente liquidato. Per ridurre i rischi professionali, occorre prevenirli. Come? Aumentando la qualità e migliorando i livelli organizzativi. Il medico "dirigente" deve conoscere i rischi, per poterli prevenire. Ma quali rischi vanno cercati ed identificati?

Quelli strutturali (spigoli, gradini, finestre); quelli legati al trasporto di pesi o di persone (carichi ergonomici); quelli legati alle attrezzature (uso e manutenzione); quelli legati all'organizzazione del lavoro. Occorre disporre di un sistema delle regole.

Il lavoro medico e sanitario è fatto, molto spesso di termini impliciti, ossia di atti "abitudinari", affidati alle consuetudi-

ni di quella certa Unità Operativa. Nel lavoro medico, il 90% degli atti è di tipo implicito, mentre solo il 10% è conseguente ad un'operazione decisionale specifica ed esplicita. Occorre identificare i rischi ed i soggetti a rischio: pazienti, dipendenti, visitatori. Occorre identificare il grado (lieve, medio, alto, molto alto), la frequenza (frequente, ricorrente, emergente, occasionale), la prevedibilità (alta, bassa, non valutabile) e le aree dei rischi.

È necessario che le informazioni sul rischio siano comunicate e condivise e che si punti a ridurre il rischio attraverso una formazione sia generale che specifica (tematica).

La mancata qualità rappresenta un'area di rischio; il mancato controllo del miglioramento delle cure e del grado di soddisfazione delle persone, è parimenti fonte di rischio.

Il paziente va informato e l'informazione data va documentata, sempre!

Il consenso non va estorto, ma va acquisito con il ragionamento, semplice e privo di frette. Le informazioni debbono essere chiare e gerarchizzate, per evitare equivoci e contenziosi legali. Non tutti i rischi si traducono in errori. Non tutti gli errori causano danni. Non tutti i danni sono evidenti o denunciati. Però gli errori vanno evitati, sia che si tratti di errori fatti per eccesso o per difetto: "faccio, perché mi cautelo"; "non faccio, perché mi cautelo". È la medicina difensiva che, spesso, provoca ugualmente pericoli e danni al medico. Gli errori professionali possono essere di diversa tipologia: di

sciocchezza, di dimenticanza, di distrazione, di previsione (o piano), di violazione di regole codificate, di organizzazione. Gli errori sono favoriti da alcune condizioni: la scarsa familiarità con il compito da eseguire; la fretta; l'ignoranza delle regole da applicare; lo scarso affiatamento dell'équipe; la mancata conoscenza dei propri limiti; il disprezzo delle regole; le abitudini; la scarsa motivazione al lavoro. Danni da farmaci, errori di terapia; infezioni ospedaliere ecco le conseguenze più frequenti degli errori sanitari. Occorre affrontare il problema dei rischi (= risk management) con atti e piani aziendali, con atti e piani a livello delle Unità Operative.

Occorre puntare sulla informazione e sulla comunicazione; occorre evitare il frequente turnover del personale; occorre migliorare la qualità della documentazio-

ne clinica; occorre approntare le linee guida.

Quali sono le principali aree di rischio?

Le decisioni cliniche (36% dei casi), le abilità tecniche (15% dei casi), la comunicazione (12% dei casi) e la documentazione (10% dei casi). Impressionanti, infine, le statistiche del rischio professionale sanitario. In Italia 320.000 danni totali all'anno pari a 876 al giorno, cioè 36 all'ora, quasi 2 per regione ogni 60 minuti.

In Italia, 54.000 danni gravi e decessi all'anno, pari a 148 al giorno, ossia 6 all'ora. Durante 40 anni di vita professionale, ogni medico causa 167 danni (4,1 /anno), provoca 27 decessi (0,67 all'anno) e subisce una denuncia penale (0,025 per anno lavorativo). Chi se la sente di stare solo a guardare?



Da **IL SOLE24 ORE SANITA'**
del 25-31.05.1999

Cassazione: è negligente il sanitario che opera il
paziente in un centro inadeguato

PIÙ ATTENZIONE ALLE STRUTTURE

*Si espande così la sfera della
responsabilità professionale per danno*

La diligenza del medico, in tema di responsabilità per il danno causato al paziente, si valuta anche in relazione all'apprezzamento che egli fa delle dotazioni della struttura ospedaliera in cui opera. Se quest'ultima non ha i mezzi sufficienti il professionista può infatti disporre il trasferimento dell'interessato. La Cassazione, esaminando il caso di gravi lesioni subite da un bambino nella fase del parto con la sentenza 4852/1999(sez. III civile) spiega estesamente i casi in cui il medico può rispondere del danno causato al paziente. La responsabilità del professionista non può essere limitata ai casi di dolo o colpa grave, secondo quanto previsto dall'articolo 2236 del codice civile, a meno che la sua prestazione richieda la soluzione di particolari problemi tecnici di un grado elevato di difficoltà. Il medico può essere chiamato a risarcire anche per colpa lieve quando "per omissione di diligenza e inadeguata preparazione provochi un danno nell'esecuzione di un intervento operatorio o di una terapia medica". E può dover risarcire non solo l'interessato ma anche i suoi congiunti per i danni morali. Richiamando la precedente giurisprudenza, la Corte spiega che i casi per i quali si può limitare la responsabilità al dolo e alla colpa grave, sono unicamente quelli per

i quali è richiesta una preparazione superiore alla media o quelli che non sono stati ancora studiati a sufficienza o per i quali non sono stati ancora trovati i metodi da adottare. Per il resto il parametro alla luce del quale la Cassazione ha esaminato la vicenda è stato quello della diligenza, nella quale è da ritenere “compresa anche la perizia da intendersi come conoscenza e attuazione delle regole tecniche di una determinata arte o professione”.

Nel caso affrontato dalla sentenza, i giudici di merito avevano ritenuto che, anche a volere accettare la difesa del medico sulla difficoltà dell'intervento occorreva comunque tener conto che la situazione era degenerata fino a imporre scelte tecniche particolarmente difficili. La complicità in fatti era tale da rendere obbligata la scelta di applicare una ventosa per far nascere il bambino. La ventosa poi rompendosi aveva contribuito a provocare i danni irreversibili al nascituro (cosa che ha reso anche la clinica responsabile per l'accaduto). Il lungo travaglio, avevano ritenuto i giudici, imponeva che fosse praticato il parto cesareo, prima che la situazione fosse irreversibile. Inoltre durante il processo era stata accertata l'insufficienza della strumentazione della casa di cura in cui la vicenda si era svolta, cosa che avrebbe reso necessario un tempestivo trasferimento nella struttura pubblica.

La sentenza ha anche affrontato la questione delle cosiddette “tabelle” in base alle quali i tribunali liquidano il danno biologico. La Cassazione ha infatti spiegato che dottrina e giurisprudenza sono arrivate a elaborare un sistema articolato in due fasi. Nella prima il giudice, accerta la percentuale nella quale la lesione incide sulla condizione psicofisica del danneggiato. Il secondo passaggio comporta l'adattamento di tale valore standard al caso specifico: l'adozione di una tabella non può esonerare il giudice dal dovere di commisurare l'importo liquidato alla specificità del caso che deve risolvere. Nella prima fase c'è l'esigenza, spiega la Corte, di uniformare il più possibile i criteri per la liquidazione del danno: se il giudice adotta le tabelle in uso presso la propria sede giudiziaria si è già automaticamente adattato a questa esigenza di standardizzazione, se adotta quelle in uso presso altre sedi (come era accaduto nel caso in questione) deve spiegare il perché. Nel caso in questione però la Cassazione ha ritenuto sufficientemente motivata l'adozione delle tabelle milanesi in luogo di quelle romane perché i giudici avevano spiegato che le prime tengono conto sia dell'età dell'infortunato che della più che proporzionale incidenza del crescente grado di invalidità. La Corte ha ritenuto infine ammissibile il risarcimento dei danni morali ai genitori del minore. Nella specifica situazione, la malattia riportata dal minore, aveva comportato per i genitori “il completo annullamento della vita di relazione e l'estremo perturbamento della vita psicologica”. Cosa che testimoniava sia l'esistenza di un danno che il suo collegamento causale con l'operato del medico.

Antonio Criscione



CORTE DEI CONTI: Il DG non acquista strumenti indispensabili: è danno erariale

IL MANAGER LENTO DEVE PAGARE

*Corretto il medico che rifiuta di operare
con apparecchi obsoleti*

Va condannato al risarcimento del danno in favore dell'azienda Usl il direttore generale che - nonostante la disponibilità di fondi - non provvede tempestivamente a dotare un ambulatorio delle strumentazioni necessarie, rendendo di fatto impossibile il lavoro del medico convenzionato incaricato di operare in quella struttura. Il danno che il manager è chiamato a pagare corrisponde agli stipendi pagati al professionista per tutto il periodo in cui egli non ha potuto esercitare concretamente le sue funzioni.

La singolare vicenda - su cui si è pronunciata la Corte dei conti (sezione giurisdizionale per la Puglia, sentenza 15 gennaio 2001) - si è svolta in Puglia e ha per protagonista un dentista convenzionato presso il poliambulatorio di una Usl: il professionista, dopo aver denunciato più volte l'impossibilità di curare adeguatamente i pazienti per la mancanza assoluta delle strumentazioni necessarie, aveva di fatto interrotto l'erogazione delle prestazioni tra il febbraio del 1996 e il settembre del 1998. Per tutto quel periodo, il medico aveva però continuato a percepire regolarmente lo stipendio. Una fattispecie che - secondo il procuratore generale - costituisce una vera e propria ipotesi di danno erariale nei confronti della Usl, la cui responsabilità sarebbe da addossare all'operato negligente del manager dell'azienda e in quota minore al dirigente dell'"area gestione patrimonio". Il primo colpevole di aver indetto con grave ritardo la gara per la fornitura delle attrezzature odontoiatriche necessarie (sebbene la fornitura risultasse già aggiudicata a seguito di una gara immediatamente precedente al suo insediamento) e di non

aver previsto nel nuovo bando di gara tutte le apparecchiature necessarie, con conseguente ulteriore ritardo nell'entrata in funzione del gabinetto; il secondo responsabile di aver fatto trascorrere ben otto mesi tra la data in cui fu indetta la nuova procedura e quella della pubblicazione del relativo bando. Un adempimento, quest'ultimo, del tutto semplice e tale da non giustificare un ritardo tanto notevole.

La Corte dei conti ha appoggiato pienamente la tesi accusatoria del procuratore: dopo aver escluso qualunque atteggiamento pretestuoso da parte del dentista (le istruttorie della Guardia di finanza e numerose denunce sulla stampa e da parte delle organizzazioni dei consumatori confermavano infatti l'assoluta obsolescenza delle attrezzature disponibili presso la Usl), i magistrati contabili hanno deciso di condannare il manager al pagamento di 20 milioni e il funzionario responsabile della gestione del patrimonio al pagamento di 5 milioni in favore della Usl.

"In linea di principio - si legge nella sentenza - non è ammissibile che un pubblico dipendente si sottragga volontariamente ai compiti d'ufficio, continuando a percepire la retribuzione per l'assente impossibilità di svolgere adeguatamente il proprio lavoro" ma, proseguono i giudici, "non possono mettersi sullo stesso piano attività tipicamente impiegate che non richiedono l'utilizzo di particolari apparecchiature o strumentazioni e attività specialistiche (come quelle proprie dell'odontoiatra e, più in generale, quelle attinenti all'esercizio della professione medico - chirurgica) che

non possono essere svolte, se non mediante l'impiego di siffatte strumentazioni".

Nessuna colpa può, dunque, essere attribuita al dentista perché "tenuto conto delle particolari responsabilità e dei rischi che comporta la professione medica, deve ritenersi doveroso che un sanitario si astenga dall'adoperare strumentazioni

che siano evidentemente inadeguate alla cura dei pazienti e, dunque, potenzialmente pericolose per la loro salute".

Gravissimo è invece il comportamento del direttore generale che è venuto meno ai suoi doveri, provocando un danno erariale alla Usl e un disservizio ai cittadini.

Chiara Bannella



Da Corriere Medico
12.04.2001

PER IL GIUDICE L'EVENTUALE IMPERIZIA È SPESSO UN ALIBI

Gli elementi che portano a dichiarare il falso in atto pubblico sono: la provenienza dell'atto da un pubblico ufficiale nell'esercizio delle sue funzioni; il contributo da esso fornito in termini di conoscenza o di determinazione a un procedimento della pubblica amministrazione.

La Corte ha infatti puntualizzato - e questo è il punto più importante e innovativo della sentenza - che in tema di falso ideologico in atto pubblico, con riferimento alle diagnosi e alle valutazioni compiute dai medici, va ritenuto che anche "tali giudizi di valore al pari degli enunciati in fatto possano essere falsi". E pertanto, nell'ambito di contesti che implicino parametri valutativi normativamente determinati o tecnicamente indiscussi, le valutazioni formulate dai medici - cui la legge riconosce una determinata perizia professionale - possono non solo configurarsi come errate per imperizia professionale del sanitario, ma (ove si sia in presenza di un comportamento immune da errori) anche nella categoria delle falsità. Infatti, laddove il giudizio espresso dal medico fa riferimento a criteri predeterminati, esso è un modo di rappresentare la realtà analogo al descrivere o constatare situazioni non vere.

Corte dei Conti: Ospedale di Terni

IMMAGINE LESA: 2 MLD

Ammonta a oltre due miliardi di lire la richiesta di risarcimento di danni patrimoniali e all'immagine, avanzata dalla procura della Corte dei conti dell'Umbria per la vicenda del falso medico all'ospedale di Terni. I magistrati contabili hanno citato in giudizio l'ex primario del reparto di cardiologia, la falsa dottoressa, e l'allora direttore sanitario dell'ospedale.

Secondo la procura "la notizia della presenza di un falso medico nell'unità di cardiologia, riportata dalla stampa, ha amplificato il gravissimo pregiudizio all'immagine e al prestigio dell'amministrazione sanitaria ternana, percepita come inefficiente e inaffidabile". Un danno valutato in un miliardo di lire, cui va ad aggiungersi un altro miliardo e trecento milioni per risarcimento patrimoniale dovuto a minore introito, in seguito allo scandalo, del fatturato aziendale. Secondo la procura, il caso del falso

medico, seguito dalla sospensione e poi dalle dimissioni del primario, avrebbe comportato all'azienda "una flessione del fatturato a cardiologia". Il primario e la falsa dottoressa sono chiamati a rispondere, in concorso, oltre che dell'intero danno a titolo di dolo - il primo perché "consapevole", secondo i magistrati, che la donna non fosse in possesso nemmeno della laurea in Medicina, la seconda per aver mentito sui suoi requisiti professionali - anche per le mancate ricevute fiscali rilasciate ai pazienti che l'ex primario avrebbe visitato in uno studio privato. Un danno stimato in circa 10 milioni di lire. Per il direttore sanitario invece il risarcimento è stato richiesto in "misura minore", del 5% e a titolo di colpa grave, "per la mancata attivazione dei necessari interventi di vigilanza". La sentenza definitiva è attesa tra due mesi.

B.Gob.



IL PRIMARIO DIROTTA? È CONCUSSIONE

Commette il reato di concussione e non una semplice truffa il primario della Usl che costringe gli assistiti a pagare una visita privata per accorciare l'attesa. Quando, cioè, fa capire loro che devono attendere tempi lunghissimi per accedere alle prestazioni del servizio sanitario, se prima non fanno una tappa nel suo studio privato. Il "ricatto" diventa ancora più grave quando, proprio dal primario, dipende la lunghezza dell'attesa. In questo caso, il dottore commette il reato di concussione e non quello meno grave di truffa.

La Cassazione penale, con la sentenza 18043 del 4 maggio (VI sezione), ha rigettato il ricorso di un sanitario, responsabile della sezione di radiologia di un ospedale della provincia di Brescia, che contava nella trasformazione del capo di imputazione in una fattispecie punita con meno severità. Al professionista si contestava, innanzitutto, di aver alterato numerosi atti di impegnativa di medici di base o di specialisti, aggiun-

gendovi la prescrizione di ulteriori esami non indicati nei certificati originali; di avere impartito agli impiegati disposizioni secondo le quali i pazienti provenienti da altre Usl dovevano sottoporsi a preventiva visita a pagamento da parte sua; e di aver indotto diversi pazienti a eseguire presso di lui esami strumentali a pagamento, in regime di libera attività professionale.

Il sanitario in sede di ricorso, non aveva contestato l'obiettività dei fatti, ma, riguardo all'accusa di concussione, sosteneva che mancasse uno degli elementi costitutivi del reato ossia la costrizione. E che, semmai, si poteva configurare il reato di truffa. Ad avviso dei giudici di legittimità, in una situazione del genere, ci sono anche gli elementi della frode, ma soprattutto si rinvergono quelli del reato di cui all'art. 317 del codice penale.

La Corte ha ricordato che la differenza fra truffa aggravata dalla prospettazione di un pericolo immaginario e concussione, consiste proprio nella natura del pericolo prefigurato.

Nella prima ipotesi, dipende da fattori estranei; nella seconda è collegato alla volontà del soggetto attivo o di persone sulle quali quest'ultimo sia in grado di influire. Nel caso del primario, essendo lui a determinare la durata dell'attesa per accedere alle prestazioni sanitarie pubbliche (potendo ridurre i tempi al minimo o addirittura annullarli), privava dell'alternativa i pazienti.

Non gli lasciava scelta. Il tutto, in considerazione dello stato di soggezione in cui si trovavano gli assistiti, preoccupati delle conseguenze a cui li esponeva il ritardo. Perciò, secondo la Cassazione, i giudici di merito hanno correttamente ravvisato, nella sua condotta, l'ipotesi di reato più grave.

Beatrice Dalia



**Da Corriere Medico
del 17 Maggio 2001**

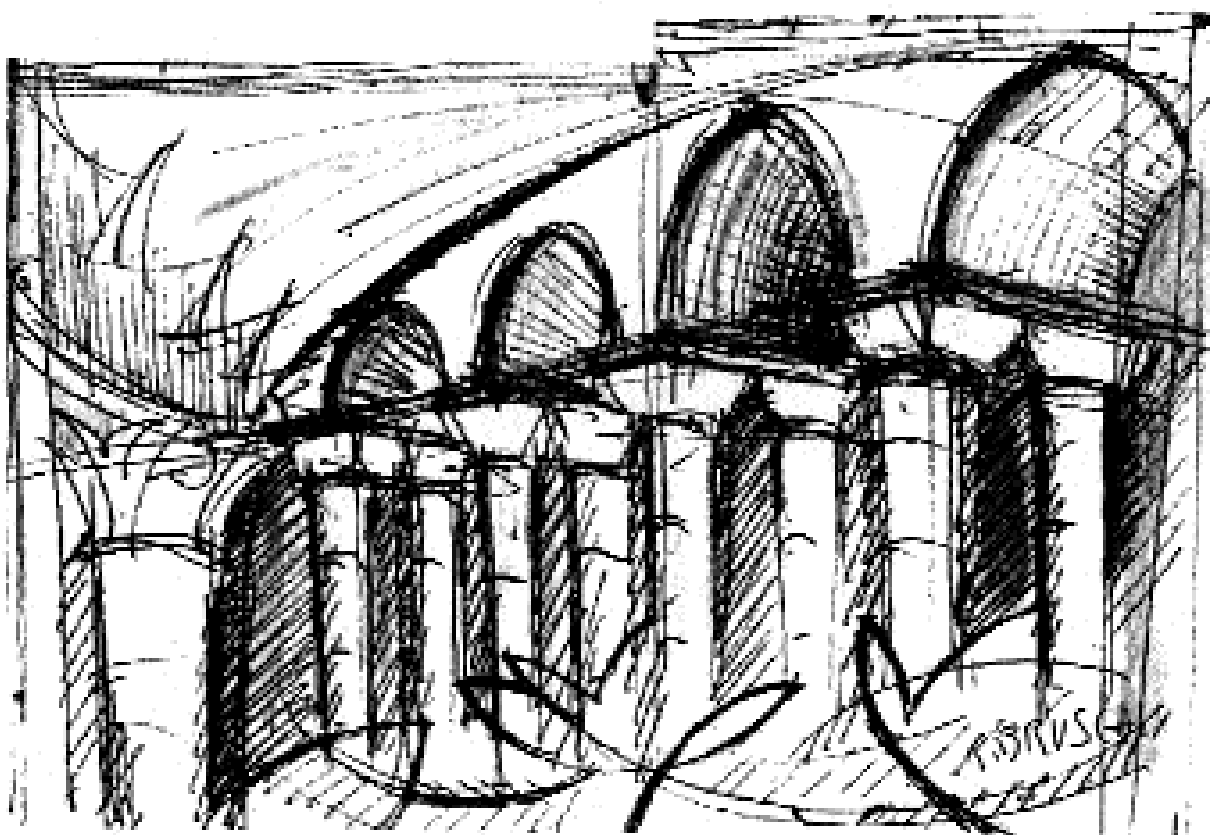
No a moglie azionista nel privato

L'INCOMPATIBILITÀ È ANCHE FAMILIARE

Congedato un primario

CASERTA - Il dottor Rossi (nome di fantasia) fa il primario in un ospedale, mentre la moglie è azionista di una clinica privata. Può la coppia andare avanti così?

La V sezione del Consiglio di stato (sentenza 2.417/2001) ha detto no nell'interesse del Servizio sanitario nazionale, respingendo il ricorso di un aiuto dell'ospedale civile di Caserta, la cui moglie era titolare di quote di una S.r.l. L'ospedale aveva dichiarato decaduto dal suo ruolo il dipendente perché incompatibile, e i giudici amministrativi confermano che il rapporto di lavoro con il Ssn è incompatibile anche quando la titolarità di imprese, che possano configurare conflitto di interessi, è riferita alla consorte. Questa situazione, di fatto, non impedirebbe una partecipazione attiva del marito alla gestione delle quote azionarie di azienda sanitaria privata. In buona sostanza i giudici hanno ritenuto che il medico avesse usato un escamotage per eludere la legge. Il medico, al contrario, si era difeso sostenendo che la struttura convenzionata aveva un rapporto di collaborazione con l'ospedale. I giudici hanno spiegato che il conflitto di interessi non sta nella concorrenza tra i due enti, ma nel fatto che il sanitario dipendente di un ente, se interessato a gestire un'altra struttura dello stesso settore, potrebbe trovarsi in conflitto con i propri doveri.



Arcatelle e arco rampante nel chiostro

Per alcuni avvocati è boom di denunce, per il Tdm no
Il sindacato Snamì vuole il fondo di categoria

GENERALISTI, SOS MALPRACTICE

Ora i medici di famiglia si sentono nel mirino

I medici di famiglia non si sentono più al riparo dalle denunce degli utenti: l'incubo dei maxi - risarcimenti per danni da vera o presunta malpractice inizia a toccarli, nei convegni gli avvocati confermano che le denunce crescono anche per il medico "più amato dagli italiani". Così il sindacato Snamì al congresso di Chianciano nella mozione finale ha richiamato l'attenzione sul problema.

"Occorre prevedere una voce stipendiale che contribuisca a pagare un'adeguata polizza sui rischi professionali", recita il documento. I medici di famiglia dello Snamì vorrebbero contributi pubblici a un istituendo fondo di categoria, come spiega Piergiuseppe Conti, presidente Snamì lombardo.

"La parte pubblica - dice Conti - dovrebbe contribuire a sovvenzionare un fondo obbligatorio della categoria in grado di liquidare i sinistri imputabili a malpractice: proposte di legge provenienti da magistrati, ora giacenti in parlamento, prevedono pure una commissione di arbitrato al posto del giudice". Analoga richiesta è arrivata in un recente incontro sulla responsabilità indetto dall'Ordine di Milano.

E' stato lo stesso Conti a lanciare l'allarme a Chianciano. "Le denunce penali dei pazienti nei confronti della categoria - ha detto nella sua relazione - sono aumentate del 400 per cento, cioè di quattro volte, nel 1999. E sono aumentati i relativi premi assicurativi di dieci volte". Si tratta pur sempre di piccoli numeri, per lo più del foro milanese. "I broker con i quali ho parlato confermano tre denunce contro nessuna dell'anno prima, e qualcuno inizia a rifiutarsi di coprirci, cosa che non era mai accaduta", esemplifica

Luigi Di Caprio, del Tribunale del medico (organo nato nello Snamì per aiutare medici "vessati"). Motivo delle denunce, sarebbero per lo più le omissioni del medico nelle diagnosi (esami non prescritti, magari considerati superflui). E i premi decuplicati?

"E' accaduto in cinque anni, - conferma Di Caprio - da "guardista" pagavo 150 mila lire annue, ora se voglio assicurare anche la piccola chirurgia l'esborso balza a un milione e mezzo. E' chiaro che l'attività specialistica o chirurgica oggi incide di più nella formazione del valore dei premi. Ma è significativo che a Milano le denunce dei cittadini all'Ordine nei confronti del generalista crescono".

Il mondo assicurativo tuttavia non raccoglie l'allarme. E sulle fonti Snamì Eligio Viganò, broker di Cabara, si chiede: "Chi e come ha calcolato l'incremento? La categoria della medicina generale è vasta e corrisponde a un livello di rischio (finora basso) che comprende internisti ospedalieri, geriatri, dietologi, medici sportivi".

"Certo - ammette Viganò - avvertiamo anche noi una tendenza recente all'aumento delle richieste risarcitorie verso medici generali, ma un'entità del 400 per cento mi sentirei di escluderla".

