







**ordine dei medici  
e degli odontoiatri  
della provincia di salerno**

“Salerno Medica”

*Collana Ordine dei Medici ed Odontoiatri*

***Direttore***

Bruno Ravera

***Redazione e Amministrazione***

Via SS. Martiri Salernitani, 31 - 84123 Salerno  
Tel. 089 226566 - Telefax 089 252363

***Segreteria Scientifica del Convegno***

Bruno Ravera  
Giovanni D'Angelo  
Gaetano Ciancio  
Marco Marinaro

Diritti riservati

# L'ATTIVITÀ SANITARIA

*tra etica e responsabilità*

Atti del Convegno  
svoltosi a Salerno il 17 Aprile 2009

Sala Convegni Ordine dei Medici e degli Odontoiatri  
della Provincia di Salerno

*Patrocini*

**Ministero del Lavoro della Salute  
e delle Politiche Sociali**

**FNOMCeO**

Progetto Hippocratica Civitas  
La Conciliazione nella Sanità





## Indice

<b>Prefazione</b> .....	<b>9</b>
<i>Bruno Ravera</i>	
<b>Il progetto “ Hippocratica Civitas”:</b> al di là della conciliazione .....	<b>11</b>
<i>Giovanni D’Angelo</i>	
<b>Programma</b> .....	<b>15</b>
<b>Introduzione</b> .....	<b>17</b>
<i>Bruno Ravera</i>	
<b>La relazione medico-paziente tra medicina difensiva e medicina condivisa (I comportamenti medico-sanitari tra valori e regole)</b> .....	<b>21</b>
<i>Ivan Cavicchi</i>	
<b>La Medicina della responsabilità: un impegno etico scientifico in divenire</b> .....	<b>33</b>
<i>Claudio Buccelli</i>	
<b>La gestione del rischio e del conflitto nelle aziende sanitarie</b> .....	<b>43</b>
<i>Elio Borgonovi</i>	
<b>La responsabilità del medico tra “scienza e coscienza”</b> .....	<b>49</b>
<i>Michele Saccomanno</i>	
<b>L’etica nel risarcimento del danno</b> .....	<b>55</b>
<i>Sergio Sgambetterra</i> <i>Mariano Paternoster</i>	
<b>Verso un modello condiviso per la gestione del conflitto in ambito sanitario: il progetto “Hippocratica Civitas” dell’Ordine dei Medici di Salerno</b> .....	<b>59</b>
<i>Marco Marinaro</i>	



# **Prefazione**

*Bruno Ravera*

Questa pubblicazione su “L’attività sanitaria tra etica e responsabilità” rappresenta il primo volume di “Salerno Medica” Collana Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Salerno.

L’argomento trattato è particolarmente pregnante e di attualità: etica e responsabilità nell’attività sanitaria sono due aspetti nella pratica quotidiana a volte configgenti, così come l’autonomia clinica e quella gestionale o l’etica e la compatibilità economica.

Questi aspetti ed altri sono stati pregevolmente e minuziosamente analizzati da esperti di livello nazionale ed internazionale in una “lunga” carrellata di interventi all’interno del Convegno svoltosi presso la sede del nostro Ordine il 17 Aprile 2009.

Le relazioni, tutte di elevatissimo contenuto scientifico e pratico, hanno condotto i numerosissimi presenti lungo un percorso formativo che, partendo dalle tematiche di carattere generale sull’etica, la responsabilità ed il rischio professionale in sanità, la gestione del rischio, porta ad una nuova realtà sul modo di affrontare i conflitti in sanità: la conciliazione.

L’Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Salerno ha voluto offrire un contributo in questo campo attraverso un lungo, faticoso e non semplice percorso teorico e di pratica attuazione, realizzando il progetto “Hippocratica Civitas”.

E’ un modello culturale e gestionale nuovo ed articolato, con il quale si intende proporre un metodo di risoluzione di alcune controversie in ambito sanitario, alternativo al ricorso alla giurisdizione ordinaria, improntato sulla conciliazione.

I destinatari primari di questo volume saranno tutti i nostri iscritti per i quali, sono certo, che il contenuto potrà risultare utile nella pratica professionale, sperando che l’impegno scientifico-culturale ed editoriale sia premiato dalla diffusione del libro anche al di fuori del mondo della sanità.



# **Il progetto “Hippocratica Civitas”: al di là della conciliazione**

*Giovanni D'Angelo*

L'Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Salerno ha cercato di rispondere, con il progetto “Hippocratica Civitas”, alle ultime direttive prodotte in seno al Consiglio d'Europa in materia di responsabilità medica (21/05/2008) volte a favorire una diversa e nuova politica nella risoluzione delle controversie generate da errori medici.

Le direttive europee indicano la mediazione e la conciliazione quali forme primarie di tentativo di risoluzione delle vertenze medico-paziente rispetto al ricorso immediato alle vie processuali, lungo, costoso, poco proficuo e negativo nel senso di partecipazione sociale alla gestione della salute.

Hippocratica Civitas è un progetto ambizioso, non semplice, di grande responsabilità e richiede un cambio di cultura generale di tutti gli attori coinvolti: medici, pazienti e compagnie assicurative; un passo indietro di tutti per ritrovarsi in un confronto sereno con l'obiettivo di ricostruire innanzitutto il rapporto fiduciario e, quando possibile, di comporre la vertenza all'interno di un percorso più rapido, più corretto, più rispettoso della problematica stessa affrontata: la salvaguardia della salute.

Hippocratica Civitas non può e non vuole sostituire le procedure giudiziarie, quando necessarie e non evitabili; vuole realizzare, nei casi possibili, un percorso alternativo, che riduca i tempi lunghi dei processi, ricostruisca il rapporto umano tra medico e paziente, determini un contenimento dei costi in materia di responsabilità professionale affrontati dalle Compagnie assicurative, restituisca al medico una maggiore tranquillità nell'esercizio giornaliero della professione, riducendo i rischi di una “prima pagina” anche per situazioni che potrebbero essere affrontate nel pieno rispetto della dignità del paziente e del medico, al riparo da speculazioni indesiderate e fuorvianti.

E' un progetto di servizio alla comunità intera, che pone al centro il recupero del rapporto medico-paziente e il diritto alla salute, con piena trasparenza nelle procedure messe in campo e con la legittima aspirazione a determinare la composizione della vertenza in termini conciliativi. L'obiettivo è che le parti ritrovino, prima ancora che il risultato della disputa, il recupero del rapporto umano.

Siamo convinti che questa strada sia quella più in linea con i tempi non facili che la Sanità sta vivendo in Italia e nel mondo; d'altra parte è una strada già percorsa da decenni in altri Paesi europei: si pensi alla più che ventennale attività delle Gutachterkommission (Commissioni di periti) e delle Schlichtungsstelle (Luoghi di conciliazione) presenti in Germania, dove gli Ordini dei Medici hanno istituzionalizzato, mediante una convenzione con le compagnie assicurative, questa forma di risoluzione di problematiche in campo di responsabilità professionale.

Ma questo progetto ha l'ambizione di andare oltre, perché contiene in sé un messaggio più profondo: l'Ordine dei Medici ed Odontoiatri è e sarà sempre più una istituzione ponte fra medico ed utente, ancor più fra medico e paziente.

Il ponte è costruito dall'attenzione dell'uno verso l'altro, dalla consapevolezza che le problematiche segnalate dal paziente devono essere analizzate con atteggiamento costruttivo e partecipativo da chi è chiamato a risolverle e ciò per evitare di generare conflitti il più delle volte indotti o alimentati unicamente da un cattivo rapporto o da un banale frainteso.

Allo stesso modo i problemi degli operatori sanitari sono problemi che devono coinvolgere chi si rivolge ad essi; basta pensare all'impegno quotidiano di tanti operatori sanitari, che ogni giorno si trovano ad operare in condizioni di ristrettezza di risorse umane e tecnologiche, con poca chiarezza sugli obiettivi da perseguire, all'interno di strutture non sempre adeguate, dove il tempo per la "costruzione" dei rapporti umani è continuamente ed inesorabilmente sopraffatto dal tempo per "altro", dimenticando così che la nostra professione è rivolta al malato prima ancora che alla malattia.

La sanità è fatta di muri, di macchine, di carte, di medicine, di letti, un mondo inanimato; ma c'è anche un mondo animato, fatto di pazienti e operatori della sanità, che ragionano, discutono e si emozionano.

Ed i medici sono necessariamente e inevitabilmente quelli più esposti, quelli che nel percorso assistenziale dentro e fuori le mura hanno il privilegio di essere il "king-maker" del risultato e, conseguentemente, nell'immaginario collettivo e nella ricostruzione giornalistica, i responsabili dell'esito.

Eppure non sempre è così. Non sempre il mancato "goal" è dovuto all'errore di chi lo ha formulato; perché il percorso è lungo, articolato, a volte tortuoso e le risorse possono risultare insufficienti e gli ostacoli possono insorgere improvvisamente. E gran parte di queste variabili sono non controllabili, da parte di chi ha pianificato l'obiettivo.

L'Ordine dei Medici ed Odontoiatri con questa iniziativa intende rafforzare il dialogo tra cittadino e medici-odontoiatri in uno sforzo unitario per la realizzazione di una gestione condivisa dei problemi in sanità, perché sono problemi di tutti, perché promuovere la salute è un obiettivo comune, perché analizzare con serenità l'errore medico contribuisce a costruire una sanità qualitativamente migliore e che evita il ripetersi dei problemi, perché ottenere un giusto risarcimento del danno, senza sconvolgere la vita professionale e sociale di tutti quelli che sono coinvolti nella disputa e senza interrompere il rapporto umano tra le parti, rappresenta una progressione nella crescita sociale della società e un diverso e più giusto modo di gestire le vertenze.

Il decreto legislativo pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 53 di Marzo 2010 ha rafforzato la nostra convinzione che la strada intrapresa sulla conciliazione in campo sanitario sia oramai una realtà: diventerà operativa entro un anno e non eludibile, essendo previste disposizioni di tipo punitivo ed incentivi economici, che mirano a favorire la via alternativa ai tribunali, in modo da contribuire a risolvere la crisi della giustizia civile in Italia, paese tra i peggiori in questo settore.

E' il tempo delle scelte ed è l'occasione per legittimare il lavoro di conoscenza e di elaborazione sin qui faticosamente compiuto all'interno di questo Ordine, nella consapevolezza che il cammino da fare è molto più lungo di quello fatto ma avendo la convinzione e la determinazione che è un percorso necessario, affascinante, coinvolgente, ricco di esperienze umane e professionali, attraverso il quale si potrà ridefinire il ruolo degli Ordini e dei suoi iscritti nel mondo sociale e nel rapporto con le altre istituzioni.



## Programma

**Introduzione**      *Bruno Ravera*  
*Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Salerno*

**I Sessione**    ore **16.00 - 18.00**

**Moderazione**      *Bruno Ravera*  
*Antonello Crisci*  
*Professore Associato di Medicina Legale. Seconda Università degli Studi di Napoli*

Ore 16.00            **La relazione medico-paziente tra medicina difensiva e medicina condivisa**

*Ivan Cavicchi*  
*Docente di Sociologia dell'Organizzazione Sanitaria e Filosofia della Medicina. Università La Sapienza e Tor Vergata, Roma*

Ore 16.30            **La medicina della responsabilità: un impegno etico scientifico in divenire**

*Claudio Buccelli*  
*Professore Ordinario di Medicina Legale.*  
*Presidente Comitato Etico, Università Federico II di Napoli*

Ore 17.00            **La gestione del rischio e del conflitto nelle attività delle aziende sanitarie**

*Elio Borgonovi*  
*Ordinario di Economia e Management delle Amministrazioni Pubbliche, Università Bocconi di Milano*

Ore 17.30            **Discussione**

## **II Sessione ore 18.00 - 20.00**

**Moderazione**      ***Giovanni D'Angelo***  
*Vice Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Salerno*  
*Responsabile progetto Hippocratica Civitas*

***Enrico Indelli***  
*Presidente Commissione Albo Odontoiatri di Salerno*

Ore 18.00      **La responsabilità del medico tra “scienza e coscienza”**  
***Michele Saccomanno***  
*Senatore della Repubblica*  
*Componente della XII Commissione Permanente Igiene e Sanità*

Ore 18.30      **L'etica nel risarcimento del danno**  
***Sergio Sgambetterra***  
*Direttore Healt Management Sistemi Sanitari Gruppo Fondiaria SAI*

Ore 19.00      **Verso un modello condiviso per la gestione del conflitto  
in ambito sanitario: il progetto “Hippocratica Civitas”  
dell'Ordine dei Medici di Salerno**  
***Marco Marinaro***  
*Avvocato Cassazionista e Conciliatore*  
*Docente incaricato di “Metodi di risoluzione delle controversie  
alternativi alla giurisdizione” presso la Scuola di Specializzazione delle  
Professioni Legali dell'Università di Salerno.*

Ore 19.30      **Discussione**

**Conclusioni**      ***Bruno Ravera***

# Introduzione

*Bruno Ravera*

Affrontare il tema della responsabilità del medico e, più in generale, la responsabilità nell'ambito della professione sanitaria diviene sempre più arduo. La secolare evoluzione sociale e culturale in dette relazioni professionali sembra aver profondamente logorato il rapporto medico-paziente, tanto che da più parti si ritiene che lo stesso viva ormai una profonda crisi.

Queste valutazioni nascono per lo più dall'analisi dei dati statistici provenienti da tutti i Paesi industrializzati compresa l'Italia ove peraltro gli unici dati sul fenomeno della c.d. *malpractice* medica pervengono dall'ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici) la quale in relazione al periodo 1994/2002 registra quasi un raddoppio dei sinistri denunciati. Nel rapporto ANIA si pone in evidenza come il notevole incremento dei sinistri possa essere attribuito anche al mutato atteggiamento dei pazienti e dei loro familiari che tendono a valutare l'adeguatezza scientifica degli accertamenti e delle cure sostenute, nonché l'operato dei medici e delle strutture sanitarie. Non può trascurarsi poi il progressivo ampliamento del novero dei soggetti danneggiati (non solo il paziente, ma anche i congiunti) e dell'area di responsabilità del medico ad opera della giurisprudenza. Il costo medio dei sinistri segna una crescita del 21% per la responsabilità dei medici e del 67% della responsabilità delle strutture sanitarie, con un trend in ulteriore crescita.

Ed invero, le cause di questa aumentata conflittualità possono essere ricercate in una molteplicità di fattori concorrenti ed appare estremamente difficile se non impossibile individuare quelle che sono le principali ragioni storiche e sociali. Un dato della fenomenologia attuale è chiaro: il medico è a volte più attento alla malattia e sempre meno al malato, e quest'ultimo tende sempre più ad autodeterminarsi sino a richiedere cure, accertamenti diagnostici e terapie. Si tratta sicuramente di una distorsione pericolosa di tale relazione la cui asimmetria informativa non deve pregiudicare l'equilibrio fondato comunque sulla fiducia che in questo delicato rapporto professionale costituisce non soltanto la ragione della scelta del medico e della struttura sanitaria, ma assicura la realizzazione (corretta) del progetto di cura.

La transizione dal paternalismo medico al principio di autonomia del paziente esemplifica l'evoluzione del rapporto medico-paziente giunto attualmente ad un punto di criticità eccessivamente elevato, tanto che a volte si perviene alla considerazione che la salute dei cittadini debba essere tutelata dalla magistratura più che dalla professionalità del medico.

Assume così assoluta priorità l'obiettivo di favorire le condizioni di una rinnovata fiducia verso i medici e le strutture sanitarie da parte dei pazienti. La classe medica dovrà sempre più impegnarsi nel prendersi cura dei malati e non soltanto della loro malattia, in un dialogo trasparente ed informato e per ciò stesso in grado di ricostruire un rinnovato e più duraturo rapporto.

L'attività del medico, in quanto attività umana di particolare delicatezza e difficoltà, è per sua natura soggetta a errori e, dunque, a conflitti. In questo ambito particolare rilievo deve essere riservato alle tecniche del risk management in quanto una gestione consapevole e trasparente del rischio è in grado di ridurre notevolmente l'incidenza. Ma anche nel caso dell'errore e, quindi, del conflitto occorre affrontare la situazione con uno sforzo culturale che consenta alle parti di ritrovarsi a valutare obiettivamente ed anche in sede conciliativa gli esiti dell'accaduto.

In questa prospettiva nasce il Progetto "Hippocratica Civitas" attraverso il quale l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Salerno mira a creare un rinnovato rapporto di fiducia tra le parti coinvolte a diverso titolo nel rapporto di cura. Il medico e l'odontoiatra, il paziente, la struttura sanitaria pubblica o privata presso la quale si svolge l'attività di cura e, nella fase patologica, le compagnie di assicurazioni e i diversi consulenti che a diverso titolo partecipano e concorrono all'accertamento di eventuali ipotesi di responsabilità.

La tematica è estremamente complessa ed ampia e trova fonte in un rinnovato approccio all'etica delle professioni secondo un modello che prevede la condivisione di un percorso che restituisca serenità all'operatore sanitario nell'esercizio della professione ed al contempo garantisca il paziente vittima di un errore professionale. L'Ordine in questa prospettiva diventa il garante di un confronto eticamente corretto, aperto ma riservato, responsabile, che consenta di dialogare per il perseguimento di una soluzione sempre pacifica e condivisa.

