

Fabrizio Pregliasco

Direttore Sanitario Casa di Cura Ambrosiana, Cesano Boscone (Mi)

La relazione fra Medici nell'ambito ospedaliero: tra autonomia decisionale e collaborazione interdisciplinare

La questione oggetto di questa relazione necessita di una trattazione in due parti, la prima con una disamina delle problematiche medico-legali conseguenti e successivamente una descrizione delle modalità con cui una struttura ospedaliera, e in tal senso verrà descritta l'esperienza della Casa di Cura Ambrosiana, può organizzare la sua attività per garantire una continuità di cure che garantisca, al di là dell'intento dei singoli professionisti di facilitare l'interscambio tra le varie professionalità e quindi una collaborazione orientata a garantire un'alta qualità delle prestazioni erogate ai pazienti assistiti.

Il lavoro medico pluridisciplinare è il portato della crescente specializzazione delle branche mediche e della conseguente frammentazione dei compiti assegnati ai singoli sanitari. Esso postula la necessità che per il singolo trattamento sanitario intervengano più specialisti in regime di collaborazione.

Detta collaborazione o cooperazione multi-disciplinare può essere:

- contestuale, come solitamente accade negli interventi chirurgici di gruppo o d'equipe, laddove i singoli apporti collaborativi di tipo scientifico (di anestesisti, chirurghi ecc.) insieme a contributi meramente ausiliari (di infermieri specializzati ecc.) si integrano a vicenda e in un unico contesto temporale in vista del conseguimento del risultato sperato;
- o successiva, allorché l'unitario percorso diagnostico o terapeutico si sviluppi attraverso una serie di attività tecnico-scientifiche di competenza di sanitari o gruppi di sanitari diversi, temporalmente e funzionalmente successive (in quanto le une sono il presupposto necessario delle altre: es. radiografia, analisi cliniche, diagnosi, intervento chirurgico), ma unificate dal fine della cura e salvaguardia della salute del paziente.

La cooperazione multi-disciplinare nell'ambito dell'attività medico-chirurgica importa, dunque, il concorso di apporti tecnico-scientifici di più soggetti ai quali sono attribuiti obblighi c.d. divisi di diligenza (cioè differenziati in funzione delle specifiche norme cautelari di riferimento).

Di qui il problema di stabilire, nel caso di esito infausto del trattamento sanitario, se ed in che limiti il singolo medico possa rispondere dei comportamenti colposi riferibili ad altri componenti dell'equipe e, dunque, fino a che punto si estendano i suoi obblighi di diligenza, perizia e prudenza laddove si trovi ad operare unitamente ad altri soggetti.

La questione è stata affrontata e risolta in dottrina e giurisprudenza in base al duplice e speculare principio:

- del corretto comportamento proprio, rispettoso, cioè, delle regole cautelari adottabili da un agente modello di quel settore specialistico;
- dell'affidamento nel corretto comportamento altrui.

Tale soluzione si fonda sul principio di autoresponsabilità, per cui ciascuno è tenuto a rispondere solo del proprio operato, che dovrà naturalmente essere improntato al rispetto delle regole di diligenza, prudenza e perizia, senza che il singolo sia gravato dell'obbligo di sorvegliare altresì l'operato altrui. La tesi presenta l'indubbio pregio di conciliare il principio della responsabilità penale personale con la specializzazione e divisione dei compiti in ambito medico:

- da un lato, infatti, tiene conto del fatto che il patrimonio di conoscenze specialistiche di cui ciascun medico è portatore può non permettergli di avere contezza del corretto adempimento dell'altrui attività specialistica, rendendone inesigibile il controllo;

- dall'altro, assicura al singolo medico la possibilità, soprattutto in pratiche particolarmente impegnative, di focalizzare la propria attenzione sullo specifico ruolo che è chiamato a svolgere, senza doversi occupare anche del corretto adempimento dei compiti altrui.

Riconosciuta, dunque, in linea di principio l'operatività del principio di affidamento nell'ambito dell'attività medica multi-disciplinare (sia essa in equipe o più semplicemente di cooperazione tra più medici di una stessa divisione ospedaliera), occorre, tuttavia, puntualizzarne il contenuto, i presupposti e i limiti.

La Cassazione, nel definire il suddetto principio, ha usato espressioni del seguente tenore:

- "principio secondo il quale ciascuno può contare sull'adempimento, da parte degli altri, dei doveri su di essi incombenti" (Cass. pen., Sez. IV, 26 gennaio 2005, n. 18568);

- "principio secondo il quale ogni consociato può confidare che ciascuno si comporti adottando le regole precauzionali normalmente riferibili al modello di agente proprio dell'attività che di volta in volta è in esame, ed ognuno deve evitare unicamente i pericoli scaturenti dalla propria condotta"; in altri termini, "significa semplicemente che di regola non si ha l'obbligo di impedire che realizzino comportamenti pericolosi terze persone altrettanto capaci di scelte responsabili" (Cass. pen., Sez. IV, 26 maggio 1999, n. 8006).

