

## Perizie e periti

## La professione del medico è... una colpa?

**Giuseppe Ettore**  
Segretario AOGOI Sicilia

**L'**Ostetricia e la Ginecologia costituiscono, fra le diverse specializzazioni della Medicina, due settori di particolare e delicato interesse medico-legale, etico e giuridico, giacché esse si correlano in particolare a quello straordinario evento che è la nascita. La professione medica costituisce di per sé il prototipo di un particolare modello dell'agire umano: quello dell'adozione doverosa di misure di diligenza, prudenza e perizia che tuttavia non sempre garantiscono la certezza di evitare un evento avverso.

Il sanitario è tenuto ad adottare le misure imposte dalle *leges artis*, anche se non vi è per nulla la sicurezza che esse eviteranno l'evento temuto in quanto le "complicanze" sono intrinseche nel lavoro svolto. Nello specifico, il rischio in sala parto non è del tutto eliminabile ed è "dinamico".

L'argomento della responsabilità e della colpa professionale medica è tra i più ampiamente studiati nell'ambito delle discipline medico-legali: si riconosce quindi una responsabilità, individuale e d'equipe, di ordine civile, penale e deontologica.

In considerazione dei rischi globali del medico vanno tenuti inoltre in considerazione: tipologia della specialità, aree organizzative per complessità e volume di attività, adeguati strumenti di lavoro e aggiornamento tecnologico nonché il livello delle competenze professionali, organizzative e medico legali di ogni professionista.

#### Competenze dei professionisti: qualità e sicurezza delle cure

Secondo lo schema di Avedis Donabedian la qualità delle cure ha tre componenti principali: **la struttura, il processo e l'esito delle cure.**

Un elemento fondamentale della qualità dell'assistenza è costituito inoltre dalle **competenze del personale** che all'interno di un sistema eroga le prestazioni sanitarie.

La qualità di un sistema sanitario è fortemente condizionata, pertanto, dai professionisti che al suo interno erogano le cure e dai loro livelli di competenza, intesi come la combinazione delle conoscenze, abilità e attitudini appropriate al contesto in cui operano. Per questo motivo qualunque sistema sanitario, che sia di tipo pubblico o privato, dovrebbe essere capace di garantire, ai pazienti che ricevono cure e assistenza, professionisti che: a) hanno correttamente ultimato la formazione obbligatoria richiesta per quel tipo di cure (corso di laurea e specializzazione); b) mantengono costantemente la loro formazione, aggiornata rispetto alle conoscenze in continua evoluzione, c) posseggono le competenze adeguate per gli specifici processi di cure.

**Attualmente in Italia il criterio predominante** che viene utilizzato per l'autorizzazione dei medici a svolgere determinate procedure o attività è rappresentato dalla valutazione dei titoli di studio, innanzitutto la laurea in medicina e chirurgia e il diploma di specializzazione.

In altri termini, allo stato attuale, nelle nostre organizzazioni non esiste un processo che tuteli la sicurezza del paziente rendendo esplicito "chi sa fare cosa" all'interno di un reparto (e quindi nel quadro delle funzioni e necessità di questo), in relazione alle competenze delle esperienze maturate da parte del professionista e sulla base dei volumi di attività realmente erogati e dei relativi esiti. Va anche aggiunto che in funzione della mancanza di questa tradizione inerente al "chi sa fare cosa" anche l'atteggiamento culturale dei professionisti in questo ambito è carente.

La situazione descritta non facilita, evidentemente, il compito di chi ha la responsabilità di gestire il lavoro dei professionisti e di garantire ai pazienti e agli organismi regolatori un'efficiente ed efficace assistenza sanitaria: non sono infatti, solitamente, messi a disposizione strumenti per la mappatura delle competenze, per la valutazione delle attività in corso e per una

**"Allo stato attuale, nelle nostre organizzazioni non esiste un processo che tuteli la sicurezza del paziente rendendo esplicito chi sa fare cosa all'interno di un reparto in relazione alle competenze delle esperienze maturate dal professionista e sulla base dei volumi di attività realmente erogati e dei relativi esiti. È evidente allora come - in un'ottica di integrazione tra patient safety, valutazione e formazione - sia necessario favorire lo sviluppo e l'applicazione di strumenti che consentano di rendere più efficacemente valutabile quest'aspetto, strutturale e organizzativo, della qualità**



**dell'assistenza, cercando di prendere spunto da quei contesti e da quelle realtà in cui vi sono esperienze significative su queste importanti tematiche"**

buona pianificazione della formazione e delle azioni di miglioramento.