Così nell'ottica di migliorare il rapporto medico-paziente, tutelando, da una parte, il decoro e l'immagine del professionista e dall'altra la salute del cittadino, l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Salerno ha istituito la Camera di Conciliazione per la gestione pacifica e negoziata delle controversie in materia sanitaria nel territorio di competenza.

La conciliazione è una procedura di risoluzione delle controversie in base alla quale una terza persona imparziale, il conciliatore, con il supporto di una commissione tecnica, assiste le parti in conflitto guidando la loro negoziazione e orientandole, anche con una proposta, verso la ricerca di accordi reciprocamente soddisfacenti.

Peraltro, sotto il profilo formale, appare utile rilevare come già il decreto istitutivo dell'Ordine (D.Lgs.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233 *Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni*) elencava, all'articolo 3, lett. g, tra le funzioni spettanti al Consiglio direttivo di ciascun Ordine proprio quella di «interporre, se richiesto, nelle controversie fra sanitario e sanitario, o fra sanitario e persona o enti a favore dei quali il sanitario abbia prestato o presti la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari e per 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».

Ed allora l'Ordine diviene la sede privilegiata per l'incontro ed il dialogo sulle tematiche della responsabilità sanitaria orientate sia alla prevenzione (del rischio e, quindi, del conflitto) sia alla soluzione (della lite). Nasce così l'esigenza di creare un organismo che sia in grado di

gestire con professionalità, autorevolezza ed imparzialità la mediazione delle diverse istanze ed interessi coinvolti nella complessa gestione del rapporto sanità-paziente. Il progetto si muove lungo le direttrici chiaramente segnate dal Parlamento e tuttora in discussione che prevedono non soltanto la riforma della materia della responsabilità sanitaria, ma introducono per l'appunto forme di giustizia alternativa da esercitarsi proprio presso i diversi Ordini professionali per specifiche materie.

Di qui l'organizzazione di un Convegno dal titolo "L'attività sanitaria tra etica e responsabilità" con l'intervento di autorevoli relatori chiamati a confrontarsi sui temi dell'etica nella professione sanitaria e della responsabilità in una prospettiva operativa: offrire un servizio che possa incidere in primo luogo culturalmente nel rapporto di cura che vive un momento di crisi per le profonde trasformazioni socio sanitarie degli ultimi decenni.

Il Convegno costituisce quindi un importante momento di dialogo e di confronto tra studiosi e operatori con l'attenzione del legislatore (grazie alla presenza del Sen. Michele Saccomanno, relatore dei cinque progetti riuniti in materia di responsabilità sanitaria) nella prospettiva ormai prossima di una riforma auspicata e condivisa della responsabilità e degli strumenti di composizione delle liti alternativi alla giustizia statale. Nella consapevolezza che nuove regole e nuove procedure non potranno ottenere gli obiettivi prefissati senza la ricostruzione di un rinnovato dialogo tra le parti eticamente corretto.



# **La relazione medico-paziente tra medicina difensiva e medicina condivisa (I comportamenti medico-sanitari tra valori e regole)**

*Ivan Cavicchi*

## **Premessa**

L'introduzione ai lavori di Bruno Ravera ha posto con chiarezza i problemi alla base di questo convegno: la medicina del nostro tempo nelle tante e diverse realtà sanitarie del nostro paese, tradisce problemi, contraddizioni, paradossi, inediti, mai avuti prima, che si spiegano con due difficili relazioni quella tra il medico e il cambiamento culturale, sociale, quasi antropologico del "paziente" che diventa dal secondo dopo guerra ad oggi sempre più "esigente"; quella sempre più difficile tra il medico e le politiche di compatibilità messe in atto dalle aziende sanitarie .

La professione medica viene così a trovarsi costantemente esposta a due "generi" di contenzioso: quello sociale e legale con il cittadino, quello professionale con i gestori delle aziende.

Si tratta di una problematica comune a tutto l'occidente, non solo europeo, che in una certa misura travalica le forme specifiche dei diversi sistemi sanitari occidentali (pubblici, privati, mutualisti, misti ecc), rivelando l'esistenza trasversale di processi profondi di cambiamento, compreso quello inarrestabile della crescita della spesa ad essi collegata.

## **Invarianze e cambiamenti**

Indipendentemente dalle forme e dai contenuti dei due "generi" di contenzioso, al fondo emerge un conflitto che si può riassumere, nella sua essenzialità, in quello tra "invarianze" e "trasformazioni". Vi sono invarianze che riguardano il medico che stridono con i cambiamenti del paziente, vi sono cambiamenti che le gestioni compatibili impongono ai medici che stridono con quelli che dovrebbero essere i valori etici e deontologici della professione, vi sono invarianze nel "pensiero debole" della politica palesemente incongrua rispetto alle sfide sul tappeto, vi sono cambiamenti che non decollano e che invece avrebbero dovuto decollare già da anni. Le crisi importanti sono sempre dei "fritti misti" di complessità.

Il conflitto tra ciò che non cambia e ciò che cambia è in realtà sempre tra due "evidenze" supposte: le evidenze economiche di chi gestisce la sanità spesso sono in conflitto con quelle cliniche del medico, le evidenze del medico spesso sono in conflitto con altre evidenze di altra natura comprese quelle della fallibilità medica ecc.

Tra invarianza e cambiamento quindi collocherei oggi la posizione del medico che a sua volta collocherei su uno sfondo ancora più ampio e che qualcuno ha definito "tra ciò che non è più" e "ciò che non è ancora", cioè dentro una "transizione".

Indipendentemente dagli esiti dei processi in corso è a mio avviso indubbio che essi “processeranno” tutto uomini e cose. Un segnale in questo senso viene dal “libro verde” sulla Sanità del ministro Sacconi che (come si usa dire) “per non saper né leggere né scrivere” propone di cambiare addirittura “sistema”. Indipendentemente dai contenuti, che personalmente non condivido, il “libro verde” opta per il cambiamento contro le invarianze. Chi come i riformisti del centro-sinistra vorrebbero difendere le politiche degli ultimi decenni (secondo me non prive di gravi debolezze) hanno l’onere (non dico il dovere) di proporre a loro volta un’idea di cambiamento altrimenti saranno a loro volta “processati” dai processi.

La mia idea è nota: io credo in un neoriformismo, quindi in un cambiamento di idee, di pensiero, di politiche che, senza negare il “genere” e la “forma” del sistema pubblico, ripensi profondamente il “pensiero debole” che dall’istituzione delle aziende in poi ha dominato e continua a dominare l’intero sistema sanitario. Questo pensiero debole è quello dell’exasperato economicismo delle aziende di contro una più moderna economia della complessità, è quello delle aziende sanitarie mutate da modelli manifatturieri incapaci di ripensarsi come “sui generis”, cioè a partire dalle proprie specificità, è quello di un’economia di stampo neo-classico che esclude arbitrariamente altre forme di gestione economica non necessariamente basate sulla parità di bilancio, è quello che rende “incomplessa” (non semplice) la complessità dell’intreccio tra “medicina” e “sanità”, tra operatori e servizi, tra contenitori e contenuti, tra generi diversi di autonomia, quella gestionale del direttore generale e quella tecnico-funzionale del medico; è quello che riduce tutto a linee-guida, a protocolli, a metodiche pre-formate standardizzando quello che non è facilmente standardizzabile vale a dire l’individualità, la specificità, l’unicità del malato; è quello che banalizza l’idea di partecipazione, che parla in mala fede di umanizzazione, di centralità del malato, del “prendersi cura” senza impegnarsi nei cambiamenti profondi che tutto ciò comporterebbe. E’ quello che non sa pensare alla sanità se non come “gestione” come “compatibilità”, come “razionalizzazione” ingavinato in visioni conservative senza respiro e senza prospettive. Il pensiero debole è ignorante, maneggione, inadeguato, solo tecnocratico, semplificante e banalizzante con il vizio di ridurre soprattutto gli operatori, i soggetti, a cose, ad oggetti, illudendosi di poterli “gestire” come cose. L’ideale del pensiero debole (mai confessato) è di disporre degli operatori, soprattutto dei medici, come se fossero delle lavatrici (trivial machine) facilmente programmabili.

Queste sono le “invarianze” di un riformismo vecchio, logoro, senza ormai prospettiva e che bisogna cambiare senza per questo sacrificare le qualità fondamentali del sistema che per lo più sono etiche, culturali e sociali, cioè senza venire meno ad un’idea moderna di “riformismo”. Sbaraccare tutto, come propone il libro verde, non è riformismo ma è “contro-riformismo”. Cambiare la casa non significa distruggerla e meno che mai solo ritinteggiarla, ma ri-pensarla in una continuità storica, evolutiva, dinamica. E’ l’idea di una sanità che “diventa” cioè che si nutre di cambiamenti proprio per essere “meglio” non “altro”.

Nel conflitto tra “invarianze” e “cambiamenti” il grande rischio, in particolare per il medico, è la regressività, che non vuol dire semplicemente tornare indietro. Quando qualcosa è fermo mentre tutto si muove è come se tornasse indietro, cioè è come se fosse spiazzato,

decontestualizzato, è come se fosse “ultimo” nella realtà. Essere ultimi significa molto semplicemente perdere tutte le prerogative dei “primi”: onori, valori, considerazioni, status, ecc. E’ quello che si definisce “delegittimazione”. Dietro ai problemi del contenzioso legale, della medicina difensivistica, della crisi dell’autonomia professionale, della crisi dei rapporti con la società civile altro non vi è se non una pericolosa tendenza alla “delegittimazione”. La grande differenza tra il medico di ieri e il medico di oggi è rappresentata dal diverso grado di legittimazione/delegittimazione sociale della sua figura.

Occuparci di errori, di rischi, di comportamenti opportunistici, significa occuparci delle forme moderne della delegittimazione ma per trovare le soluzioni di merito sapendo che la domanda di fondo resta “come si rilegittima la professione medica nella società attuale?”. La medicina come tutte le imprese umane non è infallibile, ma il problema oggi è che questa tautologia ha comunque nostro malgrado la forma della colpa.

Cosa dobbiamo fare perché la fallibilità, ad esempio, sia ridefinita come predicato di una complessità? Se non è l’errore a definire direttamente la colpa ma è la società delegittimante che trasforma l’errore in colpa quale rapporto tra errore e società? Tra significato di base e significato contestuale? Tra professione, cultura, etica, scienza, economia? Questa è la domanda che appalesa in modo inequivocabile il grado irriducibile della complessità delle questioni con cui abbiamo a che fare. Oggi il rapporto tra il medico e il mondo è in “crisi” (a dir il vero da molti anni), che facciamo?

### **Esiste un’emergenza etica?**

Perché da alcuni anni non facciamo altro che parlare di umanizzazione, di centralità del malato, della necessità di ripensare la relazione con il malato, di etica, di responsabilità? Cosa è questa mania dell’etica? Bruno Ravera nella sua introduzione ha addirittura parlato, secondo me a proposito, cioè senza nessuna esagerazione, di “conflitto” tra medicina e società, la cui forma è certamente quella di una nuova questione etica. Lo stesso titolo di questo convegno è un’indicazione interessante: l’attività, cioè l’agire e il fare, tra etica e responsabilità, altro non vuole dire se non porre a noi stessi e alla medicina nel suo complesso la questione strategica di quale etica della responsabilità abbiamo bisogno. Cioè l’indicazione che Bruno Ravera ci ha dato è cercare delle soluzioni (il tema della responsabilità) a problemi etici nati da una nuova complessità sociale (l’errore, il rischio, il contenzioso legale) compresa tra “l’esigente” (l’ex-paziente) e le restrizioni economiche (le aziende). Vi è un segno culturale da cogliere nell’introduzione di Bruno Ravera, un segno che collega questo convegno alla tradizione secolare della medicina per la quale l’etica è sempre stata, in forme storicamente diverse, un “imperativo categorico” nei confronti sia della scienza che di tutto il resto. Parlare di umanizzazione (lo dico ai miei amici delle “medical humanities”) non ha molto senso perché la medicina è sempre stata umanistica e lo è stata perché da sempre il malato, nelle sue varie accezioni sociologiche e filosofiche, è stato un imperativo categorico. Questo convegno in fin dei conti ci dice che per quanto siano acuti i problemi economici della sanità, per quanto siano

scomodi i cambiamenti sociali del paziente che diventa esigente, per quanto siano inadeguate molte vecchie abitudini della medicina, non c'è ragione di rinunciare all'etica quale imperativo categorico. Come salvaguardare e rilanciare questo imperativo è il tema del giorno.

L'etica così non è solo la forma esteriore del problema sanità, cioè il linguaggio attraverso il quale si esprime il malessere di un intero sistema, ma è un'emergenza / coemergenza, cioè qualcosa che viene fuori, tangibile, osservabile e che in un certo senso la semplifica agli occhi di tutti. Dietro alla crescita delle diseguaglianze e delle disparità, quindi all'indebolimento del valore del diritto, dell'eguaglianza, dell'universalismo, dietro alle politiche di compatibilità, di razionalizzazione, di economicità delle aziende, dietro ai fenomeni involutivi della medicina difensivistica, del contenzioso legale, dietro alle questioni organizzative dei servizi, delle professioni, innanzi tutto vi è un'emergenza etica prima che economica o di altro tipo. L'etica oggi in medicina e in sanità, ha la forma dell'indebolimento degli imperativi categorici e in quanto tale è il denominatore comune di una straordinaria varietà di questioni. La necessaria scelta di campo è strategica: si tratta di difendere degli imperativi categorici (vecchi e nuovi) e chiedere a tutti, in particolare agli aziendalisti, di farli propri trovando al proprio interno le soluzioni necessarie. Nessuno di noi nega che vi siano dei limiti finanziari ma nessuno di noi è disposto in ragione dei limiti finanziari a rinunciare a certi imperativi economici. Si trovino le soluzioni di "compossibilità" (termine introdotto da Leibniz) in ragione della quale l'etica non sia in contraddizione con l'economia e viceversa, cioè siano "compossibili" (in una relazione due cose sono compossibili quando tra di loro non esistono contraddizioni). Ben diverso è il ragionamento che ci impongono gli aziendalisti: siccome ci sono dei limiti finanziari l'etica si deve adattare ad essi cioè deve essere "compatibile" (in una relazione due cose sono compatibili quando una delle due si riduce all'altra). L'inganno è proporre la compatibilità come unica strategia ma non perché non ve ne siano di altre possibili ma perché è l'unica strategia che certi economisti conoscono. La compatibilità è un limite di chi pensa la sanità, non della sanità. In quanto tale è imposto per gestire un limite economico. Chi ha detto che l'unica forma di azienda è quella che ci è stata imposta a partire dal '92? Chi ha detto che l'unico modo per far tornare i conti sia la parità di gestione? Vi sono altri generi di economie che perseguono gli stessi fini in altri modi. Chi ha detto che l'autonomia clinica deve essere per forza subordinata all'autonomia gestionale? Chi ha detto che il management è solo quello che ci propongono certi aziendalisti? Vi sono altre forme di management: si pensi a Norman a Mintzberg e ad altri molto più confacenti alle specificità della sanità. Chi ha detto che l'unico modo per controllare o governare gli operatori sia quello di considerarli delle trivial machine, cioè delle lavatrici programmabili con linee guida, protocolli, standard indicatori? Vi sono altri modi di controllare i comportamenti come ad esempio quello che indica il titolo di questo convegno cioè la responsabilizzazione degli autocomportamenti. Ecc ecc.

La compossibilità è un pensiero diverso dalla compatibilità, esso chiede all'economia di trovare soluzioni diverse da quelle solo restrittive e limitative e di smetterla una buona volta per tutte di imporre i propri pre-giudizi al mondo della sanità. La stessa cosa vale per i medici. La compossibilità chiede loro dei cambiamenti, di ridiscutere le loro storiche invarianze

altrimenti non riusciremo mai ad avere una relazione autentica con il malato. Oggi dietro alla famosa “asimmetria” tra medico e malato, dietro alla revoca della delega e al venir meno di rapporti fiduciari, vi sono soltanto problemi di compatibilità. Il medico non deve essere compatibile con l’esigente, ma compatibile sì. Analogo discorso vale per i malati, i cittadini ...essi nella logica della compatibilità non possono essere solo e semplicemente i detentori dei diritti ma devono a loro volta trasformare gli imperativi categorici dell’etica in doveri. Nella compatibilità non c’è spazio per nessun tipo di tirannia: né quella del management, né quella delle professioni, né quella del cittadino malato. Nella compatibilità la tirannia è invece indispensabile, per obbligare qualcuno ad adattarsi a qualcun altro, a ridursi e a rinunciare a qualcosa. Il contenzioso legale, la medicina difensivista, l’economicismo cieco dei direttori generali sono fenomeni che esprimono delle peculiari forme di tirannia individualistica (è uno dei tratti della c.d società post-moderna) a scapito dei valori sociali, di quelli etici, cioè a scapito di un grado ragionevole di civiltà e di nuovi modi di concepire la convivenza tra valori e interessi.

Quindi l’emergenza etica prima di tutto esiste perché in un modo o nell’altro si sta andando verso un indebolimento, uno svilimento degli imperativi categorici. Nelle aziende sanitarie la tendenza è chiedere a questi valori di essere prima di tutto non “imperativi” ma solo “suggerimenti”, quindi di essere non categorici ma flessibili. Questa è la ragione per la quale si sono mandate a farsi benedire “scienza e coscienza” o principi fondamentali come quello di “beneficialità” che facevano del medico il primo agente morale molto tempo prima che scoppiasse la moda ma anche il “business” del risk management. Queste sono le ragioni per le quali da almeno 20 anni l’autonomia clinica (unica vera garanzia di salvaguardia del malato) è in caduta libera creando distorsioni di ogni genere. Oggi è sotto i nostri occhi una artificiosa contrapposizione creata dai compatibilisti che contrappone la medicina alla sanità, cioè i contenuti ai contenitori, i saperi ai limiti di risorse, i malati agli operatori ecc.

