

## **La medicina legale nella gestione del contenzioso per “malpractice” da parte delle aziende sanitarie**

**Fabio Buzzi**

*Ordinario di Medicina Legale*

*Direttore del Dipartimento di Medicina Legale e Sanità Pubblica “Antonio Fornari”*

*Università di Pavia*

La crescita esponenziale del contenzioso giudiziario per veri, o presunti danni ai pazienti da vere, o presunte manchevolezze professionali connotate da imperizia, imprudenza, negligenza, o inosservanza di leggi, regolamenti, ordini e discipline, rappresenta un fenomeno di tutto rilievo non soltanto in Italia, ma anche in tutti gli altri paesi europei con pari grado di evoluzione socio-economica.

Questo trend, che comporta elevatissimi costi non soltanto per quanto riguarda i risarcimenti ai pazienti, ma anche per quanto riguarda i costi di gestione dei sinistri e le spese legali e di giustizia, sta giustamente sollecitando a più livelli l'adozione di soluzioni alternative (“*alternative dispute solutions*”) ai contenziosi giudiziari, da esperirsi mediante procedure conciliative, o arbitrati.

Ovviamente, queste procedure possono essere utilizzate per affrontare il problema sul versante civilistico, mentre rimarrebbe sempre pendente, sul capo dei medici la spada di Damocle dell'azione penale, ancorché da più parti siano stati invocati correttivi di tipo depenalizzante per l'area degli eventi avversi da prestazioni sanitarie.

Del resto, una valida alternativa alle querele per lesioni personali che sovente vengono presentate al giudice penale (per la morte da omicidio colposo si deve procedere d'ufficio) potrebbero essere evitate qualora il danneggiato potesse ottenere rapida soddisfazione morale e materiale attraverso le *alternative dispute solutions*.

V'è da dire che sul versante penalistico la giurisprudenza della Corte di Cassazione ha di recente riequilibrato una situazione molto sfavorevole ai medici, che si era consolidata tra gli anni '80 e gli anni '90 nella giurisprudenza di questa stessa Corte in materia di responsabilità di tipo omissivo: un tipo di responsabilità che sta alla base della maggior parte del contenzioso che riguarda le prestazioni sanitarie.

Mentre la precedente giurisprudenza affermava la responsabilità del medico per aver omesso misure che anche con basso grado di probabilità avrebbero potuto ipoteticamente giovare al paziente, la decisione assunta a Sezioni Unite dalla Cassazione Penale nella sentenza n. 30328 del 10.7-11.9.2002<sup>1</sup> ha finalmente chiuso un lungo e disarticolato ciclo di pronunce delle Corti di Merito e della Suprema Corte in materia di responsabilità professionale medica per comportamenti omissivi, che si erano

---

<sup>1</sup> Cassazione Penale - Sezioni Unite, Sentenza n. 30328 del 10 luglio 2002, depositata l'11 settembre 2002. Per tutti, v. : Fiori A., La Monaca G. e Albertacci G. in: Riv. It. Med. Leg., 6, 1614-1634, 2003. Barni M.: Giurisprudenza e professione medica. La condotta medica omissiva al fuoco del “ragionevole dubbio”. Marinello S.: Giurisprudenza e professione medica. Le Sezioni Unite della Cassazione sul nesso di causalità materiale. Professione, 1, 7-11, 2003.

basate su disparate criteriologie interpretative, caratterizzate da mutevolissimi agganci probabilistici.

Ne era derivato un clima giurisprudenziale che aveva collocato questa forma di responsabilità – come appena detto tipica del contesto operativo medico - in una logica probatoria, e conseguentemente sanzionatoria, decisamente anomala rispetto a quella ordinariamente applicata alla responsabilità di tipo commissivo.

Questa sentenza ha stabilito che un comportamento medico omissivo può essere sanzionato soltanto quando c'è la certezza processuale che un comportamento diverso avrebbe evitato l'evoluzione sfavorevole di fatto verificatasi e ha codificato una nuova – e decisamente migliore - criteriologia per la valutazione della colpa omissiva impropria in materia di assistenza sanitaria.

La stampa di informazione ha commentato questa sentenza con toni allarmistici, preconizzando che, se non si sottoporrà un paziente agli accertamenti utili a diagnosticare una malattia, se non si prescriveranno terapie ed il paziente peggiorerà, sarà difficilissimo, se non impossibile, provare che la mancata effettuazione di quelle prestazioni è stata causa del suo aggravamento e, allora, *“ai medici per non rischiare, converrà non fare !”*.

In realtà, sul piano tecnico-giuridico - e con importantissimi riverberi per la metodologia valutativa medicolegale - la sentenza ha stabilito che: *“Il nesso causale può essere ravvisato quando, alla stregua del giudizio controfattuale condotto sulla base di una generalizzata regola di esperienza, o di una legge scientifica - universale e/o statistica - si accerti che ipotizzandosi come realizzata dal medico la condotta doverosa impeditiva dell'evento, questo non si sarebbe verificato, ovvero si sarebbe verificato, ma in epoca significativamente posteriore, e con minore intensità lesiva”*.

E ha precisato che: *“Non è consentito dedurre automaticamente dal coefficiente di probabilità espresso dalla legge statistica la conferma, o meno, dell'ipotesi accusatoria sull'esistenza del nesso causale, poiché il giudice deve verificarne la validità nel caso concreto, sulla base delle circostanze del fatto e dell'evidenza disponibile...così che, dall'esito del ragionamento probatorio - che abbia altresì escluso l'interferenza di fattori alternativi - risulti giustificata e processualmente certa, la conclusione che la condotta omissiva del medico è stata condizione necessaria dell'evento lesivo, con alto o elevato grado di credibilità razionale, o probabilità logica”... e che...“L'insufficienza, la contraddittorietà e l'incertezza del riscontro probatorio sulla ricostruzione del nesso causale, e quindi il ragionevole dubbio sulla reale efficacia condizionante della condotta omissiva del medico rispetto ad altri fattori interagenti nella produzione dell'evento lesivo, comportano la neutralizzazione dell'ipotesi prospettata dall'accusa e l'esito assolutorio del giudizio”*.

In altre parole, le Sezioni Unite hanno stabilito che in un campo, qual'è quello della medicina, nel quale non ci si può sensatamente attendere l'assoluta certezza di leggi scientifiche, non è razionalmente possibile appellarsi ad astratti criteri statistici e probabilistici. Spetta pertanto al giudice valutare le specifiche circostanze, intrinseche ed estrinseche, che, di volta in volta hanno condizionato l'evoluzione del singolo caso, e raccogliere tutte le prove per approdare ad una *“verità processuale”*, che deve essere dotata di *“un elevato grado di probabilità razionale”*.