Il risultato, in termini di qualità e esiti delle cure, ha un impatto negativo e ancora oggi non è raro assistere all'occorrenza di casi di eventi avversi, anche gravi, che implicano tra i principali fattori contribuenti l'inadeguatezza dei livelli di competenza del personale e la mancanza, tra le politiche dell'azienda sanitaria, di processi strutturati in grado di definire, valutare e promuovere, per ciascun professionista, le competenze necessarie a erogare le prestazioni per le quali è assunto.

Appare evidente, allora, come - in un'ottica di integrazione tra *patient safety*, valutazione e formazione - questa attitudine del nostro sistema debba essere migliorata favorendo lo sviluppo e l'applicazione di strumenti che consentano di rendere più efficacemente valutabile quest'aspetto (strutturale e organizzativo) della qualità dell'assistenza, cercando di prendere

spunto da quei contesti e da quelle realtà in cui vi sono esperienze significative su queste importanti tematiche.

#### Accreditamento e valutazione delle competenze

L'accreditamento rappresenta il modo e lo strumento di garanzia della qualità delle prestazioni erogate, laddove il concetto di qualità presuppone l'adeguatezza delle tre componenti (struttura, processo e esito) indicate da Donabedian. L'accreditamento costituisce un processo di valutazione sistematico e periodico svolto da un "organismo esterno", con l'obiettivo di verificare l'adesione a requisiti predeterminati correlati alla qualità dell'assistenza.

In Italia, purtroppo, il processo di accreditamento istituzionale, introdotto dal decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni e dal Dpr 14 gennaio 1997 "atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private" ha incontrato molteplici difficoltà e fattori ostacolanti rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati: l'eccessiva bu-

rocratizzazione del processo; lo scarso coinvolgimento dei professionisti; l'eccessivo utilizzo del processo di accreditamento quale strumento per rimanere nel mercato sanitario piuttosto che strumento finalizzato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e dell'organizzazione sanitaria; l'eccessiva focalizzazione sui requisiti meramente strutturali piuttosto che sull'assistenza al paziente e l'insufficiente attenzione al tema della valutazione delle competenze del personale.

**Al fine di superare le criticità sopra indicate**, l'intesa della Conferenza Stato-Regioni del 20.12.2012 obbliga le Regioni e le Province Autonome ad avviare un nuovo percorso di revisione dei propri sistemi di accreditamento sulla base delle indicazioni contenute nel "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento", prodotto dal Tavolo per la Revisione della normativa per l'Accreditamento (TRAC), al fine di garantire maggiore qualità nei percorsi assistenziali.

Il documento del TRAC riconosce l'importanza della valutazione delle competenze del personale e individua, tra i criteri per la garanzia della qualità dell'assistenza, un criterio specifico sulle competenze (4° criterio): «La organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività». Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per il livello aziendale requisiti che evidenzino i seguenti due requisiti: 1. la programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica; 2. l'inserimento e l'addestramento di nuovo personale.

#### Il sistema dei privileges

I *privileges* sono un termine adottato dagli standard Joint Commission International, fortemente diffuso all'interno della cultura sanitaria americana e difficilmente traducibile nella lingua italiana: il termine privilegio ha nella nostra lingua significati differenti. In particolare, nello standard SQE.10 viene richiesto quanto segue: "L'organizzazione ha una procedura standardizzata oggettiva"

**I privileges rappresentano uno strumento fondamentale per lo sviluppo delle competenze dei singoli professionisti e, per questo, devono rappresentare la base per la determinazione dei fabbisogni formativi degli operatori**

**In Italia il processo di accreditamento istituzionale ha incontrato molteplici difficoltà e fattori ostacolanti rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati. Tra questi: l'eccessiva burocratizzazione del processo; lo scarso coinvolgimento dei professionisti; l'eccessivo utilizzo del processo di accreditamento quale strumento per rimanere nel mercato sanitario; l'eccessiva focalizzazione sui requisiti meramente strutturali piuttosto che sull'assistenza al paziente e l'insufficiente attenzione al tema della valutazione delle competenze del personale**

re quali saranno i "privileges" del neoassunto. Laddove disponibili, vengono prese in considerazione anche le lettere dei precedenti luoghi di lavoro e di illustri colleghi, i premi vinti e altre fonti di informazione.