### **La tracotanza del pensiero unico**

L’emergenza etica è quasi un sottoprodotto di un pensiero unico che è quello del “management” e qualsiasi pensiero unico è, a sua volta, tracotante e tirannico. Il suo difetto più grande è vedere la varietà, la molteplicità, la complessità attraverso un unico principio, la famosa “razionalità economica”, ritenendo che essa sia sufficiente ad affrontare e risolvere qualsiasi questione. La tracotanza, quindi, sta nelle sue ridicole pretese. Il pensiero unico non ammette relazioni con altri generi, specie e tipi di pensieri. Il pensiero unico degli aziendalisti è il primo nemico dell’etica. Chiariamoci subito per non dare luogo a malintesi e a strumentali demonizzazioni: non l’economia è nemica dell’etica ma coloro che concepiscono l’economia come pensiero unico. Mi è cara una frase pronunciata da un premio nobel per l’economia (il premio fu vinto da V. Hayek insieme a Myrdal, 1974) che diceva: “un economista che è solo un economista non è un economista”. V. Hayek era profondamente convinto che si dovesse integrare lo studio delle grandezze economiche aggregate con quello dei comportamenti dei

soggetti anticipando in questo senso la teoria della microfondazione della macroeconomia. Al contrario di certi aziendalisti V. Hayek respinse sempre l'idea di una dinamica di puro equilibrio in quanto eccessivamente meccanicistica (The collected works of F. V. Hayek a cura dell'Università di Chicago). In questi anni noi abbiamo pagato il prezzo salato del pensiero unico di "certi" economisti spalleggiati dal pensiero debole della razionalizzazione e della compatibilità che è quello responsabile di quel paradosso del "miglioramento senza cambiamento" che ho descritto nei miei libri. Insisto nell'usare la parola "certi" manager perché non intendo fare di tutte le erbe un fascio. La tracotanza di questo pensiero unico si basa ancora oggi, nonostante le tante contraddizioni che ha innescato, sull'illusione che la razionalità economica è onnicomprensiva dell'etica e del resto. Unicità in questo caso vale come unica razionalità ammessa. Oggi questa pretesa nella società post-moderna è manifestamente ridicola. Nel "libro bianco sulla sanità", che ho pubblicato nel 2005, ho analizzato con cura, quasi con meticolosità, la razionalità dei nostri aziendalisti facendo una metanalisi della loro rivista ufficiale "Mecosan" (studiando tutti i numeri disponibili) e, in un paragrafo che non a caso ho intitolato "razionalità senza morale", ho esaminato i pregiudizi di questi illustri economisti: il primo è ritenere che i valori dell'economia e quelli dell'etica sono identici, cioè di fatto non ammettere la diversità dell'etica; il secondo è considerare l'etica come al servizio del management, quindi non riconoscergli un'autonomia; il terzo è equiparare l'umanizzazione alla razionalizzazione quando i più grandi problemi di umanizzazione nascono come effetti distorti della razionalizzazione; il quarto è sostenere che la razionalità riduce il bisogno di ricorrere all'etica e tante altre cose. Il pensiero unico di questo tipo di aziendalista è che si debbano rispettare le "leggi" dell'economia come se fossero "leggi" della natura e che l'impiego "ottimale" delle risorse e "l'efficienza" ..."nulla hanno a che fare con l'etica" (Borgonovi 1993). Quanto alla nozione di "legge" il pensiero moderno, anche dell'economia, preferisce nozioni come "regola", "norma", "criterio" ammettendone la relativa provvisorietà. Il campo della nozione di legge, oggi, il pensiero scientifico tende a delimitarlo alla capacità previsionale. Qualcosa assomiglia alla legge solo se la sua capacità di previsione è senza ombra di dubbio confermata. Ma prevedere che la spesa sanitaria nel tempo aumenterà non vuol dire niente e meno che mai è configurabile come una legge. Pretendere poi che in ragione di una previsione generica e indifferenziata si debba adottare esclusivamente e necessariamente la gestione delle compatibilità come una "legge" della quale l'etica può solo prendere atto non solo è tracotante ma nella sua grossolanità semplicemente oscurantista e incivile. Alcuni aziendalisti si sono spinti persino ad affermare che l'etica è un "rischio" per il management semplicemente perché l'etica non ha le sue conoscenze. Un modo goffo e maldestro di negare, semplicemente, quello che è diverso da certa razionalità. Ci mancherebbe altro che l'etica non fosse etica. Il problema, per qualsiasi razionalità, è di farci i conti come tale. Quindi mi si consenta di inneggiare ad Hayek, auspicando un'economia intelligente che mi piacerebbe chiamare "economia dell'indulgenza", richiamandomi con questo principio alla tolleranza e alla disponibilità di ascolto di certi tipi di razionalità nei confronti di altri tipi di razionalità.

**Keynes diceva: non fate mai l'errore di supporre qualcuno senza interessi**

L'emergenza etica è quasi una rivolta al pensiero unico della razionalità aziendale destinata a crescere e a dispiegarsi in tante forme. Se rivolta non piace essa è sicuramente una reazione, un sintomo, un'espressione di un malessere profondo ingenerato, in primo luogo, dalla grossolanità, dalla protervia di un pensiero che, per apparire "razionale", non esita (ma solo per tutelare i propri interessi economici) ad essere manifestamente stupido. Quando nacque l'azienda gli aziendalisti di grido, quelli che si proponevano come i nuovi "maitre a pensèr" della sanità, ci rifilarono l'unica azienda che "loro" conoscevano, quella manifatturiera. Nessuno di loro aveva in mente qualcosa di più attinente alla complessità della medicina e della sanità. Imposero il loro modello non il modello che sarebbe servito e su quel modello, con la complicità di alcune Regioni "d'avanguardia", affermarono un monopolio culturale che fruttò e continua a fruttare, attraverso la formazione, le consulenze, la progettazione, una barca di quattrini che, naturalmente, nessun economista ha mai pensato di quantificare. Sono coloro che respingono sdegnosamente qualsiasi pensiero difforme ma non perché sono in dissenso ma solo perché temono di mettere in pericolo un "mercato" di immense proporzioni. Quanto all'altra possibilità, quella di mettersi in gioco, di interpretare il cambiamento, di aggiornare le loro scelte... neanche parlarne. Uno dei difetti del pensiero unico è di essere proprio unico, cioè di non avere, al di fuori di esso, un qualsiasi pensiero di ricambio.

Quando nacque l'azienda si pattuì tra aziendalisti e Regioni la grande separazione tra "gestione" e "politica" che equivaleva quasi ad una separazione tra razionalità e irrazionalità, ma anche ad una spartizione tra poteri di genere diverso: il management, le istituzioni pubbliche. Le cose sono sotto i nostri occhi: la separazione non c'è stata, la politica è diventata "gestione della gestione" assumendo le forme della lottizzazione, della spartizione, della gestione scorretta del potere, il management è l'alibi che nasconde una nuova forma di amministrativismo, burocratismo, "regionismo" (il regionalismo è un'altra cosa). Tra l'azienda teorica e l'azienda reale vi è un abisso di dimensioni sproporzionate nonostante abbiamo speso sull'alibi aziendale immense quantità di risorse. Gli aziendalisti si lamentano che l'azienda che loro hanno in testa non gliela fanno fare (prendendosela ma molto sottovoce con le regioni); in realtà il loro tentativo è di riaccreditare i loro anacronistici modellini evitandone la critica, ma quel che più è grave è il tentativo di nascondere le loro incapacità a proporre delle aziende reali nelle realtà date. Le condizioni ideali per i loro giocattoli non ci saranno mai ma solo perché ovviamente l'ideale è diverso dal reale. Il problema è quindi il seguente: quale azienda reale nelle realtà sanitarie italiane? Cioè per riprendere una mia proposta quale azienda sanitaria "sui generis"? Purtroppo, fuori dai loro modelli, certi aziendalisti sono come pesci fuori dall'acqua. Oggi l'emergenza etica ci dice che "efficienza", "funzionalità", "produttività", "gestione" sono nodi di complessità rispetto ai quali in sanità e in medicina la razionalità manageriale è del tutto insufficiente e impreparata. Il vento cambia... se l'azienda vuole salvarsi dovrà ripensarsi, aprirsi all'etica, alle professioni, alla complessità, alle relazioni, al cittadino, ai soggetti, a nuove economie, nuovi modi di pensare la gestione,

nuove logiche, emancipandosi dai regionismi. Ciò che dà fastidio non sono tanto i soldi spesi per formare delle aziende irreali, oltre che manifestamente inadeguate (anche se avremmo fatto meglio a spenderli in servizi, in qualità, in capacità professionali serie) facendo della formazione all'aziendalismo la più grande area speculativa degli ultimi 30 anni, ma che si continui con grande arroganza a farci credere che la vera azienda è ancora tutta da fare pur sostenendo da un'altra parte che la razionalità economica vale più di qualsiasi etica. La morale per me è una cosa seria, credo anche per Bruno Ravera e per questo convegno; personalmente non sono incline a bere le discutibili suggestioni della storiella "dell'azienda ancora da fare" e, meno che mai, quella che da un po' di anni si chiama "etica degli affari". Mi sono chiesto spesso se sia un'impostura o una cosa seria. So solo che nel "business" ogni colpo è permesso, cioè l'immoralità è giustificata nello stesso modo con cui certi aziendalisti giustificano la loro "razionalità senza morale". Per cui mi guardo bene dal proporre in sanità un'etica degli affari. Quello che propongo è un altro modo di guardare all'economia sanitaria, nel quale la relazione con l'etica e la scienza deve essere l'asse portante. "Si ha l'impressione "ha scritto Borgonovi" che a volte si scomodi l'etica per nascondere l'incapacità di usare la conoscenza (...) o di sostenere il confronto sul piano della razionalità" (op. cit.). Oggi l'emergenza etica ci dice solo dell'incapacità della razionalità economica, dei suoi vistosi limiti a interpretare il cambiamento; ci dice che certi imperativi categorici non si possono così facilmente adattare ai limiti delle risorse, che la medicina e la sanità non sono aziende manifatturiere e che operatori e utenti non sono "trivial machine".

## **Deontologie**

L'emergenza etica ha molte facce: quella del contenzioso legale di cui parleranno altri relatori, quella della medicina difensivistica e più in generale dei "comportamenti opportunistici" degli operatori, cioè quelle microstrategie messe in opera "informalmente" per difendersi dai rischi non della professione ma da quelli tipici degli "esigenti" e dei "direttori generali". Accanto a queste forme di emergenze etiche ve ne sono tante altre: le diseguaglianze dei trattamenti, il razionamento delle cure e delle prestazioni (si pensi alla storia dei Lea), le malattie iatrogene, l'abbandono sociale in cui versano per lo più i malati anziani non autosufficienti, la riduzione dei servizi causata dal blocco del turn-over, la precarizzazione degli organici, ma anche il costante prelievo di reddito dalle tasche dei cittadini con redditi bassi a causa di ticket e altre forme di imposizioni legate alla malattia. Grosso modo l'emergenza etica è riconducibile a qualche forma di privazione che lede alcuni valori fondamentali legati alla persona, ai diritti, alla nozione di bene, di giusto, di buono ecc. L'emergenza etica può essere imposta ai cittadini o in modo diretto (togliendo loro qualcosa) o indiretto attraverso gli operatori o meglio attraverso i problemi delle professioni. Ho sempre sostenuto che per curare bene un malato bisogna prima curare bene gli operatori. Quando gli operatori sono "trattati" male è inevitabile che le ricadute coinvolgano anche i malati. Il blocco del turn-over, ad esempio, è una delle misure di contenimento della spesa tra le più odiose proprio per i suoi effetti sulla qualità

delle pratiche e dei servizi. Oggi i carichi di lavoro che, di fatto, hanno gli operatori a causa del blocco del turn-over sono in certi settori così elevati da essere un serio problema per le garanzie di cura e di trattamento.

Una finestra attraverso la quale si possono vedere le relazioni problematiche tra professioni, aziende, malati è sicuramente la deontologia. I codici deontologici stanno evolvendosi alla ricerca di nuovi valori, nel tentativo di riaffermarne i vecchi, in una strana quanto sottile competizione tra contesti economici che sollecitano le professioni alla flessibilità morale e le professioni che, invece, temono di snaturarsi nella flessibilità sollecitata. Oggi quasi tutte le deontologie delle varie professioni (quelle dell'ultima generazione) hanno caratteristiche comuni: sono orientate ad un forte pluralismo dei valori (nei codici si trovano in realtà tante etiche deontologiche: il diritto, il bene, la persona, il giusto, l'equo, il buono ecc); i valori che predominano sono certamente quelli dell'autonomia e della responsabilità; sono tutti codici in divenire nel senso che i cambiamenti ai quali tentano di rispondere li rendono di fatto provvisori al momento e rivedibili; i grandi problemi innescati con l'azienda sono dietro a norme nuove, che addirittura accennano ad estendere l'obiezione di coscienza alle condizioni inaccettabili di lavoro (es. il codice degli infermieri). La cosa curiosa da comprendere meglio è quella che alcuni analisti sociali (Lipovetsky) hanno definito "il crepuscolo del dovere" quasi a sottolineare il carattere post-morale della società contemporanea. In sanità l'intero apparato concettuale della razionalizzazione, della compatibilità, del razionamento, ma anche le teorie "evidenzialiste" sulla rappresentazione del malato, quelle proceduraliste sulla qualità, sul risk management, ecc, se non sono proprio nel solco del crepuscolo del dovere tendono a sostituire alcuni imperativi categorici sul bene del malato, ad esempio quelli sulla beneficiabilità, con altri imperativi categorici come le statistiche, le linee-guida, l'appropriatezza economica e tutto ciò che controlla il comportamento professionale. Sussiste un forte scetticismo da parte di certi aziendalisti sulle possibilità benefiche dell'esercizio dell'autonomia delle professioni. Di contro le deontologie rispondono, anche se con cautela, rifiutando di fatto il crepuscolo del dovere e facili trasferimenti da certi valori ad altri, anche se curiosamente nella elaborazione dei loro codici le forme performative e imperative dei doveri (quelle che ruotano intorno al verbo e al sostantivo "dovere") sono organizzate in forma esortativa, cioè come intenzionalità con l'unica eccezione per ciò che riguarda la vita e la morte e le macro questioni bioetiche (eutanasia, fertilità assistita, testamento biologico, interruzione della gravidanza ecc). Il senso inequivocabile delle deontologie ruota intorno a due grandi questioni etico professionali: la relazione con il malato e l'autonomia professionale. Che guarda caso sono del tutto simmetrici a fenomeni come il contenzioso legale e il conflitto tra generi diversi di autonomie nelle aziende. Quello che di fatto emerge anche se non è esplicitato con la nozione da me proposta di "auto-re" è la figura nuova di operatore che in cambio di più auto-nomia assume più re-sponsabilità (auto-re), accettando di farsi verificare sugli esiti delle sue scelte: è un operatore che abbia margini di libertà sia per interpretare la relazione con "l'esigente" sia per interpretare, con qualche margine di autonomia, il rapporto mezzi/fini sulla scorta dei budget negoziati con il gestore. Questo ha un forte significato polemico nei confronti dell'azienda

che al contrario in questi anni ha preferito la strada dell'eteronomia cioè dei condizionamenti ai comportamenti professionali attraverso delle "regole". Per l'operatore l'etica che conta è quella dell'atto (vale a dire dei risultati che conseguono a quello che fa), per l'azienda, invece, le regole economiche (vale a dire una cosa va bene prima di tutto se è conforme alle regole imposte). Le aziende reali sono soggetti economici inevitabilmente utilitaristici e, tra i tanti tipi di utilitarismo in circolazione, esse preferiscono senz'altro quello delle regole, che per i teorici del management è una imbarazzante contraddizione. Non si dimentichi che per costoro le aziende avrebbero dovuto instaurare una cultura del risultato di contro quella della correttezza formale degli atti rispetto alle regole. Le cose sono andate esattamente in senso opposto: oggi le aziende rappresentano una forma diversa di burocrazia proprio perché perdura nei fatti l'equivalenza tra regola/risultato cioè tra forma e realtà. Oggi i procedimenti di gestione non fanno altro che amministrare rigidamente un sistema di regole. Se per l'operatore è il fine che giustifica sempre i mezzi che impiega, per l'azienda sono i mezzi disponibili che giustificano i fini perseguibili e le regole volte a contingentarli. Ebbene questo non solo è un conflitto tutt'altro che trascurabile ma è alla base proprio di quella parte dell'emergenza etica che tenta di rendere compatibile il bisogno del malato rispetto alle risorse limitate, condizionando l'autonomia degli operatori. Lo sforzo, che vedo nelle diverse deontologie, è cercare di affrontare l'emergenza etica proprio cercando un'intesa nuova sui rapporti tra atti e regole, ma soprattutto su nuovi modi di intendere il rapporto mezzi-fini. Ma questo sforzo non vede impegnati, purtroppo, gli aziendalisti e le loro razionalità a senso unico.

