

## Sentenze

# Carenze strutturali: assolto il medico incolpevole

Vania Cirese

Responsabile ufficio Legale Aogoi

**M**entre a intermittenza si riaccende il dibattito sulla responsabilità delle strutture per “fatto proprio” ossia per carenze di presidi e carenze organizzative e non per un danno cagionato da negligenza, imprudenza, imperizia del medico che ha preso in carico il paziente, la sentenza della IV Sezione della Cassazione Penale (n. 46336/2014) irrompe con un indirizzo assai rilevante, giusto e audace: scagiona il medico che aveva fatto tutto quanto in suo potere ma non disponeva di apparecchi idonei per porre una corretta diagnosi.

In altre parole, la sentenza afferma che se l'ospedale è carente per strutture e organizzazione il medico non risponde per l'evento avverso (nel caso di specie per la morte del paziente). Finora la Cassazione non solo non aveva assolto i medici in caso di carenze strutturali e/o organizzative bensì aveva considerato la loro posizione con estrema severità, addossando loro l'onere di informare il paziente di dette carenze, quando possibile, o di trasferirlo, addirittura adoperandosi per prendere o sollecitare i più opportuni rimedi.

Comincia a farsi strada nella giurisprudenza l'idea che le responsabilità vadano distinte e che non sia giusto condannare i medici quando il rischio o l'evento avverso non sia cagionato da loro colpa professionale bensì da fattori che sfuggono al loro sindacato e al loro potere d'intervento in quanto fanno capo ad altre figure responsabili delle scelte gestionali della buona o cattiva amministrazione della struttura sanitaria.

Non possiamo che augurarci che, sulla scia di questa, altre sentenze seguano un indirizzo scrupoloso e garantista per i medici che tengano conto della “reale posizione di garanzia” che nel caso concreto il medico aveva nei confronti del paziente accertando se il mancato appuntamento di una terapia o di un intervento non sia addebitabile al sanitario che pur si è adoperato al massimo, bensì sia ascrivibile a conclamato deficit e drammatiche deficienze organizzative della struttura sanitaria che rendono sostanzialmente impossibile

Per la prima volta la Cassazione Penale inverte una rotta ben consolidata e in una coraggiosa sentenza afferma che se l'ospedale è carente per strutture e organizzazione il medico non risponde per l'evento avverso. Si tratta di una prima grande conquista ad opera della giurisprudenza dopo che in questa nevralgica problematica l'Aogoi ha strenuamente richiamato in più convegni l'attenzione dei magistrati

un intervento qualitativo e tempestivo.

La Corte di Cassazione con questa sentenza spezza una lancia in favore dei medici che lavorano in strutture inadeguate. Nel caso esaminato il paziente era morto per una emorragia interna causata da

un incidente stradale. L'uomo era stato portato in prima battuta al pronto soccorso ortopedico dove il medico di turno aveva riscontrato una frattura, dirottandolo poi al pronto soccorso generale per i dolori all'addome. Dopo la ricerca vana di un'ambulanza il paziente

era stato trasferito in barella: tempo prezioso perso a causa della lunga distanza, e non certo recuperato dall'infermiera del triage che aveva assegnato un codice verde imponendo un'ora di attesa. La Cassazione sottolinea l'irrazionalità della scelta di avere dei

pronto soccorso separati. L'ortopedico infatti non aveva a disposizione un apparecchio per l'ecografia che avrebbe consentito una diagnosi tempestiva: il tempo utile per salvare il paziente era solo quello trascorso nella prima “tappa”.

L'assoluzione del medico che si è adoperato per scongiurare un evento avverso ma non vi è riuscito a causa di carenze strutturali e organizzative dell'ente rappresenta una prima grande conquista ad opera della giurisprudenza, dopo che in questa nevralgica problematica l'Aogoi ha strenuamente richiamato in più convegni l'attenzione dei magistrati.

Resta ora al legislatore di completare l'opera, sancendo obblighi e sanzioni in capo alla struttura a mezzo dei suoi preposti per prevenire rischi e mettere in sicurezza l'erogazione delle cure.