2. In occasione della riconferma in ruolo, ogni tre anni, l'organizzazione raccoglie e utilizza le informazioni relative alle seguenti aree di competenza generale dei professionisti medici:

- Assistenza sanitaria;
- Conoscenze mediche/cliniche delle scienze biomediche, cliniche e sociali consolidate
- Apprendimento e miglioramento basato sulla pratica professionale
- Capacità di comunicazione

e nei rapporti interpersonali

e) Professionalità che si riflette nell'impegno verso il continuo sviluppo professionale

f) Pratiche di sistema tramite la conoscenza dei contesti e dei sistemi di erogazione dell'assistenza sanitaria.

I "privileges" clinici, una volta stabiliti o ristabiliti, sono resi disponibili in formato cartaceo, elettronico o con altri mezzi agli operatori o alle unità operative (ad esempio in sala operatoria o in pronto soccorso) dove il medico erogherà le prestazioni. Queste informazioni sono un'ulteriore garanzia del fatto che i singoli medici eserciteranno la loro professione entro i limiti delle loro competenze e dei "privileges" loro conferiti. Le infor-

mazioni saranno aggiornate periodicamente. A ciascun medico il Responsabile dell'U.O. assegna i diversi livelli di autonomia dopo averne valutato la "competenza" sulla base del grado di aderenza agli specifici criteri d'assegnazione.

I "privileges" rappresentano inoltre uno strumento fondamentale per lo sviluppo delle competenze dei singoli professionisti e, per questo, devono rappresentare la base per la determinazione dei fabbisogni formativi degli operatori.

**Ancora oggi nell'occorrenza di eventi avversi**, talvolta, tra i fattori contribuenti, si mettono in luce competenze non adeguate da parte dei professionisti (ad esempio la scarsa capacità di gestire le emergenze ostetriche o altri casi complessi) per carenza di esperienza specifica e modesti percorsi formativi post laurea su particolari processi assistenziali e ben identificate procedure. Scarsi livelli di competenza professionale per determinate

procedure medico chirurgiche, non raramente, nascondono insufficienti volumi di attività.

La responsabilità dell'occorrenza di tali situazioni è riconducibile, non solo al singolo professionista, ma anche all'organizzazione di unità operativa o di un ospedale che non è capace di identificare, in modo esplicito, tra i professionisti coloro in grado di affrontare ben identificate situazioni cliniche, autorizzando l'esecuzione di determinate procedure unicamente a coloro che abbiano superato specifici percorsi formativi e affrontato definiti volumi di casistica. In questo modo si identifica anche un diverso ruolo dei direttori di U.O. chiamati a gestire le proprie responsabilità dirigenziali con strumenti chiari e finalizzati al miglioramento dell'intera équipe. Ci si chiede quanti anni occorrerà attendere, nel nostro servizio sanitario, per giungere ad un sistema di accreditamento delle competenze e se tale sistema sia realmente praticabile. **Y**

va e basata sull'evidenza per autorizzare tutti i medici a ricoverare e a curare i pazienti e a erogare altre prestazioni cliniche in funzione delle rispettive qualifiche" (*Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 4th edition, 2011*).

Si tratta di un concetto fondamentale, poiché, come afferma l'intento dello standard, "la decisione più critica che deve essere presa da un'organizzazione sanitaria, al fine di tutelare la sicurezza dei pazienti e promuovere la qualità dei propri servizi sanitari, riguarda le competenze cliniche aggiornate dei singoli medici e la determinazione di quali prestazioni cliniche il singolo medico sarà autorizzato a eseguire: tale processo che viene anche chiamato conferimento dei privileges".

Lo standard ha gli scopi di commisurare (in termini di rapporto mezzi-fini) le decisioni di un'organizzazione sanitaria per promuovere la qualità dei propri servizi sanitari e tutelare quindi la sicurezza dei pazienti, definire le competenze cliniche aggiornate dei singoli medici e determinare le prestazioni cliniche che il singolo medico è autorizzato a eseguire: quest'ultimo procedimento viene chiamato "conferimento dei privileges".