Fra l'altro, a fronte dei casi segnalati da Di Caprio, ci sarebbero broker milanesi che in questo 2001 spuntano premi molto ridotti rispetto a un anno fa. Il Progetto integrato tutela della salute (Pit), indica addirittura un sensibile calo nelle richieste di intervento al Tribunale del malato da parte di cittadini danneggiati da sospetti errori dei medici generali. Il decremento ha interessato il 2000, anno

in cui sono pervenute al Pit metà di richieste di intervento rispetto al '99. La medicina generale già quell'anno copriva solo un 7,16 per cento del totale delle segnalazioni: una percentuale che al Tribunale definiscono molto bassa e in linea con l'ammontare, il più basso, dei premi di assicurazione. Ora questa percentuale si è ridotta al 3,5 per cento. Ma se le cifre ufficiali smentiscono lo Snamì, i generalisti, categoria dove ormai sono assicurati tutti per danni Rc (e che non trae vantaggi d'immagine nel presentarsi tartassata da richieste risarcitorie), insistono.

Fiorenzo Corti, leader lombardo della Fimmg, conferma: "Noi, che offriamo

gratis una polizza di assistenza legale, non abbiamo rilevato le impennate avvertite dallo Snamì, tuttavia la preoccupazione esiste. Molti di noi, visto quanto accade ai colleghi ospedalieri, a volte pensano che qualche avvocato incoraggi i pazienti a ricorrere. E si fa strada una medicina difensiva: meglio trascrivere per intero una batteria di esami consigliata dallo specialista, anche se in scienza e coscienza ci pare eccessiva, per non incorrere in omissioni che sarebbero pagate care. In tal senso, il problema c'è e bene ha fatto lo Snamì a sollevarlo; però, questi colleghi che vogliono fare i liberi professionisti e poi chiedono al Ssn di coprire loro il rischio forse esagerano".



Da Salento Medico
1-2-3 2001

ALCUNI ASPETTI DI INTERESSE MEDICO - LEGALE NELLA MEDICINA DI BASE(*)

L'applicazione dei decreti legislativi 502/92 e 517/93, ha profondamente mutato il quadro normativo del S.S.N.

Sempre nell'ottica di un sistema di protezione sociale, si sono però introdotti strumenti volti a garantire maggiore efficienza ed efficacia; è indubitabile che i correttivi siano stati motivati dal costante incremento della spesa sanitaria pro - capite (problema che peraltro coinvolge tutti i Paesi a maggiore industrializzazione) ed abbiano quindi un preminente valore economico.

Nel contempo, tali modificazioni si sono principalmente riflesse, come era ovvio, sui quei comparti del S.S.N. di maggiore fruibilità. In quest'ambito, pur rappresentando la spesa relativa alla medicina generale soltanto una quota variabile tra il 5 ed il 6%, era ovvio che vi fosse un cospicuo riflesso sulla quotidiana attività del medico di medicina generale (MMG). Sono quindi stati introdotti tetti di spesa, abolizione di talune prescrizione dirette per esami strumentali e ci sono normali obblighi prima inesistenti. Accanto a tali aspetti di tipo prevalentemente contrattuale, vi è stato lo sviluppo di mutamenti "sostanziali". Il medico, soprattutto di medicina generale, è oramai (e forse giustamente) inteso quale "diritto naturale" da parte dei pazienti, svilendone quindi da un lato parzialmente il ruolo e dall'altro obbligandolo a comportamenti differenti. L'ampliarsi dei limiti del segreto professionale nell'ambito di una tutela generalizzata della privacy, il diritto costituzionale alla libertà ed alla autodeterminazione ed i riflessi dell'interesse della collettività hanno quindi portato ad un mutamento sostanziale sia della figura che dei compiti del MMG.

Pertanto, accanto agli usuali riflessi medico - legali della attività medica si sono introdotti altri e più cogenti doveri.

La trattazione complessiva di questi sarebbe probabilmente prolissa e comunque superiore allo spazio disponibile; ci si è pertanto prefissi lo scopo di approfondire solo

L'informazione ed il consenso

L'art. 32 della Costituzione sancisce, come noto, che nessuno può essere obbligato ad un trattamento sanitario, qualora non ricorrano specifiche disposizioni legislative. Ne consegue che, di norma, tutti i trattamenti medici devono essere volontari. Tale norma costituisce quindi il presupposto fondamentale al "dialogo" tra medico e paziente, nell'ambito delle libertà che riguardano la gestione del corpo, della salute e delle cure, il tutto vincolato chiaramente al rispetto dell'autonomia individuale. In tale ottica si inseriscono quindi i requisiti del consenso che si articolano, ai fini della sua validità e della legittima costituzione di un elemento invalicabile per la tutela della libertà individuale in campo medico, nei seguenti presupposti:

1. Il paziente che esprime il consenso deve essere *titolare del bene offeso*: tale atto deve quindi necessariamente essere la espressione di una piena volontà del soggetto (si tralasciano per brevità espositiva i casi in cui tale volontà sia coartata per motivi normativi: soggetti di minore età, T.S.O., incapacità giuridica, stato di necessità) il quale deve aderire "consapevolmente" alla informazione sia per iscritto che verbalmente (in questo caso sarebbe utile che il consenso sia fornito davanti a dei testimoni); residuale nell'attuale orientamento normativo e giurisprudenziale può ritenersi la fattispecie del cosiddetto comportamento univoco, nel quale la volontà del paziente dovrebbe desumersi dagli atti da questi posti in essere (es.: il fatto stesso di essersi recati da un medico potrebbe portare a presumere la volontà di sottoporsi ad un trattamento sanitario). In realtà tale interpretazione, di frequente riscontro nella pratica del MMG, non può più ritenersi confacente all'evoluzione del rapporto medico-paziente: questo, infatti, deve ritenersi fondato su presupposti etico deontologici di parità e di libertà che confliggono con una interpretazione coercitiva od anche di tipo paternalistico dello stesso. In altri termini la scelta, come detto, deve essere consapevole, e tanto può essere raggiunto solo attraverso una personale valutazione dei rischi e dei benefici, delle situazioni contingenti e di peculiarità soggettive. E' anche vero, però, che una condotta pedissequa porterebbe ad una eccessiva burocratizzazione dell'atto medico, dovendo quindi a nostro avviso riservarsi la informazione relativamente a quelle prestazioni che esulano da una normale routine terapeutica, quale può essere la prescrizione di un semplice analgesico ovvero la reiterazione di una terapia, applicandola cioè solo in quei casi dove in effetti vi può essere la concreta consapevolezza da parte del medico che il paziente non sia a conoscenza del rapporto rischio/beneficio di un determinato protocollo terapeutico.

2. Altro pilastro importante ai fini della validità del consenso è rappresentato dall'adeguatezza della *informazione*, che deve basarsi su di una chiara e completa esposizione di quelli che sono i rischi ed i benefici del protocollo terapeutico.

3. Questo prevede che il *coordinatore* dell'iter diagnostico e terapeutico (e cioè chi deve dare l'informazione) debba quindi esporre, senza enfattizzare ed in modo corretto, le caratteristiche dell'intervento medico con particolare riferimento alla diagnosi, prognosi, scopi dell'intervento, rischi generici e specifici di ogni fase dell'intervento ed alle alternative terapeutiche. A tal proposito, è ancora aperto il dibattito su quale deve essere lo standard giuridicamente corretto da proporre al paziente per non invalidare l'atto ovvero per non incorrere, in taluni casi, nel paradosso della truffa che può intervenire non solo per una incompleta informazione ma anche per una inadeguata esposizione che privilegi in modo preminente i rischi del trattamento al fine di indurre il paziente alla rinuncia dello stesso.

4. In tale ottica ci si è quindi sforzati di omogeneizzare i protocolli nel tentativo di rendere giuridicamente corretto l'atto informativo, il che ha indirizzato, in modo peraltro univoco, all'utilizzo di uno *standard soggettivo* (lo standard professionale, imperniato su di una informazione conforme alla prassi medica allo stato delle conoscenze scientifiche, è stata infatti ritenuta inadeguata) che si basa su di una informazione necessaria (con i requisiti innanzi richiamati) e modellata sulle capacità che ogni singolo paziente ha di recepirla. Tali requisiti sostanziali richiamano necessaria-

mente da un lato la possibilità (che può variare a seconda del soggetto) del paziente a poter acquisire consapevolmente le notizie fornite dal medico e dall'altro devono indurre il sanitario a fornire una informazione che sia chiaramente compatibile con le conoscenze che una persona comune può avere.

In definitiva, i requisiti sin qui esposti, espressione di un travagliato ma necessario iter dottrinario giuridico e medico - legale, attribuiscono al principio del consenso informato la giustificazione ed il fondamento stesso dell'attività medica, in ottemperanza al dettato Costituzionale per il quale vi deve essere opportuno bilanciamento tra la inviolabilità della libertà personale e la salvaguardia della salute e della integrità fisica della persona, ponendo necessariamente, e non potrebbe essere altrimenti, anche dei paletti sull'autolegittimazione in ordine alla tutela della salute.

Il Prof. Franco Introna è nato a Bari nel 1956, si è laureato nel 1979 (a 23 anni). Specializzato in medicina legale nel 1982, ricercatore in medicina legale nel 1984, specializzato in medicina del lavoro nel 1986, specialista in Forensic Pathology nell'Università del Maryland nel 1989.

Professore associato in Forensic Pathology presso la stessa Università dal 1989 al 1991.

Professore associato in medicina legale a Bari nel 1992. Attualmente titolare della Cattedra di deontologia ed Etica Medica per la facoltà di Medicina e chirurgia nella stessa sede. Autore di oltre 10 pubblicazioni scientifiche in gran parte sperimentali e di due monografie. Collabora in qualità di esperto con la Direzione Nazionale Antimafia, con il Politecnico di Bari, con l'FBI a Quantico e con la Università di Honolulu.

Giuseppe Cerfeda

Il segreto e la privacy

La tutela della privacy, quale diretto epifenomeno del segreto professionale, trae origine dalla legge 7 agosto 1990 n. 241 che per la prima volta ed in modo peraltro organico, poneva delle limitazioni al diritto di accesso dei cittadini alla documentazione amministrativa, stabilendo nel contempo la tutela alla riservatezza in caso di comunicazione o di divulgazione di notizie riguardanti la sfera personale. Il Parlamento Europeo, quindi, con la direttiva 95/46/CE "relativa alla tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione dei dati", si rese anticipatore della L. 675 del 31.12.1996 inerente la "tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", colmando quel gap normativo che prima di allora si basava sulle generiche indicazioni stabilite dagli artt. 326 e 622 del c.p.

La L.675, nonché la sua integrazione fornita dal D. Lgs. 9 maggio 1997, ha quindi regolamentato l'attività del medico in 10 Capi (costituiti da 45 articoli) che prevedono: la finalità del trattamento, campo di applicazione e di esclusione, obblighi del titolare del trattamento, trattamento dei "dati sensibili" (compresi quelli idonei a rivelare lo stato di salute), tutela dei diritti dei cittadini, definizione del ruolo del garante, sanzioni, copertura finanziaria ed entrata in vigore. In particolare, quelli che destano un maggiore interesse da un punto di vista strettamente medico, sono quelli relativi al Capo 3 e 4 e riguardano il trattamento generale dei dati e quello dei "dati sensibili", rappresentando la naturale evoluzione della salvaguardia del segreto professionale. Per il corretto funzionamento ed applicazione di tale sistema è stata quindi introdotta con l'art. 3 del D. Lgs. 123/97 la figura del Garante che può autorizzare la gestione di un dato sensibile, individuando le *giuste cause* con particolare riguardo per i casi in cui non sia sufficiente il ricorso al consenso informato dell'avente diritto o del legale rappresentante. Al proposito è importante sottolineare come l'introduzione di questa nuova figura abbia consentito agli esercenti la professione sanitaria (con l'autorizzazione n. 2 del 29.9.99) di trattare e quindi far conoscere i dati (fatto salvo per quelli genetici) idonei a rilevare lo stato di salute anche quando il consenso "non sia prestato

o non possa essere prestato per effettiva irreperibilità”. In merito alla definizione di “giuste cause”, l’art. 9 del nuovo codice di deontologia medica (3.10.1998) sottolinea, allineandosi alla 675/96, che tale esimente interviene allorquando vi sia:

- la richiesta o l’autorizzazione da parte della persona assistita o del suo legale rappresentante, previa specifica informazione sulle conseguenze o sull’opportunità o meno della rilevazione stessa;
- l’urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi, anche nel caso in cui l’interessato stesso non sia in grado di prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere e di volere;
- l’urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi, anche in casi di diniego dell’interessato, ma previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali.

Soggetti e situazioni	Figure	Tutela salute interessato	Tutela salute terzi o collettività
Soggetti privati art. 22, c. 1	1) Enti e istituzioni non sanitarie 2) Istituzioni, organismi e case di cura private	1) Consenso 2) Autorizzazione rilasciata con provv. Garante 27 novembre 1997 per adempimento di specifici obblighi o esecuzione di specifici compiti previsti da leggi, regolamenti o normativa comunitaria.	
Soggetti pubblici art. 22, c. 1	1) Enti e istituzioni non sanitarie: es. Comuni, Regioni, Istat, pubblica amministrazione in generale 2) Enti e istituzioni sanitarie: es. comm. invalidi, Inps, Inail	1) Disposizione di legge che specifichi i dati che possono essere trattati, le operazioni eseguibili e le rilevanti finalità di interesse pubblico perseguite	
Organismi sanitari pubblici art. 23, c. 1	1) Ospedali, policlinici, istituti di ricovero e cura, ecc. 2) Soggetti pubblici che agiscono in qualità di autorità sanitarie	1) Consenso scritto	1) Consenso scritto interessato oppure 2) Autorizzazione rilasciata con provv. Garante 27.11.1997 per dati il cui trattamento non sia previsto da specifica disposizione di legge
Esercenti professioni sanitarie art. 23, c. 1	1) Medici chirurghi, odontoiatri ed altri esercenti professioni sanitarie 2) Personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione che esercita attività in regime di libera professione	1) Consenso scritto	1) Consenso scritto interessato oppure 2) Autorizzazione rilasciata con provv. Garante 27.11.1997 per dati il cui trattamento non sia previsto da specifici obblighi o compiti previsti da leggi, regolamenti o normativa comunitaria

In merito invece al trattamento dei dati personali (al proposito il provvedimento n. 2 del 29.9.99 non scinde quelli relativi allo stato di salute da quelli della sfera sessuale), l’Autorità Garante autorizza:

- gli esercenti le professioni sanitarie a trattare i dati idonei a rilevare lo stato di sa-

lute, qualora i dati e le operazioni siano indispensabili per tutelare l'incolumità fisica e la salute di un terzo o della collettività, e il consenso non sia prestato per effettiva irreperibilità;

- gli organismi e le case di cura private, nonché ogni altro soggetto privato, a trattare con il consenso i dati idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale;
- gli organismi sanitari pubblici, istituiti anche presso università, ivi compresi i soggetti pubblici allorché agiscano nella qualità di autorità sanitarie, a trattare i dati idonei a rilevare lo stato di salute, anche per il perseguimento delle finalità di rilevante interesse pubblico individuale dall'art. 17, c.1 del decreto legislativo n.135/99, nel caso in cui ricorrano contemporaneamente le seguenti condizioni:

1) il trattamento sia finalizzato alla tutela della incolumità fisica e della salute di un terzo o della collettività;

2) in assenza di consenso (o perché non sia stato prestato o per la irreperibilità del paziente);

3) il trattamento non sia previsto da una disposizione di legge che specifichi i tipi di dati che possono essere trattati, le operazioni eseguibili e le rilevanti finalità di interesse pubblico perseguite.

In ultimo deve ricordarsi che il consenso al trattamento dei dati personali non necessariamente deve essere raccolto dal MMG ovvero dal suo sostituto ma anche dalle Aziende Sanitarie Locali le quali dovranno poi trasmettere tale documentazione (v. circolare chiarificatrice del Garante del 13.2.98) ai rispettivi sanitari.

Appare evidente da quanto esposto le difficoltà che possono incontrarsi nell'attività quotidiana del MMG, la cui attività non può essere paludata in una eccessiva burocratizzazione del sistema. Abbiamo quindi ritenuto opportuno allegare alla presente relazione due tabelle esemplificative che possono tornare utili nell'attività quotidiana del medico.

Trattamento di categorie particolari di dati inerenti alla salute

Dati particolari e finalità determinate	Modalità del trattamento
Ricerca scientifica o statistica	1) Raccolta senza consenso per dati anonimi; consenso dell'interessato per dati nominali. 2) Trattamento che non permetta l'identificazione degli interessati, anche indirettamente, salvo temporanea motivata necessità di identificazione. 3) Diffusione dei risultati della ricerca in forma anonima.
Publicazioni scientifiche o finalizzate all'educazione, alla prevenzione o all'informazione di carattere sanitario	1) Diffusione libera per dati anonimi
Attività di volontariato	1) Consenso dell'interessato 2) Per scopi determinati e legittimi previsti nelle norme statutarie
Informazioni relative ai nascituri	1) Stesse disposizioni dei dati inerenti alla salute in generale 2) Il consenso è prestato dalla gestante
Dati genetici	1) Consenso dell'interessato 2) Autorizzazione <i>apposita</i> del Garante per trattamenti volti a tutelare altri, in assenza del consenso dell'interessato 3) Non possono essere trattati da comunità di recupero ed accoglienza; case di cura e riposo; enti associazioni ed organizzazioni che gestiscono impianti o strutture sportive, associazioni enti organizzazioni religiose. 4) Non possono essere comunicati a soggetti pubblici e privati
Idoneità fisica alla attività sportiva	1) Consenso dell'interessato 2) Limitatamente ai dati ed alle operazioni indispensabili per l'accertamento
Fornitura di beni prestazioni o servizi (comprese protesi per vista, udito, deambulazione)	1) Dati ed operazioni indispensabili per adempiere agli obblighi di contratto

Le certificazioni

La certificazione rappresenta il mezzo di informativa più frequente e comune nell'attività del medico e, in quanto tale, dovendo peraltro soddisfare numerose esigenze della vita sociale, viene a costituire per il sanitario un compito denso di responsabilità dal momento che rappresenta un atto scritto che dichiara conformi a verità fatti di natura tecnica. Ne deriva che i contenuti di tale *dichiarazione* devono essere caratterizzati da elementi direttamente desunti nel corso ed a causa dell'esercizio professionale, nel mentre la validità dell'atto stesso presuppone dei criteri alquanto rigidi che possiamo così schematizzare:

1. scrittura effettuata con mezzi indelebili;
2. autore che deve individuarsi in modo chiaro nell'attestazione;
3. destinatario a cui la certificazione è diretta;
4. la data di compilazione.

Senza voler ripercorrere in questa sede le varie fattispecie di certificazioni, riteniamo opportuno concentrare la nostra attenzione nell'atto che più frequentemente ricorre nella pratica del MMG: la ricetta medica. Questa può essere definita come "l'atto scritto con cui il medico prescrive la cura che ritiene adeguata ed utile per il malato da lui assistito", ed è quindi la "prescrizione scritta di uno o più farmaci", un "documento che racchiude tutte le ordinazioni e le istruzioni che occorrono per la preparazione e la somministrazione di un farmaco", ed ovviamente per la vendita delle specialità medicinali che rappresenta oggi l'attività prevalente del farmacista. Non esiste una definizione di legge della ricetta medica; l'unico riferimento normativo è l'art. 38 del R.D. n. 1706/1938 ("Regolamento del Servizio Farmaceutico") che prescrive l'obbligo della firma da parte del medico sulla ricetta per consentirne l'identificazione. Secondo la direttiva CEE 92/26 per "prescrizione medica" si intende ogni ricetta rilasciata da un professionista abilitato a prescrivere medicinali (medici chirurghi, odontoiatri, medici veterinari).

Nel lontano passato la Corte di Cassazione ha ritenuto che le ricette mediche fossero documenti aventi carattere di scrittura privata in quanto destinate alla vendita dei medicinali da parte dei farmacisti (Cass. Pen. 16 aprile 1934 in Giust. pen. 1934 p. Il col. 982), ciò anche in relazione al delitto previsto dall'art. 485 C.P. (Falsità in scrittura privata). Diversa è ovviamente la rilevanza, anche penale, della ricetta che sia rilasciata da un medico pubblico ufficiale, come quello ospedaliero o convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale.

Il rilascio della ricetta, in tesi generale, "costituisce un *obbligo* per il medico, quando ravvisa opportuna la prescrizione di un farmaco alla persona che ha fatto ricorso alla sua prestazione professionale. L'obbligo della redazione delle ricette è anche implicito nelle norme che stabiliscono il divieto di vendita di alcuni prodotti farmaceutici senza apposita prescrizione medica redatta con particolari modalità". Circa quest'ultimo aspetto, si ricorda che l'art. 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 539 ("Attuazione della direttiva 92/26 CEE riguardante la classificazione nella fornitura dei medicinali per uso umano") ha classificato i medicinali in cinque differenti categorie:

- 1) medicinali non soggetti a prescrizione medica;
- 2) medicinali a prescrizione medica;
- 3) medicinali soggetti a prescrizione medica da rinnovare volta per volta;
- 4) medicinali soggetti a prescrizione medica speciale;
- 5) medicinali soggetti a prescrizione medica limitativa, comprendenti a loro volta:
 - a) medicinali vendibili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti;
 - b) medicinali utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;
 - c) medicinali utilizzabili esclusivamente dallo specialista.

Il citato D. Lgs. vo 539/1992 è stato in parte modificato

- in ottemperanza ad un indirizzo della Comunità Europea volto a stabilire norme unitarie riguardo alla prescrizione dei farmaci in tutti i paesi membri - dalla legge n.

237 del 19 luglio 1993 che convertendo in legge il D.L. n. 149/1993, ha abrogato alcune parti del suddetto decreto legislativo.

Successivamente il Ministero della Sanità, su richiesta dei medici e dei farmacisti, ha emesso dei decreti ministeriali recanti l'elenco dei farmaci che possono essere venduti senza la ricetta del medico (Decreti del Ministro della Sanità 22 dicembre 1993, 18 gennaio 1994, 28 gennaio 1994 ed altre disposizioni correlate).

Dalle normative vigenti conseguono pertanto differenti tipologie di ricette: ricette libere (ovvero relative a medicinali non soggetti a prescrizione e che pertanto non hanno vincoli di legge per il farmacista, bensì hanno la funzione di promemoria per il paziente); ricette ripetibili; ricette non ripetibili; ricette speciali e ricette limitative.

Con provvedimento del 30 dicembre 1993 "Riclassificazione dei medicinali ai sensi dell'art. 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537" e successive modificazioni, la Commissione Unica del Farmaco (CUF) ha proceduto alla riclassificazione dei medicinali e dei preparati galenici in tre classi:

A) farmaci essenziali e farmaci per malattie croniche, a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (in tale classe sono inclusi anche i farmaci contraddistinti con il simbolo "H", il cui impiego è limitato all'ambito ospedaliero e delle strutture assimilate);

B) farmaci, diversi da quelli della classe A, di rilevante interesse terapeutico, i quali sono a carico dell'assistito per il 50% del prezzo di vendita;

C) farmaci privi delle caratteristiche delle due classi precedenti, che sono a totale carico dell'assistito e per la cui prescrizione, in base alla legge 8 agosto 1996 n. 425, è vietata l'utilizzazione della ricetta del SSN.

Alcuni medicinali compresi in classe A ed in classe B sono prescrivibili in regime di Servizio Sanitario Nazionale soltanto per specifiche patologie. Con Provvedimento 18 aprile 1994 e successive modificazioni, la Commissione Unica del Farmaco ha infatti formulato una serie di "note relative alla prescrizione e modalità di controllo delle confezioni riclassificate", ciascuna delle quali identifica una specifica patologia o quadro clinico rispetto al quale l'uso del farmaco è fondamentale, correlandone la classe di dispensazione con la patologia diagnosticata.

In merito alle ricette rilasciate dai medici convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale, la Suprema Corte (cfr. Sez. V, 24 novembre 1978) ha ritenuto che si tratti di documenti che assumono la natura di certificato nella parte in cui attestano il diritto del lavoratore all'assistenza, mentre hanno le caratteristiche proprie dell'autorizzazione amministrativa nella parte in cui rendono operativo il diritto dell'assistito all'erogazione dei farmaci.

La natura di **certificazione amministrativa** della ricetta è stata riaffermata dalla Cassazione Penale a Sezioni Unite con la sentenza n. 6752 del 7 giugno 1988, con la quale si è stabilito - modificando la precedente giurisprudenza secondo cui la ricetta del medico convenzionato aveva natura di atto pubblico, essendo rilasciata da un pubblico ufficiale nell'espletamento della sua funzione istituzionale - che "... nelle ricette contenenti mere prescrizioni di medicinali non possono ravvisarsi gli elementi costitutivi dell'atto pubblico" suscettibile di falsità ideologica ex art. 479 C.P.