## **Relazioni**

Forse la parte più debole delle deontologie varie è proprio quella che riguarda le relazioni. Da una parte vi è persino una squilibrata ridondanza sui temi del malato- persona (che, ricordo, è la base del grande imperativo kantiano che fonda i doveri) ma dall'altra sembra sussistere più paternalismo che relazionalità. Questo lo interpreto come una non piccola difficoltà ad accettare il profondo significato del concetto di relazione. La relazione non è amabilità, non è bon ton, non è umanizzazione, ma è qualcosa di più e di diverso. La relazione, come ho avuto modo di scrivere in "la clinica e la relazione", non è giustapposizione di ruoli, di qua il medico e di là il malato, ma è altro. La relazione, ad esempio, è quella che, se intesa per il verso giusto, "riforma" addirittura il modo di conoscere della clinica. E' quella che reintroduce, accanto alla modellistica delle patologie (tutte le patologie sono descritte inevitabilmente per modelli verosimili di patologie), il valore della contingenza, della specificità, della diversità. La relazione ci dice che la conoscenza del malato non può essere solo su base semeiotica e che la malattia, come ho scritto tante volte, non è deducibile e tanto meno riducibile dal/al sintomo. Insomma la relazione è un ponte tra biologia e biografia, anche quella che riguarda l'operatore; in ragione di questa relazione non ha senso il dire comune "la centralità" del malato. Che senso ha in una relazione mettere solo uno dei due relati al "centro"? Al centro di che? Semmai i "centristi" (chiedo scusa per la battuta) dovrebbero preoccuparsi di mettere

al centro la relazione tra il medico e il malato. E' la centralità della relazione a sparigliare i giochi tradizionali della clinica. Eppoi mettere al centro il malato non considera che, per quanto al centro, il malato è anche il risultato di ciò che ha in testa il medico. I "centristi" dovrebbero ricordare che, ormai, c'è unanimità sul fatto che tra osservatore e osservato non c'è quella separazione a cui credeva Murri, ma c'è reciproca implicazione. Allora, se il malato è implicato nel medico e viceversa, che senso ha parlare di centralità?

La difficoltà a digerire tutto questo viene dal fatto che la relazione rappresenta una discontinuità paradigmatica notevole. Noi non nasciamo né come operatori, né come servizi, né come "relazionali" ma al contrario, come "scientificamente" antirelazionali. Prendiamo l'esempio dell'ospedale. Esso è nato su due teorie ben precise: la separazione del malato dal luogo di vita, quindi la rottura delle relazioni corrispondenti, in favore di un approccio "sperimentale" della conoscenza medica basata sulla massima oggettivazione della malattia; la teoria del ri-conoscimento, in ragione della quale un bravo medico è colui che sa riconoscere la malattia nei suoi segni.

Per questa teoria è del tutto inutile disporre di una relazione, anzi la relazione può essere di intralcio all'esame "obiettivo". Oggi, in questa società, quello che ieri era la massima espressione della scientificità positiva, l'oggettività senza relazioni (le relazioni implicano sempre i soggetti), appare una "invarianza" anacronistica. Oggi, vogliamo integrare gli ospedali con i luoghi di vita dei malati e, soprattutto, gli "esigenti" non ci chiedono più di riconoscere malattie da sintomi ma ci chiedono di "conoscere" le persone per conoscere le loro "personali" malattie. Anzi ci chiedono molto di più, ci chiedono di decidere insieme, di condividere i significati, ecc. Oggi la grande problematica del consenso informato rappresenta una grande contraddizione: gli operatori sono più sensibili alle ragioni del "consenso", i malati invece sono più sensibili alle ragioni dell'informazione. Penso che alla luce degli sforzi che le deontologie stanno facendo questo problema deve essere affrontato con equilibrio e senza ipocrisie.

### **Come ne veniamo fuori?**

Per carità non si tratta di mettere mano ad un ricettario di soluzioni, ma per lo meno di accordarci su alcune grandi opzioni. Per me il punto di riferimento più avanzato sulla questione professionale resta il convegno di Fiuggi del 2008 organizzato dalla Fnomceo. A più riprese ho avuto modo di dire che quel convegno è la base da cui partire. Bisogna trasformarlo in una "piattaforma professione" che come tale venga presentata al governo e alle regioni come qualsiasi piattaforma e con la quale coordinare nel paese un grande movimento culturale.

Se dovessi esprimere alla politica alcune idee, alcune convinzioni direi così:

- prima di tutto bisogna dire che le strategie di gestione sono importanti ma del tutto inadeguate ad affrontare il problema dei rapporti tra invarianza/cambiamento;

- servono nuove idee di riforma, cioè nuove politiche per il cambiamento che, a mio avviso, sono quelle capaci di rendere “compossibili” i rapporti tra domanda di salute e offerta di servizi, sono quelle che, nel pensiero ambientalista, si richiamano alla “sostenibilità”, vale a dire strategia di strategie per produrre la salute come se fosse acqua, aria, alberi, cioè una risorsa naturale di primaria importanza. La compatibilità non ce la fa a reggere i processi in corso; per non parlare della razionalizzazione che altro non è se non una forma “razionale” di conservatorismo; se devo cambiare i modelli, la razionalizzazione è insufficiente perché al massimo li migliora conservandoli tali e quali;
- in nessun caso il bisogno di cambiamento deve essere interpretato come richiesta di una riforma di sistema (la 834 o la riforma quater). Per carità, oggi le riforme di sistema non servono a niente o restano sulla carta o chi le applica lo fa per parzialità e per vantaggi propri. Eppoi per metterle in piedi ci si impiega un’enormità di tempo e, quando si tratta di applicarle, annegano nelle centinaia di adempimenti di cui necessitano;
- i cambiamenti devono riguardare i capisaldi dai quali dipende il sistema che, per quello che mi riguarda, sono il sistema di formazione del medico, lo status della professione, la riforma degli ospedali (siamo fermi alla riforma ospedaliera di Mariotti), il ripensamento delle aziende (da anni propongo senza fortuna l’azienda sui generis vale a dire un’azienda che si specifica non secondo le preferenze degli economisti ma secondo le specificità e le complessità della medicina); la cultura della partecipazione nel senso di pensarla come qualcosa che cambia il modo di essere delle istituzioni e le loro forme di governo “manifatturiere” e, soprattutto, che accetta il fatto che le istituzioni siano delegate dalla collettività a fare il loro mestiere e quindi non siano istituzioni proprietarie né di un assessore né di un direttore generale, né di un primario. Questo chiama in causa l’idea di “comunità” e quindi di sussidiarietà, riconducendo la sanità dentro le logiche di una grande transazione sociale.

Insomma direi alla politica: oggi il nemico più grande dell’etica, ma non solo, è il “pensiero debole”. Esso è nemico della buona economia, degli operatori, della funzionalità dei servizi, dei cittadini. Oggi il pensiero debole che è nato con le fraintese aziendalizzazioni non conviene più a nessuno, neanche ai suoi propugnatori che pur si sono arricchiti somministrandolo a dosi massicce a chiunque.

Ci vuole un pensiero forte. La politica chiami tutti coloro che in questo senso possono dare una mano senza distinzioni formali o di schieramento. C’è una emergenza etica che è destinata ad acuirsi nel tempo. Ignorarla sarebbe un atto di irresponsabilità.

## **La Medicina della responsabilità: un impegno etico scientifico in divenire**

*Claudio Buccelli*

Ringrazio l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Salerno ed in particolare il Presidente dott. Ravera per avermi invitato.

Le parole del Professore Crisci sono sicuramente eccessive rispetto ai miei meriti, dettate solo da sentimenti di amicizia, che ricambio.

Sono comunque profondamente lieto di essere con voi per prospettare qualche riflessione su un argomento che ormai sta diventando molto "invasivo" nell'ambito della professione medica.

All'esito di una lunga stagione di cosiddetto "paternalismo medico" il rapporto tra sanitario e paziente si colloca oggi in un modello di autonomia/contrattualismo, in cui il "paziente" (a mio avviso va molto bene che lo si chiami ancora così), rivendica la propria centralità nell'ambito del rapporto medico-paziente e della prestazione sanitaria.

Abbastanza percettibilmente ci si sta, tuttavia, anche spostando verso una nuova "era" della burocrazia o della parsimonia, cioè quella in cui l'attenzione si concentra non solo su valori di carattere etico relativi alla persona, ma anche su aspetti e problematiche di carattere economico.

Negli Stati Uniti lo spostamento è netto rispetto a quello che sta ancora avvenendo oggi nel nostro Paese; tuttavia è chiaramente percepibile che mentre in passato il rapporto medico-paziente si identificava in un rapporto dualistico, molto spesso nell'ambito domiciliare del paziente (quindi con attenzione anche a problematiche come quella, per esempio, del segreto professionale che oggi si è fatta più sfumata), il rapporto di cura è oggi divenuto assai più complesso, perché non attiene più soltanto a due protagonisti (il paziente ed il medico) ma è un rapporto che si gestisce con più partecipanti, tra i quali: il Sistema Sanitario Nazionale, entro le cui maglie, anche di carattere economico, appunto, si svolge la prestazione medica; i Mass Media che quotidianamente rappresentano le difficoltà, probabilmente anche con un eccesso di enfaticizzazione, della nostra professione; i Magistrati, molto sensibili a qualsiasi deroga da un corretto rapporto medico-paziente; gli Avvocati anch'essi molto attenti a queste problematiche; le Compagnie assicurative sempre più spesso chiamate a intervenire per gli aspetti risarcitori legati alla responsabilità professionale; i Politici, doppiamente coinvolti nella gestione economico-strutturale della sanità e, da qualche tempo, nell'approntamento di provvedimenti legislativi ad hoc, e così via.

Da questa evoluzione del rapporto di cura, derivano due indivisibili posizioni del medico nei confronti della responsabilità professionale: la prima, abbastanza frequente, di irrealistico rifiuto della esistenza dell'evento, o, se vogliamo, di completo disinteresse nei suoi

confronti; la seconda di inopportuno ossequio a dogmatiche concezioni ed apodittici precetti di giurisprudenza di merito e di legittimità sull'argomento, ragion per cui il medico piuttosto che improntare il suo comportamento alle conoscenze di carattere tecnico-scientifico, è portato ad adeguarsi agli approdi della giurisprudenza, solcando il mare melmoso della medicina difensiva che non è fatta più nell'interesse del paziente, ma nell'intento non dichiarato ma reale, di stornare quanto più possibile da sé pericolosi addebiti di malpractice.

In realtà la responsabilità professionale andrebbe intesa in senso diverso, non come una spada di Damocle sulla testa del medico, ma, come è stato opportunamente richiamato da chi mi ha preceduto, come un valore, perché la responsabilità, in effetti, è un valore che nasce dall'etica.

Già all'inizio del secolo scorso (Weber; 1919) si potevano trovare, negli stessi manuali medici, affermazioni sull'etica della responsabilità, quale comportamento che risponde a qualcuno (persone, sé stessi, società) o di qualcosa (propria condotta nel rapporto medico-paziente e nella prestazione medica).

Più modernamente, la responsabilità professionale, in quanto intrisa di questo valore, è stata definita (Barni; 2000) come il dovere di rispondere al proprio personale senso critico e morale ma anche all'amplissimo statuto nomologico esteso dall'etica del rapporto interpersonale, al confronto tra la propria e l'altrui dignità e libertà, alla disciplina emergente dalle inesauribili fonti della doverosità professionale e del diritto.

Va, peraltro, ricordato che la medicina trova il suo fondamento etico sia nella concezione dell'uomo come persona -intesa nella sua pluridimensionalità intellettuale, volitiva, affettiva, dell'esserci e dell'essere- sia nel rispetto del primato della persona -intendendosi in tal senso l'operare nella considerazione della persona umana come fine e non come mezzo- per perseguire magari obiettivi di conoscenza.

Non è un caso che proprio la concezione della persona umana come fine abbia portato -nell'angoscioso ricordo (e nel timore di nuove ricorrenze) di quanto accaduto nella seconda guerra mondiale per le orribili esperienze pseudo-sperimentali nei confronti del popolo ebraico- ad una copiosa serie di documenti e raccomandazioni di carattere etico che, partiti dal Codice di Norimberga e passati attraverso la dichiarazione di Helsinki e sue revisioni sono infine approdati alla Convenzione di Oviedo, cioè a quel complesso di principi fondamentali di comportamento, peraltro, recepiti nell'ordinamento legislativo di molti paesi occidentali, tra cui il nostro (L. 145/01), che costituiscono una sorta di configurazione di un diritto europeo in materia di bioetica su temi fondamentali tra cui, appunto, le sperimentazioni, il consenso informato, il diritto all'informazione.

Ragion per cui quelle considerazioni di carattere etico in termini di esigenza, di tutela dei diritti della persona (e quindi di responsabilità del medico) inizialmente centrati sulla sperimentazione, si sono gradualmente trasferite nell'ambito della medicina clinica di ogni giorno.

Il primato della persona è stato, poi, sempre più inteso come diritto all'autode-terminazione poiché la persona stessa è essenzialmente ed in primo luogo libera.

Ed allora il criterio valutativo fondamentale per le scelte problematiche in ambito clinico è stato individuato (Schiavone, Ciliberti e Palombo; 2008) nel parametro rischi-benefici, il cui rispetto dell'equilibrio proporzionale rappresenta di per sé stesso una garanzia forte di tutela del principio sia di beneficiabilità sia di autonomia.

V'è stato, dunque, un cambiamento profondo dell'impianto stesso della medicina nel rapporto medico-paziente, nel senso che al rapporto interpersonale della medicina prescientifica, fatto di una contestualità fisica del medico e del paziente e basato sulla soggettività, molto spesso del medico, si è sostituito, o per lo meno affiancato, in maniera sempre più preponderante, il rapporto oggettivante della medicina moderna fatta di analisi laboratoristiche e strumentali, ragion per cui sempre più il medico si è spostato da una posizione di vicinanza e di compassione (nel senso di compartecipazione emotiva) al paziente ad una posizione di lontananza quasi nascosta, con interposizione tra lui ed il paziente della strumentazione della medicina moderna.

Là dove la medicina prescientifica non aveva possibilità alcuna di trovare peso e misura del male e non poteva affidarsi se non ai sensi del medico, la medicina moderna scopre la possibilità nuova di misurare: lo strumento entra nell'arte medica e porta con sé la possibilità di rendere quantificabile il dato, rafforzandone l'aspetto "oggettivo", che rimaneva prima affidato alla "soggettività" dello sguardo, del tatto del medico. Con l'introduzione dello strumento il momento dell'oggettivazione compie un salto in avanti qualitativo notevole, tale da rompere l'equilibrio a suo favore, diviene momento fondante e necessario, di provata efficacia, mettendo radicalmente in discussione l'altro momento, il rapporto interpersonale, che appare quasi un elemento sussidiario, affidato alla buona volontà, ai buoni sentimenti, o meglio alle virtù umane del medico.

Il medico è divenuto sempre meno partecipe dei sentimenti e dell'insieme dei problemi di carattere umano che il paziente in passato, invece, gli ha confidato, perché fossero tenuti nell'opportuna considerazione.

Al tocco della mano, all'ascolto della parola viene a sostituirsi la macchina con i suoi referti precisi ed oggettivi, con la sua sorprendente efficacia terapeutica.

La presenza umana del medico diviene una presenza di controllo, di verifica: l'interpretazione dei dati, l'intuito con cui solo è possibile guardare e coordinare il loro insieme, appaiono in ombra, reperti dell'antica arte, ricordi della bottega dell'artigiano.

Bernard Lown, cardiologo di notevole esperienza scientifica internazionale, nel suo pregevolissimo testo "L'arte perduta del guarire" (1996) ci richiama, non a caso, ad un fatto inconfutabile, e cioè che una corretta diagnosi, ancora oggi deve strutturarsi in maniera assolutamente prevalente (75%) su una anamnesi dettagliata, anamnesi che, in definitiva, comporta e significa vicinanza al paziente.

Solo per quota parte minoritaria una corretta diagnosi si struttura su visita (10%), esami di routine (5%), analisi invasive e costose (5%) o altro (5%).

Prima di tutto, quindi, il colloquio con il paziente, poi verranno la visita e gli esami di laboratorio e strumentali.

Nell'attività di assistenza al paziente si ha l'esigenza di tutelare diritti (vita, salute, qualità della vita, libertà, dignità, interesse sociale, non maleficità, beneficenza) e di perseguire obiettivi (qualità, economicità, equità, oggettività, eticità) ma proprio per questo si giustifica la necessità ineludibile di affrontare giudizi di responsabilità (professionale, disciplinare, giudiziaria, amministrativa, sociale, ordinistica).

Le problematiche della responsabilità sono divenute sempre più complesse, di pari passo con il mutato aspetto della medicina e del rapporto medico-paziente. Basti pensare, ad esempio, a come veniva intesa (Barni; 1999) la buona medicina nell'epoca pre-moderna (medicina che comporta maggior beneficio al paziente) rispetto a quanto accaduto nell'epoca moderna (medicina che rispetta il malato nei suoi valori e nell'autonomia delle sue scelte) ed a quanto avviene oggi nell'epoca post-moderna, in cui l'etica guarda sempre più prepotentemente agli aspetti organizzativi ma anche economici (medicina che ottimizza l'uso delle risorse e produce un paziente/cliente soddisfatto).

Da ciò, per riflesso, anche il recente inizio di una giurisprudenza amministrativa contabile, mediante la quale i sanitari vengono chiamati a rispondere delle conseguenze patrimoniali a danno dell'erario per gli errori commessi (sia pure limitatamente alla colpa grave).