**Le decisioni in merito al conferimento dei "privileges" sono prese con le seguenti modalità:**

1. L'organizzazione seleziona un processo standardizzato per individuare le prestazioni cliniche per ciascun professionista medico. In occasione dell'assegnazione del primo incarico nell'organizzazione, le credenziali individuate allo standard *SQE.9* forniranno la base principale per stabili-

## Sentenze

# Un piccolo segnale dalla magistratura favorevole ai medici

**Giovanni Pomili**  
Segretario AOGOI Umbria

**D**el tutto recentemente è stata pubblicata una sentenza delle Sezioni Unite della Cassazione Civile (la n. 14800 del 19 luglio 2016, Pres. Rordorf, Rel. Giusti), che riguarda una "censura" formulata dalla Sezione disciplinare del Consiglio Superiore della Magistratura il 24 marzo 2016 nei confronti di un Pubblico Ministero di Trieste.

**Il fatto riguarda** una vicenda nella quale erano rimaste coinvolte due dottoresse (un'endoscopista e un'anestesista) che erano state indagate dalla suddetta P.M. la quale, tuttavia, ha lasciato trascorrere molto tempo prima di chiedere il rinvio a giudizio delle Sanitarie, oltre 6 anni.

Il Giudice per l'Udienza Preliminare (Gup), a tal punto, ha dovuto dichiarare che la prescrizione del reato era già avvenuta prima della richiesta del P.M..

**La particolarità della vicenda** consiste nell'atteggiamento tenuto dai giudici delle Sezioni Unite della Cassazione Civile, ai quali la P.M. era ricorsa per ottenere la cancellazione della



sanzione disciplinare della "censura" irrogata nei suoi confronti dai suoi colleghi del C.S.M.. I supremi giudici, invero, hanno inteso stigmatizzare il fatto che la condotta della P.M. ha creato ansie e costi inutili alle dottoresse indagate per le quali lei stessa aveva chiesto il rinvio a giudizio fuori tempo: "la condotta del pubblico ministero che ha formalizzato l'azione penale in un momento in cui era venuta meno la pretesa punitiva dello Stato integra l'illecito contestato, essendo del tutto intuibile il pregiudizio alla sfera personale delle due imputate, costrette ad affrontare inutilmente un processo sopportandone, oltre ai patemi, anche i relativi costi".

Gli stessi giudici, inoltre, hanno condiviso e ribadito la posizione del C.S.M. secondo cui il comportamento della P.M.

**Per la Cassazione la condotta della P.M. ha creato ansie e costi inutili alle dottoresse indagate per le quali lei stessa aveva chiesto il rinvio a giudizio fuori tempo**

aveva portato discredito alla Magistratura "alla luce della evidente grave compromissione dell'immagine del magistrato nonché del danno arrecato alla parte dall'inutile celebrazione del processo". La magistrata, infatti, secondo la corretta procedura, avrebbe dovuto chiedere l'archiviazione del caso dopo aver rilevato d'ufficio l'avvenuta prescrizione del reato dovuta, tra l'altro, proprio alla sua scarsa sollecitudine: "(...) il pubblico ministero avrebbe dovuto presentare al giudice la richiesta di archiviazione per essere il reato ipotizzato già estinto per intervenuta prescrizione, ed il successivo

**È la prima volta che il C.S.M. prima, e la Cassazione a Sezioni Unite poi, prendono una posizione così significativa nei confronti di un membro del proprio Ordine**

svolgimento di un'udienza preliminare inutile e dispendiosa, sono apparsi al giudice disciplinare non solo espressione di una inexcusabile trasgressione, da parte dell'incolpata, di un inderogabile obbligo di legge, ma anche causa di un danno per le parti, costrette ad affrontare l'udienza preliminare, e fonte di compromissione dell'immagine del pubblico ministero in presenza dell'esaurimento della pretesa punitiva da parte dello Stato".

È la prima volta, per quanto di mia conoscenza, che il C.S.M. prima, e la Cassazione a Sezioni Unite poi, prendono una posizione così significativa nei confronti di un membro del proprio Ordine. Questa sentenza lascerebbe sperare che possa aprirsi uno spiraglio di maggior comprensione e rispetto dell'operato e della dignità della classe medica.

**Per approfondire, consulta la sentenza integrale, allegata all'articolo, sul sito Aogoi** **Y**