In tutti i casi in cui si riscontri l'insufficienza, la contraddittorietà o l'incertezza delle prove dell'effettivo ruolo causale giocato nell'evoluzione del caso dal comportamento del medico, quando cioè esista anche solo "*un ragionevole dubbio*" circa questo ruolo nel determinismo del danno al paziente, allora il medico non può essere sanzionato.

Ciò non significa, ovviamente, che i medici possono ora derogare dai principi e dalle regole della evidence based medicine<sup>2</sup>, dalla cui universale consistenza, confortata da ogni altro elemento di prova raccolto sul caso di specie, il Giudice potrà derivare la dianzi richiamata certezza processuale.

In altre parole, l'accertamento del ruolo causale di un'omissione in campo assistenziale sanitario, sostanziata da un comportamento inescusabilmente negligente rispetto ai presupposti clinici del caso, deve essere condotto, secondo i criteri propri della scienza medica, in termini di "*ragionevolezza naturalistica*"<sup>3</sup> e, secondo i criteri propri della scienza giuridica, in termini di "*credibilità razionale, o probabilità logica*".

Le evidenze utilizzate a fini medico-legali dovranno pertanto ispirarsi a nozioni scientifiche validate universalmente, anche in forma di linee guida, ma evitando le quantificazioni percentualistiche delle chances che appartengono alla logica probabilistica astratta, nel contesto della quale la fattispecie in esame può non essere convenientemente considerata, ed evitando pure - e a maggior ragione - le congetture che appartengono ad empirismi personalistici<sup>4</sup>.

Le linee guida suscitano attualmente grandi aspettative in ambito sanitario, nella loro accezione di strumenti atti ad ottimizzare l'efficienza, gestire il rischio clinico e contenere così anche i costi di gestione della sanità<sup>5</sup>. Non a caso, anche le compagnie di assicurazione ne auspicano un'applicazione sempre più incisiva, al fine di contenere gli oneri risarcitori che, a loro volta, hanno fatto salire enormemente il costo delle polizze per la responsabilità civile di ASL e AOSP.

In economia sanitaria le linee guida costituiscono lo strumento di raccordo tra l'efficacia (in termini di appropriatezza e di qualità dei risultati) e l'efficienza (in termini di razionalizzazione della spesa).

I medici, se da un lato intravedono nelle linee guida strumenti utili per migliorare l'esercizio della professione, specie per il loro effetto principale di riduzione della variabilità dei comportamenti sanitari, dall'altro ne temono i possibili effetti collaterali di coercizione sulla loro autonomia operativa.

Indubbiamente, ove le linee guida prendano credito dall'autorevolezza degli estensori (società scientifiche, ad hoc committee, consensus conferences, ecc.), nonché dal continuo aggiornamento allo stato dell'arte, i loro vantaggi sono di certo superiori agli svantaggi, sempre che, non soltanto per ragioni di carattere medicolegale, ma anche di aderenza alla variabilità delle situazioni bio-cliniche, sia espressamente richiamata

<sup>2</sup> Turillazzi \*.; Evidence Based Medicine e professione. Professione, 9, 30-37, 2003.

<sup>3</sup> Norelli G.A., Fineschi V.: Il medico-legale e la valutazione dei temi e dei problemi della modernità: spunti dottrinari per una metodologia operativa condivisa. Riv. Ital. Med. Leg., 2, 263-278, 2003.

<sup>4</sup> Barni M. : Giurisprudenza e professione medica. La condotta omissiva al fuoco del "ragionevole dubbio". Professione, 9, 7-11, 2003.

<sup>5</sup> Fineschi V., Zana M.: La responsabilità professionale medica: l'evoluzione giurisprudenziale in ambito civile tre errore sanitario e tutela del paziente. Riv. Ital. Med. Leg., 1, 49-68, 2002.

l'indispensabile pre-condizione della flessibilità della loro applicazione, dipendentemente dalle peculiarità della casistica e dalle risorse fruibili in quel determinato contesto sanitario.

Sta di fatto che neppure le linee guida possono azzerare il rischio di comportamenti erronei, per cui rimane la necessità di introdurre un sistema di gestione e di prevenzione del rischio (del quale si dirà successivamente) di comportamenti assistenziali inadeguati non soltanto del singolo, ma anche delle équipes, che il più delle volte ora approdano al contenzioso giudiziario senza aver lasciato nel sistema dei riscontri atti ad evitare il ripetersi di tali comportamenti.

A proposito dell'attività assistenziale svolta in équipes, si deve richiamare che l'evoluzione legislativa degli ultimi anni in materia di formazione degli operatori sanitari ha creato un situazione radicalmente nuova.

Le professioni ausiliarie sono scomparse, per far posto alle professioni sanitarie dei settori infermieristico-ostetrico, tecnico-sanitario e riabilitativo, gli appartenenti alle quali (cioè gli operatori che ormai escono da più di una decina di corsi di laurea triennali) agiscono *“con autonomia ... espletando le funzioni individuate nei relativi profili professionali, nonché negli specifici codici deontologici”*.

Pertanto, nella complessa galassia costituita da queste nuove figure di operatori sanitari - il cui ambito professionale, fino a non molto tempo fa rigorosamente delimitato dai mansionari <sup>6</sup>, è ora allargato alle competenze acquisite nel corso della formazione universitaria pre-laurea (non soltanto triennale, ma anche specialistica <sup>7</sup>), attraverso l'esperienza maturata sul campo ed i corsi di aggiornamento e di qualificazione ed è modulato sulla falsariga dei dettami dei rispettivi codici deontologici <sup>8</sup> - il ruolo attuale del medico, pur essendo centrale nella gestione dell'assistenza, sta progressivamente diventando quello di *“primus inter pares”*.

Inoltre, secondo i più recenti orientamenti della Cassazione Penale (Sez. IV n. 9638 del 2.03.02), sui professionisti dell'area infermieristica grava l'onere della medesima *“posizione di garanzia”* nei confronti del paziente, così definita dalla Suprema Corte: *“La responsabilità dell'infermiere è pari a quella del medico, perchè anch'egli è garante della salute del paziente affidatogli ... Gli operatori, medici e paramedici, sono ex lege tutti portatori di una posizione di garanzia nei confronti dei pazienti affidati alle loro cure ... In particolare, questa posizione di garanzia – che va sotto il nome di posizione di protezione – è contrassegnata dal dovere giuridico incombente su ogni operatore, di provvedere alla tutela dell'incolumità dei pazienti contro qualsivoglia pericolo ...”*.