Alla fine, soprattutto per recente quanto prolungato apporto di un diritto giurisprudenziale di supplenza alle carenze normative, si è mutato proprio l'assetto strutturale della responsabilità professionale, nel senso che accanto ai classici parametri della responsabilità per colpa generica (imprudenza, imperizia, negligenza) e per colpa specifica (inosservanza di leggi, regolamenti, ordine e discipline) si sono aggiunte le carenze di comportamento deontologico, intese sia come difetto di informazione ai fini dell'assunzione del consenso sia come difetto di informazione in sé.

A tal proposito va chiarito e sottolineato che l'informazione deve assolutamente ritenersi prevalente sullo stesso consenso.

Non ha nessun senso parlare di consenso che non sia strutturato sull'informazione, ma l'informazione non è solo finalizzata al consenso, perché essa è parte integrante dell'atto medico-chirurgico (prima ancora ed oltre il consenso stesso), rappresenta un diritto soggettivo inalienabile del paziente, che ha un grande rilievo sia in senso clinico che giuridico, costituendo, infine, specularmente, un preciso dovere del sanitario.

L'informazione, in definitiva, ha il prioritario obiettivo di soddisfare il bisogno di conoscenza e di salute del paziente e non quello di raccogliergli una burocratica adesione all'atto medico (spesso formalmente attraverso la firma di un modulo prestampato).

Il medico deve avere molta disponibilità all'informazione perché essa rappresenta un mezzo di comunicazione con il paziente.

Tali consolidati convincimenti –non sempre di immediata e generale applicazione, come accaduto nel caso delle gravissime deroghe in ambito sperimentale che portarono poi alle autorevoli puntualizzazioni del Belmont Report (1979)- hanno trovato impulso e diffusione attraverso formidabili riflessioni del Comitato Nazionale per la Bioetica, con affermazione

dei principi di autonomia, beneficiabilità, giustizia, non maleficenza e lealtà nei confronti del paziente, che rappresentano, appunto, elementi etici fondamentali ai fini del giudizio di responsabilità.

Dobbiamo però ricordare che si è assistito nel tempo anche ad una irrealistica ipertrofia della richiesta di ossequio anche solo formale del consenso, che ha colpito duramente, a partire dal '92 e per i successivi 10 anni, la categoria medica, in sede giurisprudenziale, poi molto temperata, anche per una non marginale incidenza persuasiva dei medici legali, per lo meno in ambito penalistico, con un rinnovato atteggiamento dei Giudici di Legittimità (a partire da Cass. Pen., Sez. IV, n. 1572/92) secondo cui l'attività medica trova fondamento e giustificazione non tanto nel consenso dell'avente diritto, quanto e soprattutto in una autolegittimazione, ai fini della tutela del bene della salute, costituzionalmente garantito, al cui esercizio il medico è abilitato dallo Stato.

Si è in tal modo ottenuto lo spostamento dalla ricerca, certe volte spasmodica e inopportuna, di un difetto di consenso del paziente a quella, invece, di un manifesto dissenso da parte sua, tanto che la Giurisprudenza di legittimità penale ha recentemente (Cass. Pen. Sezioni Unite, n. 2437/08) statuito che nei casi in cui il medico sottoponga il paziente ad un trattamento chirurgico diverso da quello in relazione al quale aveva prestato il consenso informato, e tale intervento, eseguito nel rispetto delle regole, si sia concluso con esito fausto, nel senso che dall'intervento stesso è derivato un apprezzabile miglioramento delle condizioni di salute in riferimento anche alle eventuali alternative ipotizzabili e senza che vi fossero indicazioni contrarie da parte del paziente medesimo, tale condotta è priva di rilevanza penale.

Vi è un oceano di distanza in tale assunto rispetto a quanto era stato affermato a partire dal famoso caso Massimo del '92 che per la prima volta portò alla condanna di un sanitario per omicidio preterintenzionale in riferimento alla morte di una paziente che non aveva espresso specifico consenso all'intervento.

Orbene, se è vero che sul medico giustamente incombe la necessità di tener conto delle volontà di scelta del "paziente", è opportuno tuttavia non disconoscere gli spazi di forte autonomia decisionale deontologicamente confidati al medico.

E badate che il nostro Codice di Deontologia, nella sua precedente edizione del 1998, a proposito dell'autonomia del cittadino (art. 34), prospettava che nell'ipotesi in cui il paziente non fosse stato in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, il medico *non poteva non tener conto* di quanto precedentemente manifestato dallo stesso.

Lo stesso principio è stato affermato, ma con maggiore coerenza, nel vigente Codice del 2006 (Art. 38 – Autonomia del cittadino e direttive anticipate), il quale prospetta che il medico "se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà *deve tener conto* nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato".

Si badi, però, che tener conto della volontà del paziente non significa essere obbligati a seguirne le indicazioni.

Qui il discorso potrebbe prendere strade diverse per portarci, addirittura, ad una discussione sul testamento biologico, però consentitemi qualche riflessione da medico, sempre nell'ambito dei valori di responsabilità.

Sicuramente è acquisito e pienamente condivisibile il dovere di rispetto dell'autonomia del paziente, ma ciò non significa né può significare che l'attività medica debba appiattirsi ad un ruolo notarile di presa d'atto delle decisioni del paziente, laddove il Codice di Deontologia vigente -è opportuno sottolinearlo- afferma ancora che (art. 22 – autonomia e responsabilità diagnostico-terapeutica) “il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocimento per la salute della persona assistita”.

Viene, invece, riconosciuta al medico libertà -e sicuramente anche spazio- per prescrizioni e trattamenti terapeutici (cfr. art. 13 del precitato Codice), pur con ovvio richiamo ad una sua diretta responsabilità professionale ed etica, sempre in riferimento alle più aggiornate e sperimentate acquisizioni di carattere scientifico e con contestuale attenzione all'uso appropriato delle risorse.

Ma v'è di più, vi è il monito, il richiamo cogente (ex art. 14 del Codice) per il medico a garantire le migliori condizioni di sicurezza del paziente ed a contribuire all'adeguamento dell'organizzazione sanitaria, alla prevenzione e gestione del rischio clinico anche attraverso la rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori.

L'indipendenza intellettuale e la libertà scientifica rappresentano sicuramente valori irrinunciabili comuni a tutte le professioni liberali ma fortemente espressi dalla professione medica, e larga parte di questa indipendenza finisce per confluire verso il benessere psichico e fisico dell'uomo e quindi verso la qualità della sua vita.

Le frontiere della libertà e della potestà professionali sono delineate soprattutto nella coscienza della responsabilità, per cui preme sul medico il dovere di cercare e di trovare in sé, nella sua cultura, nella sua sensibilità le indicazioni più idonee per le scelte cui è chiamato al fine non solo di curare ma anche di assistere (to cure and to care), come opportunamente affermato dallo stesso Presidente Ravera, assumendosi l'onere irrinunciabile e talora anche eccessivo dell'obbligo decisionale non protetto da impunità.

La libertà di curare (meglio, nel “come curare”), su cui si struttura l'attività medico-chirurgica si articola su opzioni diagnostico-terapeutiche la cui retta e libera espressione costituisce non solo fondamentale diritto del medico ma anche garanzia primaria per un assolvimento responsabilizzato degli obblighi che il professionista ha contratto con lo Stato e con il cittadino.

La libertà di diagnosi e di cura deve essere ovviamente ispirata ai livelli tecnico-scientifici che le scienze biomediche hanno positivamente verificato in una determinata epoca.

Tale libertà non conferisce, però, licenza indiscriminata di sconfinamento nella inconsistente sperimentazione, nell'empirismo, nel soggettivismo in quanto sussistono remore di indole etico-giuridica (la responsabilità professionale in primo luogo), sanitaria ed economica da

riguardare con attenzione e da recepire collaborativamente in funzione delle necessità sociali di verifica e di validazione qualitativa.

In tema di prescrizione di specialità o medicinali prodotti industrialmente vi sono regole ben precise entro cui muoversi (ex artt. 3 e 5 L. 94/98) per le quali il medico deve attenersi alle indicazioni terapeutiche, alle modalità di somministrazione ed alla posologia previste dalla autorizzazione alla immissione in commercio del singolo preparato rilasciata dal Ministero della Salute.

Ma il medico può derogare da questo, addirittura prescrivendo farmaci che ancora non siano in commercio (la c.d. prescrizione di farmaci off-label), a condizione che vi sia una diretta responsabilità del medico, sia data l'informazione al paziente con l'acquisizione del consenso, si impieghino per particolari indicazioni terapeutiche modalità di somministrazione e posologie diverse da quelle autorizzate (altrimenti si ricadrebbe nella norma sopra ricordata), vi sia impossibilità di trattare il paziente con farmaci autorizzati al commercio e si delineino supporti di carattere scientifico, che legittimino l'uso del farmaco prescelto.

In proposito il nostro Codice Deontologico (art. 13) detta una serie di condizioni, in base alle quali i farmaci devono rispondere a criteri di documentata efficacia e tollerabilità, devono essere somministrati previa esaustiva attività di informazione e consenso scritto, con responsabilità della cura del medico, con monitoraggio degli effetti e con segnalazione tempestiva delle reazioni avverse.

Quindi, avviandoci alla fine del nostro discorso, dobbiamo segnalare come il problema della responsabilità professionale è di enorme portata, tanto che si è calcolato che ogni anno, secondo dati del 1999 dell'Institute of Medicine of the National Academies, oltre un milione di cittadini americani riportano danni dalle cure che vengono loro prestate dalle strutture sanitarie e 100.000 ne muoiono.

I danni conseguenti agli errori nelle cure comportano anche dei costi aggiuntivi che ammontano, solo negli USA, a circa 37,6 miliardi di dollari l'anno.

In base a stime del Ministero della Salute di qualche anno fa (Risk Management in Sanità. Il problema degli errori; 2004), deve ritenersi che in Italia i danni o malattie da errori di terapia o disservizi ospedalieri siano numericamente valutabili all'incirca in 320.000 all'anno, con una quantità di decessi intorno ai 30-35.000.

E ormai il problema della responsabilità professionale come necessità di monitorare anche in riferimento a diversificati livelli di qualificazione specialistica è forte.

Se ci riferiamo, ad esempio, ai dati del Tribunale per i Diritti del Malato del 2007 (PIT salute; 2007), non sfugge all'attenzione che dopo le problematiche di natura ortopedica, il secondo posto delle presunte ipotesi di responsabilità professionale attiene all'ambito della oncologia.

Quindi esposti in seconda linea sono proprio i sanitari che fino a qualche anno fa quasi si riteneva avessero licenza di poter far tutto al paziente, posto che per salvare da una patologia grave occorre poter sperimentare.

Si è pervenuti anche al convincimento che bisogna non più tener conto dell'errore del singolo, ma della catena degli errori, perché gli errori vengono a prodursi per un'azione combinata di parecchi, diversi protagonisti dell'atto clinico, al punto che vi sono dei pregevoli studi (come quello pubblicato sul *British Medical Journal* nel 1995) che portano all'individuazione di errori latenti ed errori attivi (quelli che fino a oggi ci siamo ostinati a chiamare, come forma di archetipo culturale, ancora: imperizia, imprudenza, negligenza).

Tutto questo, ormai, è stato ampiamente superato dai nostri colleghi americani, che dal momento in cui si sono liberati di sclerotiche sovrastrutture classificatorie e definitorie, hanno dato impulso all'individuazione anche di altre cause primarie o concorrenti dell'errore in sanità, cui facciamo ancora riferimento come caratterizzanti, in via esclusiva, della responsabilità medica.

Ormai sta emergendo con condivisa consapevolezza che occorrono tre nuove strategie per ridurre gli errori nelle cure mediche: 1) passare da un sistema punitivo e repressivo nei confronti dei presunti responsabili a un sistema non punitivo, che favorisca la segnalazione spontanea degli errori; 2) passare da un sistema reattivo (individuazione e correzione degli errori) a un sistema proattivo, consistente nel creare una cultura della sicurezza basata sulla prevenzione e, soprattutto, sulla previsione dei possibili errori; 3) realizzare un sistema di individuazione e correzione sistematica delle situazioni a rischio di errore e di danno su scala nazionale.

E allora, tirando le conclusioni di questo breve, e sicuramente non esaustivo discorso, ci si può chiedere: che cosa si potrebbe fare per cercare in qualche maniera di modulare, arginare, ricondurre entro limiti più fisiologici le odierne dissonanze tra medico e paziente e, quindi, ridefinire l'alleanza tra medici, pazienti, e società?

Poche proposte quale mero contributo risolutivo: promuovere innanzitutto un'informazione adeguata basata su una radicale rivoluzione della divulgazione scientifica; impegnarsi fortemente a contrastare la crescente criminalizzazione ingiusta e indecorosa della categoria medica; chiedere una revisione profonda della dottrina del consenso informato oltre che di quella dell'autonomia decisionale del paziente, nel senso di un sostanziale ripensamento del confronto e dell'intersezione di due spazi di autonomia: quella del paziente sicuramente, ma anche quella del medico, perché un medico impaurito, frustrato, orientato verso la medicina difensiva, non è un buon medico, e soprattutto non è un medico che agisce nell'interesse del paziente che deve rimanere in ogni caso al centro della sua attenzione.

## **Bibliografia essenziale**

1. Schiavone M., Ciliberti R., Palumbo G.: “Fondamenti etici della responsabilità professionale del medico”. *Professione*, Vol.7, 20-23, settembre, 2008.
2. Barni M.: “Diritti - Doveri. Responsabilità del medico. Dalla bioetica al biodiritto”. Giuffrè Editore, Milano, 1999.
3. Todeschini Nicola: “Responsabilità professionale e dovere d’informazione dal consenso disinformato al dovere contrattuale d’informare”. In Lorè C.: “tra Scienza e Società”, Giuffrè Editore, Milano, 2008.
4. Barni M., Stefani P.: “Vecchie e nuove responsabilità”. In Buccelli C., De Ferrari F., Smaltino F., Tamburrini O.: “Radiologia Forense”, Mediserve, Napoli, 2000.



# La gestione del rischio e del conflitto nelle aziende sanitarie

*Elio Borgonovi*

Innanzitutto è necessario delimitare l'oggetto della relazione nei seguenti termini:

- a. Ci si riferisce al rischio come possibilità del manifestarsi di eventi negativi per la salute, pur in presenza di conoscenze che potrebbero evitare tali eventi negativi;
- b. Tra i tanti tipi di conflitti si considerano solo quelli collegati all'individuazione delle responsabilità di chi non ha attuato le politiche, gli interventi, le azioni idonee ed efficaci ad evitare o prevenire il rischio.

Per quanto riguarda il primo punto, dopo aver ricordato che l'evoluzione dello stato di salute è soggetta ad elementi di incertezza e di non prevedibilità non eliminabili, si propone la classificazione di rischi collegata alla mancanza di aggiornamento di medici e di altri professionisti, a quelli derivanti da errori umani, a quelli derivanti da un uso non appropriato della tecnologia, a quelli derivanti da una organizzazione inefficiente dell'attività, a quelli derivanti dalla mancanza di risorse. Gestire il rischio significa, quindi, porre in atto tutte le azioni idonee ad eliminare le cause di ogni tipo di rischio o a ridurre l'effetto negativo sul recupero, il mantenimento o la promozione dello stato di salute.

Con riferimento al rischio derivante dal mancato adeguamento delle conoscenze di medici, infermieri e altri professionisti, la gestione del rischio consiste essenzialmente in tre tipologie di interventi:

- a. Attuare continue politiche di formazione professionale del personale, comprese le politiche di inserimento sul lavoro di nuovo personale che "deve fare esperienza" sotto la supervisione o l'aiuto di chi ha maggior esperienza;
- b. Cercare di individuare le attività e le funzioni che meglio si adattano alla singola persona: a parità di titolo di studio, quindi di conoscenze teoricamente omogenee, medici, infermieri, tecnici, addetti alla raccolta e alla elaborazione dei dati (che se non corretti comportano rischi per i pazienti) hanno diverse attitudini e propensioni quindi, occorre introdurre sistemi di selezione e di definizione di mappe delle conoscenze che aiutino ad attribuire ad ogni persona compiti e funzioni che essa sa ed è motivata a svolgere meglio;
- c. Chiarire bene quale è il tipo di complessità e di severità di situazioni di salute che ogni operatore, ogni équipe, ogni unità organizzativa, ogni ospedale è in grado di trattare in modo efficace ed appropriato e collegarsi organizzativamente con altre realtà cui indirizzare con immediatezza e responsabilità i casi per i quali il rischio di trattamento è elevato: ciò eviterebbe le situazioni, purtroppo non infrequenti, di malasanità collegate a pazienti trattati in strutture inadeguate e poi inviati, con ritardo e in fase critica, a strutture dotate delle professionalità e delle tecnologie che sarebbero state necessarie.

Al riguardo si sottolinea un tema specifico di grande rilevanza, quella del rapporto tra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta che operano sul territorio e medici che operano in strutture ospedaliere o comunque complesse sul piano della dotazione tecnologica (esempio centri diagnostici) svolgendo attività specialistiche. Problemi analoghi si pongono tra infermieri e altri operatori sanitari che operano sul territorio e quelli che operano in strutture complesse.