Presupposti per l'operatività del principio:

- obblighi divisi tra più soggetti, nel senso che ciascuno di essi è tenuto all'osservanza delle norme cautelari dell'agente modello nelle rispettive attività;

- corretto adempimento degli obblighi specifici (e dunque piena osservanza delle connesse regole cautelari di condotta) gravanti su colui che ne invoca l'applicazione;

- assenza di una posizione di garanzia qualificata, dalla quale discenda, entro certi limiti di esigibilità, uno specifico obbligo di vigilanza sull'altrui attività proprio al fine di prevenire e/o rimuovere eventuali errori dei medici assoggettati a tale controllo.

Dalla ricognizione dei presupposti, appena effettuata, è agevole desumere a contrario 3 ipotesi, nelle quali, per giurisprudenza e dottrina pacifica, non è invocabile il principio di affidamento ai fini dell'esonero da responsabilità penale:

1) nel caso in cui l'errore attenga all'inosservanza di obblighi comuni o indivisi, vale a dire di obblighi parimenti gravanti su più medici o anche medici e personale ausiliario, tutti tenuti ad osservare le medesime regole cautelari di condotta (es. corresponsabilità dell'anestesista e dell'infermiere per il difettoso allestimento di un apparecchio per l'anestesia; corresponsabilità di un primario e del suo "aiuto" per un errore diagnostico);

2) nel caso in cui " colui che si "affida" sia in colpa, per avere violato determinate norme precauzionali o per avere omesso determinate condotte e, ciò nonostante, confidi che altri, che eventualmente gli succede nella stessa posizione di garanzia, elimini quella violazione o ponga rimedio a quella omissione"; ne consegue "che ove, anche per l'omissione del successore, si produca l'evento che una certa azione avrebbe dovuto e potuto impedire, l'evento stesso avrà due antecedenti causali, non potendo il secondo configurarsi come fatto eccezionale, sopravvenuto, sufficiente da solo a produrre l'evento" (ex plurimis Cass. pen., nn. 8006/1999 e 18568/2005);

3) ove sussista una posizione di garanzia qualificata in capo a soggetti che rivestono una posizione apicale all'interno del gruppo (capo-equipe; ex primario ora dirigente medico di struttura complessa), tale da imporre un obbligo di vigilanza più penetrante ed entro i limiti in cui tale controllo sia esigibile.

4) A queste ipotesi se ne aggiunge una quarta (anche se in parte esplicitazione della prima), enucleata dalla giurisprudenza al fine di evitare un eccessivo ed ingiustificato smembramento delle responsabilità, allorché la previsione o prevedibilità ed evitabilità dell'errore altrui impongano comunque al soggetto l'adozione degli accorgimenti utili a riportare l'intervento del collega nell'ambito del rischio consentito.

È il caso in cui gli errori compiuti da uno specialista del gruppo siano non settoriali e/o, pur afferendo alla sfera settoriale e specifica dei compiti (e delle norme cautelari) che è chiamato ad adempiere, siano tuttavia evidenti, e dunque rilevabili ed emendabili con il supporto delle conoscenze comuni del cosiddetto "professionista medio".

Vale la pena di riportare sul punto un'emblematica massima della Suprema Corte, che nel caso di errori dello specialista che siano evidenti e non settoriali, pertanto conoscibili *ictu oculi* da ogni professionista medio, ha ritenuto sussistere una tipica ipotesi di cooperazione colposa ex art. 113 cp, affermando che: "In tema di colpa professionale, nel caso di "equipes" chirurgiche e, più in generale, in quello in cui ci si trovi di fronte ad ipotesi di cooperazione multidisciplinare nell'attività medico-chirurgica, sia pure svolta non contestualmente, ogni sanitario, oltre che al rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte, è tenuto ad osservare gli obblighi ad ognuno derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune ed unico. Ne consegue che ogni sanitario non può esimersi dal conoscere e valutare l'attività precedente o contestuale svolta da altro collega, sia pure specialista in altra disciplina, e dal controllarne la correttezza, se del caso ponendo rimedio o facendo in modo che si ponga opportunamente rimedio ad errori altrui che siano evidenti e non settoriali e, come tali, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio". (Cass. pen., n. 24036/2004).

1) Con riguardo alla posizione del medico ospedaliero che termina il suo turno di lavoro, si è evidenziato che "costui ha lo specifico dovere di fare le consegne a chi gli subentra in modo da evidenziare la necessità di un'attenta osservazione e di un controllo costante dell'evoluzione della malattia del paziente che sia soggetto a rischio di complicanze", sicché invocare in tal caso il principio di affidamento sull'operato del collega subentrante sarebbe sicuramente fuorviante.