In altre parole, in caso di carenze strutturali ed organizzative, se la responsabilità è della struttura è questa che dovrà rispondere e non più il medico. **Y**

## Sicurezza delle cure e responsabilità delle aziende sanitarie

■ **La qualità della struttura in cui il medico opera e il paziente è accolto ha una ripercussione significativa sugli episodi di cosiddetta “malasanità” e studi casistici mettono in luce che l'85% dei problemi deriverebbe da difetti organizzativi dei sistemi e non da incompetenza degli operatori sanitari**

**G**li ospedali sono organizzazioni complesse e stratificate che si sviluppano non solo secondo un piano programmato ma anche sulla base di spinte differenti: politiche, professionali, economiche, sociali, commerciali e tecniche. Non c'è dubbio che la struttura influenzi “la pratica clinica”, basti considerare l'incidenza del contesto istituzionale (economico e regole del Ssn), dei fattori gestionali e organizzativi (risorse, vincoli finanziari), dell'ambiente di lavoro (dotazioni, carichi di lavoro, supporto amministrativo e gestionale), i fattori legali, l'equipe di lavoro, l'utilizzo delle procedure, le caratteristiche dei pazienti (complessità delle patologie, fattori sociali e ambientali). In ogni caso, la “responsabilità della struttura ospedaliera” oltre a poter essere correlata ad eventi “satelliti” (quali, ad esempio, gli eventuali danni ai visitatori) è individuabile nelle conseguenze nega-

tive della prestazione sanitaria direttamente fornita per difetti o carenze strutturali e organizzative, rapportabili alla gestione economico-amministrativa ovvero per carenze o irregolarità della prestazione. Queste ultime possono derivare o da difetti organizzativi o da carente controllo dei mezzi e degli operatori.

È però da precisare che la “struttura” non è altro che l'insieme degli uomini che la costituiscono, per cui parlare di responsabilità della struttura ospedaliera significa trattare della responsabilità del Direttore Generale, del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario, del Primario e anche del personale sanitario.

### RUOLI E RESPONSABILITÀ

Il Direttore Generale ha poteri di verifica della corretta gestione delle risorse, è responsabile delle scelte strategiche ed è coadiuvato (art.3 del D.Lgs. 592/1992) dal Direttore Sanitario, che è porta-

tore ex lege di una posizione di garanzia e di obblighi concernenti l'organizzazione dei servizi sanitari nella struttura cui è preposto in qualità di dirigente (Cass. Sez.IV 2 marzo 2000, n. 9638) e dal Direttore Amministrativo che ha compiti dirigenziali in ordine alla gestione dell'ente ospedaliero sotto il profilo giuridico ed economico.

Accanto a queste figure manageriali, ne esiste anche una apicale, ex primario o direttore di struttura complessa o semplice, al quale competono (art. 7 Dpr 761/1969 ed art. 63 Dpr n. 761/1979), all'interno del reparto, il coordinamento e il controllo dei servizi ospedalieri dell'unità/reparto, nonché le funzioni di indirizzo e di verifica sulle prestazioni di diagnosi e cura.

Ne deriva che eventuali responsabilità per insufficienza, inefficienza e difetti delle strutture o attrezzature sanitarie (attrezzature obsolete, strumentazione e/o attrezzature sanitarie non idonee, indisponibilità di strumenti di uso complesso, deficit della manutenzione dei medesimi, ecc.) saranno da ricercare nell'operato delle figure professionali dei manager, con particolare riferimento a quelle del Direttore Sanitario e del Direttore Generale; mentre la responsabilità per l'organizzazione interna della Divisione, Unità/Re-

parto (organizzazione dei turni lavorativi, disposizioni interne per il personale, carenze organizzative e di personale, verifica attività) sarà da individuare nella figura dell'ex Primario oggi Direttore di unità complessa.

Per quanto attiene al personale sanitario, appare opportuno ricordare che in ambito ospedaliero le prestazioni individuali sono ormai rare, risultando per lo più d'equipe o collettive, facendo la giurisprudenza orientativamente riferimento, nel caso dell'attività d'equipe ad una responsabilità di tipo commissivo per chi materialmente commette l'errore, di tipo omissivo per il capo-equipe e una incentrata su un criterio di affidamento “temperato” per gli altri componenti. Analogamente per le attività collettive distinguiamo una responsabilità di tipo commissivo per chi sempre commette l'errore, di tipo omissivo per i soggetti apicali e ad una fondata su un criterio di affidamento (“incolpevole”) per gli altri componenti.