Per motivi storici, culturali e di politica sanitaria (esempio medico di medicina generale considerato come “gate keeper” o “filtro essenzialmente burocratico” di accesso a prestazioni più complesse) si è determinata, non solo in Italia, una “frattura”, che ha portato a dare minore peso e minore prestigio a chi opera sul territorio. Ciò, evidentemente, a parte le molte e significative eccezioni di tipo positivo. Questa frattura o separatezza, ha determinato una “rottura” nel principio di continuità assistenziale e nel reciproco scambio di conoscenze ed esperienze tra gli appartenenti alle stesse professioni sanitarie che però operano in ambiti diversi. Le eccezioni a questa situazione di separatezza non mancano e sono riconducibili alle positive esperienze di Dipartimenti intra ed extra ospedalieri e a forme di collaborazione tra “medicina di distretto” e strutture per il trattamento delle fasi acute.

L’evoluzione delle conoscenze, dopo aver in qualche modo determinato questa rottura o divaricazione delle professioni sanitarie e assistenziali, sembra essere oggi l’elemento che stimola tendenze in senso contrario. Si fa riferimento alla diffusione di logiche assistenziali del tipo percorsi diagnostici, terapeutici assistenziali (PDTA), che richiedono un coordinamento e una omogeneità di approccio nelle fasi pre-acute, trattamenti delle fasi acute e assistenza post acuta che, spesso, si attua al domicilio e comunque fuori dalle strutture di elevata specializzazione. Si fa ancora riferimento ai modelli di assistenza domiciliare integrata (ADI) o di strutture assistenziali “protette” con maggiore o minore intensità di assistenza medica, infermieristica, di terapisti o di altre figure sanitarie, di “ospedale a casa” (home hospital). Sono modelli assistenziali che, oltre a richiedere una forte integrazione, una omogeneità di conoscenze, una reciproca fiducia e disponibilità alla collaborazione, possono essere realizzate efficacemente e riducendo i rischi se attuate con il supporto tecnologico della telemedicina e teleconsulto a distanza.

Per quanto riguarda i rischi derivanti da errore umano, essi sono strutturalmente ineliminabili e riguardano tutte le attività. Tuttavia essi possono essere prevenuti o ridotti tramite interventi specifici quali:

- a. L’esplicitazione delle procedure di trattamento, anche di quelle più semplici e comuni e, cosa che spesso non avviene, tramite l’indicazione delle possibili complicanze o situazioni impreviste e di ciò che occorre fare in queste situazioni. Per gli interventi complessi e all’avanguardia le procedure (o protocolli) servono a trasmettere le conoscenze non diffuse e complementari e a definire in modo preciso “ciò che deve fare ognuno”. Si pensi ad esempio al caso di trapianti che durano ore e richiedono il concorso di molti specialisti e il rigoroso rispetto della sequenza di atti e di tempi dal cui rigoroso rispetto può dipendere la riuscita o non riuscita dell’intervento. Nel caso di procedure per attività

di routine sono importanti soprattutto le eccezioni per evitare che i medici gli infermieri o altri operatori sanitari reagiscano in modo emotivo, errato o non tempestivo a situazioni inattese;

- b. Adottare tecnologie, spesso semplici e a basso costo, che segnalano l'errore umano (esempio corretta identificazione del paziente e del trattamento da effettuare, carrelli "intelligenti" per la distribuzione dei farmaci ai pazienti giusti).

Tuttavia si ritiene che il migliore e più efficace modo per gestire questo tipo di rischio, sia quello di trovare forme e modalità (ad esempio periodici incontri con il personale, comunicazione interna, ecc.) per far percepire sempre l'enorme differenza tra l'attività di tutela della salute e molte altre attività professionali.

I medici, gli infermieri, altri operatori, come accade per piloti di aerei o per altre professioni, con i propri comportamenti (e ad esempio le proprie disattenzioni) possono causare la morte o gravi lesioni che incidono pesantemente sulla vita futura di altre persone. Perciò hanno il dovere etico, oltre che professionale, di tenere alta la propria attenzione, la propria tensione e di mettersi in condizioni di svolgere sempre in modo adeguato e senza superficialità le proprie funzioni e i propri compiti.

Esiste poi il paradosso dei rischi correlati alle tecnologie. Farmaci, attrezzature, apparecchiature diagnostiche e terapeutiche, device, protesi, ecc. sono strumenti che l'intelligenza umana ha predisposto per contribuire alla migliore tutela della salute. Essi aiutano medici e altri professionisti e consentono di compiere interventi che in passato non erano possibili, quali rilevazione precoce di sintomi non espliciti e non avvertiti da pazienti (diagnosi precoce), interventi diagnostici o chirurgici non invasivi, addirittura sui feti, ecc. Tuttavia il paradosso, che è apparente, si manifesta ogni volta che la tecnologia viene usata in modo non appropriato, esempio eccesso di interventi solo perché vi è una tecnologia disponibile, oppure accertamenti diagnostici, check up estesi a gruppi di persone senza considerare i livelli di incidenza e di prevalenza di certe patologie.

Queste azioni causano falsi positivi o falsi negativi con conseguenti trattamenti non appropriati. Un altro rischio collegato alla tecnologia può essere definito come l'eccesso di fiducia o la "delega alla tecnologia", ad esempio ad un gruppo di indicatori, dell'inquadramento diagnostico.

Spesso, in presenza di tecnologie per diagnosi sofisticate, il medico rinuncia o sottovaluta la necessità di una corretta anamnesi (precedente al ricorso alla tecnologia) e alla sua irrinunciabile funzione di interpretazione e di inquadramento unitario dei dati relativi al paziente.

Infine non vanno sottovalutati, anzi sono crescenti anche a causa delle politiche di contenimento dei costi, i rischi derivanti dall'uso di tecnologie obsolete o la mancata manutenzione delle stesse.

Oggi la tutela della salute è sempre meno collegata al solo rapporto tra medico (o altro operatore della salute) e paziente, eventualmente mediato da alcuni strumenti sempre più sofisticati. L'attività si svolge sempre più in strutture o in sistemi complessi (esempi

organizzazione a rete) e quindi i rischi nascono dal fatto che qualche elemento o aspetto dell'organizzazione non funzioni adeguatamente. L'efficienza organizzativa, l'uso adeguato di spazi e di strumenti (esempio ambulanze ed elicotteri localizzati in posizioni strategiche per minimizzare i tempi di soccorso), piano di rinnovamento delle tecnologie, introduzione di sistemi di qualità e di prevenzione del rischio sono interventi che devono essere utilizzati da chi ha responsabilità manageriali più o meno ampie. Responsabilità manageriali significa appunto responsabilità per far funzionare al meglio "sistemi complessi", non solo al fine di ottenere maggiore efficacia, efficienza, nonché il contenimento dei costi ma anche al fine di prevenire e minimizzare il rischio.

A nessuno interessa che vi sia un efficace sistema giuridico in grado di garantire un rapido e congruo risarcimento dei danni causati alla propria salute. A tutti interessa che vi sia una organizzazione orientata e idonea a limitare i danni alla propria salute.

Infine esistono rischi derivanti dalla carenza di risorse finanziarie, tecniche e umane. Ad esempio la recente legislazione prevede che negli ospedali vi sia un risk manager e siano introdotti adeguati sistemi di qualità atti a prevenire i rischi. Ma in molti casi vi sono altre leggi che vietano l'assunzione del personale o la conferma di personale precario o che attribuiscono scarse risorse finanziarie per attuare gli interventi che sarebbero necessari per eliminare fattori di rischio di natura tecnica (esempio apparecchiature non sicure) oppure organizzative (ad esempio disponibilità di personale qualificato al pomeriggio o nei periodi notturni).

Per quanto riguarda il secondo aspetto, quello della gestione dei conflitti si può affermare che essi sono uno degli elementi ineliminabili delle relazioni umane e delle relazioni tra istituzioni (conflitto di competenze). Nel campo della tutela della salute, l'esperienza di conflitti è particolarmente dannosa poiché la conseguenza può essere la morte o la sofferenza di persone. Come è possibile, quindi, evitare o ridurre i conflitti collegati alle persone e all'organizzazione? Troppo complesso sarebbe, in questa sede, affrontare i temi dei conflitti tra istituzioni, tra Stato e Regioni (in tema di federalismo nel settore sanitario e, in termini più ampi, fiscale) o tra le Regioni e le aziende sanitarie e/o ospedaliere.

Una corretta politica è quella di chiarire in modo più preciso possibile ruoli, funzioni, compiti, ossia chi fa che cosa all'interno del reparto, del Dipartimento, dell'ospedale, degli ambulatori, dei centri di diagnosi. Ciò per evitare o ridurre l'incertezza che, in caso in cui "qualcosa non funzioni correttamente" vi sia il tipico comportamento di "scarico della responsabilità".

In secondo luogo occorre riconoscere una maggiore autonomia decisionale alle persone, assicurandosi che esse siano in grado di esercitarla correttamente e collegando all'autonomia anche l'indicazione dei risultati (riferibili ad obiettivi nelle strutture in cui esistono processi di programmazione), delle modalità di verifica e controllo, di assunzione delle responsabilità.

In terzo luogo, occorre considerare gli aspetti relazionali, ossia non chiedere di collaborare o di operare congiuntamente a persone che, per motivi più vari (banali o più complessi) manifestano reciproca antipatia, mancanza di stima personale e professionale, sfiducia.

Il manager deve avere, o deve saper attivare, strumenti di “psicologia organizzativa” per prevenire conflitti. Ciò gli consentirà di intervenire preventivamente e di evitare interventi quando i conflitti si sono manifestati producendo effetti negativi sul piano della funzionalità organizzativa, dei costi e, cosa più grave, su trattamenti inappropriati per i pazienti.

In definitiva si può suggerire che il migliore strumento, o principio per gestire il conflitto, anzi per prevenirlo, è quello della massima trasparenza e della logica di individuare gli errori non per punire chi li ha commessi (anche se ciò è necessario in caso di dolo o colpa grave) ma per realizzare un continuo miglioramento a favore dei pazienti.



# La responsabilità del medico tra “scienza e coscienza”

*Michele Saccomanno*

Buonasera a tutti, grazie al Presidente Ravera, all’Ordine dei Medici di Salerno, per aver realizzato un incontro di questa importanza e di questa portata. Ringrazio per l’invito rivoltomi e cercherò di essere utile. Ho ascoltato con estrema attenzione, per il valore di chi le pronunciava, per le notizie che ci hanno dato, le prime tre relazioni. Se il prof. Borgonovi e il prof. Cavicchi sono arrivati a delle discussioni, immaginate se noi dovessimo impostare la relazione sul rapporto tra i medici e la politica, a che cosa arriveremmo stasera. Concedetemi almeno le attenuanti generiche (sono un collega, sono un medico anch’io, come parte di voi) e cercherò di illustrarvi quale è stato il ragionamento, il pensiero alla base dell’azione parlamentare in questo momento. Voi sapete benissimo, anche per ciò che ci è stato raccontato, che non viviamo un momento facile. Le trasformazioni che abbiamo ascoltato, l’analisi sociologica interpretano, in modo ottimale, la nostra difficoltà. Lo stesso convegno, lo stesso momento di formazione, quest’oggi organizzato dall’Ordine dei Medici, nasce perché siamo in difficoltà. Non ci sentiamo a nostro agio perché abbiamo una serie di problemi, perché abbiamo difficoltà ad ipotizzare risoluzioni reali e concrete, perché ci sentiamo molto spesso in mano ai magistrati. Alle molte cose su cui abbiamo ragionato, dovremmo aggiungere sempre, come ha fatto il professore Buccelli nella sua relazione, il ruolo fondamentale del magistrato. E’ un’altra componente della quale dobbiamo tener conto. Le sentenze confortanti della Cassazione indubbiamente sono sentenze importanti, che aggiungono un attimo di serenità e fanno vedere un’evoluzione positiva per il rapporto non solo medico-paziente ma medico-giustizia in generale, perché anche di quello probabilmente dobbiamo parlare. Che cosa ci preoccupa? Ci preoccupa la possibilità di non essere autonomi. Noi vorremmo essere autonomi, noi abbiamo formato il nostro pensiero, la nostra concezione al di là del gesto e del rapporto diretto sul paziente. Ha certamente un minimo comune denominatore la nostra formazione, che è quella di una libera professione da noi concepita, con la capacità di andare, rilevare, conoscere, poi decidere, riuscire possibilmente anche a praticare e realizzare la soluzione, che alla fine del percorso riusciamo a proporci. Tutto ciò frequentemente crea disturbo: disturbo perché siamo casta, vista giornalmisticamente, o perché non possiamo esercitare al meglio anche la funzione progettuale che compariva dalla relazione del professor Buccelli quando diceva che il nostro fine è rivolto alla persona. Probabilmente non riusciamo a sentirci sereni nel realizzare questo tipo di progetto.

Poi abbiamo un altro problema che, talvolta, in una relazione aulica ci sfugge. Ci sono sentenze della Cassazione che dicono che ogni qualvolta ci troviamo nel dilemma di andare in sala operatoria ma di non avere i mezzi ottimali per intervenire su delle fratture, ossia le giuste placche -dico una cosa banale- come i giusti chiodi, dovremmo dire al paziente che non si può operare. Invece noi frequentemente (non voglio colpevolizzare gli altri, io l’ho

fatto frequentemente) diciamo sì. Abbiamo pubblicato le linee guida sul se andavano messi i chiodi o andavano messe le placche, e alcune volte il chiodo giusto non ce l'avevamo e abbiamo messo la placca. Siamo bravi medici o non siamo bravi medici? Siamo condannabili? Dovevamo prendere l'ammalato e spostarlo magari da Lecce e mandarlo a Bari? Abbiamo fatto l'interesse del paziente o meno?

Vi sono delle finezze, vi sono delle domande, delle risposte che noi ci diamo nella nostra attività professionale che dovrebbero avere più peso e metterebbero in altra considerazione la notizia giornalistica del giorno dopo. Stiamo parlando di cose ordinarie, della nostra quotidianità. Io la mattina non dovrei operare se come aiuto avessi un collega che la notte è stato chiamato d'urgenza, ha lavorato dalle due alle sei di mattina, è andato via, si è lavato in fretta, si è steso mezz'ora, ha preso due caffè per stare in piedi e viene in sala operatoria.

Dovrei dire, oggi non si può operare.

Ma ce l'immaginiamo noi questo tipo di discorso? Con le nostre sale operatorie che chiudono alle due e non sono quelle delle cliniche che lavorano 24 ore al giorno, senza équipe sostituibili e con tre generazioni di medici che sono saltati con le ultime leggi finanziarie. Questa è colpa nostra? O piuttosto abbiamo un grande senso di responsabilità nel momento in cui, comunque, ci mettiamo in sala operatoria e facciamo sicuramente il meglio possibile, e spesso lo facciamo bene? Ora questo è un dato che dobbiamo mettere a supporto di tutte le relazioni. Il contingente non è una variabile occasionale, il contingente è uno degli elementi determinanti delle nostre valutazioni. Spesso non riusciamo a trasferire ciò al magistrato, quando una mattina ci chiama. Voglio dire a colleghi che fanno un altro lavoro, di avere la sensibilità di parlare con il collega che è stressato, con il collega che impatta con il paziente ogni mattina. Quella sensibilità che scaturisce dal fatto che ci siamo formati tutti insieme, abbiamo gli elementi di base identici anche se la vita quotidiana è diversa. Anche il medico legale certamente può richiamare la possibilità della collaborazione medico-chirurgica di branca, importante per la valutazione davanti al giudice. Ma il giudice è ancora un terzo da informare, sulla cui autonomia abbiamo bassissima capacità di incidenza. Una delle cose sulle quali abbiamo qualche problema è il CTU. Faccio un esempio: mia figlia si è laureata da poco, si è iscritta come CTU. Esiste una norma che obbliga il magistrato ad escludere mia figlia dal CTU quando vanno ad esaminare me che ho trenta/quaranta anni di professione? No.

La saggezza, la prudenza, sono le cose che si chiedono a noi ovvero di non essere negligenti, di essere attenti. Ora tutte queste cose, che dovrebbero essere valide anche per il giudice, comportano una differenza: se faccio io l'errore in questa valutazione sono condannabile, se lo fa il giudice sono comunque io ad essere condannato. Su questo dobbiamo ragionare. Abbiamo la necessità di difendere, di riportare in un settore così delicato una qualche valutazione oggettiva, che in Italia manca.

Un'altra valutazione veloce: se noi, andando ad operare, otteniamo un risultato dell'esigente che dovrebbe essere ottimale ma che ottimale non è oppure succede una qualsiasi disgrazia compatibile con letteratura, con statistiche e quant'altro, è difficile spiegare che quel paziente era il paziente previsto nell'uno su mille. È difficilissimo da spiegare; non ci sono reazioni

logiche, emotive od altro. Quel paziente non vuol essere quell'uno e se lo è stato, impazzisce per le sue reazioni. Di tutto ciò noi dobbiamo tenerne conto. Allora questa sua reazione a che cosa mi può portare? Una mattina il giudice considera me come quello che ha dato una coltellata a quel paziente.

In Italia il medico interviene sull'integrità fisica del soggetto, questo vi viene detto; manca quel quadro di protezione che in molte legislazioni, diciamo nella stragrande maggioranza, c'è e che definisce l'atto medico in modo diverso da qualsiasi altra azione colposa o intenzionale che sia stata compiuta. Allora il dato primo che non trovate nel disegno di legge, il dato primo che manca è la definizione di atto medico. Nella legislazione italiana non c'è quello che di cui stiamo parlando, viene valutato il danno. Se noi investiamo uno con la macchina, corriamo il rischio che non esista differenza, non è codificata. È vero che poi le sensibilità sono altre, arrivano le sentenze, la giurisprudenza, ci ragioniamo ma non abbiamo elementi di certezza di essere valutati in modo diverso.