Le regole di condotta che il medico deve seguire nella compilazione della ricetta derivano dunque da un lato da quelle generali di diligenza, prudenza e perizia professionali e dall'altro anche da norme di legge che rendono ancora più delicata la valutazione tecnica dell'indicazione e di eventuali controindicazioni alla prescrizione dei singoli farmaci. La restrizione all'acquisto di determinati farmaci è evidentemente ispirata dalla loro relativa pericolosità per cui si è ritenuto indispensabile, da parte del legislatore, e del competente Ministero della Sanità, non consentire che chiunque possa autoprescrivere qualsiasi farmaco in commercio senza un preventivo giudizio diagnostico medico, con allegata prescrizione terapeutica, peraltro richiesto tassativamente solo per i farmaci per i quali la ricetta sia obbligatoria.

La prescrizione di una ricetta è dunque opera tecnicamente rilevante, uno snodo cruciale nell'attività medica, che carica il sanitario di una notevole responsabilità professionale, specie per i farmaci più attivi che, in genere, sono spesso quelli più a ri-

schio di effetti collaterali o di intolleranza da parte del paziente. Ma la responsabilità del medico si estende anche all'aspetto sociale dell'utilizzo appropriato e giusto delle risorse disponibili per la sanità, per cui gli eccessi di prescrizioni, quando di dubbia utilità (spesso provocati dalle sollecitazioni del paziente), finiscono per produrre effetti dannosi sull'intera collettività. La Corte di Cassazione, nel sottolineare la qualifica di pubblico ufficiale del medico convenzionato con il SSN che espliciti la sua attività nell'ambito della convenzione, ha precisato che tale qualità gli deriva in quanto investito dei poteri di formare la volontà dell'ente pubblico assistenziale ed in quanto "concorre, mediante rilascio di ricette, all'erogazione di farmaci e terapie secondo modalità e condizioni prescritte al fine di evitarne abusi, condizionandone la determinazione in materia assistenziale. Il medico, dunque, deve sempre accertare, con tutti i mezzi clinici, di laboratorio e strumentali, l'esistenza reale di una indicazione (che può essere assoluta ma anche relativa) e soprattutto di eventuali controindicazioni assolute - tali da escludere la prescrivibilità del farmaco ovvero relative, nel senso che il farmaco, pur potendo dar luogo ad effetti collaterali particolarmente indesiderabili in quel determinato paziente, è tuttavia indispensabile tanto da giustificare la prescrizione.

Tale dovere non è derogabile dal medico, né vicariabile, da parte del paziente, attraverso la consultazione dei foglietti illustrativi dei farmaci allegati alle confezioni in commercio. Infatti l'elenco delle possibili complicanze, interazioni od effetti collaterali riportato con termini tecnici può essere di non facile accesso/interpretazione da parte del paziente. Deve quindi essere il medico, acquisiti gli elementi necessari per una corretta valutazione clinica del caso, a decidere se prescrivere o meno il farmaco, ovvero se prescrivere *con avvertenze specifiche indirizzate al paziente per consentire, alle prime manifestazioni di effetti indesiderati, la sospensione immediata della cura da parte dello stesso paziente e l'informazione tempestiva del sanitario cui spetterà decidere se perseverare nella cura (se gli effetti collaterali fossero ritenuti marginali) ovvero mutare la prescrizione farmacologica.*

Solo l'effettivo ricorrere di uno stato di necessità dinanzi ad un concreto rischio per la salute del paziente potrebbe giustificare la prescrizione di farmaci anche in mancanza di adeguate informazioni clinicoanamnestiche relative al singolo paziente.

Conclusioni

La trattazione di tali argomenti, pur se rappresenta solo una piccola parte di quella che può a ragione definirsi la vasta attività del MMG, impone delle riflessioni sulle sempre maggiori difficoltà e responsabilità che tale figura di sanitario incontra nella sua attività quotidiana. Tale impegno ha peraltro determinato una evoluzione della figura del MMG dovendo ipotizzarsi che con un adeguato sostegno, il singolo professionista può nel concreto anche diventare il fulcro del SSN a condizione che egli per primo si faccia carico di una specifica preparazione (pre e post - laurea), che sia sottoposto agli opportuni e necessari controlli (di qualità) e che sia supportato da una organizzazione generale del lavoro, non più abbandonata alla sua semplice volontà.

Dott. S. Corniola

Dottorando di Ricerca, Sezione di Medicina Legale
dell'Università degli Studi di Bari

Prof. A.S. Dell'Erba, Prof. F. Introna

Professori Associati, Sezione di Medicina
Legale dell'Università degli Studi di Bari

La bibliografia è a disposizione presso la sede dell'Ordine di Latina

COMPITI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE ED EVENTUALE CONSENSO INFORMATO

A norma dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, sottoscritto il 25 gennaio 1996 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 220 del 19 settembre 1996, i compiti del medico di medicina generale sono:

- visite domiciliari ed ambulatoriali a scopo diagnostico terapeutico (per affinare e migliorare le proprie prestazioni il medico può avvalersi di supporti tecnologici, diagnostici e terapeutici sia nel proprio studio sia a livello domiciliare);
- consulto con lo specialista e accesso presso gli ambienti di ricovero;
- certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola;
- certificazione di idoneità allo svolgimento di attività non agonistiche;
- assistenza programmata al domicilio dell'assistito;
- assistenza programmata sulle residenze protette e nella collettività;
- tenuta e aggiornamento di una scheda sanitaria individuale ad esclusivo uso del medico.

Nessun certificato viene rilasciato dal medico senza l'autorizzazione dell'interessato.

Il medico di famiglia deve informare ed ottenerne il consenso tutte le volte che vengono affrontate terapie a rischio e supporti diagnostici - terapeutici a rischio.

E' necessario informare e ottenere il consenso del paziente anche quando gli accertamenti e le terapie vengono eseguite in ambienti diversi, su proposte del medico di famiglia.

Per la tenuta e l'aggiornamento della scheda sanitaria il consenso informato ci porta sulla problematica della privacy.

Per i dati raccolti prima dell'entrata in vigore della Legge n° 675/96, cioè l'8 maggio 1997, non occorre autorizzazione se i dati non vengono diffusi. Dopo tale data necessita l'autorizzazione sia per la

raccolta dei dati che per la diffusione.

La FNOMCeO, il 3 luglio 1997, con la "comunicazione n° 97" ha informato gli Ordini sui pareri ricevuti dal Garante in merito a quesiti formulati dalla Federazione.

Il Garante precisa:

- il medico per consentire al sostituto l'utilizzo del proprio schedario di pazienti deve ottenere un consenso specifico dal paziente che autorizza "al trattamento dei dati che lo riguardano sia il medico di fiducia, sia all'occorrenza i sostituti". In questo caso il consenso deve essere manifestato necessariamente per iscritto;
- per "i dati sensibili" il consenso occorre sempre salvo che si persegua una finalità di tutela dell'incolumità fisica e della salute di un terzo, o della collettività.

Il medico non può fornire alcuna indicazione sulle condizioni di un paziente, nemmeno ai parenti, senza il consenso dell'interessato. Ne conseguono, nell'attività professionale, difficoltà dovute a:

- emergenze con il paziente non nelle piene facoltà mentali;
- stati ansiosi dei parenti che chiedono notizie;
- comunicazione di una prognosi grave ed infausta.

I dati sensibili possono essere conservati per un periodo non superiore a quello necessario per adempiere agli obblighi o ai compiti previsti dalla legge. I dati idonei a rivelare la vita sessuale non possono essere diffusi. Gli altri dati sensibili possono essere comunicati, e ove necessario diffusi, nei limiti previsti dalla legge.

Il modulo di "consenso da parte del paziente" autorizza l'uso dei dati anche da parte del sostituto.

La prescrizione di farmaci, o di esami con i dati anagrafici del paziente, non sono in contrasto con le norme della pri-

vacy quando le prescrizioni sono fornite direttamente all'interessato. L'uso delle stesse da parte dell'interessato ne determina il consenso.

Anche la raccolta di esami del pa-

ziente, o di documenti da analizzare, rappresenta già un trattamento di dati sensibili a tutti gli effetti con le conseguenze che ne derivano.



Da Professione – Sanità pubblica e Medicina Pratica
Anno IX n° 2 – 2001

PREVENIRE E RIDURRE I RISCHI NELLA MEDICINA DEL TERRITORIO

Gli errori nella medicina generale del territorio

Mentre la ricerca degli errori che si verificano negli ospedali si è molto estesa negli ultimi anni, l'analisi dei rischi connessi con la pratica della medicina nel territorio è ancora all'inizio, per cui si hanno dati relativamente scarsi sul tipo degli incidenti e sulla loro prevenzione.

Gli incidenti in quest'area avvengono nelle aree operative tipiche che sono (40):

- diagnosi;
- procedure diagnostiche;
- terapia (comprendente le categorie della prescrizione, della somministrazione, del monitoraggio degli effetti collaterali, della prevenzione e riconoscimento delle interazioni);
- gestione generale del paziente.

Le percentuali di danni nelle singole categorie sono del 40% per la diagnosi, del 35% per le procedure, del 5% per i farmaci e del 20% della gestione del paziente. Si tratta di percentuali derivate dalle denunce, e sono forzatamente parziali e non rappresentative dei danni reali in quanto le categorie più rappresentate, la diagnosi e le procedure, costituiscono semplicemente le situazioni più facilmente identificabili dal paziente.

Esempio

Una signora di 25 anni riferisce astenia e perdita dell'appetito, attribuita ai problemi dell'assenza del marito che lavora all'estero e delle difficoltà di gestire due gemelli iperattivi. Il medico diagnostica ansia reattiva e prescrive dei tranquillanti. Sei mesi dopo la signora viene ricoverata in ospedale e viene diagnosticato un linfoma. In questo caso il medico ha diagnosticato una patologia psichica in base a criteri inadeguati e non si è preoccupato di prendere in considerazione una diagnosi organica. Si è trattato di un caso di insufficiente ventaglio di ipotesi diagnostiche, di imprudenza per sintomi generici ma potenzialmente di allarme e probabilmente di esame fisico incompleto. La diagnosi può essere errata per varie cause: dall'interpretazione errata dei segni clinici e laboratoristici (40% dei casi), all'inesperienza (2,5% dei casi), alla mancata presa in considerazione di sintomi (20%), al ragionamento errato (20%), alla scarsa familiarità con la patologia (20% dei casi), naturalmente nello stesso caso possono coesistere errori di diverso tipo. In un numero relativamente scarso di casi (20% degli errori di diagnosi) l'errore avviene quando sono in causa patologie relativamente poco frequenti (il *flush* da carcinoide interpretato come causato da menopausa).

Anche la "investigazione difensiva" può causare danni che vanno dall'induzione di ansia o angoscia nel paziente alla scoperta di alterazioni di per sé non sicuramente

patologiche ma che inducono una catena di indagini anche invasive spesso non necessarie (tipico il caso degli “incidentalomi” surrenalici).

Come ridurre il rischio di errore in medicina generale

La pratica medica ambulatoriale è caratterizzata da livelli di incertezza molto elevati. I pazienti si presentano con una grande varietà di sintomi o segni mal definiti e spesso non è facile dare un senso ai sintomi ed elaborare una diagnosi e il successivo piano terapeutico. Spesso è difficile anche ottenere una formulazione chiara del problema, che molte volte ha aspetti non solo sanitari ma anche sociali, psicosociali e ambientali (41). Il paziente da parte sua pretende risposte chiare e circostanziate e ha aspettative sempre crescenti. Quando le cose non vanno bene il medico rischia la denuncia, e la paura delle denunce rappresenta una delle maggiori cause di ansia nei medici di medicina generale.

Se non esiste un comportamento perfetto, è tuttavia necessario cercare di ridurre i rischi al massimo; per prima cosa è necessario tenere presente il concetto di negligenza, che può essere definita come “danno che è stato inflitto a una persona da un'altra persona che avrebbe dovuto curarla bene e invece non lo ha fatto”. Per dimostrare che vi è stata negligenza bisogna provare tre cose:

- che è esistito un atto di cura;
- che questo non è stato eseguito correttamente;
- che dalla mancanza di correttezza è derivato un danno.

L'atto di cura

L'atto di cura comprende non solo la visita ambulatoriale ma anche il consiglio telefonico, il consiglio dato per interposta persona, il controllo periodico, l'interpretazione degli esami di laboratorio. L'atto di cura può non riguardare solo il paziente, ma anche altre persone: in un caso di meningite non basta curare il paziente ma bisogna assicurare che anche i contatti familiari e non, ricevano un adatto trattamento profilattico.

La correttezza dell'esecuzione

Le definizioni di correttezza nell'esecuzione possono essere molte; la più semplice è definire la correttezza come la qualità del servizio generalmente fornito per un particolare problema o situazione. Il servizio non è costituito solo da una visita o da un atto di cura, ma può essere un intervento sanitario di altro tipo: un consiglio sulla dieta o sui comportamenti, una visita medica per identificare il rischio di malattie, il consiglio di una vaccinazione.

Il rapporto causale tra atto medico e danno

La definizione del rapporto causale tra atto medico e danno è spesso difficile da definire.

In genere il medico viene denunciato per un ritardo nell'eseguire un esame o richiedere un consulto specialistico. L'esempio tipico è l'attribuire la presenza di sangue nelle feci a emorroidi, mentre successivamente si dimostra che si tratta di una neoplasia intestinale: il danno è costituito dalla possibilità che il ritardo di diagnosi abbia in qualche modo ridotto le possibilità di guarigione. Il danno si definisce come avvenuto se è possibile stabilire che una diagnosi più precoce avrebbe potuto aumentare di oltre il 50% le possibilità di guarigione.

Anche nei possibili errori di prescrizione non è facile definire un danno: se ad esempio una terapia orale durata troppo a lungo ha causato un danno, bisogna definire la durata ottimale del trattamento e dimostrare che il prolungamento della terapia ha effettivamente causato il danno.

Stanno divenendo sempre più frequenti le richieste di risarcimento per effetti collaterali da farmaci dei quali il paziente non è stato adeguatamente informato: pur non essendo possibile menzionare tutti gli effetti collaterali, è tuttavia ragionevole pensare che sia necessario segnalare almeno degli effetti collaterali più importanti o frequenti.

Si accetta in generale che un effetto collaterale che si manifesta in meno dell'1% dei casi possa non essere menzionato.

Le situazioni cliniche di maggiore rischio

La mancata visita

La prima situazione di rischio è certamente il mancato o incompleto esame fisico. In questa categoria ricade il consiglio telefonico, che, se è in qualche modo sostitutivo di una visita, può essere considerato come causa di un eventuale danno.

Il bambino ammalato

Nei casi pediatrici le accuse più frequenti di denuncia sono costituite da mancata diagnosi di meningite, appendicite, disidratazione e asma. In tutti questi casi non solo il mancato riconoscimento è considerato un errore ma lo è anche un ritardo di ricovero in ospedale. Non si incolpa in questi casi la mancata diagnosi, che può essere anche difficoltosa, ma la mancata valutazione della gravità o pericolosità della situazione clinica.

La patologia ostetrica e ginecologica

Il problema più comune in questo campo è costituito dal mancato riconoscimento di una gravidanza e dall'errata attribuzione dei sintomi ad altre cause. Altre situazioni comunemente denunciate sono le complicanze della terapia anticoncezionale, il mancato esame clinico in casi di patologia pelvica e il mancato riconoscimento di una gravidanza extrauterina.

Emergenze chirurgiche

Le denunce più frequenti in quest'area si verificano per mancata diagnosi di appendicite acuta e di torsione del testicolo.

Emergenze mediche

Le più frequenti patologie misconosciute o sottostimate sono l'attacco asmatico, le complicanze del diabete mellito, l'infarto del miocardio, la trombosi venosa profonda, l'ischemia critica di un arto, l'occhio rosso (mancata diagnosi di glaucoma o irite).

Neoplasie

Le accuse più frequenti avvengono per il mancato riconoscimento di neoplasie cutanee, mammarie, parotidiche e testicolari: si noti che in tutti questi casi si tratta di neoplasie facilmente visibili o palpabili. È necessario fare molta attenzione a sintomi non spiegati che durano a lungo, masse di nuova insorgenza, cambiamenti repentini di vecchie lesioni cutanee, mancate risposte a terapie comuni. Ogni perdita anomala di peso va menzionata nella documentazione clinica.

Ortopedia

La situazione più frequente è la mancata diagnosi di frattura o di artrite settica acuta.

Procedure

Tutte le procedure sono a rischio potenziale, comprese le semplici iniezioni.

Profilassi

La evenienza di un danno da mancata profilassi può essere considerata a tutti gli effetti un danno: gli esempi più diffusi sono la mancata terapia anticoagulante nella fibrillazione atriale, il mancato uso di aspirina dopo un infarto o il mancato uso di ACE-inibitori e beta-bloccanti nello scompenso cardiaco.

Come ridurre i rischi

Nelle attività cliniche generali

Fare sempre anamnesi ed esame obiettivo, cercare di avere una buona comunicazione con il paziente (molte denunce sono causate da cattiva comunicazione), cercare di imparare una modalità formale di soluzione dei problemi.

Giudizio clinico

Nella pratica di medicina generale si vedono in prevalenza malattie autolimitanti, che si risolvono in un tempo breve. Le forme che non si risolvono in breve tempo possono nascondere una diagnosi errata, una complicanza o un qualche cosa di nuovo che

è intervenuto.

Nella pratica di medicina generale le malattie comuni sono appunto comuni; ma esistono anche le malattie poco comuni e bisogna tenere sempre desta l'attenzione. Non si richiede al medico di fare una diagnosi difficile, ma gli si chiede di riconoscere le situazioni insolite.

Pratica associata

La medicina associata sta prendendo sempre più piede. La medicina associata può avere vantaggi e svantaggi: i vantaggi sono costituiti dall'occasione di discutere un caso con un collega, gli svantaggi sono il prendere in cura temporaneamente il paziente di un altro medico il che comporta la condivisione delle strategie e quindi delle responsabilità.

Documentazioni cliniche

La tenuta di una buona documentazione clinica sta diventando sempre più importante in tutti i campi della medicina. Bisogna annotare non solo le azioni mediche eseguite direttamente ma anche quelle eseguite da altri, compresi infermieri, assistenti sociali e altri specialisti.

Nuove situazioni di rischio: le cure integrate, l'obbligo di appropriatezza e le linee guida

Nelle cure domiciliari continuative - di cui sono esempio l'assistenza domiciliare integrata e l'ospedalizzazione a domicilio - è essenziale l'integrazione tra persone che agiscono sullo stesso paziente spesso in momenti diversi. In queste situazioni è necessario, come nelle cure ospedaliere, tenere sotto controllo gli "eventi sentinella" e riferire gli incidenti che si osservano nelle cure, come errori di assunzione dei farmaci, reazioni allergiche, malfunzionamenti delle apparecchiature, ricoveri non pianificati (42).

Anche il ruolo del medico di medicina generale nell'appropriatezza delle prescrizioni può essere causa di errore. Talora le regole economiche e di riduzione dei consumi possono indurre il medico a non prescrivere esami o farmaci che invece sarebbero necessari: il conflitto tra norme organizzative e imperativo professionale deve essere risolto esplicitamente, e se del caso, riportato ai responsabili medici dell'organizzazione territoriale i quali, come tali, dovrebbero essere tenuti a dare una soluzione a eventuali problemi di difficile soluzione (43).

Anche l'applicazione delle linee - guida può creare incertezze e conflitti tra professione e regola organizzativa (44). Le responsabilità di un danno possono essere addebitate sia all'estensore della linea guida (che potrebbe contenere errori, prescrizioni potenzialmente pericolose o contraddittorie, prescrizioni errate) che a chi la applica. Su quest'ultimo in particolare può gravare il peso dell'applicabilità o meno di una linea guida a una singola situazione mal definita o non completamente rientrante nel campo di applicazione della linea - guida stessa. Anche in questo caso la richiesta di consiglio a un collega, il coinvolgimento dei responsabili dell'ambito in cui si lavora e la documentazione esplicita e scritta delle decisioni al riguardo e delle informazioni date al paziente e alla famiglia rappresentano la migliore difesa contro eventuali denunce.

Paolo Corrà

Dirigente Medico UO di Lungodegenza Az. Uls 13 Veneto - Mirano

Matteo Ciuffreda

Dirigente Medico UO di Lungodegenza Az. Uls 13 Veneto - Mirano

Giulio Marcon

Primario di Medicina Interna UO di Lungodegenza Az. ULS 13 Veneto - Mirano

Professore a Contratto di Management
per Clinici II Scuola di Specialità in Medicina Interna
Università di Padova

La Bibliografia è a disposizione presso la sede dell'Ordine di Latina

Principio riaffermato da due sentenze della Cassazione

IL MEDICO CONVENZIONATO È UN PUBBLICO UFFICIALE

La quinta sezione penale della Cassazione, con sentenza depositata il 10/3/98, ha riaffermato che il medico convenzionato con il Ssn è un pubblico ufficiale e, quindi, risponde della falsificazione degli atti compiuti nell'esercizio delle proprie funzioni. La sesta sezione penale della Suprema Corte, con sentenza depositata il 6/2/ 1997, ha invece ritenuto che il primario ospedaliero che svolge attività libero professionale all'interno della struttura pubblica, non riveste la qualifica di pubblico ufficiale. Queste due sentenze sembrano affermare principi in contrasto tra loro, ma sono in realtà nella stessa linea giurisprudenziale, la quale guarda più alla sostanza dell'attività in concreto svolta dal medico che non agli aspetti formali del suo inquadramento come dipendente dello Stato.

Nel primo caso la Cassazione si è trovata davanti a un medico responsabile di un laboratorio convenzionato con il Ssn che, nei prospetti riepilogativi delle analisi eseguite, aveva attestato falsamente l'effettuazione di prestazioni in realtà inesistenti. La Corte ha ritenuto che il camice bianco rivestiva nell'occasione la qualifica di pubblico ufficiale in quanto i prospetti in oggetto hanno la duplice funzione di attestazione dell'avvenuta esecuzione delle prestazioni sanitarie e di titolo in forza del quale al medico compete la riscossione delle proprie competenze professionali. In sostanza il medico convenzionato sottoscrivendo i prospetti concorre a formare la volontà della pubblica amministrazione nel campo dell'assistenza sanitaria e, quindi, assume la qualifica di pubblico ufficiale che è il presupposto giuridico per potere essere chiamato a rispondere delle falsificazioni ideologiche commesse. Il delitto in oggetto risulta essere stato contestato anche ai titolari dei laboratori convenzionati con il Ssn coinvolti nella nota inchiesta milanese che ha portato alla sospensione dall'eser-

cizio professionale di numerosi medici di base.

Quando l'attività ha carattere privato

Anche il GP, quando agisce utilizzando il modulario relativo all'assistenza farmaceutica ovvero quando svolge le funzioni demandategli dalla vigente convenzione, assume la qualifica di pubblico ufficiale, con tutte le conseguenti responsabilità sul piano strettamente penale. Se il medico di base, invece, svolge attività di carattere privato, come consentito dall'articolo 44 del Dpr numero 484/96, non riveste la predetta qualifica in quanto non concorre in alcun modo a formare e manifestare la volontà della pubblica amministrazione nel campo sanitario.

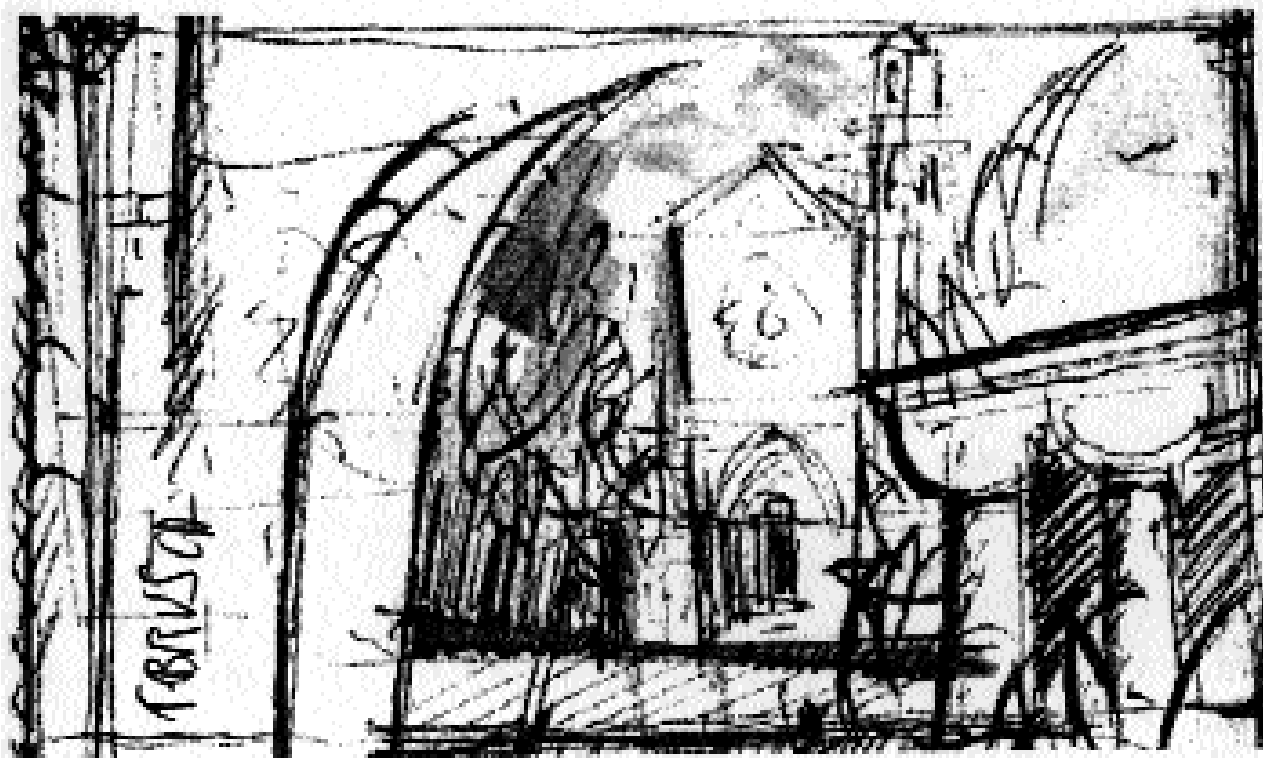
A tale conclusione è giunta anche la Suprema Corte di Cassazione con la seconda sentenza sopra menzionata, con la quale ha escluso che un pubblico dipendente con poteri dirigenziali nell'ambito del Ssn (quale è il primario) mantenga la qualifica di pubblico ufficiale anche nel momento in cui agisce all'interno dell'ospedale come libero professionista.

