

Contenzioso, sprechi e malasanità

# Chi ha tradito la riforma sanitaria?

■ Il quadro attuale del nostro Ssn mostra una crisi profonda. La mancata attuazione di schemi di prevenzione, disegni di legge che giacciono nel cassetto, il passaggio delle competenze sanitarie dallo Stato alle Regioni rischia di creare - con un'applicazione brutale e senza programmazione e preparazione - tante "Italie della Salute". Un federalismo sanitario fatto di figli e figliastri, che lascia al loro destino migliaia di cittadini delle Regioni i cui conti sono in rosso. E non basta: i meccanismi che pilotano carriere, senza rispetto per i veri criteri meritocratici e senza controllo di qualità da parte delle Società scientifiche, stanno provocando una erosione di risorse e una demotivazione del capitale umano difficilmente recuperabile

di **Vania Cirese**  
Avvocato Foro di Roma

In realtà "nessun fatto di vita si sottrae alla politica", come asseriva Gandhi. E non c'è dubbio che occorra una politica sanitaria democratica (ossia condivisa) e attenta al bene comune che innanzitutto rifiuti quelle contaminazioni e pastoie che avvisano l'intero sistema. Si può fare qualcosa per arginare la caduta di pezzi di salute e welfare che perdiamo ogni anno tra una legge che non va in porto, un decreto schizofrenico e parziale, un piano di recupero insufficiente e una manovra contestata dai destinatari? Nessun dubbio che l'individuo possa fare del bene, ma le questioni sociali non possono che essere risolte dalle istituzioni. L'esigenza di ricondurre la parcellizzazione politico-amministrativa del territorio ad un unico denominatore, chiamato Italia, rende forte il bisogno di uniformare la legislazione e la tutela dei diritti fondamentali su tutto il territorio nazionale, specie nel settore dell'assistenza sanitaria pubblica e privata. Secondo i continui sondaggi del Censis, la Sanità è al vertice delle preoccupazioni degli italiani e il 51,4% di loro ritiene necessaria una riforma radicale e urgente. A dire il vero l'88,5% degli italiani giudica come sostanzialmente positiva l'esperienza propria o di un familiare in ospedale. In particolare viene espresso un giudizio favorevole sull'impegno e la competenza dei medici, specie quelli specialistici (84,1%), sull'assistenza, sull'esito delle cure (83,6%), nonché la qualità e disponibilità di attrezzature tecnologiche (78,1%). Tuttavia le criticità che emergono sono ricorrenti e sconcertanti, specie quelle riguardan-

ti le "procedure di accesso" alle strutture ospedaliere. La qualità della struttura in cui un medico (e soprattutto uno specialista) opera ha senza dubbio, una ripercussione significativa sugli episodi etichettati come "malasanità", tenuto conto che se molti eventi avversi dipendono dal fattore umano, circa l'85% dei problemi deriverebbe da difetti organizzativi dei sistemi e non da incompetenza degli operatori sanitari. La questione chiama in causa la responsabilità delle strutture ospedaliere e la necessità di una disciplina organica che speriamo possa essere ripresa e andare in porto con alcuni miglioramenti del Testo unificato Ddl Saccomanno della Commissione Sanità Senato. Allo stato dell'arte, il nostro Ssn si sviluppa secondo una logica di fasi collegate e consecutive:

1. L'autorizzazione, necessaria per l'esercizio della funzione (art. 8-5 Dlgs 502/517), fondata sulla necessaria presenza dei requisiti minimi (Dpr 14.1.97) che devono essere posseduti da tutte le strutture sanitarie.
2. L'accreditamento necessario per l'erogazione delle prestazioni per conto del Ssn (art.8/7 citato Dpr) per cui l'accreditamento non sostituisce l'autorizzazione all'esercizio di un'attività ma la colloca in un momento successivo di valutazione: solo i servizi già autorizzati al funzionamento possono richiedere di essere sottoposti a verifica ai fini dell'accertamento. Il riconoscimento dello status di soggetto accreditato compete alle Regioni ed è subordinato non solo alla rispondenza dei servizi ai requisiti ulteriori di qualificazione e alla verifica positiva dell'attività svolta, ma anche alla loro funzionalità rispetto agli

indirizzi di programmazione regionale.

3. Gli accordi contrattuali fra strutture accreditate e Regioni, Aziende Usl, necessari per determinare volumi e tipologie delle prestazioni fruibili dagli utenti del Ssn e le relative ricadute economiche.

Val la pena notare, in controtendenza con il resto del Paese, nella Regione Lombardia una diminuzione delle cause contro i medici del 10,5% (dal 2001). I motivi della riduzione del contenzioso



Vania Cirese

so sono stati individuati nelle iniziative promosse a livello regionale per elevare la qualità delle cure nell'organizzazione ospedaliera e nel monitoraggio-prevenzione dei rischi e degli eventi avversi.