D'altra parte, la Cassazione Penale ha sempre preteso che il collaboratore eserciti le proprie competenze in maniera autonoma, ove le disposizioni impartite dall'operatore sanitarie in posizione gerarchicamente superiore comportino per il paziente dei rischi che quest'ultimo non riesce a percepire, o sottovaluta, affermando

<sup>6</sup> Legge n. 42 del 26 febbraio 1999: *“Abrogazione dei mansionari”*.

<sup>7</sup> Vedansi, in proposito: la Legge n. 51 del 10.8.00 *“Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica”* e il Decreto del Ministero dell'Università di concerto con il Ministero della Salute del 2.4.01: *“Determinazione delle classi universitarie delle professioni sanitarie”*.

<sup>8</sup> Conti A.: *Codici deontologici delle professioni sanitarie a confronto. Professione. Cultura e Pratica del medico d'oggi*, XI/5: 24-29, 2003.

che: *“Il medico collaboratore gode di autonomia vincolata alle direttive ricevute, ... ove però egli ritenga che tali direttive comportino un rischio per il paziente, è tenuto ad esprimere il proprio dissenso ... diversamente sarà responsabile dell’esito negativo di tali decisioni, non avendo egli compiuto quanto in suo potere per impedire l’evento (art. 40 C.P.)”*.

Questo nuovo assetto delle interazioni operative tra professionisti della sanità implica ovviamente l’adozione di un’altrettanto nuova chiave di lettura dei rispettivi profili della responsabilità<sup>9</sup>, che è altresì necessaria per interpretare convenientemente anche il parimenti nuovo onere della gestione delle risorse, che da alcuni anni grava in maniera precipua e specifica sui dirigenti medici e che ha considerevolmente dilatato la classica area della colpa professionale per imperizia, imprudenza e negligenza.

Si sta infatti assistendo all’apertura di un nuovo fronte di responsabilizzazione degli operatori sanitari, e dei medici in particolare, sul versante della colpa specifica, per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini e discipline.

Un fronte che caratterizzava finora soltanto alcune ben precise attività sanitarie, meritevoli di rigorose definizioni degli standard operativi - come, ad esempio, l’utilizzo del sangue per trasfusioni e per produzione di emoderivati - ma che sta ora assumendo crescente importanza, ad esempio in ambito amministrativo, in relazione alla prescrizione di farmaci, attuata in forma quali-quantitativamente non conforme alle direttive impartite da SSN, Regioni, Aziende Sanitarie<sup>10</sup>.

D’altronde, lo stesso Codice di Deontologia Medica (1998) prevede, all’art. 12 che *“... le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ed aggiornati a sperimentate acquisizioni scientifiche anche al fine dell’uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente. Il medico è tenuto ad un’adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e 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”*.

La questione è giunta anche all’attenzione della Corte Costituzionale, la quale ha stabilito, nella sentenza n. 193/2002, che: *“I dirigenti delle pubbliche amministrazioni che non raggiungano gli obiettivi loro assegnati, o non rispettino le direttive impartite dagli organi politici, prima di essere collocati a riposo, per giudizio negativo da parte del Comitato tecnico e del Nucleo di Valutazione (ex art. 15 del DLgs. n. 229/1999, del quale è stata dichiarata l’incostituzionalità dell’ultimo periodo del comma 9 dell’art. 20), devono passare attraverso un periodo di “messa a disposizione”*”.

Questo principio è applicabile anche alla nuova disciplina della materia, allo stato regolata dagli artt. 20 e 21 del D. Lgs. n. 165/2001, che non prevede più l’immediato collocamento a riposo, bensì la rescissione del rapporto di lavoro, secondo le disposizioni del codice civile e del contratto.

<sup>9</sup> Vasapollo D., Ingravallo F., Landuzzi F.: Le nuove professioni sanitarie: i difficili confini delle competenze. Professione. Cultura e Pratica del medico d’oggi, IX/5: 28-37, 2003.

<sup>10</sup> L’Azienda Sanitaria 6 del Friuli Occidentale ha preteso da quattro MMG il rimborso di circa 10.000,00 Euro per prescrizioni di farmaci eccedenti gli standards prefissati, o non precedute da significatività degli accertamenti propedeutici obbligatoriamente espletandi.

Il dirigente che non consegue gli obiettivi – essenzialmente di carattere economico - o non rispetta le direttive manageriali, è passibile di tre tipi di sanzioni:

- 1) mobilità, anche temporanea, con passaggio ad altro incarico;
- 2) rimozione dalle funzioni cioè privazione della proposizione a compiti dirigenziali;
- 3) collocamento a disposizione, per destinazione ad altro ufficio ritenuto adatto alle capacità dimostrate.

La succitata sentenza della Corte Costituzionale rappresenta il logico approdo, sul versante della responsabilità gestionale del medico, dei principi introdotti, alcuni anni orsono, da una pronuncia della Cassazione Civile (sez. III, n. 589 del 13 ottobre 1998 <sup>11</sup>) e anticipati, alla metà degli anni '90, da un'antesignana pronuncia della stessa sezione della medesima Corte (sez. III, n. 4152/1995 <sup>12</sup>).

Alle qualifiche di dirigenti (di primo o di secondo livello, di struttura semplice o complessa), oramai connaturate con il ruolo manageriale dei medici del Servizio Sanitario Nazionale, corrispondono dunque nuovi profili di responsabilità, che meritano un'attenta rimediazione del capitolo della responsabilità professionale medica, così come finora trattato in campo medicolegale.

Questi nuovi profili, che disegnano l'attività del medico incardinato nell'assistenza sanitaria pubblica, non si sono delineati soltanto nel nostro Paese, ma sono stati formalmente acquisiti in un documento di consenso internazionale, che è rappresentato dalla "*Carta della Professionalità Medica*" elaborata dalla European Federation of Internal Medicine, dall'American College of Physician, dall'American Society of Internal Medicine e dall'American Board of Internal Medicine <sup>13</sup>.