In questo caso la Cassazione si è trovata davanti a un primario imputato di abuso d'ufficio per avere incassato direttamente e in via esclusiva la somma di denaro corrispostagli dal paziente per una visita medica effettuata nella struttura pubblica.

L'imputato era stato condannato in primo grado e assolto invece in Corte di Appello. La Suprema Corte ha confermato la sentenza di secondo grado ritenendo che l'attività libero professionale intramoenia non è regolata da norme di diritto pubblico che conferiscono al soggetto poteri autoritativi o certificativi riferibili alla pubblica amministrazione.

Sergio Fucci

**UNA BUONA
ASSICURAZIONE**



L'abbazia e il suo paesaggio

RESPONSABILITÀ CIVILE DELL'OSPEDALE

Principi generali

Il primo presupposto da cui bisogna partire è il fatto che l'ospedale è una persona giuridica, vale a dire un ente collettivo che opera e agisce nell'ordinamento. Quest'ultimo, infatti, non conosce come soggetto di diritto solo la persona fisica, ma riconosce autonoma soggettività anche a figure collettive, le quali si muovono in modo autonomo e distinto dalle singole persone fisiche che lo compongono: si pensi alle società, alle associazioni (sindacati, partiti politici, etc.), tutti enti a cui vengono direttamente riferiti gli atti che compiono i loro rappresentanti.

Avendo questi enti la capacità di stipulare contratti, di adempiere obbligazioni e così via hanno, conseguentemente, anche la capacità di commettere illeciti civili e, quindi, di essere condannati a risarcire i danni che ne derivano.

Tali principi regolano l'agire dell'ospedale pubblico, il quale nel momento in cui accetta l'ingresso del paziente nella sua struttura deve, secondo il codice civile, adoperarsi affinché quest'ultimo non abbia a subire alcuna forma di pregiudizio; ed è evidente che il nosocomio, come ogni altro ente, per agire concretamente dovrà avvalersi dell'opera materiale delle persone fisiche: nel caso che qui interessa, l'ospedale deve garantire al paziente ciò di cui necessita attraverso il suo personale, in specie quello medico e paramedico.

Quanto detto comporta che laddove una di queste persone fisiche si renda responsabile di un illecito civile, ad esempio per un intervento chirurgico eseguito in modo non corretto e, quindi, produttivo di danni, sarà considerato direttamente responsabile, oltre all'autore materiale dell'illecito, anche l'ente per il quale si è agito.

E', a questo punto, già possibile operare una schematizzazione, per verificare cosa accade sotto il profilo giuridico in

caso di errata diagnosi o terapia o intervento chirurgico o di insufficiente assistenza da parte del personale paramedico che abbiano cagionato dei danni al paziente.

Per dirla in parole diverse, nei confronti di chi potrà agire il paziente danneggiato per ottenere il risarcimento dei danni subiti?

In primo luogo, responsabile dovrà considerarsi l'autore materiale dell'illecito (medico, infermiere e così via).

In secondo luogo, deve ricordarsi quanto appena detto in premessa, cioè che tali persone fisiche sono considerate come organi dell'ospedale, il quale agisce per il loro tramite: per l'ordinamento giuridico, perciò, è come se fosse stato l'ente stesso a commettere l'illecito e, quindi, anch'esso sarà direttamente responsabile.

Conseguentemente il giudice condannerà a risarcire il danno sia la singola persona che l'ente, il quale ultimo, poi, sarà di fatto il soggetto cui si rivolgerà il paziente per ottenere concretamente il risarcimento pecuniario, posta la ovvia maggiore solvibilità.

Non è certo il caso di soffermarsi sulle norme di diritto che di volta in volta si applicano, essendo, invece, necessario soffermarsi su alcune conseguenze. In particolare, da quanto detto emerge con tutta evidenza che quando il medico ospedaliero commette un illecito civile risponderà per quest'ultimo sempre anche l'ospedale pubblico, non essendo concepibile un'azione del medico, nello svolgimento delle sue funzioni, che non sia nel contempo riferibile anche alla struttura: sarebbe errata in diritto, perciò, una sentenza che, ad esempio, condanni il medico per l'errato intervento chirurgico, escludendo, invece, la responsabilità dell'ospedale.

D'altra parte, invece, non è vero il contrario. Cioè si deve subito chiarire che la responsabilità dell'ospedale non com-

porta necessariamente anche quella del medico o di altro personale. Deve, infatti, ricordarsi che danni ai pazienti possono anche derivare da carenze organizzative e strutturali rispetto alle quali il medico non può esercitare alcun potere o controllo. Si pensi al caso di un intervento operatorio di pronto soccorso non dilazionabile, pur non essendoci tutti gli strumenti necessari (pinze sterilizzate, filo di sutura, etc.): il medico ha certamente l'obbligo di intervenire e di fare tutto il possibile per evitare il peggioramento delle condizioni di salute, ma sarà a ciò obbligato nei limiti dei mezzi che l'ente gli mette a disposizione, sicché sarà esclusivamente l'ospedale a rispondere dei danni, qualora si dimostri che il medico si è comportato in modo diligente (ad esempio perché, appunto, non si poteva procrastinare l'intervento neppure di poche ore, dato il rischio di morte del paziente) e che il danno si è verificato per carenze organizzative oppure di mezzi, o per altra ragione a lui non imputabile.

**Il contratto di assicurazione
stipulato dal medico ospedaliero:
limiti e vessatorietà**

È noto che spesso il medico, per fronteggiare economicamente i danni che può provocare nell'esercizio delle sue funzioni, preferisca addivenire a un contratto di assicurazione per garantirsi la necessaria copertura pecuniaria in caso di condanna al risarcimento dei danni, impegnandosi nel contempo a versare cospicui premi di denaro all'impresa assicurativa; e, tuttavia, l'esperienza del foro insegna che non sempre il medico ospedaliero alla fine affronta la battaglia giudiziaria con quella serenità che lo strumento assicurativo pure avrebbe dovuto garantirgli.

La spiegazione va ricercata nella disciplina del contratto di assicurazione che solitamente le relative imprese impongono al sanitario, il quale il più delle volte si trova costretto ad accettare, posto che certe condizioni sono, in linea di massima, le medesime per ogni impresa assicurativa.

Solitamente, infatti, il medico viene assicurato per il cosiddetto secondo rischio, vale a dire la sua assicurazione scatta, qualora la diversa assicurazione dell'ospedale non copra tutto il danno:

- ad esempio, l'assicurazione dell'ospedale prevede un massimale di un miliardo di lire, ma il danno risulta essere superiore; la differenza in questo caso sarà dovuta dall'ospedale e dal medico, il quale solo a questo punto vedrà intervenire la sua impresa assicurativa.

Bisogna, quindi, a questo punto comprendere dove e perché nasce il problema, oltre al fatto che già quanto detto fa emergere chiaramente come di fatto difficilmente l'assicurazione del medico dovrà intervenire, con la conseguenza che poco si giustificano, a questo punto, l'esosità dei relativi premi.

In secondo luogo, poi, nella pratica si verifica una difficoltà ben più rilevante:

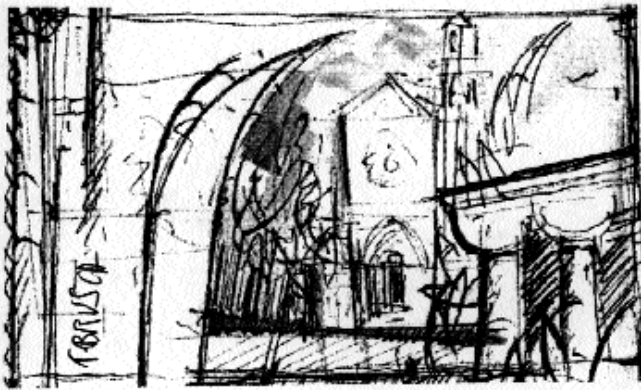
- l'assicurazione dell'ospedale, infatti, usualmente si obbliga a risarcire anche i danni provocati dal medico, il quale risulta essere, quindi, anch'esso un beneficiario della prestazione assicurativa; tuttavia, il contratto di assicurazione tra ospedale e relativa impresa spesso prevede una clausola con la quale l'assicurazione si riserva la gestione della lite, pena la decadenza dalla copertura assicurativa.

Il significato di questa previsione contrattuale è presto detta: in caso di danno, il medico (e si scusi il carattere estremamente esemplificativo, ma appare inevitabile per non correre il rischio del tecnicismo) si rivolge solitamente a un suo legale di fiducia per resistere contro l'azione giudiziaria promossa contro di lui (oltre che contro la struttura pubblica); in tal caso l'avvocato ritiene, in linea di massima, di dover far intervenire in giudizio l'assicurazione dell'ospedale, la quale assicurazione spesso non viene chiamata direttamente dall'ente, in quanto nella prassi l'assicurazione, in caso di condanna dell'ospedale, comunque di fatto interviene per pagare.

Il legale del medico, d'altra parte, è in una certa misura costretto a chiamare in giudizio l'assicurazione dell'ospedale, in quanto la assicurazione del medico, come abbiamo visto, a poco serve giacché scatta solo qualora il danno superi il massimale assicurato dall'ospedale; tuttavia, una volta chiamata nel processo l'assicurazione dell'ente, questa eccepisce la decadenza dal beneficio assicurativo, poiché, appunto, con quella clausola si riservava la gestione esclusiva della lite. In

sintesi, quindi, questa previsione impone al medico di rivolgersi direttamente all'impresa assicurativa dell'ospedale per farsi assistere dai legali di quest'ultima, altrimenti corre il rischio di essere condannato senza alcuna copertura assicurativa: è evidente che viene pregiudicato in una prerogativa fondamentale che è quella di scegliere liberamente il proprio avvocato di fiducia.

La situazione descritta è di per sé già sufficientemente aberrante; tuttavia, le cose peggiorano qualora si rifletta su un'ulteriore circostanza: il medico, spes-



so, non entra mai nel materiale possesso del contratto di assicurazione stipulato tra l'ente e la relativa impresa, con la conseguenza che l'avvocato si ritrova in situazione assurda, in quanto se chiamato in giudizio rischia che scatti quella clausola (della cui esistenza può solo presumere, ma della cui esistenza non ha certezza) e che, perciò, il suo assistito rimanga privo di copertura assicurativa; mentre se non fa intervenire in giudizio la stessa assicurazione il suo assistito sarà comunque sprovvisto di assicurazione, ma, tuttavia, in caso di condanna potrà contare sul fatto che solitamente il danneggiato, poi, si rivolge all'ospedale per la maggiore solvibilità di quest'ultimo, il quale - sempre solitamente - non esercita l'azione di rivalsa che pure gli spetterebbe nei confronti del sanitario.

Si ritiene che la situazione descritta appare di per sé già sufficiente per evidenziare la vessatorietà e l'iniquità dei contratti di assicurazione nel campo medico; cosa ancora più odiosa, ovviamente, laddove si rifletta sulla prestazione economica richiesta al medico.

Sembra, perciò, chiaro che il problema di un'efficace tutela assicurativa è di estremo rilievo e che non può certo esse-

re risolto dal singolo medico, il quale si ritrova in una situazione contrattuale di debolezza, posto che non ha alcun potere per modificare la disciplina negoziale unilateralmente predisposta dall'impresa assicurativa.

Sarebbe, perciò, opportuno, a nostro avviso, che di questo problema si faccia carico più che il legislatore il Consiglio dell'Ordine dei Medici, il quale come rappresentante di categoria è certamente in grado di affrontare in modo paritetico la dialettica contrattuale con le imprese assicurative, ed evitare così la perpetrazione di quelli che appaiono a tutti gli effetti degli abusi non tollerabili ulteriormente.

Si ha, insomma, in definitiva, la sensazione che tra i due litiganti (il paziente e il medico) il terzo nel frattempo goda: l'assicuratore.

Il settore della responsabilità civile di quel particolare ente pubblico rappresentato dall'ospedale si caratterizza per una serie di peculiarità storiche, giuridiche e sociali tali da legittimare numerosi studi e approfondite analisi.

La prima osservazione da farsi è quella tendente a evidenziare come le tradizionali ritrosie che hanno caratterizzato la giurisprudenza quando ha dovuto condannare al risarcimento dei danni il medico persona fisica, non si riscontrano, quanto meno nella stessa intensità, anche nel settore contiguo della responsabilità del nosocomio pubblico.

La presente analisi si pone appunto l'obiettivo di consentire a coloro che operano nel settore in esame di raffigurarsi in modo chiaro, anche se inevitabilmente schematico, i principi di diritto che guidano il giudice laddove sia chiamato a pronunciarsi in ordine alla responsabilità civile dei nosocomi; si eviterà, quindi, di entrare nel merito specifico delle questioni tecniche di diritto, riducendo quest'ultime a quel minimo essenziale perché l'obiettivo che ci si prefigge sia raggiunto in modo soddisfacente. Altro aspetto da considerare quello dei rapporti che si vengono a creare tra medico e ospedale nel momento in cui si trovino ambedue coinvolti in una azione giudiziaria dove si evidenziano vessatorietà e iniquità nei contratti di assicurazione.

Antonio Lepre

Ordine e Facoltà di Giurisprudenza propongono una “camera arbitrale”

CONTENZIOSO PAZIENTE - MEDICO: COME AFFRONTARLO?

L'esplosione del contenzioso in tema di responsabilità penale e civile per l'esercizio di attività sanitarie alla quale assistiamo nella provincia di Trento, così come nel resto del paese, interessa tutti i soggetti coinvolti nella erogazione dei servizi sanitari e si traduce in un aumento esponenziale del costo medio delle polizze assicurative proposte sul mercato ai medici operanti sul territorio provinciale. Senza un intervento che affronti concretamente il problema, le imprese assicurative nel prossimo futuro si ritireranno dal mercato, se è vero che il pur sostenuto aumento degli importi dei premi assicurativi potrebbe presto non riuscire a rendere conveniente assicurare un rischio dai costi esponenzialmente crescenti.

Per affrontare in modo fattivo questo problema da tempo, in Italia come all'estero, si studiano e si propongono riforme legislative, ma a tutt'oggi non si può ancora fare affidamento su una loro rapida adozione.

L'iniziativa qui illustrata prende atto di questa realtà e guarda ad una soluzione certamente meno impegnativa sul piano politico, che riteniamo possa contribuire a creare in Trentino le condizioni istituzionali perché tutti i soggetti coinvolti dall'inasprirsi del contenzioso in tema di responsabilità medica possano giovare di un modo alternativo di risolvere le loro controversie. Si tratta dell'istituzione di una camera arbitrale aperta alla volontaria adesione delle parti, che favorisca la composizione delle loro contrapposte pretese senza intaccare le garanzie attribuite dall'ordinamento giuridico alle parti di un procedimento giudiziario, permettendo nel contempo una più rapida ed efficiente soddisfazione degli interessi in conflitto.

Un'esperienza largamente positiva, su cui sono disponibili dati concreti e verificabili, è maturata in tal senso nell'ordinamento austriaco, ove, a partire dalla fine degli anni ottanta, l'Ordine dei Medici della Bassa Austria ha creato un Ufficio Arbitrale che offre i propri servizi a medici e pazienti interessati a risolvere il proprio contenzioso valendosi di propri rappresentanti e di un panel arbitrale, circondato da adeguate garanzie di imparzialità, composto da soggetti in possesso di competenze tecniche altamente qualificate, nonché rappresentativi delle parti in conflitto (medici specialisti e medici legali, rappresentanti delle associazioni dei consumatori, rappresentanti del mondo assicurativo, giuristi particolarmente esperti in materia).

Questa iniziativa avrebbe il merito di non richiedere deroghe alle (o modifiche delle) norme correntemente applicabili al contenzioso in materia di responsabilità medica, fornendo alle parti la possibilità di giovare di un servizio innovativo, patrocinato dalla Provincia e dalle istituzioni locali coinvolte dalla problematica (Ordine dei Medici, Assicurazioni, Associazioni di Tutela dei Consumatori), che possa rendere spedita la composizione e la eventuale aggiudicazione delle controversie a costi pari se non inferiori a quelli oggi richiesti da un'azione in giudizio, e con la garanzia della composizione del contenzioso entro un termine predeterminato, di gran lunga inferiore a quello che oggi attendono, in media, quanti invece avviano una controversia in sede giudiziale.

La realizzazione di questo progetto implica la realizzazione di un attento studio di fattibilità, che sfoci nella elaborazione di un capitolato che possa fungere da piattaforma regolativa della istituenda camera arbitrale, per poi avviare una fase di discussione concreta del progetto tendente all'adesione delle parti interessate, adesione che po-

trebbe essere istituzionalmente patrocinata dalla Provincia Autonoma. Il dialogo avviato da questo Ordine con il Dipartimento di Scienze Giuridiche della nostra Università ha permesso di definire le modalità concrete e i tempi attraverso cui questo studio sarebbe svolto.

Tale studio richiederebbe, in questa fase preparativa, il supporto finanziario da parte della Provincia quantificabile in Lit. 30.000.000.



**Dal Bollettino dell'Ordine di Milano
N° 5/2000**

L'ASSICURAZIONE IN OSPEDALE

Gli Ospedali possono essere assicurati con coperture irrisorie, inoltre per contenere le spese del premio molte Amministrazioni assicurano solo i rischi per i quali l'Azienda Ospedaliera deve rispondere direttamente. In caso di malpractice hanno inoltre interesse che venga riconosciuta la colpa grave, per il cui indennizzo hanno il diritto di rivalsa sul Medico.

Nell'ultimo contratto di lavoro viene fatta la previsione di una copertura assicurativa obbligatoria della responsabilità civile, ivi comprese le spese derivanti da azioni giudiziarie dei terzi, da parte delle Aziende Ospedaliere. La copertura dovrebbe coprire non solo l'attività per i compiti di istituto, ma anche per la libera professione intramuraria. E' prevista la esclusione del diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave. In questo caso l'Azienda dovrà anche esigere dal dipendente condannato, con sentenza passata in giudicato per i fatti a lui imputati, tutti gli oneri sostenuti per la sua difesa.

L'Azienda infatti deve assumere a proprio carico, tranne i casi di conflitto di interessi, ogni onere di difesa fin dall'apertura del procedimento e per tutti i gradi del giudizio, facendo assistere il medico dipendente da un legale, previa comunicazione all'interessato per il relativo assenso.

È anche facoltà dell'interessato nominare un legale di sua fiducia, in sostituzione di quello indicato dall'Azienda, o a supporto dello stesso; ovviamente dovrà assumersi i relativi oneri economici che però dovranno essere rimborsati dall'Azienda, secondo determinati tariffari, nel caso di una conclusione favorevole al Medico del procedimento.

E' pure incluso nella norma del contratto la possibilità che le Aziende Ospedaliere, col concorso economico dei Dirigenti Medici (in misura media pro capite di 50mila Lire), stipulino delle polizze per la copertura di ulteriori rischi non coperti dalla polizza generale.

Marco Perrelli Ercolini

IL 70% DELLE POLIZZE INFORTUNI E RESPONSABILITÀ CIVILE SONO DA REVOCARE

*Le franchigie non permettono di risarcire
una invalidità permanente inferiore al 5-10%!*

In considerazione degli elevati risarcimenti e spese, occorre una idonea copertura assicurativa. La classe medica è sotto tiro e i giudizi penali per lesioni colpose sono in aumento anche nella nostra provincia.

E' ora che si prenda coscienza e conoscenza di tutti gli aspetti medico - legali e giuridici che potrebbero ridurci sul lastrico e cioè nella più assoluta miseria.

Il mio articolo sulle assicurazioni ha creato tanto interesse. Non lo immaginavo. Ho risposto, con piacere, a moltissime telefonate anche di colleghi che non conosco personalmente. Anche io sono convinto che il nostro Ordine dovrebbe organizzare una tavola rotonda sul tipo di polizza che tuteli meglio il medico. Il 70% delle polizze infortuni che ho esaminato sono da strappare. Molti colleghi non hanno ancora capito il significato di "franchigia" del 5 o 10% sulle somme assicurate e ritengono, erroneamente, che in caso di infortunio e di r.c. la società assicuratrice si tratterebbe il 5-10%!!! e, colmo dei colmi, se chiedono informazioni più esplicite, alcuni assicuratori si limitano a dare delle spiegazioni molto sibilline e con linguaggio "assicurese" tranquillizzando l'assicurato sprovvisto che si risveglia e si accorge di non conoscere l'altra faccia della verità reale quando gli capita il primo infortunio...

Sulle polizze infortuni dovrebbe essere specificato meglio che la franchigia, per esempio, del 5% fino alla somma di 200-500 milioni assicurati non darà luogo ad alcun indennizzo, perché l'invalidità permanente non supera il 5% e nel caso fosse, per esempio, del 7% l'indennità verrebbe corrisposta solo alla parte eccedente e cioè al 2% e cioè dai due ai quattro milioni di lire.

Il 7% di invalidità significa zoppicare per tutta la vita o avere due dita in meno alla mano sinistra o il bastone a portata di mano sempre per postumi di trauma.

Bisogna, perciò, sottoscrivere polizze senza franchigia.

Nella nostra bella Italia, fucina di leggi, leggine e balzelli vari, la lingua italiana e la sua punteggiatura vengono sempre interpretate con logorroiche e costose difese dei vari Azzecagarbugli.

Chi è al potere, invece, dovrebbe imporre una lingua semplice, chiara e non arzigogolata a chi scrive polizze assicurative, in difesa del cittadino ignorante o colto che sia.

Gli avvocati dei pro e dei contro sono abilissimi a sostenere tesi opposte con estrema convinzione e con tanto di codice alla mano. È incredibile, ma quando il medico, a torto o a ragione, cade in questa ragnatela se non ha stipulato una buona polizza, inclusa quella della tutela giudiziaria, può restare privo di tutti i suoi beni come capita, spesso, ai colleghi del Nord America. I rischi professionali sono tanti e nelle polizze di responsabilità civile (r.c.) non sono ben precisate. Le richieste di risarcimento sono sempre più elevate e non è facile scegliere una polizza assicurativa che copra tutti i rischi della nostra professione. Le polizze stipulate dagli ospedali dovrebbero essere rilette attentamente e gli ospedalieri dovrebbero integrarle.

L'Ordine in difesa e salvaguardia dei propri iscritti, dovrebbe pretendere dalle strutture pubbliche o private, polizze che coprano tutti i rischi e senza franchigie, esenzioni e trabocchetti vari.

Alcuni sindacati di categoria sponsorizzano polizze ingannevoli e inaccettabili di gruppi assicurativi d'assalto e spregiudicati e con capitale sociale di qualche miliardo! Gli ordini professionali e solo gli ordini dovrebbero essere i garanti di polizze che tute-

lano tutti i professionisti da inganni, abusi e soprusi.

Gli ordini dovrebbero anche proporre, a livello nazionale e europeo, una quantificazione della subita diminuzione del normale stato di benessere psicofisico secondo tabelle più realistiche e imporre alle società di assicurazioni di pagare anche i danni biologici o invalidità permanenti dall'1 al 10%. Le franchigie dovrebbero essere eliminate, ope legis.

Non è accettabile che un punto percentuale di invalidità venga valutato circa due milioni! Capisco che è difficile andare contro la casta delle compagnie assicurative e i loro parametri valutativi consolidati, però chi valuta il danno è un medico e nella sua casa dell'ordine, insieme dovremmo sforzarci a capire se possiamo fare qualcosa di concreto per aiutare i colleghi a rischio con la sottoscrizione di polizze oneste e idonee.

V. Giulio Jorizzo



**Dal Bollettino dell'Ordine di Milano
N° 5/2000**

Consigli utili per la copertura assicurativa del medico

ASSICURARSI È BENE, ASSICURARSI BENE È MEGLIO

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

Le principali caratteristiche della responsabilità contrattuale

*Codice Civile 1176
derivante dal mancato o inesatto
adempimento degli obblighi contrattual-
mente assunti*

L'obbligazione del sanitario è di mezzi, non di risultato (con eccezione della Chirurgia estetica e dell'Odontoiatria).

Il medico, generalmente, è responsabile anche per colpa lieve.

Si ha colpa quando l'evento - non voluto dal soggetto - è imputabile a negligenza, imprudenza, imperizia, inosservanza a leggi e regolamenti.

Se la prestazione del medico implica la risoluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà, la responsabilità sussiste solo in caso di dolo o colpa grave.

Nell'adempiere alla sua prestazione, il medico deve usare la diligenza ordinaria richiesta nella sua attività.