L'ampliamento giuridico della “visuale” delle responsabilità in capo ad un atto sanitario ospedaliero non può, d'altra parte, sorprendere il “mondo” medico, tenuto conto della sempre più diffusa e consolidata affermazione dell'approccio cognitivo all'errore su cui si fonda il *clinical risk management*, che impone il passaggio da un approccio prettamente “personale” - in cui si pone l'attenzione sugli errori degli individui, colpevolizzandoli e punendoli per le dimenticanze, le distrazioni o gli errori - ad uno di “sistema” - in cui si pone

l'attenzione sulle condizioni di lavoro degli operatori, cercando di costruire barriere per evitare gli errori o limitarne gli effetti. La responsabilità della struttura è ormai pacificamente ammessa in ambito civilistico: si è infatti riconosciuta l'importanza della valutazione dell'operato del medico anche in funzione dell'organizzazione sanitaria.

D'altra parte, la natura di lavoratori subordinati degli operatori del Ssn comporta il fatto che la Pubblica Amministrazione risponda dei danni da essa causati, fatti salvi i casi di dolo e colpa grave.

La responsabilità della struttura per danno ai pazienti conseguente a prestazioni sanitarie pone problemi complessi qualora considerata in un ambito penalistico. Spesso i medici possono risultare imputabili per errori riconducibili a carenze strumentali, strutturali e organizzative non direttamente addebitabili al loro operato; infatti, se un libero professionista è responsabile del corretto funzionamento dell'apparecchiatura presente nel proprio ambulatorio, non altrettanto può dirsi per il medico dipendente ospedaliero relativamente alla presenza e al corretto funzionamento delle apparecchiature d'uso, della sterilità dei ferri e della sala operatoria e così via.

Il medico e gli amministratori della struttura pubblica in cui questo opera devono adeguatamente confrontarsi con il budget disponibile, operando scelte spesso assai difficili in relazione alla limitatezza delle risorse economicamente destinate dallo Stato alla Sanità. Ne discende che il medico dovrà

essere considerato sempre meno responsabile nelle ipotesi di errore per scelta terapeutica inesatta in quanto vi sarà sempre maggiore condizionamento esterno su basi economico-utilitaristiche sulla sua reale possibilità di decisione.

La mancanza nel territorio di presidi sanitari adeguati (ad es. servizi per l'emergenza, per l'assistenza domiciliare, ecc.), che sono di pertinenza politico-amministrativa delle singole Regioni, chiama in causa le istituzioni a livello regionale. Non v'è dubbio che gravi carenze strutturali o organizzative possono essere causa di danno alla salute del paziente e che occorra avviare un processo di "autonomizzazione" della responsabilità della struttura in caso di inadempimento di obblighi su di essa gravanti, così come alcune coraggiose pronunce di alcuni giudici di merito hanno affermato, allontanandosi dagli orientamenti dei giudici di legittimità (Trib. Vicenza 27/1/1999; Monza 7/6/1995; Milano 5/1/1997; Varese 15/6/2003; Venezia 10/5/2004; Brescia 28/10/2004; Perugia 28/10/2004; Ascoli Piceno 28/11/1995, ecc.).

Molte pronunce in presenza di carenze organizzative e/o strutturali hanno sancito l'obbligo del medico di informare il paziente, eventualmente trasferirlo in altra struttura idonea, attivarsi per ovviare alle carenze riscontrate (Cass. 631/2000; 6386/2001; Cass. 113167/2003; Cass. 14638/2004; Cass. 8826/2007).

Va notato che l'osservanza degli standard non può essere relativa ai "requisiti minimi" per l'accreditamento (ex art. 8 quater d.lgs. 5027/92), ma in linea con le pre-

visioni dell'art. 1681 c.c. che concerne l'adozione di misure idonee al verificarsi dell'evento. Attualmente esistono norme che prevedono sanzioni per il datore di lavoro-legale rappresentante della struttura sanitaria, per omesso o insufficiente approntamento delle cautele. Ciò si rinviene (solo) nel quadro normativo vigente in materia di prevenzione degli infortuni sul lavoro e malattie professionali (obblighi del datore di lavoro verso i lavoratori subordinati D.lgs. 626/94).

La tutela accordata dalle ricordate previsioni normative e recenti aggiornamenti è però relativa ai lavoratori subordinati in materia di antinfortunistica sul luogo del lavoro e solo in tale ambito rileva la responsabilità anche penale del Direttore Generale della struttura sanitaria.