In questa autorevole enunciazione di principi si precisa preliminarmente che *la professionalità è alla base del contratto tra medicina e società e che i medici si devono impegnare a mantenere un corretto rapporto con i pazienti, a migliorare la qualità delle cure, a partecipare attivamente allo sviluppo di strumenti per una migliore misurazione della qualità delle cure e all'applicazione ordinaria di tali strumenti, per valutare la prestazione dei singoli individui, delle istituzioni e delle strutture sanitarie, coltivando anche l'impegno a migliorare l'accesso alle cure e a perseguire un'equa distribuzione delle risorse.*

A questo proposito, la Carta soggiunge che *la responsabilità professionale del medico verso un'appropriata allocazione delle risorse consiste nell'evitare scrupolosamente tests e procedure superflue, poiché la fornitura di servizi non necessari non solo espone i pazienti a spese e danni evitabili, ma riduce anche le risorse a disposizione degli altri.*

La Carta non manca di sottolineare l'impegno che i medici devono porre al fine di conservare la fiducia della società, mettendo sotto controllo due dei problemi più

<sup>11</sup> "... La responsabilità dell'ente ospedaliero e quella del medico dipendente risiedono entrambe nell'esecuzione negligente o errata della prestazione sanitaria nei confronti del paziente...accertata la stessa, ne deriva, dal contenuto del rapporto, una responsabilità contrattuale di entrambi...questo rapporto, non essendo costituito su base negoziale, ma grazie al "contratto sociale"(cioè di fatto), coinvolge ciascuno dei soggetti secondo un diverso profilo...da parte dell'ente, che è obbligato alla prestazione assistenziale...da parte del medico dipendente, che nell'ambito del proprio rapporto di impiego, è obbligato ad esaltare correttamente la funzione dovuta nei confronti dell'ente...".

<sup>12</sup> "... Il rapporto giuridico intercorrente tra l'ente ospedaliero, il medico dipendente ed il paziente ha natura contrattuale di tipo professionale...non è pertanto applicabile la disciplina del DPR n. 3/57 in materia di responsabilità degli impiegati dello stato, che si riferisce alle violazioni dei diritti dei cittadini...".

<sup>13</sup> Vedasi, in proposito, The Lancet, 359: 520-522, 2002 e Annals of Internal Medicine, 136:243-246, 2002.

scabrosi della medicina di questi anni, cioè quello dei conflitti di interesse <sup>14</sup> e quello della responsabilità professionale <sup>15</sup>.

Infine, ma certo non da ultimo nella gerarchia dei valori, la Carta prescrive l'impegno all'onestà verso i pazienti, in questi termini quasi protocollari e decisamente raccomandabili anche sotto il profilo medicolegale, perché un'appropriata gestione del processo informativo nei confronti del paziente può rappresentare uno dei migliori deterrenti contro la conflittualità: *i medici devono fare in modo che i pazienti ricevano tutte le informazioni necessarie, prima di formulare il proprio consenso per una cura ma anche dopo che la stessa sia avvenuta, non intendendosi con questo che i pazienti debbano essere coinvolti in ogni minima decisione tecnica, ma che debbono avere le conoscenze per poter decidere sempre e comunque del corso della terapia, questo certamente sì. Inoltre, se i medici riconoscono durante il processo di cura di avere commesso degli errori che hanno creato o potrebbero creare nocimento ai pazienti, dovrebbero informare immediatamente gli interessati, per non compromettere la loro fiducia, considerando tra l'altro che rendere noti gli errori medici ed analizzarne le cause è utile per sviluppare appropriate strategie di prevenzione, per migliorare le procedure e, nel contempo, per risarcire adeguatamente i danneggiati.*

Nel 2000 un documento di questo tipo è stato elaborato anche nel nostro Paese, d'iniziativa del Tribunale dei Diritti del Malato, in collaborazione con l'ANAAO-ASSOMED e la FIMMG, che hanno promosso la "*Carta della sicurezza nell'esercizio della pratica medica ed assistenziale*" <sup>16</sup>, recante i seguenti principi fondamentali:

- 1) *nulla può essere lasciato al caso;*
- 2) *è necessario investire in sicurezza;*
- 3) *i rischi devono essere dichiarati;*
- 4) *lo scambio di informazioni aumenta la sicurezza;*
- 5) *garantire l'appropriatezza riduce le probabilità di errore;*
- 6) *la qualità delle prestazioni deve essere valutata con indicatori di esito;*
- 7) *la comunicazione medico/paziente è parte integrante dell'atto medico;*
- 8) *bisogna sviluppare la critica e l'autocritica;*
- 9) *la verità deve essere premiante;*
- 10) *la formazione è l'arma della sicurezza.*

<sup>14</sup> "...I medici professionisti e le organizzazioni di cui fanno parte hanno molte occasioni nelle quali compromettere la loro responsabilità professionale, perseguendo guadagni privati, o vantaggi personali. Questo accade soprattutto quando il medico, o l'organizzazione, stabiliscono rapporti di lavoro con aziende, quali i produttori di apparecchiature mediche, le ditte farmaceutiche e le compagnie di assicurazione. Dovrebbero essere resi noti i rapporti tra l'industria e gli opinion leader, specie quando questi ultimi determinano criteri per la conduzione e l'interpretazione di trial clinici, per la stesura di linee guida, editoriali e altro...".

<sup>15</sup> "Come membri di una professione ci si aspetta che i medici collaborino per massimizzare la cura dei pazienti, si rispettino reciprocamente e partecipino al processo di autoregolamentazione, che implica, tra l'altro, trovare rimedi ed adottare azioni disciplinari nei confronti di quei membri che non abbiano aderito agli standard professionali. La professione dovrebbe inoltre stilare le procedure da seguire per stabilire questi standard e diffonderli nella comunità medica. I medici hanno il dovere di partecipare attivamente a questo processo, rendendosi disponibili alla valutazione interna ed accettando la supervisione esterna dei vari aspetti della loro prestazione professionale".

<sup>16</sup> Il testo della Carta è stato redatto da S.A. Inglese e T. Pietrangolini, con la consulenza di P. Bonini e M.P. Costantini ed il supporto di un gruppo di lavoro composto da A. Barengi, A. Bellocco, B. Borsari, B. Gorini, L. Mastroberro, A. Morici, M. Olivetti, P. Pantaleo, E. Pernazza, S. Spinsanti, F. Tempesta (Roma, 8 aprile 2000).