Per ottenere il risarcimento del danno, il paziente deve provare di essere stato destinatario della prestazione e di

essere stato danneggiato da questa.

Il medico, per evitare la condanna, deve dimostrare di aver correttamente adempiuto ai propri obblighi.

La prescrizione, di regola, è decennale.

Il contenzioso pazienti - medici è in continuo aumento: molte volte per vendetta, per aspettative di salute non raggiunte, talora per scarso dialogo del medico col proprio paziente e coi suoi familiari, talvolta con atteggiamenti troppo autoritari verso parenti molto ansiosi e assillanti, ma il più delle volte lo scopo risarcitorio travalica in una vera speculazione economica.

Per cui "assicurarsi è bene, ma assicurarsi bene è meglio".

Le Compagnie assicurative di fronte alla marea di richieste di indennizzo hanno aumentato i prezzi e cercano ora ogni pretesto per revocare i vecchi contratti con premi irrisori, soprattutto se i titolari sono medici prossimi alla cessazione dell'attività professionale che per vecchie norme di polizza beneficiano della 'copertura postuma', cioè di una copertura del rischio anche dopo la cessazione della polizza per ulteriori 5 o 10

anni, ovviamente per gli eventi avvenuti nel periodo di vigenza assicurativa.

Ma come assicurarsi? Quali clausole bisogna evitare - oppure chiarire - ovvero introdurre in una polizza, facendo mettere nero su bianco?

Cosa bisogna aver cura di vedere tra le righe delle norme di copertura?

Prima di tutto, anche a fronte di maggiori esborsi del premio, non bisogna lesinare sul massimale di copertura del rischio, date le ingenti somme oggi riconosciute dai Giudici per eventi avversi imputati a malpractice e anche perché quello che oggi può sembrare una copertura esorbitante, col tempo - sotto la spinta inflattiva - può diventare irrisoria e inoltre perché potrebbe essere più costoso, in seguito, un rinnovo di polizza per la correzione dei nuovi massimali di copertura; oppure perché non facendo nulla per pigrizia, per trascuratezza o per dimenticanza, ci si potrebbe trovare, in caso di necessità, parzialmente scoperti a richieste risarcitorie.

Inoltre è opportuno coprire ogni evento inerente alla propria specifica attività. A questo proposito va posta attenzione ad assicurare non solo il cosiddetto rischio professionale, ma (specialmente per gli Ospedalieri oggi tutti Dirigenti anche se più di nome che di fatto), anche a controllare che la polizza comprenda la copertura sui rischi 'in vigilando e in diligendo' legati alle specifiche mansioni direttive di responsabilità verso il personale alle dirette dipendenze.

Molto significativo è stato, in passato, il caso avvenuto a Torino all'Ospedale Molinette, quando un primario fu condannato (per mancanza di direttive e di sorveglianza) per i danni sulla salute subito da una infermiera (che in seguito si ammalò di AIDS) per uno schizzo di sangue nell'occhio, durante il trasporto di un infermo. Il medico, pur essendo titolare di una polizza assicurativa, pagò il risarcimento all'infermiera di tasca propria perché la polizza prevedeva solamente la copertura per danni inerenti l'attività medica, ma non quelli per mancata sorveglianza delle norme di sicurezza sul lavoro nelle sue qualità di primario, quale responsabile sia nel dare che nel far rispettare la corretta osservanza delle norme antinfortunistiche.

Circa la copertura sul rischio RC professionale va posta particolare attenzione all'estensione a tutti gli eventi possibili: se è logico che per il chirurgo plastico l'assicurazione preveda la copertura per cicatrici anestetiche, per il chirurgo generale parrebbe ovvio che per tagli chirurgici, conformi ai canoni delle tecniche in uso, il medico non debba rispondere alle pretese risarcitorie per brutte cicatrici esuberanti o cheloidee (non imputabili alla sua tecnica, ma piuttosto a una ipereattività particolare della cute del paziente). Tuttavia per non dover correre il rischio di un contenzioso che potrebbe sfociare in eventuali pagamenti, anche se le richieste del paziente fossero in verità poco giustificabili, è bene far inserire una specifica clausola per la copertura anche di questi rischi accessori.

Specialmente nel caso di nuova polizza con altra Compagnia assicurativa bisogna chiarire quale delle due Compagnie - la vecchia o la nuova - si accolla la copertura per danni di eventi avvenuti durante la vigenza della vecchia polizza, ma richiesti dopo la scadenza della stessa nel periodo di validità del nuovo contratto assicurativo.

Le Compagnie pongono attualmente particolare attenzione se all'atto medico è stato dato il "consenso informato" da parte del paziente: alcune lo pongono a chiare lettere tra le clausole di polizza, altre lo tirano fuori in caso di sinistro. Infatti, giuridicamente - in caso di mancato consenso - l'eventuale lesione da malpractice anziché colposa potrebbe passare a essere configurata come volontaria.

RESPONSABILITA' PROFESSIONALE

Le principali caratteristiche della responsabilità extracontrattuale

Codice Civile 2043

ricorre allorché non sia ravvisabile un rapporto contrattuale diretto tra il paziente e il medico, ma questi sia legato a una struttura cui il medico stesso faccia capo, questa volta attraverso a un rapporto contrattuale

1. Il sorgere della responsabilità extracontrattuale (o "aquiliana") è subordinato

- all'esistenza dei seguenti elementi:
- una condotta dolosa o colposa del medico;
 - un danno;
 - un nesso di causalità tra condotta e danno;
 - dolo o colpa del danneggiante.
2. La responsabilità extracontrattuale prescinde dalla esistenza di un vincolo contrattuale o obbligatorio.
3. Le principali differenze con la responsabilità contrattuale sono le seguenti:
- il danneggiato deve provare, oltre alla esistenza del danno e del rapporto di causalità, anche la colpa del medico;
 - in materia di responsabilità contrattuale sono risarcibili tutti i danni che siano conseguenza immediata e diretta della condotta del danneggiante;
 - la prescrizione è quinquennale.

A proposito di consenso va ricordato come per ogni atto medico, anche il più semplice come per esempio una banale iniezione intramuscolare, va acquisito (basta verbalmente, la sottoscrizione serve solo come prova certa) il consenso informato che anche se potrebbe essere considerato presunto, non è mai implicito; inoltre l'informazione sui rischi, o sulle possibili conseguenze, o sugli eventuali iter alternativi deve essere non solo esposta chiaramente secondo il livello culturale del paziente, ma anche essere recepita dallo stesso.

Attualmente molte Compagnie assicurative chiedono al medico assicurando se viene svolta attività medico - legale e, in caso questa sia espletata - seppure in via saltuaria - pongono clausole specifiche di previsione per tale attività, con la conseguente maggiorazione del premio.

Sarà bene anche accertarsi se nella polizza è prevista la copertura legale sia in sede civile che penale e, soprattutto,

sino a quale grado di giudizio e se è possibile scegliere un proprio legale di fiducia e se, infine, è prevista la copertura delle spese anche per eventuali periti di parte oppure vi siano delle limitazioni con tetti di rimborso.

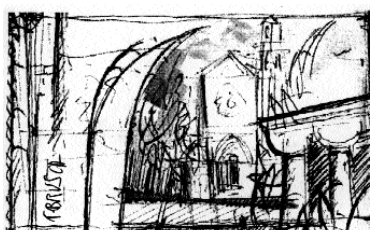
Come si vede non si può sottoscrivere una polizza standard, ma se si vuole una certa tranquillità bisogna fare molta attenzione a chiarire ogni previsione con apposite aggiunte.

In ultimo si segnala come molte Amministrazioni richiedano ai propri dipendenti le eventuali coordinate delle polizze personali per una copertura in solido con la Compagnia di assicurazione dell'Ospedale in caso di richieste risarcitorie. Ne deriva che attualmente le Compagnie assicurative non considerano più la polizza dell'Ospedaliero come copertura a secondo rischio, con l'ovvio aumento del premio da pagare.

Senza dubbio una buona copertura assicurativa ha, oggi, notevoli costi e di fronte a questa spesa in notevole progressivo aumento nella libera professione si arriverà ad assicurare singolarmente ogni evento diagnostico - terapeutico, specialmente se invasivo, addebitandone il costo al paziente.

Ricordiamo ai Colleghi che avere una assicurazione non significa avere un ombrello di copertura a 360 gradi e bisogna anche non adottare volutamente condotte palesemente imprudenti. Fare una notte di guardia e poi il giorno dopo andare in corsia o addirittura in sala operatoria, in caso di malpractice si potrebbero avere delle riserve risarcitorie da parte della Compagnia di assicurazione: la copertura al furto non copre se, per esempio, si lasciano le chiavi nel cruscotto dell'auto o si dimenticano nella serratura della porta.

Marco Perrelli Ercolini



ASSICURARE GLI ASSICURATI

Questo curioso pensiero, che bisogna assicurarci dalle conseguenze che possono derivare dall'uso dell'assicurazione contro le malattie, nasce quando si riflette sulla responsabilità del medico. La Federazione degli Ordini ha insediato una commissione per studiare le possibili soluzioni legislative a questo problema che diventa sempre più pesante anche in Italia. Nel nostro paese non si raggiungono i livelli del contenzioso degli USA, ma siamo già a circa 12.000 casi di richiesta di risarcimento annui, circa un terzo dei quali finisce in Tribunale, sia pur in sede civile, e di cui una non piccola percentuale diventa penale, alla ricerca della dimostrazione di un comportamento colposo del medico, il che si riflette poi sugli aspetti risarcitori. Trascuriamo gli aspetti già gravosi per il medico, la pubblicità negativa e l'offesa portata al suo buon nome: questa situazione ha un costo sociale (le cause durano anni) ed economico enorme.

Allora, tra i rimedi proposti, vi è quello dell'assicurazione o della fiscalizzazione del rischio e della istituzione dell'arbitrato obbligatorio.

In pratica è come se i cittadini, che sono assicurati contro le malattie mediante la contribuzione fiscale, anche se il diritto alla tutela della salute è un diritto di cittadinanza, si assicurassero, pagando un altro piccolo contributo, contro i rischi derivanti dall'aver richiesto le prestazioni per cui sono coperti. È come se gli assicurati RCA pagassero un altro piccolo premio per il rischio che il carrozziere faccia un cattivo lavoro.

Il problema concreto è questo: una pessima propaganda, almeno a mio avviso, che i medici hanno fatto a loro stessi, ha convinto la gente che la medicina sia ~ invincibile e perfetta. Non solo non è vero, ma sempre più ci rendiamo conto che la medicina è comunque una scienza probabilistica che contiene in sé un ampio margine di errore, una possibilità di sbagliare insita nella sua stessa prassi. Quindi capita spesso che vi sia un risultato negativo non per colpa ma per mera probabilità. Tuttavia il cittadino, spinto da pesanti campagne di stampa, vuole giustizia e più che altro soldi. Allora tanto vale prendere atto di questa situazione: in alcuni paesi il codice definisce l'atto medico, sono istituiti collegi arbitrali e, con poche migliaia di lire a persona, si può chiudere la massima parte del contenzioso. Qualcosa del genere bisogna fare anche in Italia.

La conclusione è poco ottimistica. Ancora oggi il Governo e il Parlamento si trastullano in discussioni defatiganti sul servizio sanitario nazionale, mentre le professioni che consentono di erogarne le prestazioni, sono abbandonate a leggi centenarie e del tutto inidonee. Ormai il lavoro del medico non può più essere individuale: anche nella medicina generale sorgono spontanee forme associative, prive però di norme di delimitazione; l'antitrust sta per colpire gli Ordini professionali in due delle loro principali funzioni, la tutela tariffaria e quella sulla pubblicità, liberalizzandole entrambe; ancora discettiamo di colpa grave del medico e di fiducia del cittadino, ma quel che esiste è la necessità di riconoscere di essere fallibili e che la gente ci fa carico di ciò come colpa. Non è facile la vita del medico oggi.

Nel nostro paese non si raggiungono i livelli del contenzioso degli USA, ma siamo già a circa 12.000 casi di richiesta di risarcimento annui, circa un terzo dei quali finisce in Tribunale, sia pur in sede civile, e di cui una non piccola percentuale diventa penale, alla ricerca della dimostrazione di un comportamento colposo del medico, il che si riflette poi sugli aspetti risarcitori

Antonio Panti



Linearità architettonica

PUÒ COSTARE MOLTO CARO ANCHE UN CERTIFICATO COMPIACENTE

Rischia fino a sei anni di reclusione il medico che certifica una malattia inesistente. Dunque, paradossalmente, rischia anche quel generalista che, per banale accondiscendenza, dovesse “dare i giorni” di malattia a un proprio paziente che malato non è. Lo ha sancito la Cassazione, che ha così innovato la lettura del problema rispetto al passato, quando il medico rischiava di meno.

I giudici hanno riconsiderato il ruolo del medico pubblico ufficiale e hanno concluso che non si può far risalire una falsa dichiarazione alla sola imperizia. In particolare, la Suprema Corte ha stabilito che le false attestazioni e certificazioni, compiute da medici di enti privati o di patronato, sull'esistenza o sull'aggravamento di patologie rientrano nel contesto del falso in atto pubblico.

Il mutamento di rotta risale alla sentenza 352 del 18 marzo '99 emessa dalla Cassazione (V sezione penale) che fissa una più restrittiva interpretazione delle norme sull'attività documentale dei medici. In precedenza la stessa Cassazione aveva stabilito che la certificazione del medico non avesse, sempre e in ogni caso, la connotazione di atto pubblico. E ciò perché, per ritenerla tale, erano necessari alcuni presupposti in assenza dei quali essa aveva la natura di semplice certificazione amministrativa.

Tra certificazione amministrativa e atto pubblico la distinzione non è solo teorica, ma ha risvolti pratici di enorme valenza. Ad esempio, l'eventuale falsificazione della certificazione con cui il medico attestava che il paziente era ammalato, e quindi non poteva recarsi al lavoro, rientrava nella previsione normativa di cui all'articolo 477 del codice penale (“falsità in certificazione amministrativa”) e comportava una pena da sei mesi a tre anni. La Cassazione riteneva infatti che tali attestazioni rientrassero tra

quelle di verità o di scienza del pubblico ufficiale e che, pertanto, non andassero qualificate come atti pubblici e cioè come documentazioni di attività da lui spiegate o di fatti avvenuti in sua presenza. Si trattava dunque di certificazioni amministrative e, come tali, non rientranti nella previsione normativa di cui agli articoli 476 e 479 del codice penale, che prevedono (per la falsificazione dell'atto pubblico) una pena maggiore, da uno a sei anni di reclusione.

Questo assetto giurisprudenziale, che da anni veniva seguito dalla Cassazione, si è però interrotto con la sentenza 352/99.

Al contrario del passato, la Suprema Corte ha ritenuto la sussistenza del falso in atto pubblico a carico di un medico di un ente privato di patronato che aveva falsamente certificato un (insussistente) aggravamento delle patologie polmonari da cui era affetto un operaio; patologie poi escluse dai dati anamnestici e radiologici.

Fin qui, ci troviamo in presenza di una certificazione di malattia. Per la Cassazione, tuttavia, il reato configurabile a carico del medico non è quello di falso in certificazione amministrativa bensì di falso in atto pubblico, in quanto, come precisa al riguardo la Corte in materia di falso ideologico in atto pubblico (articoli 476 e 479 del codice penale), risulta tale ogni redatto da pubblico impiegato o pubblico ufficiale per uno scopo inerente alle loro funzioni, anche quando si tratti di atti di corrispondenza interna, esterna o, comunque, di atti interni alla pubblica amministrazione anche non tassativamente previsti dalla legge.

Gli elementi che portano a dichiarare il falso in atto pubblico sono:

- la provenienza dell'atto da un pubblico ufficiale nell'esercizio delle sue funzioni;

- il contributo da esso fornito in termini di conoscenza o di determinazione a un procedimento della pubblica amministrazione.

La Corte infatti ha puntualizzato - e questo è il punto più importante e innovativo della sentenza - che in tema di falso ideologico in atto pubblico, con riferimento alle diagnosi e alle valutazioni compiute dai medici, va ritenuto che anche "tali giudizi di valore al pari degli enunciati in fatto possano essere falsi". E pertanto, nell'ambito di contesti che implicino parametri valutativi normativamente determinati o tecnicamente indi-

scussi, le valutazioni formulate dai medici - cui la legge riconosce una determinata perizia professionale - possono, non solo configurarsi come errate per imperizia professionale del sanitario, (ove si sia in presenza di un comportamento immune da errori) anche nella categoria delle falsità. Pertanto, laddove il giudizio espresso dal medico fa riferimento a criteri predeterminati, esso è un modo di rappresentare la realtà analogo al descrivere o constatare situazioni non vere.

Alfonso Marra
Magistrato



Dal *Bollettino Ordine dei Medici di Cagliari*
del Novembre '95

PER UNA CORRETTA COMPILAZIONE DI CERTIFICATI DI MALATTIA

Esponiamo i concetti generali che devono guidare il medico nella certificazione sia le varie situazioni che possono generare dubbi o incertezze.

1) Il medico deve formulare una "prognosi clinica" per lavoratore temporaneamente incapace al lavoro; è chiaro come il giorno di inizio di detta prognosi debba coincidere in ogni caso con il giorno nel quale sono state effettuate sia la visita che la compilazione del certificato.

Il problema degli esatti termini di tempo dell'interruzione del rapporto di lavoro sono unicamente di competenza delle strutture pubbliche e dei datori di lavoro.

2) Non può essere assolutamente ammessa in nessun caso né la retrodatazione o la postdatazione del certificato rispetto alla data della sua compilazione con rilascio della prognosi.

La parte medica ha accettato di buon grado a suo tempo la numerazione progressiva dei certificati in quanto ciò può permettere ai sanitari spiacevoli e inutili discussioni nel caso venga loro richiesto da parte del lavoratore il rilascio di certificazioni non corrette.

3) Il certificato deve essere compilato nella parte spettante al medico senza carenza e senza modifica né aggiunte.

Da quanto su esposto è chiaro che, data la grande importanza di detta certificazione che ha implicazioni di natura sia medica che legale, irregolarità e imprecisioni varie possono arrecare al medico conseguenze di imprevedibile gravità sia ordinistiche che giudiziarie.

Passiamo ora ad esemplificazioni pratiche.

a) Assistito ammalato da sabato si presenta lunedì in quanto il medico non fa studio: data di lunedì, prognosi clinica a partire da lunedì, dichiara di essere ammalato da sabato.

b) Ammalato che ha già lavorato il giorno in cui si presenta nello studio del medico: data del giorno della visita, prognosi clinica dal giorno della visita.

c) il medico ha dato 10 giorni di prognosi, l'assistito si presenta dopo sette giorni guarito e dichiara di essere disposto al lavoro dal giorno dopo; premesso che la prognosi clinica non può ovviamente essere estremamente rigida: compilazione del certificato nella data del giorno stesso e prognosi clinica di giorni uno; ovviamente il secondo certificato modifica e annulla la prognosi del primo.

d) Ammalato non ancora guarito si presenta il giorno prima della ripresa del lavoro per la continuazione della malattia il certificato di continuazione può essere compilato nel giorno stesso; il fatto che risultino due giorni sovrapposti di copertura non significa nulla. Qualora l'ammalato si presentasse alcuni giorni prima della scadenza ciò non sarà più possibile e sarà invitato a tornare a tempo debito.

e) Assistito che si presenta dopo uno o alcuni giorni di assenza dal lavoro data del giorno della visita, prognosi clinica dello stesso giorno, dichiara di essere ammalato dal: giorno x.

f) Lavoratore che si presenta al proprio medico dopo uno o alcuni giorni di assenza e che abbia già ripreso il lavoro da uno o più giorni. In questo caso non è più possibile la compilazione del modulo prescritto. Il medico su ricettario regionale fa la seguente dichiarazione in duplice copia e con la data del giorno della visita; il signor x dichiara di essere ammalato dal giorno y al giorno z; attualmente lo ritengo idoneo al lavoro.

g) Lavoratore ammalato da sabato, si presenta il lunedì guarito e può riprendere il lavoro in giornata (fa il turno di notte): data di lunedì, dichiara di essere ammalato da sabato, niente prognosi clinica (eventualmente sbarrare la dicitura) diagnosi: non presenta segni clinici di malattia inabilitante al lavoro.

h) Non è prevista né ammessa la certificazione di ripresa del lavoro; nemmeno su richiesta del datore di lavoro o dell'assistito.

La compilazione della certificazione attuata secondo le norme sopra descritte permetterà al medico di potere operare in questo delicato settore al riparo dalle eventuali spiacevoli conseguenze già prima esposte.



Dal *Bollettino dell'Ordine dei Medici di Milano*

CERTIFICAZIONE MEDICA

Istruzioni per l'uso

La certificazione è certamente una delle attività più delicate della professione medica.

Può dunque essere utile una trattazione sugli obblighi e sulle attenzioni che il medico deve porre nella loro compilazione, da un lato nell'interesse del paziente, dall'altro per non incorrere in rischi maggiori di carattere penale e disciplinari.

DEFINIZIONE

Il certificato è una attestazione scritta di fatti, aventi rilevanza giuridica, riscon-

trati dal medico nell'esercizio della sua attività, destinato a provare la verità con valore probante.

REQUISITI

Requisiti del certificato, che può essere considerato come una testimonianza scritta di carattere tecnico, sono la veridicità, la chiarezza e la completezza. Altri requisiti formali sono: la data del rilascio, la firma, la qualifica del certificante, la intelligibilità della grafia.

ASPETTI AMMINISTRATIVI

Alcuni certificati vanno redatti in bollo; sono, invece, esenti da bollo i certificati per uso privato, quelli scolastici, per beneficenza, per uso militare e per assicurazioni sociali.

Per alcuni certificati è *obbligatoria l'apposizione della marca di previdenza ENPAM* (Legge 21 febbraio 1963 numero 244, articolo 11).

I certificati si distinguono in: *obbligatori*, da rilasciarsi in conformità di precise disposizioni di legge e in *facoltativi*, da rilasciarsi a richiesta e in mano dell'interessato o - in caso di minore, di interdetto o immobilizzato - di chi ha la rappresentanza legale.

Il rilascio del certificato a estranei, oppure anche la certificazione di circostanze non richieste dall'interessato e che questi intenda che non siano rese note può integrare gli estremi di "rivelazione di segreto professionale".

CODICE DEONTOLOGICO

All'articolo 22 del "Nuovo Codice di Deontologia Medica" si legge: "Il medico non può rifiutarsi di rilasciare direttamente al paziente certificati relativi al suo stato di salute, fatto salvo quanto previsto al quarto comma dell'articolo 29 e precisamente: le informazioni riguardanti prognosi gravi, o infauste, o tali da poter procurare preoccupazioni e sofferenze particolari al paziente, devono essere fornite con circospezione, usando terminologie non traumatizzanti senza escludere mai elementi di speranza.

Il medico, richiesto di rilasciare un certificato, deve attestare dati clinici di competenza tecnica che abbia direttamente constatato.

ASPETTI GIURIDICI

E' previsto dal Codice Penale che "Chiunque, nell'esercizio di una professione sanitaria o forense, o di un altro servizio di pubblica necessità, attesta falsamente con un certificato, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, è punito.... Tali pene si applicano congiuntamente se il fatto è commesso a scopo di lucro".

Trattandosi di un delitto contro la fede pubblica, il reato è consumato con il solo rilascio del certificato, anche se il fine

prefissato non viene raggiunto.

Il reato inoltre si concreta unicamente quando vi è dolo da parte del medico; se questi è in errore, ma persuaso di essere nel vero e certifica conformemente alla propria convinzione, non può essere accusato di attestazione mendace, cioè di falso ideologico; in questo caso il certificato, infatti, non è falso, ma soltanto erroneo.

Quando il certificato è un atto pubblico, in quanto redatto da pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, le pene sono più elevate.

Infatti i certificati possono essere atti pubblici, oppure atti di rilevanza pubblica, cioè qualcosa di più di una scrittura privata per la particolare figura di chi lo redige.

I primi sono quelli redatti da un pubblico ufficiale, o da un incaricato di pubblico servizio nell'espletamento delle sue funzioni (il medico di famiglia nei riguardi dei propri assistiti), mentre sono *documenti di rilevanza pubblica* quelli redatti da privati che compiono operazioni professionali sottoposti a particolari controlli da parte dell'Autorità o da soggetti che esercitano un servizio di pubblica necessità (il medico libero professionista).

RIFIUTO ALLA CERTIFICAZIONE

Il dovere del medico di rilasciare, su richiesta dell'interessato o del suo legale rappresentante, una certificazione deriva oltre che dal precetto deontologico anche dalle norme consuetudinarie e dalla natura stessa della professione medica, che costituisce un servizio di pubblica necessità.

Il medico non può certificare quando non riveste particolari qualifiche espressamente richieste dalla normativa per determinati tipi di certificati.

Per i medici pubblici ufficiali e per gli incaricati di pubblico servizio il rifiuto alla certificazione può configurarsi come omissione di atti d'ufficio.

Inoltre ogni medico deve rifiutare di redigere i certificati non corrispondenti al vero.

CERTIFICATO COMPIACENTE

E' la certificazione che tende con terminologia volutamente imprecisa e cripto-

tica ad alterare una situazione o minimizzandola o ipertrofizzandola.

Tale certificazione in quanto torna a danno della verità, da un punto di vista giuridico, si configura sempre come dichiarazione mendace e perciò si configura come reato di falsità ideologica.