### L'ospedale e la piramide delle responsabilità

In effetti gli ospedali sono organizzazioni complesse e stratificate che crescono non tanto in base ad un piano di sviluppo ma in dipendenza di spinte differenti: politiche, professionali, economiche, sociali, commerciali e tecniche, cosicché l'organizzazione è più "ecologica" (sopravvivenza in ambiente avverso) che strutturata e pianificata. La struttura influenza in ogni caso la "pratica clinica", basti considerare l'incidenza del contenzioso istituzionale, dei fattori gestionali ed organizzativi (risorse, vincoli finanziari, politiche, obiettivi, standard, cultura della sicurezza), dell'ambiente di lavoro (dotazione del personale, competenze, carichi di lavoro,

turnazione, disponibilità e manutenzione delle attrezzature, supporto amministrativo e gestionale), dei fattori legati all'equipe (comunicazione verbale scritta, controlli, identificazione e discussione delle cause di disfunzioni e rischi), sia alle individualità del personale (abilità, motivazione, sinergia) caratteristiche dei pazienti (complessità, gravità delle patologie, lingua, comunicazione, fiducia, fattori sociali). In ogni caso la "responsabilità della struttura ospedaliera" oltre a poter essere correlata ad eventi "satelliti" è individuabile nelle conseguenze negative della prestazione sanitaria direttamente fornita, per difetti o carenze strutturali o organizzative rapportabili alla gestione economico-amministrativa

**Si può fare qualcosa per arginare la caduta di pezzi di salute e welfare che perdiamo ogni anno tra una legge che non va in porto, un decreto schizofrenico e parziale, un piano di recupero insufficiente e una manovra contestata dai destinatari?**

va, ovvero per carenze o irregolarità della prestazione, derivanti da carenza dei presidi, carente od omesso controllo-manutenzione delle apparecchiature e dei mezzi. La struttura comunque non è altro che l'insieme delle persone che la costituiscono: Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, figura apicale (ex primario), medici (oggi dirigenti) e personale sanitario non medico. Il Direttore Generale ha poteri di gestione e funzionamento, di verifica della corretta gestione delle risorse, è responsabile delle scelte strategiche (tipo e qualità delle prestazioni), è coordinato dal Direttore Sanitario (Dlgs 592/92), portatore ex lege di una posizione di garanzia e di obblighi concernenti l'organizzazione dei servizi sanitari nella struttura cui è preposto e dal Direttore Amministrativo che ha compiti dirigenziali sulla gestione dell'Ente Ospedaliero sotto il profilo giuridico ed economico. Accanto a queste figure manageriali, esiste come è noto quella "apicale" (ex primario, direttore di struttura complessa o semplice) al quale competono (art.7 Dpr 761/69; art.63 DPR 761/79) all'interno del reparto il coordinamento ed il controllo dei servizi ospedalieri, nonché le funzioni di indirizzo e verifica sulle prestazioni di diagnosi e cura. Di conseguenza le eventuali respon-

sabilità per insufficienza, inefficienza, carenze della struttura, attrezzature sanitarie (carenze di apparecchi, strumentazione non idonea, obsoleta, deficit della manutenzione, indisponibilità di strumenti, ecc.) saranno da ricercare nell'operato delle figure professionali dei manager, con particolare riferimento al Direttore Sanitario e Direttore Generale, mentre la responsabilità dell'organizzazione delle divisioni (turni lavorativi, disposizioni interne per la scelta delle prestazioni, verifica attività, protocolli, linee guida ecc.) sarà da individuare nella figura dell'apicale. Per quanto attiene ai medici, poiché sono ormai rare le prestazioni individuali, risultando le cure per lo più collettive o erogate in equipe, la giurisprudenza da tempo fa riferimento ad una responsabilità d'equipe di tipo commissivo per i membri dell'equipe e a volte omissivo per il capo equipe, incentrata su un criterio di affidamento "temperato" o incolpevole per chi non potè individuare o impedire l'evento dannoso. Con l'ampliamento giuridico dell'ambito di responsabilità in capo all'atto medico le esigenze di giustizia dovranno tener conto di nuove e diverse indagini medicolegali, investigando sulle diverse fasi del modello degli incidenti e tenendo in considerazione elementi tecnici quali ad esempio in quale contesto si lavori, come da chi siano state prese le decisioni, come sia stato il coordinamento delle risorse strumentali, professionali e delle varie competenze; come e da chi sia stato svolto il compito di verifica e controllo; se siano state predisposte misure di monitoraggio e prevenzione dei rischi e degli eventi avversi; se vi sia un'adeguata copertura assicurativa. È da sottolineare che valorizzare la responsabilità della struttura non significa deresponsabilizzare il singolo sanitario, bensì distinguere le differenti fonti di responsabilità e agevolare un più sollecito indennizzo in favore del paziente leso a titolo di solidarietà sociale quando il danno non sia causalmente ricollegabile né a negligenza, imprudenza, imperizia del medico singolo o dell'equipe, né a carenze e difetti strutturali e organizzativi. In questa situazione di crisi, guardiamo con speranza al testo che potrebbe licenziare la Commissione Sanità del Senato e che prevede in un buon ordine sistematico il recepimento delle nostre istanze sull'assicurazione obbligatoria per le strutture, un sistema obbligatorio di prevenzione-gestione del rischio clinico. ■

► Segue da pagina 17

## Il documento del Tavolo Tecnico sulla "responsabilità professionale"

tura della colpa grave dei propri dirigenti e degli operatori con i premi a loro carico. Introdurre una norma che preveda l'obbligo da parte delle aziende di stipulare i contratti per la copertura della colpa grave dei propri medici, veterinari ed altre professionisti anche in rapporto convenzionale.

7. Aspetti relativi al contratto di assicurazione.

Predisporre un contratto unico che sia valido su tutto il territorio nazionale al fine di garantire uguale tutela a tutti i medici dei Servizi sanitari regionali. Rendere necessaria la partecipazione delle Organizzazioni sindacali nella definizione dei contratti assicurativi da parte delle aziende sanitarie e delle regioni. Costituire un Tavolo tecnico con l'Associazione nazionale

tra le imprese assicuratrici Ania con la finalità di stabilire la proporzionalità tra i costi e i rischi effettivamente assunti. Attivare e promuovere soluzioni extragiudiziarie dei contenziosi. L'eventuale azione di risarcimento del danno dovrà avere come legittimato passivo non il medico ma la Regione, la quale potrà agire entro un anno con azione di rivalsa verso il medico.