Della massima importanza appaiono le seguenti raccomandazioni, date da questa Carta per implementare e migliorare la sicurezza dei pazienti, principalmente attraverso l'attivazione, in ogni azienda del SSN, di una Unità di gestione degli eventi avversi:

- 1) *monitoraggio e registrazione di tutti gli eventi avversi;*
- 2) *modalità di comunicazione degli stessi;*
- 3) *organizzazione gestionale del contenzioso;*
- 4) *elaborazione di un rapporto annuale sugli eventi avversi;*
- 5) *realizzazione di un piano aziendale di informazione e formazione sulle questioni della sicurezza;*
- 6) *documentazione volontaria degli errori;*
- 7) *messa a disposizione di un budget aziendale per la sicurezza;*
- 8) *elaborazione di una carta della sicurezza aziendale.*

Nella Carta è suggerito anche un primo repertorio di interventi per migliorare le condizioni di sicurezza nell'esercizio della pratica assistenziale, con specifico riferimento per:

- 1) *l'organizzazione del lavoro (ad es.: la visita preanestesiologica, la continuità in sala operatoria, i turni di lavoro);*
- 2) *la comunicazione tra gli operatori (ad es.: gli staff-meeting, i gruppi di discussione sugli errori, le newsletter interne);*
- 3) *i sistemi di identificazione dei pazienti (ad es.: il braccialetto di riconoscimento, che consentirebbe di evitare gli errori legati allo scambio dei pazienti nelle diverse attività diagnostico-terapeutiche);*
- 4) *l'utilizzazione della tecnologia dell'informazione (ad. es.: refertazione automatizzata, sistemi informatizzati per la registrazione delle prescrizioni mediche, uso del codice a barre e di dispositivi di distribuzione automatica dei farmaci).*

I principi di questa Carta rappresentano una valida falsariga per il monitoraggio e la registrazione degli errori, e più in generale di tutti gli eventi avversi: un monitoraggio che deve essere instaurato senza ulteriori ritardi in ogni struttura sanitaria, attraverso l'adozione delle procedure proprie del "risk management", tra i compiti del quale c'è, ovviamente, anche quello, ulteriore, della restituzione, a tutti i livelli operativi, di indicazioni/prescrizioni finalizzate all'abbattimento delle occasioni di errore, quali possono verificarsi a livello della struttura, a livello dell'organizzazione, e a livello dei singoli operatori sanitari.

All'implementazione e al perfezionamento di questo monitoraggio a livello locale dovrà seguire la realizzazione di un sistema di registrazione standardizzato ed omogeneo su tutto il territorio nazionale, i cui risultati siano utilizzabili in un contesto di networking, al fine di promuovere il miglior collegamento tra aziende, servizi e operatori.

Tutto ciò necessita, ovviamente, di una policy nazionale, o almeno regionale, della sicurezza in materia di assistenza sanitaria, possibilmente incentrata su centri di documentazione, che si pongano come obiettivi la formulazione di una metodologia



sistematica di registrazione degli errori, lo sviluppo di una rete nazionale della sicurezza nell'esercizio della pratica medica ed assistenziale e l'elaborazione di proposte normative e regolamentari intese a migliorare la sicurezza nell'assistenza sanitaria.

Tra l'altro, questa messe di dati e l'implementazione delle succitate procedure di governo del rischio varrebbero a migliorare sensibilmente il rapporto con le imprese di assicurazione, garantendo loro una più precisa conoscenza dell'andamento quali-quantitativo dei danni e mettendole in condizione di essere maggiormente garantite sotto il profilo dell'impegno delle aziende sanitarie a contenere l'espansione dei costi gestionali e risarcitori degli eventi avversi di matrice colposa, suscettibili di compensazione economica<sup>17</sup>.

Tutto ciò potrebbe senz'altro promuovere l'individuazione di criteri più adeguati per il calcolo dei costi delle polizze di responsabilità civile<sup>18</sup>, creando un circolo virtuoso, all'interno del quale le imprese di assicurazione potrebbero assumere il ruolo di veri e propri partner della policy della sicurezza nella gestione dell'assistenza sanitaria.

Sempre in questa nuova prospettiva di un approccio "in positivo" al problema della responsabilità medica è da tenersi in elevatissima considerazione la politica dell'accreditamento<sup>19</sup>, che rappresenta il presupposto indispensabile del miglioramento della qualità assistenziale.

Del resto, proprio da qui deve necessariamente muovere ogni iniziativa di risk management<sup>20</sup>, se non altro perché il risk management presuppone un'analisi critica basata non tanto sulla ricerca di chi ha sbagliato, ma, principalmente, sulla ricerca di quelle che sono state le cause e le circostanze della *défaillance* del sistema, inteso come interazione tra individui, nel contesto della quale il singolo errore umano può trovare comunque dei correttivi, se l'intero *entourage* operativo funziona a dovere.

Il primo passo deve consistere nell'analisi della rischiosità generale di una struttura sanitaria<sup>21</sup>, partendo dai presupposti che gli eventi avversi possono originare:

- 1) *dalla struttura, per carenza o cattivo uso di risorse, cattiva organizzazione dei servizi;*
- 2) *dall'organizzazione, sovraccarico di lavoro, deficit di supervisione, di comunicazione, di tecnologia, di conoscenza, di abilità tecnica;*
- 3) *da cause professionali, per omissioni, errori, difetti cognitivi, violazione di linee guida, discipline e regolamenti.*

<sup>17</sup> Ponzanelli G.: La responsabilità medica ed un bivio; assicurazione obbligatoria, sistema residuale *no-fault*, o *risk-management*? *Danno e Responsabilità*, 4, 428-433, 2003.

<sup>18</sup> Candian A.D.: Riflessioni sul rischio e le responsabilità nella struttura sanitaria. Atti del convegno su: "Gli esercenti le professioni sanitarie nel recente riassetto formativo. Interazioni e responsabilità nell'attuale cornice normativa delle Aziende Sanitarie". Pavia, 20-27.9.02. Ed. Giuffrè, 2003.

<sup>19</sup> "L'accreditamento permette ai vari livelli dell'organizzazione ed in modo prioritario alle Unità Operative di dichiarare ciò che viene fatto, di agire di conseguenza, documentarne i risultati e sviluppare azioni di miglioramento continuo" (Agenzia sanitaria Regionale RER).

<sup>20</sup> Del Vecchio M., Cosmi L.: Il risk management nelle aziende sanitarie. Collana Management e Sanità, McGraw Hill, Publishing Group Italia, 2003.

<sup>21</sup> Ciuffreda M., Corrà P., Marcon G.: Come identificare e prevenire errori e danni derivanti dalle cure. *Professione*, IX, 9:41-45, 2001.