CERTIFICATO STORICO

La certificazione storica è l'attestazione di una situazione risultante e/o ricostruita dal certificante da altre documentazioni (ora per allora).

Va posta molta attenzione di dare una documentazione circostanziata con ricostruzione di dati obiettivi, onde evitare possibili contestazioni di falsa certificazione, molto facile per esempio nella certificazione di malattia.



ONORARI

Per le certificazioni richieste da privati le tariffe non possono essere inferiori a quelle previste dal Tariffario nazionale.

Particolari disposizioni, regolano invece le certificazioni obbligatorie pre-

vedendo in alcuni casi la gratuità.

OBBLIGO ED ESENZIONI SULLA MARCA ENPAM

Sui certificati va apposto la marca E.N.P.A.M., tranne i casi di certificazione gratuita per legge e quelli sottoelencati.

La mancata apposizione della marca sul certificato inficia la validità del certificato e nei casi di esenzione dall'obbligo, previsti dalla disposizione in vigore, il medico è tenuto ad indicare in calce al certificato il motivo dell'esenzione.

Sono esenti dalla marca ENPAM:

- i certificati rilasciati dal medico del Servizio Sanitario Nazionale a mente dell'articolo 2 del D. L. 30/12/79 numero 663 convertito in Legge 29/2/80 numero 33 (certificati redatti in duplice esemplare su speciali moduli previsti dalla Convenzione Unica Nazionale);
- i certificati richiesti direttamente dalle Amministrazioni Statali, Regionali, Provinciali e Comunali ai propri funzionari medici (trattasi di obbligo di servizio del personale sanitario nei riguardi delle Amministrazioni da cui dipendono; prestazioni senza remunerazione specifica);
- i certificati rilasciati da medici liberi professionisti per prestazioni eseguite per conto dello Stato (esonero ex articolo 12 della Legge 31/2/63 numero 244);
- i certificati rilasciati da Istituti Pubblici di Cura, con esclusione di quelli rilasciati ai degenti a pagamento privato;
- i certificati di ricovero e contagiosità rilasciati da Enti Pubblici di accertamento, o di profilassi sociale (Istituti Antitubercolari, Anticelatici);
- i certificati di malattia e guarigione di alunni delle scuole dell'obbligo (Scuola Elementare e Media);
- i certificati di vaccinazioni profilattiche e per pratiche di disinfezione;
- i certificati per concessione di sussidi e di pensione, per invalidità o vecchiaia (assicurazione obbligatoria), o concer-

- enti l'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione involontaria;
- i certificati per pratiche medico – legali ed ex combattenti, invalidi e orfani di guerra per la loro assunzione obbligatoria al lavoro;
 - i certificati rilasciati in applicazione della Legge sulla tutela delle lavoratrici madri (articolo 29 della Legge 30/12/71 numero 1204);
 - i certificati per l'avviamento al lavoro dei ciechi e categorie assimilate, i certificati di idoneità al lavoro di fanciulli e adolescenti (esonero ex articolo 11 della Legge 17/10/67 numero 977 sulla tutela del lavoro minorile);
 - i certificati concernenti gli accertamenti che le vigenti disposizioni demandano all'ufficiale sanitario e che vengano esperiti nell'esclusivo interesse privato, sempre che siano compresi nei casi stabiliti dal medico provinciale a mente del 2° comma dell'articolo 42 del T.U.L.S., modificato dall'articolo 7 del D.PR. 10 giugno 1995 numero 854;
 - i certificati di idoneità alla condotta di autoveicoli, in quanto rilasciati esclusivamente da medici pubblici funzionari.

LA CERTIFICAZIONE OBBLIGATORIA PER LEGGE

La compilazione e il rilascio di un certificato costituiscono per il medico non solo un dovere deontologico, ma in alcuni casi anche un obbligo di Legge, configurandosi in caso di diniego una omissione di atti d'ufficio.

Infatti i certificati richiesti da normative aventi per oggetto la tutela di interessi pubblici, la cui esibizione costituisce un onere per chi intende esercitare un diritto soggettivo, o un interesse legittimo, sono obbligatori e più precisamente i certificati di assistenza al parto, di gravidanza, di morte, di esenzione a vaccinazioni obbligatorie, di vaccinazione, di cessata contagiosità di malattie contagiose per la riammissione in collettività, di tutela della lavoratrice - madre, per le assicurazioni sociali, di abitabilità, di cremazione, di imbalsamazione o conservazione temporanea di cadavere, di infortunio agricolo, di idoneità alla guida di veicoli, di porto d'armi, ecc.

IL CERTIFICATO DI MORTE

In tema di polizza mortuaria ricordiamo il certificato necroscopico e quelli relativi alla cremazione e alla imbalsamazione del cadavere.

Il certificato di morte, che si differenzia dalla denuncia di morte - che può essere effettuata da qualsiasi medico - viene redatto dal medico necroscopo (Ufficiale Sanitario).

Tale certificazione destinata a provare che è stata fatta una visita necroscopica (visita esterna del cadavere e non la semplice constatazione di decesso), oltre che l'evento della morte e la sua causa, è necessaria per procedere alla sepoltura e viene allegata al registro degli atti di morte.

In caso di morte di persone cui sono state somministrate sostanze radioattive queste vanno menzionate nel certificato, insieme alla loro quantità e alla data di somministrazione, quali risultano dalla dichiarazione rilasciata al paziente all'atto della somministrazione.

Per procedere alla cremazione o all'imbalsamazione, occorre apposita certificazione attestante in particolare che il decesso non è avvenuto per cause criminali e che il cadavere non è stato sottoposto a somministrazione di sostanze radioattive e che è privo o portatore di protesi.

I CERTIFICATI ASSICURATIVI

I certificati ad uso assicurativo, sempre a pagamento, vengono rilasciati su modulari delle Compagnie assicurative.

Possono attestare eventuali lesioni riportate per infortuni, o incidenti stradali, ovvero lo stato di salute del richiedente.

Tale certificazione medico - legale spesso volte viene richiesta ai medici di corsia dal paziente infortunato durante la degenza in Ospedale.

In questa circostanza il certificato deve essere redatto e consegnato all'interessato tramite l'Amministrazione Ospedaliera, non ricorrendo un rapporto diretto medico - paziente, tantomeno economico, durante la degenza.

Infatti durante la degenza di ricovero ospedaliero è contestabile da parte della Amministrazione la compilazione dietro pagamento del certificato assicurativo da parte del medico dipendente, potendosi

configurare un illecito di attività privata in compiti di istituto, né d'altra parte rientra tra i compiti previsti una siffatta certificazione che in alcuni casi assume quasi aspetti di una perizia.

Differente è il caso di richiesta al medico ospedaliero e di compilazione di certificato assicurativo da parte dello stesso dopo la dimissione ricorrendo in tale circostanza un rapporto "libero professionale extramoenia", se al di fuori della struttura ospedaliera, intramoenia se la visita e la relativa compilazione avviene in un ambulatorio dell'Azienda Ospedaliera al di fuori del normale orario di servizio.

LA CERTIFICAZIONE INAIL IN OSPEDALE

E' molto discusso se tra i compiti di istituto del medico ospedaliero debba rientrare anche la certificazione INAIL.

Secondo il TAR-MARCHE (sentenza n° 383 del 28 luglio 1995) i medici ospedalieri avrebbero diritto a percepire un compenso aggiuntivo per la attività medico - legale a favore dell'INAIL, se tali certificati vengono redatti al di fuori dell'orario di servizio.

Al contrario il TAR-VENETO (sentenza n° 1417 del 30 novembre 1995) per la certificazione svolta dai medici delle ex USL e degli Ospedali, ai sensi dell'articolo 94 del Testo Unico 30 giugno 1965 numero 1124, non spetterebbe alcun compenso, in quanto rientra tra i compiti istituzionali e non è espressamente prevista dagli accordi collettivi di lavoro.

In base al nuovo accordo di lavoro "Provvedimento del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 settembre 1996" pubblicato sulla gazzetta ufficiale 30 dicembre 1996 supplemento ordinario 235, questa attività potrebbe però rientrare in quanto prevista all'articolo 69 che regola la disciplina dei consulti e delle consulenze per prestazioni rese dai sanitari in altri servizi sanitari dell'Ente di appartenenza.

IL CERTIFICATO DI INVALIDITA'

In caso di invalidità, il riconoscimento e il suo grado, sia ai fini previdenziali che dell'invalidità civile, vanno attestati da apposite Commissioni che variano da Ente a Ente, se per riconosci-

mento di invalidità civile, oppure se riguarda un pubblico dipendente.

Ai fini previdenziali, alcuni Enti riconoscono il diritto a un trattamento economico quando la capacità lavorativa specifica è ridotta di un dato quoziente, solitamente a meno di un terzo.

L'ENPAM riconosce il diritto al trattamento della pensione di invalidità solo quando l'invalidità risulti "totale e permanente" con la conseguente impossibilità e inibizione assoluta, quindi, all'esercizio professionale. Infatti la concessione della pensione di invalidità implica la cessazione di ogni attività professionale, o rapporto di lavoro dipendente e convenzionato.

IL CERTIFICATO DI MALATTIA

Il certificato di malattia può essere rilasciato da un medico del Servizio Sanitario Nazionale o da un libero professionista.

Il certificato medico di malattia deve riportare controlli e constatazioni dirette a non riportare affermazioni di pazienti, o di Colleghi. Deve essere redatto solo dopo la visita clinica del paziente e molta attenzione deve essere posta nell'apposizione della data che deve essere quella nella quale si esegue la visita clinica.

LA CERTIFICAZIONE AL COMPUTER

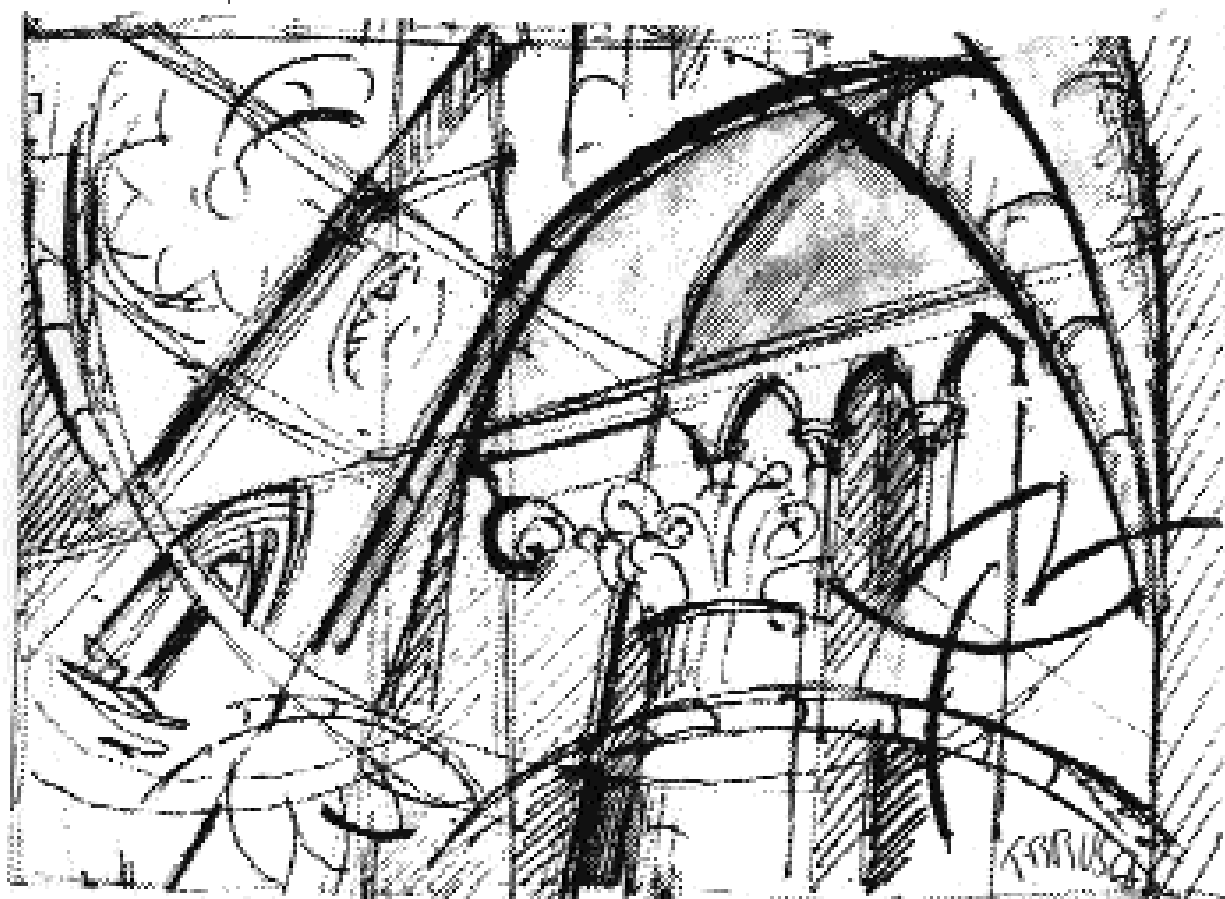
Nessuna norma prevede che la certificazione debba essere olografa e pertanto può essere redatta anche con macchina di scrittura e conseguentemente anche col computer, purché sottoscritta a mano dal medico e redatta in modo da evitare contraffazioni.

Particolare attenzione va posta circa la riservatezza in caso di memorizzazione in computer, per il quale è necessario fare la denuncia al Garante e la liberatoria di consenso da parte del paziente.

Non è più necessaria la denuncia alla Questura competente per territorio.

Col computer possono essere utilmente predisposti schemi base di certificazione.

**Giuseppe Messina
Marco Perrelli Ercolini**



Plasticità e armonia

Si al nesso di causalità se il documento clinico è lacunoso

CARTELLE CHE INCASTRANO

Non è possibile escludere la prova della responsabilità professionale del medico e/o della struttura sanitaria a causa dell'irregolare tenuta delle cartelle cliniche o dell'omessa esecuzione dei necessari riscontri diagnostici - ivi inclusi quelli realizzabili mediante autopsia. La III sezione civile della Corte di Cassazione, con sentenza 12103 del 13 settembre 2000, ha rinviato alla Corte di appello il giudizio per il risarcimento danni intentato contro un noto ospedale milanese e due suoi primari da una signora che aveva perso l'anziana madre, la quale era stata ricoverata presso la struttura sanitaria con diagnosi di ittero e vi era deceduta dopo 11 giorni "per cause ignote" poche ore prima di essere sottoposta a intervento chirurgico per la rimozione di un calcolo del coledoco.

Il tribunale e la corte d'appello pur riconoscendo che i sanitari (e l'ospedale) erano incorsi in una serie di omissioni e di ritardi nell'accertare la patologia dell'anziana paziente, avevano respinto la domanda di risarcimento danni, rilevando che non era possibile accertare col necessario rigore il nesso di causalità tra i comportamenti omissivi dei sanitari e il decesso della paziente. I consulenti incaricati dai giudici di merito, infatti, non avevano potuto escludere che la morte fosse sopravvenuta per cause autonome e non collegate alla patologia preesistente (ciò comporta, secondo i principi operanti in materia, un'interruzione del rapporto di causalità e la conseguente esenzione da ogni responsabilità dei sanitari): gli esperti non avevano infatti potuto trarre elementi utili di valutazione né dalla cartella clinica che appariva estremamente lacunosa né da altri rilievi, poiché nemmeno l'autopsia era stata effettuata.

La Cassazione non condivide le conclusioni dei giudici di merito in ordine all'esclusione del nesso di causalità. La valutazione dell'esattezza della prestazione medica concerne, infatti, anche la regolare tenuta della cartella clinica: ove dalla sua imperfetta compilazione derivi l'impossibilità di trarre utili elementi di valutazione in ordine all'accertamento della causa della morte di un paziente, le conseguenze non possono in via di principio ripercuotersi in danno di chi vanta un diritto collegato alla morte del creditore della prestazione sanitaria (nel caso di specie, il diritto al risarcimento del danno vantato dalla figlia della paziente deceduta). Lo stesso vale, prosegue la Corte, per l'omessa esecuzione dei necessari riscontri diagnostici, anche autoptici.

Anche nel caso di specie, dunque, trovano applicazione i principi generali in relazione all'accertamento del nesso di causalità: quando la morte di un paziente possa derivare in via ipotetica da una pluralità di cause, occorre stabilire se la accertata condotta omissiva dei medici costituisca causa idonea a provocare la morte, o se piuttosto un altro fattore causale - una patologia incolpevolmente non diagnosticata, ad esempio, si ponga come assorbente rispetto alle altre concause. In via preliminare tuttavia, è necessario che venga positivamente accertata - almeno dopo la morte - l'incidenza causale del fattore da solo sufficiente a provocare la morte del paziente. Se la prova del fattore che ha provocato la morte non è stata raggiunta, a causa della lacunosità della cartella e della omessa esecuzione dell'autopsia, e dunque per ragioni imputabili agli stessi sanitari e all'ospedale, ciò non consente di escludere il nesso di causalità tra la condotta colposa dei sanitari in relazione alla patologia accertata e l'evento dannoso. Nel dubbio, sembra suggerire la Corte, si deve condannare quando l'impossibilità della prova a discarico derivi da omissioni imputabili agli stessi medici o alla struttura sanitaria.

Alessandra Rinaldi

CARTELLA CLINICA, CERTIFICATO MEDICO, COMUNICAZIONE TRA MEDICI

L'argomento in questione riguarda l'attività quotidiana, routinaria di ogni medico, per questo può essere considerato molto semplice ovvero molto difficile e non si presta ad una trattazione sintetica ed, al tempo stesso, esauriente. E' nostro intento limitare all'esame di quelle problematiche di più specifico rilievo medico legale evitando, da un lato di banalizzare il discorso soffermandoci su aspetti che occorre dare per scontati e dall'altro affrontare problematiche di pertinenza di altre specialità mediche o addirittura di altre scienze quali il Diritto e la Statistica.

Come primo argomento esaminiamo la Cartella Clinica che non è solo strumento ospedaliero infatti la cartella clinica ospedaliera può essere assimilata, per tipologia di documento all'ormai "antico" libretto sanitario personale, spesso reiterato con varie denominazioni nei contratti di lavoro collettivi dei medici di libera scelta, che, forse avrà, con l'ultimo contratto, una giusta rivalutazione.

Si può definire la cartella clinica come una CUSTODIA, un involucro (cartella) che contiene i fogli compilati con annotazioni di carattere sanitario che riguardano la degenza in ospedale di un determinato paziente; questo presupposto consente di dare base logica al fatto che il CONTENUTO della cartella clinica è costituito da atti scritti di provenienza non sempre univoca organizzati in sezioni che sono diverse per finalità e metodo di compilazione, ma che poi ne caratterizzano la sostanza. Questa concezione della cartella clinica, scolastica ma utile anche praticamente, si è sviluppata so-

prattutto nell'ultimo decennio con l'avvento dei ricoveri codificati come Day Hospital.

In pratica la moderna cartella clinica si compone, schematizzando, di:

- fascicolo di base che fa capo ai medici del reparto di degenza con: anamnesi, diario clinico, terapia, diagnosi all'ingresso e diagnosi alla dimissione;
- relazioni allegate al fascicolo di base con: tutti i referti di visite specialistiche, le risultanze delle indagini di laboratorio, la descrizione di immagini radiologiche etc.
- le schede clinico/infermieristiche ovvero le schede di anestesia e le cartelle di rianimazione (di cui al DPR n. 225/74 "mansionario degli infermieri" professionali e specializzati in anestesia e rianimazione) ove, a norma di legge, il predetto personale parasanitario annoterà tutti i rilievi di competenza specifica (temperatura, polso, respiro, pressione, secreti, escreti, etc.).

La cartella clinica quindi:

- rappresenta la struttura unificante per tutta la documentazione sanitaria ospedaliera di un dato soggetto
- ha valore probatorio di prova scritta di eventi diagnostico - curativi per l'accertamento di eventuali responsabilità civili, penali, disciplinari, amministrative;
- attesta l'acquisizione del consenso informato all'atto medico chirurgico;
- consente lo scambio e l'elaborazione statistica di informazioni sanitarie;
- consente una valutazione qualitativa

dell'attività del reparto che ha concorso alla sua compilazione.

Facendo una breve storia delle leggi che hanno istituito e che regolamentano la cartella clinica la norma più antica è contenuta nel regolamento igienico sanitario del Pio Istituto di Santo Spirito di Roma del 1899 dove al paragrafo 20 si legge che "ciascuno infermo avrà la scheda cubicolare dove insieme alla specifica dei dati personali dovranno essere indicate la diagnosi della malattia, tutte le particolarità degne di nota e le osservazioni più salienti in ordine alla malattia e alla cura".

- DR 615/1909 "regolamento per l'esecuzione della legge 36/1904 sui manicomi e sugli alienati" fa solo cenno ai "fascicoli personali" degli ammalati.
- Regolamento del Servizio Sanitario Militare (R.D. del 1932) dispone che "il capo reparto cura che, per i nuovi entrati, siano raccolti, subito, dagli ufficiali medici i dati anamnestici, clinici che saranno trascritti nella cartella clinica; la stessa dovrà essere regolarmente tenuta ed aggiornata assieme ai registri nosologici".
- Il R.D. n. 1631 del 1938 "Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali" all'art. 24 stabilisce che "il Primario cura sotto la propria responsabilità la regolare tenuta della cartella clinica e dei registri nosologici";
- da ultimo il DPR 128/69 "Ordinamento interno dei servizi ospedalieri" stabilisce, cambiando dizione diventando molto più preciso, che la "compilazione e conservazione fino alla consegna all'archivio centrale" è specifica incombenza del Primario del reparto ed ancora impone al Direttore Sanitario l'onere di creare un archivio centralizzato dove le cartelle cliniche dovranno pervenire al termine del ricovero e dovranno essere custodite a cura della direzione sanitaria, che si occuperà anche di estrarre copia a ri-

chiesta degli aventi diritto.

- dopo molti anni di silenzio legislativo il Decreto Ministeriale del 2 Dicembre 1988 "determinazione degli standard ospedalieri" all'art. 2 punto 2 richiama l'attenzione sulla "verifica dell'esatta compilazione delle cartelle cliniche e delle schede nosografiche" anche mediante "riunioni periodiche di reparto" finalizzata alla determinazione ed all'uso di standard di produttività (DRG)
- peraltro anche il Codice di Deontologia Medica nella penultima edizione (quella del 1989) stabiliva, all'art. 15, che "nella certificazione, nella redazione delle denunce obbligatorie, nella compilazione delle cartelle cliniche e di ogni altra documentazione sanitaria, il medico è tenuto alla massima diligenza, alla più responsabile cura, alla più attenta e scientificamente corretta registrazione dei dati e alla più responsabile formulazione dei giudizi".

La giurisprudenza ha chiaramente delineato il valore giuridico della cartella clinica definendola come atto pubblico facente fede privilegiata, attribuendo maggiore valore a quelle parti della cartella clinica che attestano l'esistenza di oggettività, quali l'esame obiettivo, pratiche diagnostiche e gli interventi terapeutici, considerando invece "dati solo utili" quelle parti ove vengono attestati dei rilievi soggettivi come l'anamnesi, i sintomi soggettivi ma anche la diagnosi e la prognosi proprio perché rappresentano elementi di giudizio soggettivi espressi dal malato (anamnesi) ovvero dal medico (diagnosi e prognosi).

Requisiti della cartella clinica: possono essere distinti in ELEMENTI SOSTANZIALI ed ELEMENTI FORMALI;

GLI ELEMENTI SOSTANZIALI SONO:

- veridicità
- completezza

- precisione
- tempestività
- chiarezza

Il più significativo degli elementi sostanziali è certamente il requisito della veridicità in quanto, se non viene rispettato si configura il delitto di falsità ideologica in atto pubblico; tuttavia, per rispettare il canone della veridicità non si può assolutamente prescindere da quello della completezza e della precisione che sono elementi quantificanti della verità; infatti completezza e precisione presuppongono che tutto ciò che viene riportato in cartella clinica venga descritto nel modo conforme alla realtà:

- ad esempio non è conforme al principio della veridicità – completezza
- precisione l’affermare “sospetto tossicodipendente” senza indicare le motivazioni che inducono al sospetto ovvero senza accertamenti utili per dirimere il dubbio.

Ancora non è conforme al principio della correttezza - completezza il referto radiologico ovvero quello istopatologico con la semplice indicazione della diagnosi senza adeguata descrizione morfologica (la diagnosi è un parere conclusivo non la descrizione di una realtà).

Altro elemento da sottolineare è il requisito delle TEMPESTIVITA’ della compilazione della cartella clinica; per quantificarlo correttamente leggo quello che un noto testo di diritto amministrativo afferma in merito:

“Quanto al tempo di redazione della cartella clinica va tenuto presente che il verbale, per la sua natura, è un acclaramento storico contemporaneo. Le annotazioni sulla cartella clinica vanno pertanto fatte contemporaneamente all’evento descritto. La contemporaneità non va peraltro intesa in maniera rigorosa. E’ contemporanea la verbalizzazione anche se avviene qualche tempo dopo il fatto narrato o l’effettiva enunciazione della diagnosi. Due limiti temporali sono peraltro identificabili perché derivano dalla

funzione e dalle caratteristiche proprie della cartella clinica: la cartella deve essere stesa in pendenza di degenza (salvo ovviamente le annotazioni relative al decesso) e secondo la sequenza cronologica della registrazione di eventi, per cui l’incalzare di fatti riduce sensibilmente la possibilità di registrazioni tardive”, e anche sullo stesso requisito della tempestività la Corte di Cassazione afferma che: “...l’annotazione postuma di un fatto clinico rilevante integra il reato di falso materiale in atto pubblico” e poi “...la cartella clinica...esce dalla disponibilità del suo autore nel momento stesso in cui la singola annotazione viene registrata.... ne consegue che (all’infuori della correzione di meri errori materiali) le modifiche e le aggiunte integrano un falso punibile, anche se il soggetto abbia agito per ristabilire la verità....”