Circa 13-14 anni fa, è partita in Parlamento l'idea di ragionare sulla responsabilità del medico anche in Italia. Vogliamo prendere in considerazione quella francese o quella inglese? Non possiamo utilizzare la legislazione messicana in Italia; c'è qualcosa di simile in Polonia eppure la valutazione professionale è un attimino più equilibrata. Questo è un percorso difficilissimo, lo sapete benissimo. Purtroppo i problemi sono sempre più veloci di quanto la politica riesca a riconoscerli. Non si tratta di un atto di merito per la politica. In questo caso non sono più il medico; è il politico che parla: viene e dice che stiamo facendo non so che cosa. Noi stiamo rincorrendo un problema e stiamo tentando di risolverlo con due tipi di attenzione: per prima cosa vogliamo fare un passo in avanti sulla tutela della responsabilità professionale; in secondo luogo non vogliamo inserire elementi economici per i quali, in un'economia di questo tipo, potrebbero dirci che in mancanza di soldi non si fa nulla. Pertanto noi dobbiamo calibrare una legge che raggiunga come scopo un minore dubbio e una minore incertezza nello svolgimento della nostra professione, e, nel contempo, non dobbiamo aggravare l'organizzazione sanitaria ospedaliera, vecchia o nuova che sia, di ulteriori costi.

Tutto ciò per che cosa? Perché vogliamo proteggere una casta? Certamente no! Non è un rilievo solo italiano. Già dove le leggi sono diverse e più tolleranti c'è una medicina difensiva che produce circa 210 miliardi di dollari l'anno di spesa ulteriore a quella della spesa sanitaria pura. Che significa tutto questo? Che stiamo andando a proteggere la casta? Noi stiamo proteggendo il cittadino. Questa la prima finalità di tutti i progetti di legge. Ritengo che con questa legge possa essere migliorata l'attenzione e la fruibilità del servizio sanitario per il paziente. Quindi, voglio dire, questo è il primo passo. Come si può venire incontro a questo? Di sicuro con la possibilità di esercitare la mia professione con maggiore serenità.

Mi sono trovato a dover discutere, non da parlamentare ma per altre motivazioni connesse sempre alla nostra professione, del problema di un collega cattedratico della Cattolica di Roma morto a cinquanta anni. Il collega non ha pagato l'ultima rata dell'assicurazione. Per un intervento di ernia del disco alla Cattolica non era andato bene gli hanno chiesto risarcimento. Ricordo che si dice che quando si chiede troppo, alla fine non si paga nulla.

Allora voglio dire, possiamo restare sotto la spada di Damocle in questo tipo di discorso? Possiamo noi pensare che le nostre cause non possono andare oltre i 10 anni e andare oltre la prescrittibilità? E' veramente pensabile che le assicurazioni in possesso dei dati degli incidenti, dei ricorsi e delle denunce, che non sono disponibili neanche al Ministero della Sanità e al Parlamento, non li diano perché ciò costituisce un business? Pensate che questa sia una cosa che noi possiamo ancora tollerare? Se i ginecologi americani ci dicono che, con l'evoluzione di questo sistema, pagano circa 250.000 dollari l'anno di assicurazione, cosa aspettiamo di pagarli anche noi? Perché noi guadagniamo il corrispettivo di 250.000 dollari nel nostro stipendio o nella nostra dichiarazione redditi? Ci saranno pure quelli che lo fanno ma certamente questo non è il dato medio del guadagno professionale di un medico oggi. Tutto questo è lo scenario nel quale ci muoviamo.

Aggiungo ancora un altro elemento e poi faccio velocemente una sintesi della legge. Un altro degli elementi portanti è quando accade un fatto ritenuto in qualche modo criminoso, un reato in un ospedale. Che cosa avviene? Innanzitutto vengono denunciati e appaiono sulle pagine del giornale non un nome ma 15 nomi di medici (lui, quelli dell'équipe, anche quello che stava a casa, perché anche lui si deve giustificare, perché se ci fosse stato...). In queste situazioni non vi è solo l'esigenza del recupero dell'onorabilità, ma è anche quella del recupero degli onorari, che noi comunque andiamo a pagare perché siamo spaventati. E, numericamente, questo fa parte -io no ho nulla contro il Tribunale del Malato, contro Cittadinanza Attiva- delle statistiche di Cittadinanza Attiva. Tutto questo che viene messo come contorno è un numero, un dato, è una cifra che ci viene sbattuta in faccia sugli ospedali per dire che noi sbagliamo molto e che siamo autoincriminati. Possiamo ancora continuare a tollerare queste cose? Allora, questa legge è stata proposta 13 anni fa da tutte le forze politiche. Abbiamo cercato di trovare una sintesi importante. Abbiamo incontrato i medici legali e tutti i colleghi chirurghi -ho fatto più convegni di chirurgia adesso che durante i corsi di medicina- abbiamo parlato tutti insieme, ci siamo incontrati e abbiamo concluso. Ho scelto per voi questa sera undici riferimenti. Il primo: assicurazione obbligatoria per tutte le strutture. Nel contratto collettivo nazionale di lavoro c'è scritto che le ASL devono pagare l'assicurazione. Alcune Regioni hanno messo subito una franchigia. Allora pagare per pagare la franchigia..., conservo la mia assicurazione. Si è detto però che le ASL debbono addirittura assicurare la colpa grave con una piccola aggiunta economica sul contratto. D'accordo. Quanti di voi hanno disdetto l'assicurazione? Nessuno. Tutti cercano di conservarla perché abbiamo visto che nessuno obbliga le ASL sulla qualità assicurativa. Noi abbiamo bisogno di un'assicurazione che obblighi le aziende a rispondere della parte contrattuale. Il professore Cavicchi diceva che sono un dipendente, devo avere un conto, devo dare il massimo impegno, condivido che ognuno debba dare questo, però scusatemi: su quel rapporto 75-25% che rispondenza c'è fra quella che è la responsabilità della struttura e quella del medico. La struttura deve rispondere della mia dipendenza, deve risponderne in modo totale; e non deve farlo soltanto la struttura pubblica, ma anche la casa di cura privata. Deve essere tolto il permesso dell'esercizio della professione sanitaria al loro interno se non viene garantita la totalità assicurativa.

Non lo affermiamo solo per noi medici la proposta è per tutto il personale. Noi abbiamo necessità che sia garantita l'intera struttura. Quante volte i medici hanno risposto per carenze che non erano loro? Abbiamo la necessità che i percorsi del malato vengano chiariti nelle diverse responsabilità; le assicurazioni devono essere totali. Non devo ricorrere all'assicurazione privata. Attraverso queste contrattazioni l'ANIA deve garantire una polizza postuma illimitata, per me, per la mia famiglia, per i miei figli. Questo dirà la legge. Si prevede un fondo di garanzia perché capiamo che le assicurazioni potrebbero non bastare. Prevediamo anche un fondo per l'area terapeutica.

Non esistono database in Italia dei nostri errori e del contenzioso reale. Dobbiamo avere un database, dobbiamo partire da là, se no di che cosa ragioniamo? Prevediamo un osservatorio del contenzioso in modo importante ed anche un osservatorio dei danni che possiamo generare.

Stiamo cercando di innovare il Codice graduando la colpa. In Italia non esiste nel Codice Penale la graduazione della colpa: o è colpa o non è colpa. In modo surrettizio noi cerchiamo, anche attraverso questa legge, che sia punito solo il dolo (per esempio il medico che arriva ubriaco o drogato in sala operatoria). Queste cose saranno corrette nel testo prossimamente. La graduazione della colpa grave per noi è un fatto importante.

Vedete, è difficilissimo trovarci condannati per imperizia, l'intervento da noi lo fa chi lo sa fare, chi ha anni di storia alle spalle. Per carità, in Canada, Cloward fu condannato perché aveva sbagliato una cosa; anche questo può succedere in Canada ma da noi non accade questo, diciamo che l'imperizia è un fatto difficilissimo. La cosa che mi preoccupa è l'imprudenza, un concetto molto vago dietro cui si possono fare danni incommensurabili. Non stiamo deresponsabilizzando il medico ma sull'imprudenza una qualche definizione la dobbiamo trovare. Anche sugli errori cognitivi bisogna riflettere.

Fatto importante richiesto da tutti, soprattutto dai medici legali, la conciliazione civile obbligatoria. Questo è un passaggio fondamentale di grande civiltà. La conciliazione deve essere obbligatoria, deve essere un fatto vincolante.

Altro dato importante le procedure di *Health Assesment*, la valutazione globale di quello che può essere la migliore procedura. Dobbiamo trovare il modo di formalizzarlo attraverso strutture adeguate. Io non so se con questo cambiamo gli ospedali, però certamente possiamo cambiare la spesa e l'attività sanitaria. Sarebbe una riforma importante. Prevediamo una struttura semplice o complessa di *risk management* con medico legale, fisico ed ingegnere clinico. Figure che inseriamo in modo obbligatorio nel percorso sanitario e, pertanto se già il Ministero della Sanità nel 2004-2006 ha individuato ciò come utile nei percorsi organizzativi dell'ospedale, questi non possono essere atti di indirizzo che in tribunale nessun magistrato considererà mai. Devono essere atti cogenti, che accompagnano la mia professione. L'ammalato ha un percorso: da quando arriva in barella, al pronto soccorso, fino alla sala operatoria e alle dimissioni. C'è un percorso di responsabilità e di organizzazione che nell'ambito del lavoro ci deve garantire un nuovo approccio sereno.

La definizione dell'atto medico è quello che manca in termini di articolato in questo disegno di legge. Verrà aggiunto in questi giorni e trasforma il nostro intervento non più in un eventuale danno all'integrità della persona, ma, certamente, in un danno involontario che deriva a chi al medico si era accostato con progetti di salute. Questo è lo spirito della legge, questa è, grosso modo, la sintesi degli articoli. Ho buona fiducia che sia approvato perché c'è l'accordo di tutti i gruppi politici. Dobbiamo arrivare in aula con il consenso di tutti. Grazie per l'attenzione.

# L'etica nel risarcimento del danno

*Sergio Sgambetterra*

*Mariano Paternoster*

Vi ringrazio; sarò breve così come richiesto dai relatori e dai moderatori.

Occorre innanzitutto renderci conto che la compagnia assicurativa rientra tra quegli enti che sono finanziatori di cure e, quindi, prima o poi si devono interfacciare con i loro erogatori, in un delicato rapporto che molto spesso è complesso, perché abbraccia molteplici figure professionali.

Si parte dagli eventi avversi, non sempre, peraltro, produttivi di danni al paziente ma pur sempre produttivi di azioni legali, perché ormai spesso per un paziente che subisce un evento avverso si attiva una richiesta risarcitoria nei confronti di chi viene individuato come un presunto colpevole.

Vi sono, quindi, delle ingenti conseguenze economiche di tutto il processo.

Il problema della responsabilità professionale sicuramente è oggi avvertito con maggiore consapevolezza dei propri diritti da parte del paziente, anche grazie ai mezzi di comunicazione di massa, giacché egli può agevolmente trovare una serie di informazioni prima difficili da reperire, come pure alla spettacolarizzazione della medicina ed alla diffusa opinione di una quasi totipotenza della medicina moderna attraverso il suo strumentario altamente tecnologico.

Questa spettacolarizzazione, però, a volte, lo dobbiamo dire, è anche improvvidamente prospettata dagli stessi sanitari, per cui, di fronte all'esaltazione di una medicina così avanzata, nascono nel paziente aspettative elevatissime sia nei confronti del risultato favorevole sia nei confronti del diritto al risarcimento del danno, laddove qualcosa vada al di là di quanto ci si poteva ragionevolmente attendere.

Sul piano giuridico poi c'è stata un'espansione ed un ampliamento del concetto di danno risarcibile; dopo il danno patrimoniale v'è stato l'avvento del danno biologico, del danno morale e, poi, di altre figure autonome del danno quali il danno esistenziale ed il danno da perdita di chances.

Sicché un paziente che subisce o ritenga di aver subito un torto ha molteplici voci di danno da poter vantare in risarcimento nei confronti del presunto colpevole.

A ciò si aggiungano gli ancora recenti orientamenti di privilegio nei confronti del danneggiato della giurisprudenza di Cassazione, in primis attraverso il pratico annullamento di differenziazione tra responsabilità contrattuale ed extracontrattuale: la Suprema Corte ravvisa nel "contatto sociale" che si instaura tra il medico e il paziente affidato alle sue cure, nonostante l'assenza di un contratto, quindi di un obbligo di prestazione, la fonte di specifici obblighi di cura, la cui violazione genera responsabilità contrattuale.

La responsabilità sia del medico che dell'ente ospedaliero per inesatto adempimento della prestazione ha, dunque, natura contrattuale ed è quella tipica del professionista, con la conseguenza che trovano applicazione il regime proprio di questo tipo di responsabilità quanto alla ripartizione dell'onere della prova ed i principi dell'obbligazione da contratto d'opera professionale relativamente alla diligenza e al grado della colpa.

La qualificazione come contrattuale della responsabilità del medico dipendente comporta per il danneggiato l'applicazione di un regime più favorevole non solo sul piano del termine di prescrizione (che passa da 5 a 10 anni) ma anche su quello probatorio: in sostanza, al danneggiato basta semplicemente dimostrare di aver subito un evento avverso o un presunto danno; incomberà, poi, sul sanitario, sia dipendente sia libero professionista, dimostrare che tutte le sue azioni individuali siano state svolte in maniera corretta.

Vi è stato, poi, un rimaneggiamento della classica fisionomia giuridica e deontologica della responsabilità professionale con l'avvento della responsabilità derivante da difetto di informazione e consenso, che successivamente si è risolta anche in una responsabilità da semplice difetto di informazione al di là dell'effettivo consenso e della qualità del comportamento tecnico tenuto dal sanitario.

In questo contesto si muove anche la spettacolarizzazione della cosiddetta malasanita, perché i mezzi di comunicazione di massa, di fronte ai casi di presunta responsabilità professionale, danno ampio, quanto non sempre appropriato, risalto alle ritenute deficienze dei singoli sanitari e delle strutture organizzative degli ospedali, per cui si innesca un clima di sospetto da parte degli utenti e dei cittadini nei confronti dei primi (soprattutto) e delle seconde.

L'errore è di natura umana, è insito nella professione, ma vi sono fattori che favoriscono questi errori: l'errore, dunque, non va inquadrato esclusivamente sotto il punto di vista dell'attività del sanitario, ma nel contesto in cui egli si muove.

Vi sono fattori individuali connessi sia con l'attività propria dell'operatore sanitario sia con il malato, ma vi sono anche fattori di sistema, estremamente importanti, perché nel sistema in cui opera il sanitario vi possono essere difetti latenti, non immediatamente apprezzabili ma che possono indurre ad errori, in ultima analisi correlati con la fisionomia organizzativa della struttura sanitaria.

Numerosi Autori negli ultimi anni si sono occupati di questo tema e da diverse statistiche si può evincere che gran parte degli errori sono proprio di natura strutturale, organizzativa dell'ambiente sanitario, piuttosto che del singolo operatore.

Tuttavia le azioni correttive sono rivolte principalmente verso i comportamenti errati (o presunti tali) dei sanitari; il sistema della magistratura è repressivo nei confronti del singolo sanitario, come è giusto che sia, ma in tal modo non vengono corretti anche gli errori latenti, cioè quelli che derivano da difetti organizzativi.

Un altro problema è quello del rapporto medico-paziente; e qui veniamo al punto più specificamente etico e deontologico delle nostre riflessioni.

Uno studio che si è occupato dei desideri del paziente che effettua una denuncia lascia evincere che la rivalsa del paziente è solo in parte legata ad un ristoro economico; spesso il

paziente danneggiato vuol essere rassicurato che quel fatto spiacevole non venga ripetuto in futuro, richiede, attraverso l'azione risarcitoria, una maggiore attenzione rivolta al proprio caso, vuole spiegazioni chiare e che si pervenga a maggiori informazioni sull'accaduto.

Molto spesso le azioni giudiziarie, come è già stato riportato dal Prof. Cavicchi, partono proprio da un cattivo rapporto medico-paziente, cioè da pazienti che sono stati trattati con scarsa attenzione umana e professionale, sono stati operati da chirurgo diverso da quello al quale si erano rivolti, non hanno ricevuto o hanno ricevuto errate informazioni; quindi molto spesso le azioni giudiziarie partono proprio da un cattivo rapporto tra l'operatore sanitario e l'utente.

Si perviene, poi, al vero problema etico dell'assicuratore.

L'assicuratore si trova in un contesto molto delicato: da una parte vi è il danneggiato che deve essere tutelato (e questa è la massima aspirazione dell'assicurazione), dall'altra vi è il proprio assicurato, nei cui confronti si ha il dovere di non svilirne la professionalità e di non addebitare un'impropria carenza professionale.

Talora il suo dovere di tutela può spingerlo verso una soluzione conciliativa del caso, mediando tra le richieste risarcitorie del danneggiato e la posizione dello stesso assicurato, in bilico tra il desiderio di liberarsi di una situazione con riflessi penalistici per presunta colpevolezza –di fatto ammettendola- e l'aspirazione di veder riconosciuta, in sede civile, la propria estraneità agli addebiti mossigli.

Tutto questo, ovviamente, tenendo in adeguata considerazione le esigenze di giustizia, giacché, pur nel rispetto della tutela dell'assicurato, le prospettive di giustizia sono ovviamente prioritarie e ineludibili.