Si deve inoltre valutare accuratamente, anche ai fini dei costi assicurativi, il rapporto tra probabilità e magnitudo degli eventi avversi: rapporto che è a probabilità bassa, ma con elevata magnitudo per il singolo evento avverso derivante da difetti della struttura, sui quali può incidere positivamente il governo clinico-manageriale, mentre è ad elevata probabilità, ma con bassa magnitudo per il singolo evento derivante da errori professionali, sui quali possono peraltro incidere positivamente l'aggiornamento e il miglioramento delle abilità degli operatori.

La misura degli interventi e dei risultati può essere parimenti effettuata sui medesimi tre livelli:

- 1) *strutturale, con disposizioni normative, con l'esecuzione di controlli periodici sugli impianti, ecc.;*
- 2) *organizzativo, con l'utilizzo di manuali della qualità, di procedure di corretta preparazione e somministrazione dei farmaci, con l'adozione di protocolli di sterilizzazione, ecc.;*
- 3) *professionale, adottando costantemente elevati standard di buona pratica clinica, coltivando l'educazione continua in medicina, implementando sistemi di verifica dei risultati e procedure di audit clinico, ecc.).*

Tra le tecniche di individuazione degli eventi avversi si annoverano<sup>22</sup>:

- 1) *l'analisi dei claims, che identifica però solo pochi eventi ed eventi "visibili";*
- 2) *l'analisi della documentazione clinica, che può essere però condizionata da sua inadeguata/infedele compilazione;*
- 3) *la segnalazione volontaria, che è spesso inaffidabile, per motivi di ordine strutturale e medicolegale;*
- 4) *la ricerca degli eventi sentinella e dei "quasi errori", che soffre però degli stessi limiti di cui al punto precedente;*
- 5) *i riscontri computerizzati, che prevedono però l'attivazione di un sistema informatico ad hoc;*
- 6) *la segnalazione integrata nelle operazioni cliniche, che richiede un accumulo pluriennale di dati;*
- 7) *la derivazione dei dati da fonti istituzionali, quali URP, ufficio legale, unità operative di medicina legale, registro del comitato di controllo delle infezioni ospedaliere, archivio dell'impresa che gestisce l'assicurazione RC dell'azienda.*

Attraverso un'attenta analisi di tutti questi elementi si può giungere ad identificare i punti deboli della catena assistenziale e a discernere le responsabilità professionali da quelle strutturali ed organizzative.

---

<sup>22</sup>Vedasi in proposito: Bacci M., Carlini L., Suadoni F., Baldassari L.: Qualità della documentazione sanitaria : un'indagine nell'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni; Del Vecchio S., Zavatti P., Natalini N.: Appropriatelyzza e qualità delle prestazioni sanitarie. Un discorso sul metodo; Martini M., Dal Monte D.: I controlli medico-legali sulle schede di dimissione ospedaliera e sulle cartelle cliniche nell'Azienda Sanitaria di Ferrara. Tutti gli articoli in: Atti del Convegno (a cura di Del Vecchio S., Martelloni M., Martini M.) su : " Le linee guida della medicina legale per il cittadino-persona assistita al centro dei percorsi assistenziali. La responsabilità professionale nel SSN: gestione e prevenzione dei conflitti. Ed. Essebienne, Noceto (PR), 2002.

Nella struttura sanitaria aziendale il risk management, che deve essere ovviamente garantito da opportune misure di riservatezza e di salvaguardia per tutti coloro che contribuiscono alla segnalazione degli eventi avversi <sup>23</sup>, prevede due tipi di flusso:

- a) uno prettamente decisionale, che dalla direzione generale e dal suo staff (composto da direttore generale, direttore amministrativo, direttore sanitario, direttore di presidio, responsabile della sicurezza, responsabile del dipartimento infermieristico, responsabile del controllo di gestione, responsabile della qualità e del responsabile del sistema informativo) trasmette le decisioni da adottare ad un comitato operativo referente per le diverse strutture assistenziali;
- b) uno prettamente informativo, che dalle strutture assistenziali giunge al comitato operativo, portando alla sua attenzione ogni elementi utile alla successiva stima della magnitudo e della probabilità degli eventi avversi.

Quest'ultimo elabora i dati pervenuti e li trasforma in input operativi, anche attraverso l'apporto di esperti, facilitatori, formatori e verificatori della qualità, predisponendo l'adozione di specifiche politiche di prevenzione e di gestione dei budget da destinarsi alla sicurezza e alla copertura assicurativa.

Attualmente, per i programmi di risk management, nelle aziende sanitarie dove il processo è in via di sperimentazione è frequente il ricorso a consulenze esterne, o l'acquisizione di analisi e consulenze spot su problemi specifici, in base ai risultati dei quali il management aziendale provvede alla gestione del rischio nel contesto della governance dell'azienda.

Meno frequente - ma a nostro parere maggiormente efficace - è la creazione di una o più figure di risk manager aziendale, preparate e formate all'uopo, che ha il vantaggio di una rapida iniezione di metodologia nel vuoto di cultura specifica, anche se potrebbe inizialmente soffrire di qualche problema di accettazione, presupponendo l'apertura di una *line* parallela a quella gerarchica istituzionale.

Quello del risk manager è un ruolo chiave nell'organizzazione del governo clinico, che deve necessariamente portare alla saldatura tra percezione/analisi del rischio e volontà/capacità operativa di ridurlo e che deve vedere i dirigenti medici protagonisti, attraverso l'acquisizione di strumenti culturali e operativi atti a valorizzare le loro responsabilità del fare e del decidere, piuttosto che quelle del rispondere e dell'eseguire.

Nel nostro Paese il risk management è ancora un'innovazione a livello ospedaliero. Di fatto non esistono né nel settore pubblico, né in quello privato, esperienze che coinvolgano tutta l'organizzazione del governo clinico, e non soltanto singoli processi, o singole unità operative.

Un'appropriata ed efficace gestione del rischio clinico non può non prevedere apporti culturali e operativi di matrice medico-legale, se non altro perché si tratta della disciplina che ha sempre avuto l'appannaggio della valutazione delle questioni di responsabilità professionale, finora esaminate "in negativo", ma d'ora in poi da esaminarsi anche "in positivo": cioè dal punto di vista della loro prevenzione.

---

<sup>23</sup> Nocco L.: La gestione del rischio clinico ed il monitoraggio degli errori medici: spunti di riflessione in chiave comparativa. *Danno e Responsabilità*. 4, 444-452, 2003.