SONO REQUISITI FORMALI:

- indicazioni del luogo ove l’accertamento viene eseguito (in particolare, ad esempio, se fu il consulente a recarsi al letto del paziente o viceversa)
- indicazioni della data e dell’ora dell’accertamento, se la stesura dell’atto fosse tardiva, anche di detta stesura
- precisazione di nome e cognome con firma del medico estensore
- nei dati anamnestici la precisazione della fonte in particolare se detta fonte dell’anamnesi è soggetto diverso dal ricoverato
- adozione di accorgimenti particolari per correggere errori materiali.

Cafini Daniele

Responsabile
Servizio Medicina Legale
A. USL n° 14 Verbania
Regione Piemonte

Bucarelli Alessandro

Direttore Istituto Medicina Legale e
delle Assicurazioni
Università degli Studi di Sassari

Tribunale per i diritti del malato in collaborazione con
Anaa - Assomed e Fimmg

CARTA DELLA SICUREZZA NELL'ESERCIZIO DELLA PRATICA MEDICA ED ASSISTENZIALE

Preambolo

Da alcuni anni è in atto nella sanità italiana un processo di trasformazione, con il quale si sta tentando di rafforzare e, per certi versi, di ricostruire il rapporto di fiducia tra servizio sanitario e cittadini.

Tale processo ha tra le sue parole d'ordine la qualità, il federalismo, il recupero di efficienza, l'orientamento al cliente, la lotta agli sprechi, l'appropriatezza delle prestazioni, l'apertura alla partecipazione dei cittadini, la responsabilizzazione delle risorse umane, la razionalizzazione e la programmazione degli interventi.

L'insieme delle politiche e dei provvedimenti che accompagnano questo processo rischiano però di non raggiungere l'obiettivo - la ricostruzione del rapporto di fiducia con i cittadini - se non si misurano con una delle questioni centrali che sono alla base di tale rapporto: la sicurezza nelle cure e nell'esercizio della pratica medica e assistenziale. Il cittadino, oltre a pretendere dai servizi sanitari un trattamento eccellente sotto il profilo logistico e alberghiero esige, infatti, di veder rispettato il suo diritto alla sicurezza.

Ciò significa che ha diritto ad entrare in relazione con un professionista o con una struttura che gli garantisca modalità organizzative e comportamenti professionali in grado di tenere sotto controllo i rischi e di ridurre al minimo il verificarsi di errori nel corso dei trattamenti medici e assistenziali. Questa Carta si propone di dare un contributo per facilitare la presa in carico di questo problema da parte di tutti i soggetti coinvolti, fornendo indicazioni e procedure utili a ridurre e a prevenire gli errori in sanità.

Il contesto

L'incremento dei casi di malpractice registrato nel corso degli ultimi anni è testimoniato dalla crescita progressiva delle segnalazioni giunte al Tribunale per i diritti del malato. La percentuale di contatti relativi a sospetti errori di diagnosi e terapia gestita dalla sede nazionale, attraverso il servizio PiT Salute, si è consolidata ormai stabilmente intorno al 28%. Ortopedia, chirurgia generale, ostetricia e ginecologia sono le aree per le quali si registra il maggior numero di segnalazioni da parte dei cittadini.

Nella medesima direzione vanno anche le informazioni sul contenzioso di fonte assicurativa, che riferiscono della lievitazione dei risarcimenti; tanto nel numero che nella entità, a seguito di cause, civili o penali, o di transazioni gestite direttamente con le assicurazioni, come avviene sempre più spesso. Nel corso degli ultimi mesi, peraltro, la cronaca si è dovuta occupare, in più di una occasione, delle difficoltà per il rinnovo della copertura assicurativa di alcuni importanti presidi ospedalieri.

Tutto ciò va ricondotto ad una generale e maggiore sensibilità rispetto ai fattori di malpractice, legati tanto a responsabilità del singolo operatore che a problematiche di tipo procedurale e organizzativo sempre più rilevanti.

Tra le possibili cause di questo ampliamento si possono isolare alcuni fattori tecnici, come la superspecializzazione medica e la "parcellizzazione" del malato; la diffu-

sione delle tecniche di semeiotica invasiva; la strumentazione sempre più complessa; l'introduzione dei DRG (numero di interventi crescente in tempi sempre più ristretti)².

Ma non si può non tener conto anche dei successi riportati dal Ssn e dei nuovi bisogni e delle maggiori aspettative che ne sono scaturiti.

Il ritardo nel rinnovamento dei modelli professionali - in primo luogo dei medici, ma non solo è divenuto, in questo contesto, un vero e proprio fattore di rischio oltre che, come è ovvio, elemento di inadeguatezza.

A queste problematiche altre ne vanno aggiunte, tra le quali il maggior livello di informazione del cittadino e la sua volontà di far valere i propri diritti; il divario crescente tra i traguardi raggiunti dalla scienza medica e le possibilità reali per il singolo operatore; l'arretratezza del sistema politico - istituzionale nei confronti di questi problemi; la difficoltà per gli operatori di garantire un tempestivo ed adeguato aggiornamento professionale e il conseguente ritardo culturale.

Dai dati che emergono dalle segnalazioni dei cittadini (fonte: banca dati PiT Salute, contenzioso legale Asl/assicurazioni, letteratura internazionale) si evidenzia la ripetitività degli errori, tanto per tipo che per area specialistica.

Questi elementi da una parte rendono più allarmante il fenomeno, dall'altra evidenziano la possibilità di intervenire e prevenire il ripetersi di situazioni dannose.

Da tutto ciò deriva la possibilità di costruire un programma che colga le cause professionali ed organizzative e che consenta il passaggio dall'idea che l'errore rappresenti un evento "fatale" a quella che ci si possa trovare di fronte ad un evento evitabile. Questo programma deve avere al suo centro la costruzione di un regime di controllo dei rischi, che serva ad individuare e a riconoscere i fattori di rischio e la loro incidenza e quindi a procedere all'applicazione di metodologie e di procedure che riducano la possibilità di incorrere in errori.

Alla luce di questi elementi di contesto, qui riportati succintamente, si è inteso costruire un programma per la Sicurezza nell'esercizio della pratica medica, di cui questa Carta è parte integrante e strumento fondamentale.

Il programma, andando al di là dell'ottica della malpractice, intesa come singolo atto o evento occasionale, si pone l'obiettivo di individuare, proporre, implementare e tenere sotto controllo procedure, linee guida, modelli organizzativi, modalità di comportamento in grado di consentire la riduzione di quella parte di errore che si può ritenere evitabile.

I soggetti

Il testo è il frutto di una alleanza tra cittadini utenti e operatori sanitari, prevalentemente medici, i quali sono riusciti a dialogare attorno ad un tema, quello dell'errore e della sicurezza in sanità, che rappresenta comunemente la più grave fonte di conflitto nei rapporti medico-paziente. Questo salto di qualità è stato possibile perché si è costruito un percorso di collaborazione non solo teorico e culturale, ma anche operativo, che ha trovato i suoi punti di forza in tre strategie comuni, qui di seguito riportate.

Perché non accada ad altri. I cittadini, pur essendo sempre più attivi nel pretendere che si faccia luce su presunti errori, denunciano gli episodi loro accaduti non solo per ottenere la giusta riparazione dei danni subiti, ma anche per concorrere, attraverso la loro segnalazione, a prevenire episodi analoghi, facendo sì che la conoscenza di una esperienza dolorosa serva ad evitare il ripetersi di altre.

Quanto viene proposto in questa Carta tenta di dare una prima risposta a questa esigenza, allargando e spostando il concetto di riparazione del danno da una visione risarcitoria di tipo individualistico ad una assunzione più generale di responsabilità che implichi scelte e cambiamenti in grado di incidere sulle cause, vicine e remote, degli errori.

No alla medicina difensiva. In alcuni paesi gli operatori sanitari, di fronte all'aumento del contenzioso, hanno cominciato ad adottare meccanismi di selezione avversa nei confronti dei pazienti, vale a dire ad evitare quelle pratiche cliniche che, seppur

necessarie al miglioramento della salute, possono comportare rischi dei quali i professionisti non intendono farsi carico.

I soggetti promotori di questa Carta intendono adoperarsi per superare il rischio di atteggiamenti difensivi da parte della classe medica nei confronti delle possibili denunce dei pazienti, attraverso la promozione di una politica che prepari i professionisti a gestire, controllare e ridurre i rischi di errore, senza alcuna rinuncia all'esercizio della pratica medica, in linea con quanto già previsto dalle norme deontologiche.

Imparare dall'errore. Non esiste possibilità di ridurre gli errori senza che ci sia un comune riconoscimento della necessità di parlarne in modo esplicito e chiaro.

A tutt'oggi gli errori o sono oggetto di informazione da parte dei media, con i limiti che, in taluni casi, ciò può comportare, o vengono taciuti e occultati, per paura o per dolo, con il rischio che nessuno, nemmeno il professionista o il reparto coinvolto, sia messo nelle condizioni di trarre insegnamento da ciò che è accaduto.

La gran parte delle proposte contenute in questa Carta nasce da una lettura attenta delle casistiche, delle situazioni registrate, delle segnalazioni dei cittadini, nella consapevolezza che dall'errore si può imparare.

Ciò richiede però un profondo cambiamento culturale, che deve avere al suo centro valori e principi fondamentali, come la ricerca della verità, la scelta per la trasparenza, la disponibilità a mettersi in discussione, la non colpevolizzazione di chi sbaglia, la collaborazione reciproca, il dialogo con il cittadino, l'impegno nella ricerca dei mezzi atti a garantire la qualità e la tensione morale verso l'eccellenza nel proprio lavoro. Scopo della Carta è di contribuire a questo cambiamento.

Il Tribunale per i diritti del malato, l'Anaa - Assomed e la Fimmg, alla luce delle finalità, del contesto e delle strategie sin qui descritti, propongono al Parlamento, al Governo, alle Regioni, alle Aziende sanitarie, alle strutture della ospedalità privata, accreditate e non, ai professionisti che operano nel mondo della sanità, di adottare, ognuno per la propria specifica competenza, le indicazioni, le procedure e i programmi contenuti in questa Carta al fine di garantire che il processo di trasformazione della sanità italiana colga nel diritto alla sicurezza del cittadino uno dei suoi principali assi di sviluppo.

La gestione degli errori e la cultura della sicurezza

La struttura sanitaria è, al pari di altre, fonte di rischi. Gli incidenti e gli errori, oltre ad essere causa di danni e lesioni alle persone, evidenziano anche una certa vulnerabilità del sistema.

Si è fatto sopra riferimento ai fattori culturali e sociali, che fanno da contesto all'emergere del problema.

Ma a questi è doveroso aggiungerne altri - umani, tecnologici e organizzativi - che possono contribuire a rendere non sicuro l'ambiente sanitario se non si interviene su di essi in maniera adeguata. I sistemi sanitari sono, infatti, e sempre più saranno, sistemi nei quali tutti questi fattori si intrecciano ed interagiscono, concorrendo in maniera determinante alla loro fisionomia e alla qualità complessiva della offerta di salute che assicurano.

Al fine di avere un quadro più preciso dei termini utilizzati nella Carta, riportiamo qui di seguito la definizione di alcuni concetti, quali quello di errore, di violazione, di quasi errore, di incidente da cause organizzative e di condizioni latenti. Ciò serve fondamentalmente a chiarire che ciò che comunemente è indicato come errore, in maniera indistinta e indifferenziata, può riconoscere in realtà una molteplicità di cause. Individuare tutte queste possibili cause, distinguendo tra le diverse tipologie di ciò che comunemente viene chiamato errore, è indispensabile per frazionare una materia altrimenti troppo vasta e nebulosa e soprattutto disporre di elementi concreti per la progettazione e la implementazione di possibili soluzioni.

Si parla di errore quando l'esito di una azione (che può essere una singola prestazione o un procedimento più complesso) non ha raggiunto i risultati che ci si era prefissi. Si può definire, quindi, l'errore come il fallimento delle azioni programmate per realizzare i fini desiderati - escluso l'intervento di eventi impreveduti.

Una diagnosi sbagliata, la prescrizione di una terapia inappropriata o l'esecuzione di un intervento inadeguato, vale a dire non in grado di ottenere i risultati desiderati in termini di miglioramento delle condizioni del paziente, sono esempi di errore.

Violazione. La violazione è la conseguenza del mancato rispetto delle procedure codificate per l'esecuzione a regola d'arte di un atto medico o chirurgico. La esecuzione non corretta di un intervento chirurgico, o il mancato rispetto delle procedure di sterilizzazione, o di induzione della anestesia, sono esempi di violazioni.

Gli errori e le violazioni sono atti insicuri, cioè atti che mettono in discussione il buon esito di un intervento sanitario e la sicurezza dei pazienti.

Da quanto detto sinora è evidente che, in talune circostanze, il confine tra violazioni ed errori può ridursi sino a divenire molto esile. E tuttavia questa distinzione ci consente di ipotizzare interventi mirati e differenti in relazione all'oggetto specifico della nostra attenzione.

Ed evidenzia il ruolo positivo che possono rivestire procedure ben individuate e applicate con rigore nella prevenzione di atti insicuri.

Incidente da cause organizzative. Generalmente si considera l'errore solo come diretta conseguenza della azione dell'operatore sanitario. Non sempre, tuttavia, la produzione di un danno o di una lesione può essere ricondotta esclusivamente alla azione degli operatori. È il caso degli incidenti riconducibili a cause organizzative, per i quali l'evento è il risultato della combinazione e dell'intreccio della azione dell'operatore e di condizioni latenti.

Sono latenti tutte quelle condizioni frutto di decisioni assunte ad un livello superiore a quello degli operatori (da manager, autorità politiche, amministrative, di controllo).

Sono condizioni latenti, per esempio, la eccessiva mancanza di tempo per le prestazioni; l'inadeguatezza degli strumenti e delle apparecchiature; la manutenzione non sufficiente dei macchinari; la carenza di formazione; la scarsa supervisione; l'ambiguità delle procedure; la mancanza di comunicazione.

Le condizioni latenti sono sempre presenti in sistemi complessi.

Quasi errore (near miss della letteratura anglosassone). Sarebbe più proprio parlare, in realtà, di quasi eventi, giacché non si può limitare questa definizione all'errore, ma bisognerebbe riferirsi allo stesso modo anche alle violazioni e agli incidenti da cause organizzative.

Si tratta di situazioni ad elevato potenziale di rischio, che solo per ragioni fortuite o per l'intervento tempestivo di un operatore non hanno determinato come esito un errore, una violazione o un incidente.

Una documentazione accurata di esse dovrebbe risultare più agevole, giacché non essendosi determinato effettivamente alcun danno, gli operatori dovrebbero accettare di riferirne con maggiore facilità. L'analisi dei quasi eventi è estremamente preziosa, perché consente di individuare fattori di rischio che possono essere eliminati o messi sotto controllo prima che si causino danni.

Quanto detto sino ad ora rende evidente la necessità di utilizzare un approccio sistematico alle questioni della sicurezza dei pazienti, esaminando i processi critici che riguardano le aree ad essi collegate, gli operatori, i prodotti, il tempo e la interazione tra tutti questi fattori, puntando decisamente alla introduzione di un regime di controllo dei rischi nell'esercizio della pratica medica e delle professioni sanitarie.

Ma per fare ciò è indispensabile che si accetti innanzi tutto di misurarsi con la presenza e la esistenza di rischi e di errori. Solo così sarà possibile intervenire efficacemente, individuando e implementando sistemi di gestione e controllo efficaci.

I principi

I principi cui si farà riferimento sono consolidati in atti internazionali, nella Costituzione, nelle leggi e nella giurisprudenza, nel Codice di Deontologia medica e sono presenti nelle Carte dei diritti dei malati e nella prassi di cittadini e operatori.

1. Nulla può essere lasciato al caso

La complessità delle azioni messe in campo dagli operatori sanitari richiede un adeguato sistema di controllo per impedire che si producano danni e lesioni.

Gestire i rischi significa predisporre procedure e individuare in modo chiaro ruoli e responsabilità di tutti i soggetti che operano nella struttura sanitaria.

Niente può essere lasciato al caso quando è in gioco la vita delle persone.

2. È necessario investire in sicurezza

Una corretta gestione e un'adeguata prevenzione dei rischi sono possibili solo con investimenti adeguati tanto sotto il profilo quantitativo che qualitativo che assicurino agli operatori tutti gli strumenti necessari per la diagnosi e la cura. Non sono accettabili rischi per la salute causati da strutture, attrezzature, apparecchiature o, in generale, mezzi obsoleti, non idonei, di qualità scadente, o non in perfetto stato di manutenzione.

3. I rischi devono essere dichiarati

Il primo fattore di sicurezza risiede nel riconoscimento del rischio e nella sua valutazione. La dichiarazione dei rischi è una cartina di tornasole della attenzione della struttura sui temi della sicurezza e favorisce la responsabilizzazione di tutti i soggetti coinvolti, operatori e pazienti.

4. Lo scambio di informazioni aumenta la sicurezza

La circolazione delle informazioni tra le persone riguardo agli accadimenti, positivi o negativi, che caratterizzano la prassi sanitaria rappresenta un fattore di sicurezza e contribuisce ad evitare il ripetersi di eventi dannosi.

Ogni evento può essere fonte di informazioni preziose per ridurre i rischi e per evitare gli errori.

5. Garantire l'appropriatezza riduce le probabilità di errore

Al cittadino deve essere garantito un iter diagnostico e terapeutico conforme alle evidenze scientifiche riguardanti il suo caso. Le prestazioni inappropriate, in un contesto nel quale anche un atto clinico validato comporta dei rischi, non solo riducono le possibilità di efficacia degli interventi, ma aumentano in assoluto le probabilità di errore.

6. La qualità delle prestazioni deve essere valutata attraverso indicatori di esito

In ogni struttura sanitaria deve essere previsto, in modo ordinario, un sistema di valutazione che consenta di misurare la qualità delle prestazioni erogate attraverso indicatori di esito.

Ciò significa che la registrazione di risultati significativamente difforni dalle medie o da quelli riportati in letteratura deve comportare l'adozione di misure di politica sanitaria, tanto correttive che sanzionatorie.

7. La comunicazione tra medico e paziente è parte integrante dell'atto medico

La pratica di un corretto rapporto medico-paziente non rappresenta solo il rispetto di un principio fondamentale sancito ormai dalla legislazione e dalla deontologia medica ma anche uno strumento di controllo dei rischi.

Ascoltare il paziente, farsi raccontare la sua storia clinica, tenere conto dei sintomi descritti, rappresentano tutte modalità di comportamento che consentono di sbagliare di meno. Allo stesso tempo, la comunicazione all'utente in modo completo e comprensibile sui rischi dei trattamenti da effettuare, con l'indicazione delle percentuali di esito infausto, di possibili conseguenze indesiderate o di mancato miglioramento, non rientra soltanto nel diritto di autodeterminazione e di libera scelta del cittadino.

Un cittadino coinvolto e informato sarà generalmente più disponibile a comprendere le ragioni di avvenimenti imprevisti e negativi e collaborerà con gli operatori per il superamento delle situazioni di difficoltà.

8. Il valore della critica e dell'autocritica

La discussione, la riflessione, l'assunzione di punti di vista e di soluzioni comuni di fronte al verificarsi di incidenti ed errori rappresentano elementi fondamentali di una strategia per la sicurezza, sia che essi abbiano comportato danni evidenti, sia che essi non siano stati registrati.

La pratica della critica e dell'autocritica non deve comportare una valutazione negativa della persona, alla quale deve essere assicurata la possibilità di autodifesa.

9. La verità deve essere premiante

Per una struttura o per un reparto in cui si pratici la verità, vale a dire sia garantita una gestione trasparente e interattiva dell'attività sanitaria e sia assicurato un sistema costante di feedback, devono essere previsti vantaggi, benefici e incentivi.

Ciò richiede che, per converso, sia superato definitivamente il sistema, largamente vigente, che premia le omissioni, l'occultamento dei fatti, i silenzi complici.

10. La formazione è l'arma della sicurezza

L'errore, oltre ad essere spesso un evento doloroso, può rappresentare una preziosa occasione di formazione.

È necessario, quindi, che una politica della sicurezza preveda la messa in atto di azioni di riparazione che abbiano come obiettivo anche la formazione e la riqualificazione degli operatori su temi specifici, orientata alla prevenzione degli errori evitabili.

Le procedure

Accettare di misurarsi con l'errore nell'esercizio della pratica medica ed assistenziale non significa rassegnarsi fatalisticamente ad esso. Oggetto di questa parte della Carta è la individuazione di procedure generali e specifiche che puntino alla riduzione di errori, violazioni e incidenti riconducibili a cause organizzative.

Le procedure sono state divise in due blocchi. Il primo riguarda le condizioni - base, senza le quali è inutile parlare di sicurezza; il secondo presenta un repertorio di procedure, prodotto sia attingendo alla letteratura, sia sulla base dell'esperienza.

A. Le condizioni di base per la gestione del rischio (risk - management)

Le Unità di gestione del rischio

Si propone la attivazione in ogni azienda del Ssn di una Unità di gestione del rischio, della quale dovranno far parte rappresentanti degli operatori sanitari e del management della azienda. Le Unità di gestione del rischio, che potrebbero funzionare come una sorta di osservatorio permanente sui temi della sicurezza, dovranno occuparsi essenzialmente:

- del monitoraggio di tutti gli eventi avversi, compresi quelli derivanti da errori, quasi errori, violazioni, incidenti da cause organizzative.

Il monitoraggio dovrà consentire la individuazione delle aree critiche e la formalizzazione di indicatori di esito delle prestazioni, elaborati sulla base della comparazione con le statistiche di altri reparti della stessa area operanti sul territorio regionale di riferimento (anche attraverso l'esame delle schede di dimissione ospedaliera, con particolare riguardo alle complicanze) e il confronto con i dati messi a disposizione dalla letteratura;

- della registrazione di tutti gli eventi avversi, compresi quelli derivanti da errori, quasi errori, violazioni, incidenti da cause organizzative, su apposito registro e su supporto informatico, per mezzo di un database. Ciò comporta, peraltro, la individuazione di una metodologia e di procedure di rilevazione omogenee su tutto il territorio nazionale, con articolazioni su base regionale, e l'adozione di un database comune o, comunque, comparabile;

- della individuazione, progettazione e implementazione delle misure concrete da

mettere in cantiere per la soluzione delle questioni emerse;

- della diffusione di modalità di comunicazione, confronto ed elaborazione periodici tra gli operatori che favoriscano la messa a punto e l'adozione di procedure standardizzate (attraverso protocolli, check - list, ecc.), la verifica sugli esiti delle prestazioni, lo studio e la valutazione delle possibili cause di errori, quasi errori, violazioni, incidenti da cause organizzative eventualmente occorsi (per esempio attraverso gli staff - meeting);

- della gestione del contenzioso, assicurando il raccordo tra i settori della azienda che ordinariamente se ne occupano sotto il profilo amministrativo e legale e gli operatori;

- della redazione di un Rapporto annuale sulle questioni della sicurezza nell'esercizio della pratica medica ed assistenziale all'interno della azienda, che renda conto delle questioni emerse (con particolare riferimento agli errori registrati), delle aree di criticità, delle soluzioni progettate ed eventualmente implementate, dei risultati attesi e di quelli effettivamente verificati;

- della redazione di un Piano aziendale per la sicurezza nell'esercizio della pratica medica ed assistenziale, all'interno del quale siano evidenziati con precisione i provvedimenti da assumere e i tempi per la loro realizzazione, prestando attenzione a tutte le possibili cause strutturali alla base delle questioni emerse, non ultime quelle organizzative.

Il Piano dovrebbe rappresentare, insieme e al pari di altri indicatori, uno strumento di verifica e di valutazione periodica dell'operato del management della azienda;

- della realizzazione di un programma di informazione e formazione permanenti per gli operatori sui temi della sicurezza, che tenga conto di esigenze specifiche sorte all'interno della azienda (per esempio a partire da situazioni documentate e registrate) e di problematiche generali.

La documentazione volontaria degli errori

La disponibilità di dati affidabili sull'errore rappresenta il primo passo sulla strada della realizzazione di un sistema più sicuro.

Fatta eccezione per le informazioni già note in seguito a denuncia da parte di cittadini che richiedono un risarcimento, l'attuazione di programmi di documentazione dell'errore incontra ostacoli legati essenzialmente a tre ragioni: il timore di ripercussioni individuali - per se stessi o per altri operatori - o per le strutture; la convinzione che l'errore possa essere preso a misura della competenza degli operatori coinvolti; le conseguenze di tipo legale.

L'esperienza già condotta in altri paesi, in particolare negli Stati Uniti, dimostra in modo inconfutabile la netta superiorità dei sistemi di documentazione su base volontaria, non punitivi, rispetto a forme obbligatorie.