In Francia già la legge "Kouchner" n. 303/02 e il "Code de Santé Publique" hanno configurato "la faute du service" autonoma e diversa dalla condotta colposa del medico, in quanto ancorata ad una "mauvaise organisation" o "fonctionnement défectueux" e pertanto distinta dalla "faute professionnelle". L'individuazione di un obbligo a carico delle strutture sanitarie come obbligo di garantire uno standard organizzativo adeguato alle esigenze di tutela della salute chiama in gioco la responsabilità delle aziende sanitarie e di coloro che presiedono alla gestione e all'organizzazione dei servizi sanitari per ottenere accanto alla sicurezza contro gli infortuni di cui alla normativa citata la sicurezza nell'erogazione delle cure.

**Vania Cirese**

## Parto a domicilio: una pratica da favorire o scoraggiare?

► Segue da pagina 23

quella della Regione Lazio circa il rimborso potrebbe ingenerare nelle donne che desiderano partorire a casa una sensazione di sicurezza non realistica.

L'Aogoi e altre organizzazioni

scientifiche nazionali e internazionali stanno promuovendo un'ampia campagna di informazione sull'argomento affinché le coppie vengano messe nelle condizioni di effettuare scelte davvero informate. **Y**

### Per saperne di più

1. (Decreto n. U00152/2014 del 12 maggio 2014 dal titolo "Tariffa per il rimborso del Parto a domicilio ai sensi del Decreto del Commissario ad Acta n. 29 del 01/04/2011 - Parto a domicilio e in Case di Maternità - Approvazione di "Profilo Assistenziale per l'assistenza al travaglio e parto fisiologico extraospedaliero in case di maternità e a domicilio", allegato 2, consultabile al sito: [http://www.regione.lazio.it/binary/r\\_sanita/tbl\\_normativa/Decr\\_U00152\\_12\\_05\\_14\\_Riordino\\_Consultori\\_e\\_Tariffa\\_parto\\_a\\_domicilio.pdf](http://www.regione.lazio.it/binary/r_sanita/tbl_normativa/Decr_U00152_12_05_14_Riordino_Consultori_e_Tariffa_parto_a_domicilio.pdf))
2. A. Grünebaum, LB. McCullough, KJ. Sapra, RL. Brent, MI. Levene, B Arabin, FA. Chervenak. Early and Total Neonatal Mortality in Relation to Birth Setting in the United States, 2006-2009. Presented at the 34th annual meeting of the Society for Maternal-Fetal Medicine, New Orleans, LA, Feb. 3-8, 2014. American Journal of Obstetrics & Gynecology. Published Online: March 21, 2014
3. Planned homebirth is not endorsed as it is associated with an unacceptably high rate of adverse outcomes. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Home Births. College Statement, C-Obs 2 - November 2011, consultabile al sito: [http://www.ranzcog.edu.au/component/docman/doc\\_view/936-c-obs-02-home-births.html](http://www.ranzcog.edu.au/component/docman/doc_view/936-c-obs-02-home-births.html)
4. <http://www.lanazione.it/viareggio/cronaca/2013/10/25/971526-neonato-muore-ostetrica-camaiore.shtml>
5. <http://www.dailymail.co.uk/health/article-2198725/Claire-Teague-death-Wife-bleeds-death-midwife-Rosie-Kacary-persuaded-homebirth.html>
6. <http://www.bbc.com/news/uk-england-berkshire-19510075> <http://www.fanpage.it/convinta-a-partorire-in-casa-muore-per-complicazioni/>
7. [http://www.neonatologia.it/upload/1558\\_SIN%20INFORMA%20nr3%202014.pdf](http://www.neonatologia.it/upload/1558_SIN%20INFORMA%20nr3%202014.pdf)
7. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Home Births. College Statement, C-Obs 2 - November 2011)

# Clogín<sup>®</sup> Lavanda vaginale

pH 4,5

Acido Borico, Tea Tree Oil  
Aloe vera gel

Azione mucoadesiva

NUOVA FORMULA

Acido ialuronico

Efficacia prolungata

Idratazione intensa



CANNULA SOTTILE  
DELICATA



Immediato sollievo da  
**Prurito e Bruciore**

5 flaconi da 100 ml