Abbiamo precedentemente analizzato, in estrema sintesi, le modalità di rilevazione e di controllo degli eventi avversi, in relazione alle quali è appunto il caso di aggiungere il ruolo determinante che può avere in tal senso l'istituzione di un osservatorio epidemiologico a coordinamento medico-legale nelle ASL e nella AOSP<sup>24</sup>, come *“momento fondamentale per quello che è veramente l'interesse primario: prevenire prima, e piuttosto, che condannare”*<sup>25</sup>.

A fronte di proposte e disegni di legge<sup>26</sup> su nuove forme di gestione, anche assicurativa, della responsabilità professionale sanitaria (tra cui quello, ampiamente discusso negli ambienti medico-legali in ragione del binomio assicurazione obbligatoria-arbitrato, proposto, d'iniziativa del senatore Tomassini e inviato alla Presidenza del Consiglio il 6 giugno 2001, col titolo *“Nuove norme in tema di responsabilità professionale del personale sanitario”*), si impone comunque anche il ricorso a razionali soluzioni gestionali di carattere conciliativo, gestite d'iniziativa e nell'ambito delle attività amministrative istituzionali delle ASL e delle AOSP, o con il contributo dei difensori civici e di altri organismi del genere<sup>27 28</sup>.

E' appena il caso di richiamare che già il più che datato DLPCS n. 33/46 del 13.9.1946 (*“Disciplina dell'esercizio delle professioni sanitarie”*) attribuiva al consiglio direttivo dell'ordine professionale di *“Interporsi, se richiesto, nelle controversie tra sanitario e sanitario, o fra sanitario e persona, o enti ... per ragioni di spese, di onorari, o altre questioni inerenti all'esercizio professionale, procurando la conciliazione della vertenza e, in caso di non riuscito accordo, dando il suo parere sulle controversie stesse”*.

Inoltre, anche il relativamente recente DPCM del 19.5.1995 (*“Carta dei Servizi Pubblici Sanitari”*), prevede che l'Ufficio Rapporti con il Pubblico (URP) sia tenuto ai seguenti compiti:

- a) Dare immediata risposta all'utente per osservazioni, opposizioni o reclami.
- b) Predisporre l'attività istruttoria e fornire parere al legale rappresentante per la definizione di reclami non immediatamente definibili.
- c) Attivare la commissione mista conciliativa (costituita da un rappresentante dell'azienda, uno della regione, uno delle associazioni di volontariato e preceduta dal Difensore Civile Regionale, o altra personalità estranea

<sup>24</sup> Vedasi in proposito: Cembrani F.: L'esperienza di un servizio medico-legale in materia di responsabilità professionale. In (a cura di Del Vecchio S., Martelloni M., Martini M.) Atti del Convegno su: *“Le linee guida della medicina legale per il cittadino-persona assistita al centro dei percorsi assistenziali. La responsabilità professionale nel SSN: gestione e prevenzione dei conflitti.* Ed. Essebiemme, Noceto (PR), 2002. Dell'Erba A., Quaranta R., Di Nunno N., Vimercati F.: Il ruolo medico-legale nel clinical risk management. Riv. Ital. Med. Leg., XXV, 2: 351-364, 2003; Martelloni M., Lepore D., Del Vecchio S.: Esperienze sul campo ed indicazioni programmatiche per lo sviluppo della medicina legale nel Servizio Sanitario Nazionale. Riv. Ital. Med. Leg., XXV, 2: 319-350, 2003; Venturini G.: Proposta di un modello organizzativo nella prevenzione dei conflitti. Atti del Convegno su: *“Le linee guida della medicina legale per il cittadino-persona assistita al centro dei percorsi assistenziali. La responsabilità professionale nel SSN: gestione e prevenzione dei conflitti.* Ed. Essebiemme, Noceto (PR), 2002.

<sup>25</sup> Bilancetti M.: La responsabilità professionale del SSN: gestione e prevenzione dei conflitti. Atti del Convegno su: *“Le linee guida della medicina legale per il cittadino-persona assistita al centro dei percorsi assistenziali. La responsabilità professionale nel SSN: gestione e prevenzione dei conflitti.* Ed. Essebiemme, Noceto (PR), 2002. \

<sup>26</sup> Breda R.: Prospettive di riforma della responsabilità in ambito sanitario: il disegno di legge n. 108 del 6 giugno 2001. Danno e responsabilità. 4, 435-443, 2003.

<sup>27</sup> Pagni I.: Verso metodi alternativi di risoluzione delle controversie di responsabilità medica. Professione. Cultura e pratica del medico d'oggi. 4, 28-35, 2003.

<sup>28</sup> Winkler S.: Risoluzione extra-giudiziale delle controversie mediche. Danno e responsabilità. 11, 1041-1060, 2003.

- all'azienda) e la procedura di riesame del reclamo innanzi al difensore civico, qualora l'utente sia insoddisfatto dell'esito ottenuto in prima istanza.
- d) Predisporre la risposta all'utente, precisando che le procedure attivate presso l'azienda non precludono l'impugnativa in via giurisdizionale.

I presupposti di tipo conciliativo/arbiterale sopra richiamati, probabilmente perché troppo generici e non incardinati in un contesto normativo ricomprendente anche il versante assicurativo/risarcitorio, non sono stati evidentemente sufficienti a realizzare e diffondere questo tipo di procedure, nonostante che l'accesso alla giustizia ordinaria, tanto penale quanto civile, si sia rilevato largamente inappagante sia per gli operatori sanitari, come pure per i sedicenti danneggiati, ancorché la giurisprudenza abbia generato "regole" talmente specifiche, da dare ormai corpo ad un vero e proprio sottosistema della responsabilità civile.

Donde la necessità di introdurre forme di discussione extra-giudiziale, strutturate in un ambito operativo preliminare rispetto a quello giudiziale, che gestisca il contenzioso attraverso sistemi di analisi/valutazione esperta in maniera coesistenziale rispetto all'ambito ultimo detto.

Uno strumento normativo decisamente più completo e ben aderente alle contingenti problematiche della responsabilità in area medica si sta profilando nel disegno di legge d'iniziativa del Senatore Tomassini, presentato il 6 giugno 2001 e specificamente dedicato ad introdurre "*Nuove norme in tema di responsabilità professionale del personale sanitario*".

Già il titolo, che contempla in maniera onnicomprensiva il personale sanitario, e non soltanto i medici, dimostra un'ottima aderenza al nuovo assetto dell'assistenza sanitaria, caratterizzato dall'ingresso delle molte figure di operatori non medici, che agiscono con quell'ampia autonomia precedentemente commentata, alla quale corrisponde, evidentemente un'altrettanto ampia e autonoma assunzione di responsabilità.