Un momento di particolare pregnanza nell'intervento dell'assicuratore è la verifica dell'etiopatogenesi del danno di cui viene richiesto il risarcimento e la valutazione dell'effettiva ricorrenza di un difetto di comportamento tecnico-professionale da parte dei sanitari, associato o meno a responsabilità delle strutture assistenziali (che può esser anche esclusiva).

Si è detto che l'errore può derivare da fattori diversi; pertanto, da un punto di vista risarcitorio, è corretto ripartire l'addebito –una volta accertata la sua sussistenza- su eventuali diversi fattori causali produttivi di quegli errori, in tal modo adeguatamente bilanciando gli oneri risarcitori tra differenti “pesi” di responsabilità a più agenti attribuibili.

Tra gli spunti di riflessione è importante quello relativo alle linee guida.

Si tratta di mere raccomandazioni di comportamento, di difficile applicazione al singolo malato, limitative dell'autonomia decisionale del medico, spesso indebitamente confuse con veri e propri protocolli, ai quali soli va attribuito un significato di regola codificata di obbligatorio riferimento.

Sicché, non tenendo conto del carattere di semplice facoltatività di impiego, capita non infrequentemente di vedere che periti e consulenti tecnici ritengono sussistere la responsabilità professionale per il semplice fatto che i medici non abbiano applicato o si siano discostati da linee guida sul caso.

È, questa, una maniera profondamente errata di valutare i fatti in una vicenda di presunta responsabilità professionale in cui si confonde il valore semplicemente indicativo delle linee

guida con quello imperativo e vincolante dei protocolli che, si badi, quando specificamente previsti vanno applicati.

Anzi, da tempo ormai, assicuratori non europei (ad es. giapponesi) praticano forti sconti sui premi assicurativi se i sanitari si vincolano a seguire sempre i protocolli previsti in determinati ambiti medici e/o chirurgici (come nel caso, ad es., del cancro della mammella).

Ma gli assicuratori non sono attenti solo alle regole tecniche perché da qualche tempo hanno sviluppato opportuna sensibilità etica agli aspetti morali e deontologici della loro stessa attività che non è solo di impresa ma anche di partecipazione ad un più ampio contesto di protezione del cittadino dai danni riportabili in molteplici aspetti della vita quotidiana.

Proprio per questo molte compagnie assicurative si sono dotate di un codice etico; per esempio, quello della Fondiaria-SAI è stato approvato dal Consiglio di Amministrazione nel febbraio del 2005, affinché principi generali come il rispetto della legge, l'onestà, la correttezza, la diligenza, la trasparenza e completezza delle informazioni, l'imparzialità pervadano tutti coloro che, a vario titolo, collaborano con la compagnia sul delicato tema della valutazione del risarcimento nei confronti dei danneggiati, con ovvia consapevolezza che qualsiasi risarcimento economico non riesce a ristorare in maniera completa ciò che ha perso davvero il danneggiato.

Si tratta di un codice etico i cui principi devono essere e sono condivisi da tutti coloro che operano nel gruppo, che operano a qualsiasi titolo nella Compagnia.

Con questa riflessione si allenta, forse, la carica di disagio e forse (ma non dev'esser così) di diffidenza che comunica un motto scherzoso di Woody Allen: "Ci sono cose peggiori della morte. Se hai passato una serata con un assicuratore, sai esattamente di cosa parlo".

## **Verso un modello condiviso per la gestione del conflitto in ambito sanitario: il progetto “Hippocratica Civitas” dell’Ordine dei Medici di Salerno**

*Marco Marinaro*

È davvero un’occasione unica l’incontro di questa sera. L’autorevolezza dei relatori e dell’uditorio conferma l’importanza del tema trattato e conferisce il giusto rilievo all’iniziativa dell’Ordine dei Medici di Salerno che con lungimiranza e coraggio da circa due anni ha avviato un percorso per introdurre la conciliazione nella sanità.

Prima di presentare le linee essenziali del progetto appare necessaria però una breve premessa che contribuirà a chiarire non soltanto i presupposti dello stesso, ma altresì gli obiettivi che si intendono perseguire.

Secondo l’opinione di autorevoli esperti l’evoluzione della relazione tra medico e paziente nel corso dei secoli si è logorata al punto tale da apparire attualmente un rapporto privo di empatia.

Il medico sembra più attento alla malattia e sempre meno al malato, il quale in mancanza di un proficuo rapporto interpersonale e di una utile comunicazione perde la fiducia e ciò determina un pericoloso “scollamento” rispetto al progetto di cura elaborato per la sua malattia.

Ed invero posto il rapporto asimmetrico ove il medico è dotato di autorità e potere mentre al paziente è richiesta fiducia, nel momento della rottura di questo equilibrio il paziente ritira la fiducia ed il medico adotta una strategia difensiva barricandosi dietro la c.d. scienza impersonale.

È la crisi del rapporto medico-paziente che consegue al passaggio dal paternalismo medico al principio di autonomia del paziente. E l’esponenziale aumento del contenzioso in materia di responsabilità sanitaria sembra potersi leggere quasi come la conseguenza ineluttabile di questa crisi.

Ma un ulteriore dato appare particolarmente utile ed interessante: l’aumento esponenziale delle azioni di risarcimento sembra essere direttamente collegato al progresso scientifico e tecnologico in ambito sanitario; infatti al paternalismo sarebbe subentrata una sorta di fideismo nella tecno-scienza medica e ciò avrebbe peraltro comportato anche una progressiva accentuazione dei profili di responsabilità delle strutture di cura.

Le ragioni della crisi sono estremamente complesse ma sicuramente l’autodeterminazione del paziente (da autorevole autore definito ormai “esigente”) che ha condotto alla c.d. medicina difensiva con l’aumento esponenziale della diagnostica strumentale ha comportato una notevole personalizzazione del rapporto di cura ed un inevitabile incremento del contenzioso.

Crisi del rapporto che diviene crisi del sistema sanitario d’impresa. Riprendendo l’esperienza nordamericana che vive ormai la sua terza crisi del settore, si può rilevare come la crescita

straordinaria del contenzioso con l'aumento dei risarcimenti liquidati ed il conseguente rincaro dei premi assicurativi ingenera una spirale perversa nella quale i soggetti coinvolti a diverso titolo si arroccano su posizioni unilaterali.

Destano particolare interesse i dati provenienti dagli Stati Uniti d'America ove è stato stimato che il *quantum* del risarcimento assegnato dalla giuria in una causa di *medical malpractice* è raddoppiato tra il 1995 ed il 2000 passando da \$ 500,000 a \$ 1,000,000; anche la media del valore delle transazioni è aumentata da \$ 350,000 a \$ 500,000.

Appare significativo ricordare come nel 2002 negli USA si è assistito a numerosi scioperi nel settore medico a causa dell'eccessivo costo della copertura assicurativa o al rifiuto dei medici di prestare assistenza al parto (è il caso del Mississippi ove non era possibile ottenere assistenza medica al parto nella maggioranza delle città con meno di 20.000 abitanti).

Ed invero, attualmente, tutti i paesi industrializzati, compresa l'Italia, sembrano coinvolti in questa crisi, che, in alcuni casi, è anche profonda.

I dati più recenti forniti dall'ANIA in ordine alle richieste di risarcimento danni appaiono preoccupanti. Ed infatti con riferimento ai dati 2006 (resi noti nel 2008) è stato registrato un aumento del 66% in 10 anni (da 17.000 a 28.000 richieste in un anno).

La situazione che emerge da questa brevissima e sommaria ricostruzione dei dati più significativi appare comunque sufficiente a chiarire le ragioni di un impegno su questi temi da parte dell'Ordine dei Medici di Salerno.

Circa due anni di studi, incontri, riflessioni, dibattiti. Il progetto Hippocratica Civitas (responsabilità sanitaria, gestione del rischio e del conflitto, tutela della persona) costituisce infatti un percorso che prendendo le mosse da un rinnovato modo di intendere la funzione degli Ordini professionali ne valorizza le potenzialità in un contesto sociale profondamente diverso da quello nel quale furono istituiti.

L'Ordine dei Medici, attraverso una riflessione approfondita sui temi della responsabilità e della connessa prevenzione e gestione del rischio e del conflitto, ha inteso costituire uno spazio di dialogo aperto e condiviso nell'attuazione prioritaria del diritto alla salute costituzionalmente garantito.

Il paziente ed il medico riacquistano centralità in quella che è stata definita la c.d. società della salute dove "responsabilità" per le proprie azioni non significa soltanto "responsabilità giuridica".

Un percorso umano e professionale che ha consentito di approfondire e valutare idee e soluzioni finalizzate ad offrire un luogo ed al contempo uno strumento per la soluzione dei conflitti nella materia sanitaria e, soprattutto, in quelle controversie che trovano origine in un errore sia pure *soltanto* presunto tale.

Quindi gestione degli eventi avversi nella fase iniziale del conflitto quando ancora non vi è controversia in senso tecnico (cioè avvio del contenzioso). Ma anche soltanto la gestione di conflitti derivanti da un difetto di comunicazione.

Uno spazio dove tutte le parti, medici e odontoiatri, pazienti, strutture sanitarie pubbliche o private e compagnie di assicurazioni possano dialogare nel reciproco ascolto in una prospettiva eticamente corretta e che per ciò stesso è idonea soddisfare tutti coloro che accetteranno la sfida culturale lanciata dall'Ordine dei Medici di Salerno.

Questo spazio è necessario. È necessario perché l'evoluzione del conflitto in ambito sanitario innesca meccanismi che -ancor più che in altre materie- conducono ad un arroccamento delle rispettive posizioni e quindi all'inevitabile azione giudiziaria destinata ad imporre (in sede civile e/o penale) -in tempi spesso biblici- una soluzione che difficilmente sarà in grado di soddisfare gli interessi e i bisogni che hanno generato il conflitto.

Ma i temi della responsabilità e dei connessi strumenti di prevenzione e riparazione attraverso la gestione del rischio e del conflitto come la conciliazione postulano un rinnovato approccio culturale. Responsabilità ed etica nella materia sanitaria non possono viaggiare su binari paralleli.

Un comportamento eticamente corretto è indispensabile ed è richiesto a tutti coloro che a diverso titolo sono destinati ad essere gli attori di questo nuovo modo di risolvere i conflitti.

I pur auspicabili interventi legislativi, alcuni dei quali in avanzata fase di discussione in Parlamento, non potranno trovare piena attuazione raggiungendo gli obiettivi sperati senza una profonda valorizzazione e rivitalizzazione del sostrato etico del composito rapporto di cura.

Particolarmente significativo è il primo comma del primo articolo dello schema unificato (dei cinque disegni di legge in discussione al Senato) predisposto dal relatore Sen. Saccomanno per la riforma della responsabilità sanitaria il quale dispone che la "responsabilità civile per danni a persone causati dal personale sanitario medico e non medico, occorsi in una struttura ospedaliera pubblica o privata, è sempre a carico della struttura stessa".

Un sistema complesso ed integrato di prevenzione e riparazione del danno alla salute costituisce il necessario approdo che partendo dall'abbandono del modello paternalistico (attraverso l'evoluzione giurisprudenziale della responsabilità per colpa) transiti definitivamente verso il modello definito di "responsabilità sanitaria d'impresa" (c.d. *enterprise medical malpractice liability*).

Un modello dunque che non si limiti ad estendere la tutela rimediabile o a spostare la responsabilità economica dei danni, ma che assuma un sistema complesso della riparazione dove la responsabilità della struttura, del sanitario o l'intervento indennitario di solidarietà si coniugano con una valutazione preventiva della prevedibilità del rischio; ma soprattutto un sistema dove assuma centralità la riduzione dei danni mediante politiche basate su informazioni condivise per la prevenzione e la gestione dei rischi e dei conflitti, prima e dopo il verificarsi dell'evento.

La riforma dunque appare necessaria senza trascurare anche la valenza simbolica che essa può assumere in un contesto che richiede attenzioni. Occorre impegnarsi per un patto di solidarietà tra tutti i soggetti coinvolti attraverso la comprensione dei diversi interessi e bisogni.

I medici che desiderano riaffermare la dignità della professione pur nella inevitabile collettivizzazione dell'attività professionale sempre più dipendente dalle moderne tecnologie.

Il paziente che, sempre più interessato ad acquisire informazioni sulla propria salute e sugli eventuali eventi avversi, chiede dunque di essere ascoltato ed informato in modo trasparente.

L'assicuratore infine (ma non ultimo) che coopera alla valutazione del rischio nella fase di assunzione e, quindi, nella gestione e riparazione: vicino al medico prima dell'evento avverso e al paziente al momento del suo verificarsi.

Un sistema non antagonista dunque che valuti equamente tutti gli interessi delle parti coinvolte attraverso la ricostruzione di un rapporto di rinnovata fiducia, valorizzando il nuovo ruolo delle tecnologie e delle strutture.

Di qui la centralità del tema del conflitto e della sua gestione pacifica. Di qui l'importanza della mediazione finalizzata alla conciliazione in materia sanitaria.

Una più efficiente ed efficace soluzione dei conflitti in ambito sanitario non può costituire soltanto un problema tecnico da affidare ad una nuova tipologia processuale ed a nuovi istituti ed organismi ai quali delegare una missione che in tal modo diviene impossibile.

Un intervento legislativo è divenuto ormai necessario. Occorre rivedere la responsabilità civile e penale del personale sanitario. Occorre quindi assumere precise scelte legislative che siano rispondenti alla complessità dei rapporti in una prospettiva assiologica orientata alla tutela della salute quale bene primario della persona umana.

Occorrono scelte coraggiose, capaci di ridisegnare ruoli e responsabilità senza mortificare la professionalità del personale sanitario. Occorre riuscire a rispondere alle diverse ma concorrenti richieste provenienti dalle diverse parti.

In questa prospettiva nasce l'idea e quindi il progetto dell'Ordine dei Medici di Salerno. Un progetto che prevede la istituzione della Camera di Conciliazione ed in questo senso pur collocandosi nella scia di altre esperienze avviate in Italia se ne distacca profondamente sino a segnare una vera e propria svolta che peraltro corre nel solco della riforma legislativa contestualmente avviata dal legislatore (il riferimento è in particolare all'art. 61 del D.D.L. n. 1082 approvato dal Senato con modificazione il 4 marzo 2009 ed in attesa della definitiva approvazione da parte della Camera dei Deputati).

Ma nell'attesa della nuova legislazione, il percorso avviato a Salerno trova già un preciso fondamento normativo in un comma del decreto istitutivo degli Ordini dei Medici. Una norma che nella rilettura odierna appare - nonostante i suoi oltre 60 anni di vita- particolarmente attuale e finanche all'avanguardia.

Ed infatti all'art. 3, lett. g), del D.Lgs.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233, tra le funzioni spettanti al Consiglio direttivo di ciascun Ordine è prevista proprio quella di «interporre, se richiesto, nelle controversie fra sanitario e sanitario, o fra sanitario e persona o enti a favore dei quali il sanitario abbia prestato o presti la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari e per 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».

L'Ordine dei Medici diviene la sede privilegiata per l'incontro ed il dialogo sulle tematiche della responsabilità sanitaria orientate sia alla prevenzione (del rischio e, quindi, del conflitto) sia alla soluzione (della lite).

Nasce così l'esigenza di creare un organismo che sia in grado di gestire con professionalità, autorevolezza ed imparzialità il ruolo di mediatore delle diverse istanze ed interessi coinvolti nella complessa gestione del rapporto sanità-paziente.

Il progetto prevede infatti l'istituzione della "Camera di Conciliazione". Potrà poi risultare particolarmente utile anche l'attivazione di un "Osservatorio provinciale sulla malpractice sanitaria" e la stipula di intese e formule di partnership con tutti i soggetti interessati.

L'istituzione di uno "Sportello di ascolto" e della connessa "Camera di conciliazione" consentirà di offrire al cittadino ed al medico, oltre che alla struttura sanitaria ed alle compagnie assicurative che garantiscono la copertura dei rischi, un luogo di ascolto ove, innanzitutto, poter dialogare serenamente. La riservatezza costituisce il primo elemento chiave dell'ascolto che prelude all'esame obiettivo del caso proposto. La soluzione (conciliativa od arbitrale) diviene così un obiettivo non necessario ma al quale le parti potranno pervenire nella reciproca consapevolezza e soddisfazione.

Il procedimento è disciplinato da un regolamento che costituisce la guida operativa che deve garantire la riservatezza e la lealtà dell'incontro. Dopo il primo contatto con lo Sportello è prevista una fase istruttoria con la raccolta della documentazione sanitaria che sarà esaminata da una autorevole Commissione Tecnica composta da medici, medici-legali e specialisti non iscritti presso l'Ordine dei Medici di Salerno per garantirne l'assoluta terzietà. All'esito di questo esame preliminare, effettuato con la partecipazione degli eventuali consulenti tecnici delle parti, si svolgerà l'incontro con il Conciliatore.

Ma le nuove regole giuridiche sostanziali e processuali che modificheranno, integreranno, sostituiranno altre norme dovranno costituire il presupposto di un rinnovato impegno etico, dovranno accompagnare un percorso culturale di profonda ricostruzione e rigenerazione del complesso rapporto che coinvolge il più delle volte numerosi soggetti che a diverso titolo concorrono alla tutela del bene salute, nella consapevolezza che "l'arte di guarire è un'arte imperfetta ma che il diritto alla salute impone l'esercizio al meglio di quest'arte".

Finito di stampare  
nel mese di aprile 2010  
dalla  
Tipografia Tirrena  
Cava de'Tirreni (Sa)