I programmi di documentazione su base volontaria, rigorosamente confidenziale e non punitiva, si sono rivelati di gran lunga più efficaci di quelli obbligatori, non solo per il numero di rapporti che hanno prodotto, ma anche e soprattutto per la qualità delle informazioni.

La ragione fondamentale di ciò risiede, in tutta evidenza, nella possibilità per gli operatori coinvolti di narrare per intero gli episodi relativi ad errori e quasi errori verificatisi, senza il timore di incorrere in sanzioni o procedimenti di alcun genere.

I programmi su base volontaria si sono rivelati particolarmente utili per la documentazione di situazioni di rischio ed errori che non hanno causato danni ma avrebbero potuto farlo.

Va detto peraltro che per questo genere di episodi è praticamente impossibile imporre una attività di documentazione, ciò che rende obbligata la scelta per la adozione di programmi su base volontaria.

Il budget aziendale per la sicurezza

È indispensabile disporre di risorse specifiche da destinare in maniera esclusiva agli interventi nel settore. Ogni azienda deve prevedere una parte adeguata del proprio bilancio per le questioni della sicurezza nell'esercizio della pratica medica ed assistenziale, da destinare non in maniera generica, bensì sulla base degli elementi che emergono dal monitoraggio e dalla registrazione degli errori.

Si può immaginare di percorrere a tappe il lungo percorso che separa, attualmente, la maggior parte delle nostre strutture sanitarie da una condizione di accettabilità sui temi della sicurezza. Ma certo è irragionevole credere che ciò possa avvenire senza la disponibilità di risorse adeguate.

L'acquisto di beni e servizi

Tra le condizioni latenti che concorrono al verificarsi di errori e quasi errori un posto di non secondaria importanza spetta alla inadeguatezza di taluni presidi o delle apparecchiature elettromedicali acquistate, nella stragrande maggioranza dei casi, senza consultazione preventiva con il personale che dovrà farne uso e con un'attenzione prevalente, se non esclusiva, a criteri di ordine economico - finanziario (basti pensare agli appalti al massimo ribasso).

È indispensabile, pertanto, che l'acquisto di questi beni (così come la loro manutenzione, per quanto riguarda la strumentazione tecnica) sia sottoposta al parere preventivo vincolante del responsabile del reparto al quale essi sono destinati, che se ne assumerà formalmente la responsabilità.

La Carta della sicurezza aziendale

Ogni azienda deve elaborare e formalizzare una propria Carta della sicurezza nell'esercizio della pratica medica ed assistenziale che, prendendo a modello questa *Carta* e muovendo da una valutazione attenta delle condizioni di partenza, proponga modalità proprie di applicazione dei *principi* delle *procedure*, dando al tempo stesso maggiore formalità e visibilità al proprio impegno concreto sui temi specifici.

B. Un primo repertorio di soluzioni pratiche

Riportiamo qui di seguito un primo elenco di interventi che possono essere sperimentati per il miglioramento delle condizioni di sicurezza nell'esercizio della pratica medica ed assistenziale.

Come si può vedere, alcuni di essi sono estremamente semplici, altri richiedono, per la loro adozione, misure più complesse.

Si tratta di un elenco con finalità prevalentemente esemplificative, senza alcun carattere vincolante per le strutture che sperimenteranno la Carta.

In alcune aziende talune delle misure indicate potrebbero anche rivelarsi non utili, altre potrebbero essere state adottate con maggiore o minore successo già da tempo.

Si tratta, pertanto, di un elenco aperto, al quale molte altre soluzioni concrete potranno aggiungersi anche sulla base delle esperienze che in alcune aziende cominciano a realizzarsi per iniziativa degli operatori più sensibili al tema.

Le misure suggerite riguardano essenzialmente la organizzazione del lavoro, la comunicazione e la circolazione delle informazioni tra gli operatori.

La organizzazione del lavoro

La visita preanestesiologica. Deve essere accurata ed eseguita dallo stesso anestesista presente in sala operatoria. Ciò garantisce la conoscenza del paziente da parte dell'operatore che effettivamente gestisce il paziente nel corso dell'intervento. Troppo spesso invece, è svolta in gran fretta e da operatori diversi da quelli presenti effettivamente in sala operatoria.

La continuità in sala operatoria. È indispensabile che tutti gli operatori presenti in sala operatoria all'inizio di un intervento chirurgico garantiscano la loro presenza

sino al termine di un determinato intervento.

È stato notato, infatti, che una serie di incidenti legati, per esempio, alla dimenticanza di ferri chirurgici all'interno del corpo del paziente sono stati registrati proprio in circostanze nelle quali alcuni dei tecnici erano stati sostituiti da colleghi perché avevano esaurito il loro turno di lavoro.

Concludere un intervento che non si è cominciato può comportare un incremento dei rischi.

I turni di lavoro. I turni di lavoro degli operatori sanitari non devono superare il numero di ore previste dai contratti. Questa precisazione, in apparenza superflua, trova in realtà la sua ragion d'essere nella constatazione che, nei fatti, non è infrequente incontrare all'interno delle strutture sanitarie personale che effettua turni di lavoro continuativi (anche sino a trentasei ore di seguito) che mettono in seria discussione, evidentemente, la sicurezza e la qualità delle prestazioni erogate.

Ciò è reso possibile dalla prassi non inconsueta di accordi taciti tra i singoli professionisti e dalla tolleranza da parte delle aziende, spesso collegata a carenze di organico alle quali non si pone rimedio in maniera tempestiva.

Tra le pieghe di quanto previsto dalle norme contrattuali si annidano, dunque, comportamenti in contrasto con esse che possono trasformarsi in veri e propri fattori di rischio.

La comunicazione tra gli operatori

Gli staff - meeting. Si tratta degli incontri periodici (per lo più settimanali o bisettimanali) tra gli operatori di un reparto per la discussione di temi di interesse comune.

Generalmente questa discussione ha per oggetto il trattamento di singoli casi clinici (non necessariamente errori) o la elaborazione, a partire da questi, di procedure condivise. Favorisce lo scambio di informazioni tra gli operatori, la formalizzazione di procedure standardizzate, elaborate attraverso un percorso condiviso e non percepite come una imposizione dall'alto e una limitazione della propria libertà di azione.

I gruppi di discussione sugli errori

Composti da soli operatori, hanno lo scopo specifico di consentire una discussione libera, senza timore di incorrere in sanzioni o in qualunque altra forma di penalizzazione.

Devono svolgersi ad intervalli periodici, ed avere come oggetto l'esame e la valutazione di errori, quasi errori, violazioni o incidenti di tipo organizzativo verificatisi nella struttura di appartenenza o dei quali si abbia notizia. Rappresentano uno strumento prezioso per favorire la comunicazione tra gli operatori sul tema dell'errore e sulle misure preventive da porre in essere per rimuoverne le cause ed evitarne il ripetersi.

Le newsletter interne

Possono essere una modalità per veicolare informazioni sui temi della sicurezza nell'esercizio della pratica medica ed assistenziale, soprattutto con riferimento alla adozione di misure di prevenzione e alla sperimentazione di soluzioni già adottate con successo da altri.

I sistemi di identificazione dei pazienti

Il braccialetto di riconoscimento

Si tratta di un accorgimento semplice e sicuramente poco costoso, già sperimentato con successo in alcune realtà.

Il braccialetto, consegnato al paziente al suo ingresso in ospedale, riporta il nome e cognome del paziente.

Consente di evitare gli errori legati allo scambio di pazienti, con conseguente somministrazione errata di farmaci, esami di laboratorio su campioni appartenenti ad altri pazienti, esecuzione di interventi chirurgici destinati ad altri.

L'utilizzazione della tecnologia della informazione

Nel corso degli ultimi dieci anni sono stati proposti numerosi interventi basati sulla applicazione della tecnologia della informazione.

La utilizzazione di questi dispositivi va sicuramente incoraggiata, anche se è indispensabile precisare che essa necessita di un adeguato supporto informativo, formativo, organizzativo, in assenza del quale si rischia di ottenere risultati opposti a quelli desiderati.

L'uso della tecnologia della informazione non può essere visto come la soluzione di tutti i mali né tanto meno come una scorciatoia.

I risultati più significativi della applicazione di questa tecnologia si ottengono senza dubbio nell'ambito della organizzazione e della utilizzazione delle informazioni, della identificazione dei legami possibili e utili tra i vari segmenti di esse, della esecuzione di azioni ripetitive, comprese quelle di esecuzione di controlli di routine.

La refertazione informatizzata. Cartelle cliniche, prescrizioni e refertazioni informatizzate rappresentano una modalità per evitare errori legati alla interpretazione della grafia e garantiscono una documentazione dell'intero percorso diagnostico - terapeutico del paziente più affidabile di quella manuale.

Sistemi informatizzanti per la registrazione delle prescrizioni mediche. Si tratta di un sistema di registrazione delle prescrizioni mediche su supporto informativo collegato in rete all'interno dell'azienda. Il vantaggio in termini di sicurezza è legato ai seguenti elementi:

le prescrizioni devono seguire obbligatoriamente una struttura ben precisa, già prevista, comprensiva di dosaggio, modalità di somministrazione, frequenza delle stesse;

le prescrizioni sono leggibili e si può risalire al suo autore in qualunque momento;

tutte le prescrizioni possono essere controllate attraverso sistemi automatizzati per quanto riguarda una serie di problemi come per esempio allergie, interazioni tra farmaci, appropriatezza dei dosaggi, fattori genetici che predispongono il paziente ad una maggiore esposizione al rischio di effetti indesiderati, reazioni avverse da farmaci.

Robot per la esecuzione delle prescrizioni. Sono già stati sperimentati in molti ospedali all'estero, anche di piccole dimensioni, dando buoni risultati. Uno studio pubblicato di recente negli Stati Uniti registra una riduzione degli errori di prescrizione dal 2,9% allo 0,6%.

Uso del codice a barre. Può essere utilizzato per assicurare che il farmaco erogato sia effettivamente quello prescritto, per registrare il soggetto che effettua la somministrazione e quello che la riceve.

Dispositivi di distribuzione automatica dei farmaci.

Si sono rivelati utili solo se collegati all'uso del codice a barre e interfacciandosi con il sistema informativo generale della struttura.

Le politiche

Questa Carta è stata scritta con l'intento di far applicare all'interno delle strutture sanitarie i principi e le procedure in essa contenuti, di incidere sui modelli professionali degli operatori e di orientare le politiche sanitarie, in modo da fare della sicurezza dei pazienti e della lotta all'errore uno dei punti qualificanti della missione del servizio sanitario nazionale. Qui di seguito sono indicati i suoi principali campi di applicazione.

A. L'attuazione della carta in sede locale

Nella prima fase di applicazione (un anno) si ipotizzano due modalità di attuazione, la prima rivolta a tutte le aziende sanitarie, la seconda solo ad alcune strutture o

reparti che accetteranno di sperimentare per intero quanto previsto dalla Carta.

1. Monitoraggio e registrazione

Si propone a tutte le aziende sanitarie di avviare una attività di monitoraggio e di registrazione degli errori, quasi errori, violazioni e incidenti da cause organizzative, che serva come prima tappa per la costruzione di un regime di controllo dei rischi collegato alla pratica medica ed assistenziale.

Si ritiene tale operazione preliminare, giacché senza la costruzione di un sistema di monitoraggio e di registrazione che permetta di comprendere quali siano i punti di crisi e le necessità di intervento diventa quasi impossibile applicare in modo sistematico il repertorio di procedure e di opportunità presentato in questa Carta.

Per fare ciò si propone alle aziende di:

- costituire una unità di registrazione e di monitoraggio di tutti gli eventi avversi, compresi quelli derivanti da errori, quasi errori, violazioni e incidenti da cause organizzative a livello aziendale, verso la quale confluiscano tutte le informazioni;
- concordare con il Gruppo di lavoro nazionale sulla Sicurezza nella pratica medica ed assistenziale e, quindi, adottare, una metodologia e un sistema di registrazione standardizzati e omogenei su tutto il territorio nazionale;
- realizzare un Rapporto annuale sulla sicurezza nell'esercizio della pratica medica ed assistenziale, attraverso il quale aprire un confronto interno ed esterno all'azienda.

2. Sperimentazione sul campo

Allo scopo di verificare le modalità di applicazione della Carta ci si propone di avviare una attività di sperimentazione al livello ospedaliero, i cui risultati possano essere utilizzati per dare indicazioni a tutte le altre strutture.

Nelle aziende scelte per la sperimentazione, che saranno cinque per il primo anno dovrà essere applicato il 50% dei contenuti della Carta, con l'individuazione dei reparti pilota che facciano da traino alla parte restante della azienda.

Nel quadro di questi due programmi sarà avviata una attività di networking, per promuovere il collegamento tra aziende, operatori, reparti e servizi che intendono applicare le procedure indicate o che vogliono far conoscere le esperienze già realizzate in questo campo.

B. Il centro di documentazione nazionale

L'impostazione di una politica nazionale della sicurezza nell'esercizio della pratica medica ed assistenziale necessita di un supporto e di un punto di riferimento che potrebbe essere rappresentato da un Centro nazionale di documentazione.

Il Centro potrebbe porsi i seguenti obiettivi:

1. mettere a punto una metodologia e un sistema di registrazione degli errori valido su tutto il territorio nazionale e collegato alle aziende sanitarie;
2. puntare allo sviluppo di una rete nazionale della Sicurezza nell'esercizio della pratica medica ed assistenziale, attraverso la realizzazione di nuclei per la sicurezza all'interno delle strutture accreditate per il Ssn;
3. favorire la disseminazione delle attività per la realizzazione della sicurezza dei pazienti e la comunicazione su di esse, con particolare riguardo alla identificazione e alla analisi degli errori e alla valutazione di essi;
4. pubblicare un Rapporto nazionale annuale sulla sicurezza all'interno delle strutture del Ssn, che individui le aree critiche e i settori nei quali intervenire prioritariamente;
5. elaborare proposte per una strategia generale della sicurezza nell'esercizio della pratica medica ed assistenziale, anche in relazione alla attuazione delle norme esistenti.

C. L'accreditamento

Il programma sulla Sicurezza nella pratica medica ed assistenziale si pone l'obiet-

tivo di far entrare questo tipo di problematiche nel quadro delle politiche sanitarie, dei provvedimenti legislativi, degli atti di programmazione e di gestione, in altre parole nell'agenda.

Si ritiene che in questa fase di attuazione del D. Lgs. 229/99 il punto di aggancio più significativo e più conforme ai contenuti della Carta sia rappresentato dalle politiche sull'accreditamento, nell'ambito delle quali dovrebbero essere indicati i requisiti di qualità e le garanzie di sicurezza che le strutture, pubbliche e private, operanti per il Ssn devono assicurare ai cittadini. Se questo è il fine dell'accreditamento (selezione secondo criteri di qualità) è impensabile che contenuti di questa carta non si intreccino con quanto previsto al livello nazionale e regionale per l'accreditamento di strutture, servizi e professionisti.

Per questa ragione ci si propone di:

- inserire alcune delle procedure indicate nella Carta, prima fra tutte quella relativa alla registrazione e al monitoraggio degli errori, quasi errori, violazioni e incidenti da cause organizzative tra i requisiti necessari per ottenere l'accreditamento;
- rendere diffuso e sistematico l'uso degli indicatori di esito, vale a dire dei criteri di verifica dei risultati delle prestazioni sanitarie erogate, come criterio per conferire o confermare l'accreditamento;
- stimolare, mediante accordi con il Gruppo nazionale e sperimentazioni sul campo, lo sviluppo di forme di accreditamento volontario d'eccellenza, delle quali la *Carta* potrebbe diventare strumento di certificazione e di garanzia.

D. La formazione

Al di là delle tante disfunzioni di carattere organizzativo, è evidente che in tema di sicurezza esiste un problema legato alla formazione degli operatori, con particolare riferimento alla classe medica.

Pochissimi sono stati, sino ad oggi, gli investimenti nel nostro paese per promuovere un concreto rinnovamento dei modelli professionali dei medici. Ciò è tanto più grave in relazione al tema del quale ci occupiamo, il controllo e la gestione dei rischi.

Manca nel nostro paese una cultura delle procedure e della verifica dei risultati, non esiste una attenzione effettiva al controllo dei rischi.

Ciò facilita tanto il verificarsi di errori quanto la mancanza di tempestività e di intelligenza nel porvi rimedio. Non si intende mettere in discussione le capacità individuali del singolo medico, sovrapponibili per lo più a quelle di altri colleghi stranieri, quanto piuttosto denunciare la mancanza di quell'insieme di conoscenze e di pratiche indispensabili a ridurre o, se possibile, ad eliminare gli errori evitabili.

Per contribuire al superamento di tale situazione, dannosa sia per i medici che per i cittadini, si propongono le seguenti iniziative.

Riqualificazione su temi specifici

Utilizzando gli strumenti previsti dai contratti e dalle convenzioni, in ogni azienda sanitaria deve essere previsto un sistema di formazione del personale orientato in due direzioni. Innanzitutto alla luce degli errori o quasi errori registrati, o dei quali si apprenda notizia dalla letteratura, è indispensabile prevedere corsi e incontri di formazione obbligatori, con l'obiettivo primario di prevenire il ripetersi di quelle situazioni all'interno della struttura stessa.

In secondo luogo, in presenza di un errore accertato da parte di un singolo o di una équipe, devono essere posti in essere interventi di riqualificazione specifici che riguardino quei fatti e quei comportamenti e, soprattutto, quegli operatori. Tra gli strumenti che possono essere utilizzati vi sono lo svolgimento di corsi ad hoc e di attività di tutoring.

Formazione universitaria

La formazione generale dei medici nel nostro paese non prevede alcuna attività specifica sul tema dell'errore. Manca, ancor prima della formazione su temi specifici, il confronto con il rischio come parte integrante della attività professionale e con la

necessità di tenere sotto controllo l'intera materia attraverso strumenti di valutazione e verifica sistematica.

Per la formazione su procedure specifiche, in relazione ad errori che si verificano all'interno di determinate aree specialistiche, la sede più propria è rappresentata, senza dubbio, dai corsi di specializzazione.

Sulla formazione sui temi della sicurezza nell'esercizio della pratica medica è auspicabile, peraltro, che anche gli ordini professionali assumano un ruolo, utilizzando, per esempio, a questo scopo le attività di aggiornamento professionale. Quanto detto sinora per la formazione sui temi della sicurezza e dell'errore va orientato, ovviamente, non solo al personale sanitario ma a tutti gli operatori (personale paramedico, infermieri, farmacisti, ecc.).

E. Il rapporto con le assicurazioni

La attivazione di un circuito virtuoso per la introduzione nelle strutture del Ssn di un regime di controllo dei rischi e il perseguimento di obiettivi di riduzione degli errori non può prescindere dal confronto con le Assicurazioni. Ci si propone di avviare un confronto finalizzato a:

- individuare criteri per legare l'ammontare dei premi alla adozione della Carta da parte delle aziende sanitarie.

Per le aziende che si impegnano nella applicazione della Carta deve essere previsto uno sconto sui contratti assicurativi;

- rendere disponibili i dati sul contenzioso, in modo da consentire l'accesso ad informazioni preziose per una valutazione accurata della situazione generale, con particolare riferimento alla quantità delle denunce, alla tipologia dei danni denunciati, alla entità dei risarcimenti, allo scarto tra danni denunciati e danni effettivamente risarciti;

- inserire le Assicurazioni tra i partner della politica sulla sicurezza.

L'interesse di questo soggetto per la riduzione del contenzioso può divenire, se opportunamente orientato, uno dei fattori di promozione della sicurezza all'interno delle strutture sanitarie.

NOTE:

1. Il testo della Carta è stato redatto da S.A. Inglese e T. Petrangolini, con la consulenza di P. Bonini e M.P. Costantini e il supporto di un gruppo di lavoro composto da A. Barenghi, A. Bellocco, B. Bonari, F. Florianello, B. Gorini, L. Mastroberto, A. Morici, M. Olivetti, P. Pantaleo, F. Pernazza, S. Spinsanti, F. Tempesta.

2. C.fr. Tribunale per i diritti del malato, Carta della sicurezza nell'esercizio della pratica medica ed assistenziale, Documento base, Roma, 29 maggio 1999.



associazione italiana donatori organi
Sezione Provinciale Luigi Odone
C.so Matteotti, 238
04100 – Latina
Tel e Fax 0773.696877

Prot. n. 61/2001

Latina, 01.11.2001

Carissime Colleghe e Colleghi,

con questo numero del nostro Bollettino di Informazione, arriva a Voi tutti questo foglio-inserito da parte mia e dell'A.I.D.O., l'Associazione Italiana Donatori Organi, di cui mi onoro di essere il Presidente Provinciale.

E' per farVi pervenire un caloroso invito a realizzare i Progetti dell'A.I.D.O. di Latina.

Il Triennio di Incarico della mia Presidenza e del Direttivo dell'A.I.D.O. della Provincia di Latina (2001 -2003) ha, infatti, un ambizioso e triplice obiettivo, che si potrà concretizzare anche con la Vostra Opera:

- a) Rendere possibile nella nostra Provincia, l'accertamento della Morte Cerebrale nelle due Rianimazioni della Azienda USL Latina (degli Ospedali di Latina e Gaeta) e permettere l'espianto di Organi;
- b) Pianificare le procedure per l'espianto delle Cornee anche a domicilio;
- c) Far sì che la Nostra Provincia possa diventare "leader" in campo Nazionale nella manifestazione della Volontà a Donare gli Organi.

Mentre per l'ottenimento dei primi due obiettivi, è soprattutto l'Azienda USL Latina ad essere il nostro naturale Referente, per il raggiungimento del Terzo, è assolutamente indispensabile ed insostituibile il Vostro supporto.

Gli iscritti all'A.I.D.O. nella nostra Provincia (circa 500.000 abitanti) sono 8.000; essi hanno già manifestato la loro Volontà a donare gli Organi dopo la loro morte; con il Vostro aiuto noi tutti dell'A.I.D.O., vorremmo che tale numero aumentasse molto, ma molto di più.

Non solo per individuare Persone decise a compiere un atto di elevata Solidarietà sociale, ma quanto meno che manifestino chiaramente la loro volontà, impedendo che una legge fredda e asettica renda Donatori Obbligati quelli che solo avessero dimenticato di manifestare il loro Pensiero al riguardo.

Tutti Voi, ovunque svolgiate la Vostra attività Medica, avete sicuramente un rap-

porto privilegiato con i Pazienti stessi e, per certi aspetti, avete le migliori possibilità di sensibilizzare i Cittadini sulla necessità e opportunità di donare Organi e Tessuti dopo la morte.

Le recenti vicende televisive hanno, infatti, evidenziato la scarsità dell'informazione esistente a livello popolare su tale argomento, sebbene sia insito nello spirito della legge 91/99 che le Istituzioni stesse si adoperino per determinare una corretta informazione.

La leggerezza con la quale alcuni personaggi, identificati dai mass-media come "opinion-leader", riescono a creare confusione e malessere riguardo la Donazione degli Organi, fa capire quanto possa essere importante il ruolo dei Medici nel ristabilire le giuste misure in questo argomento così importante nella nostra Società Civile.

Il successo dell'opera svolta dall'A.I.D.O. a livello Parlamentare ha, d'altra parte, permesso che l'attività di prelievo degli Organi sia diventata a tutti gli effetti una Terapia garantita dal Servizio Sanitario Nazionale per tutti i Cittadini; ciò dovrebbe motivare Voi tutti ad un dialogo volto ad informare il paziente, oltre dell'importanza sul piano Umano e Sociale della Donazione, anche della prassi relativa al prelievo, con chiarimenti in termini accessibili ed inequivocabili sul momento dell'espianto, per non ingenerare opinioni distorte che riguardino anche l'attività svolta dall'A.I.D.O., dal suo sorgere fino ad oggi.

Molti di Voi sono già iscritti all'A.I.D.O., ma, indipendentemente da questa Vostra manifestazione di assenso, tutti Voi potrete svolgere un ruolo insostituibile nella realizzazione del nostro progetto.

Grazie ancora per quello che potrete fare; con il Vostro aiuto, con l'opera dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Latina ed il supporto sostanziale dell'Azienda USL Latina (entrambi già sensibilizzati al riguardo), sicuramente riusciremo a raggiungere i nostri traguardi e a concretizzare il nostro impegno nel Volontariato, motivando così il nostro Mandato Presidenziale.

Con affetto e stima,

Dr Silverio Guarino

Presidente Provinciale A.I.D.O. di Latina
Consigliere Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Latina

SECONDO CORSO DI BIOETICA

Programma preliminare

- 11 gennaio 2002:** APPROCCIO ALLA BIOETICA
- 01 febbraio 2002:** CONSENSO INFORMATO IN MEDICINA E
RESPONSABILITA' PROFESSIONALE
- 01 marzo 2002:** ACCANIMENTO TERAPEUTICO
E TERAPIA DEL DOLORE
- 05 aprile 2002:** MEDICINA TRANSCULTURALE E
DELLA EMARGINAZIONE
- 03 maggio 2002:** LIBERTA' E RESPONSABILITA'
DELLA SCELTA TERAPEUTICA
- 07 giugno 2002:** UMANIZZAZIONE DELLA MEDICINA

- *Gli incontri si terranno dalle ore 18.30 alle ore 21.30*
- *Tutti gli interessati potranno telefonare alla sede dell'Ordine per ricevere il programma definitivo, dove saranno precisati anche i nomi dei relatori e dei tutor.*