E proprio per mettere a sufficiente riparo questa responsabilità, il testo afferma la preminente responsabilità civile della struttura sanitaria, la quale non potrà rivalersi sui propri dipendenti in caso di colpa grave (com'è ora, non risultando questa forma di responsabilità neppure coperta, allo stato, dalle polizze assicurative della responsabilità civile aziendali, ma essendo tale copertura a diretto ed esclusivo carico degli operatori sanitari), ma dovrà limitarsi ad aprire un procedimento disciplinare.

Il disegno di legge introduce opportunamente, l'azione diretta del danneggiato nei confronti dell'assicuratore, com'è ora nella RC-Auto, e impone all'assicuratore procedure e limiti cronologici analoghi a quelli previsti nel predetto settore RC-Auto.

Introduce inoltre l'arbitrato, incardinandolo entro una ben delineata cornice procedurale e cronologica, molto dettagliata anche per quanto riguarda le giuste pretese di qualificazione degli esperti che potranno e dovranno gestirlo e che non saranno soltanto medici, ma anche appartenenti alle altre categorie di professionisti della Sanità, prevedendo anche il coinvolgimento delle società scientifiche.

La necessità di introdurre iniziative sperimentali di tipo conciliativo ed arbitrale è stata di recente richiamata e sottolineata nell'ambito del protocollo di intesa siglato il 2 luglio 2003 dal Ministro della Salute e dai rappresentanti della FNOMCeO.

Del resto, considerando doverosamente a questo problema anche in una prospettiva europea, bisogna tener presente che iniziative di questo tipo sono in via di realizzazione anche in Spagna e in Austria e, soprattutto, che la Francia ha già varato, da un paio di anni, un articolato sistema di gestione uniforme, sul piano nazionale, dei danni subiti dalle persone/pazienti per eventi avversi verificatisi in corso di assistenza sanitaria, ispirato appunto al sopra richiamato modello di giustizia coesistenziale.

L'attivazione di questo sistema è avvenuta con la promulgazione della legge n. 303 del 4 marzo 2002, su *“Diritti dei malati e qualità del sistema sanitario”*.

In questa legge si premette a chiare lettere che i *“professionisti della sanità”* (anche qui, dunque, medici e non medici) non sono responsabili per le conseguenze dannose verificatesi nel corso dell'erogazione di prestazioni assistenziali o di utilizzo di prodotti bio-medici, se non in caso di comprovato errore, e che quando non è in discussione la loro responsabilità, ma vi è stato comunque un *“incidente medico, un'affezione iatrogeno o un'infezione nosocomiale”* il paziente ha diritto al risarcimento del danno subito *“a carico della solidarietà nazionale”* e sulla base di criteri valutativi medicolegali predeterminati e uniformi sul piano nazionale e gestiti secondo principi assicurativi che coprono per la responsabilità civile tutti gli operatori sanitari *“ancorchè titolari di autonomia nell'esercizio dell'arte medica”*.

La legge francese prevede inoltre una rigorosa tutela del diritto all'informazione, imponendo agli operatori sanitari di ragguagliare i pazienti, o i loro legali rappresentanti, sulle circostanze e le cause degli eventi avversi *“al più tardi entro i quindici giorni seguenti la scoperta del danno, o la richiesta espressa dagli eventi diritto, nel corso di un colloquio durante il quale il paziente può farsi assistere da un medico, o da altra persona di sua scelta”*.

Infine, la procedura di alternative dispute solution è attribuita ad una commissione di conciliazione (istituita su base regionale) che, molto opportunamente, ha anche finalità di indennizzo e che ha il *“compito di facilitare la composizione amichevole dei contenziosi relativi agli incidenti medici, alle infezioni iatrogene e alle infezioni nosocomiali, come pure di ogni altro contenzioso tra utenti e professionisti della sanità, ospedali, servizi e organismi sanitari, o produttori di bio-medicali”*.

In conclusione, in un'epoca nella quale non esistono quasi più attività assistenziali affidate ad un solo operatore e la struttura e la sua organizzazione giocano un ruolo sempre più importante nella genesi degli eventi avversi <sup>29</sup> - caratterizzata dalla dianzi sottolineata trasformazione del problema da responsabilità del medico a responsabilità nell'assistenza medica <sup>30</sup> - e l'attività degli operatori sanitari e le aspettative dei pazienti sono entrambe assoggettate alle direttive/condizionamenti dei ranghi manageriali e del controllo di gestione, il governo clinico <sup>31</sup> non può escludere la compartecipazione di chi ne ha la responsabilità sul campo, cioè i medici.

In tale direzione si devono muovere iniziative idonee a sviluppare una cultura della qualità assistenziale che armonizzi i concetti di efficacia, di efficienza e di appropriatezza con la miglior tutela della salute dei pazienti, facendo del risk management uno strumento di quotidiana applicazione.

In questa prospettiva i medici devono essere consapevoli interpreti del loro nuovo ruolo gestionale, oltre che assistenziale <sup>32</sup>, non sottraendosi neghittosamente al primo e mantenendo sempre alto l'impegno nel secondo, onde onorare appieno e in concreto la loro qualifica dirigenziale, che li deve appunto vedere sempre più "decisori" e sempre meno "esecutori".

---

<sup>29</sup> Simone R.: La responsabilità della struttura sanitaria pubblica e privata. Danno e responsabilità. 1, 5-15, 2003.

<sup>30</sup> Panti A.: La (le) responsabilità professionali. Professione, XI, 8: 4-6, 2003.

<sup>31</sup> Clinical Governance: "Il contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica" (Department of Health, 1998); e ancora "La caratteristica essenziale del governo clinico è la capacità dei servizi (e quindi degli operatori) di rendere disponibili, in forma il più possibile sistematica e continuativa, informazioni su cosa viene fatto nell'assistenza a specifiche categorie di pazienti. E' in questa sistematica attenzione alla qualità dell'assistenza che il governo clinico richiede, consentendo, prima di tutto agli stessi operatori, di valutare l'efficacia e l'appropriatezza clinica delle prestazioni erogate" (da Sanità e Management, Roberto Grilli).

<sup>32</sup> Benazzi F.: Governo clinico e qualità in sanità. Risk management. IV Convegno Annuale "Giornate Vittoriesi di Medicina Legale". Pieve di Soligo, 20-21 novembre 2003.