2) Parimenti, è stata esclusa l'invocabilità di detto principio da parte del medico, il quale abbia affidato ad un inesperta accompagnatrice volontaria un malato grave di mente, sull'assunto secondo il quale, essendo questi in colpa, per avere violato determinate norme precauzionali o per avere omesso determinate condotte, non può confidare che altri, eventualmente succedutogli nella stessa posizione di garanzia, elimini quella violazione o ponga rimedio a quella omissione. Con la conseguenza che, nel caso di suicidio del malato, il deficit di sorveglianza sullo stesso da parte della volontaria non può configurarsi quale causa eccezionale, idonea ad escludere il nesso causale, ma al più concausa dell'evento in concorso con la precedente condotta colposa del medico (Cass. pen., n. 10435/2004).

3) Nel caso, poi, del medico di pronto soccorso, già impegnato a prestare la propria opera ad un paziente, il quale vede sopraggiungere un altro paziente che necessita di assistenza e cura rinviabili, la Suprema Corte ha precisato che, una volta che lo stesso abbia impartito, in termini inequivoci, al personale infermieristico l'ordine di chiamare altro medico presente e non altrettanto impegnato, può fare legittimo affidamento sull'esecuzione di tale ordine, a meno che particolari contingenze temporali in cui l'ordine venga impartito (ad esempio un fine turno degli infermieri) e prassi ad esse connesse (quale quella di trasferire l'ordine ai subentranti), dal medico conosciute, impongano il controllo sull'esecuzione dell'ordine dato (Cass. pen., n. 9368/2000).

4) Le osservazioni in ordine al concetto di "errore evidente", quale limite all'operatività del "principio dell'affidamento", hanno trovato terreno fertile con particolare riferimento alla cooperazione multi-disciplinare dei membri di una équipe medica.

Ciascuno di essi -ha in più occasioni precisato la Cassazione- è tenuto al rispetto oltre che dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte, anche degli obblighi ad ognuno derivanti dalla convergenza di tutte

le attività verso il fine comune ed unico. Con la conseguenza che ciascun membro dell'equipe non può esimersi dal conoscere e valutare l'attività precedente o contestuale svolta da altro collega, sia pure specialista in altra disciplina, e dal porre rimedio ad errori altrui che siano evidenti e non settoriali e, come tali, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio.

Dibattuta è, al riguardo, la permanenza di tale dovere di vicendevole controllo al fine di porre rimedio alle altrui mancanze nella fase post-operatoria. Due distinte pronunce della Cassazione sono intervenute sul tema. Con la prima, la Suprema Corte ha sottolineato in linea generale che la posizione di garanzia dell'equipe chirurgica nei confronti del paziente non si esaurisce con l'intervento, ma riguarda anche la fase post-operatoria, gravando sui sanitari un obbligo di sorveglianza e monitoraggio della salute del soggetto operato. Ne consegue che dalla violazione di tale obbligo, fondato anche sul contratto d'opera professionale, può discendere la responsabilità penale dei medici qualora l'evento dannoso sia causalmente connesso ad un comportamento omissivo ex art. 40. co. 2, c.p. (Cass. pen., n. 12275/2005).

Con la seconda pronuncia, i giudici di legittimità hanno però precisato con riferimento al caso di scioglimento anticipato dell'equipe operatoria – in una fase in cui l'intervento, perfettamente riuscito, abbisogna solo di adempimenti della massima semplicità – che l'allontanamento anticipato del medico dalla sala operatoria consente di escludere la colpa per negligenza e, di conseguenza, l'incidenza causale sull'evento ove sia giustificato da pressanti ed urgenti necessità professionali e non si tratti di intervento operatorio ad alto rischio (Cass. Pen., n. 22579/2005).

Altro temperamento all'invocabilità del principio di affidamento discende, come detto, dalla sussistenza di una posizione di garanzia qualificata nei confronti dei pazienti in capo a soggetti in posizione apicale all'interno del gruppo o comunque superiori sul piano gerarchico. Da tale posizione, infatti, scaturiscono obblighi più rigorosi di supervisione, controllo, coordinamento e direttiva del lavoro degli altri medici, e pertanto di intervento volto a correggere, laddove necessario, eventuali errori da questi commessi.

Una tale specifica posizione di garanzia è riconosciuta dalla giurisprudenza, seppur con le opportune differenziazioni, in capo al:

- 1) responsabile dell'equipe sull'operato dei membri dell'equipe stessa;
- 2) dirigente medico in posizione apicale (ex primario) nei confronti dei medici operanti all'interno del reparto o divisione ospedaliera dal primo diretta.

La responsabilità penale del capo-equipe.

Con riferimento a tale figura, solitamente identificata nel chirurgo, la giurisprudenza ha precisato che, quantunque ciascun componente dell'equipe sia tenuto ad eseguire con il massimo scrupolo le funzioni proprie della rispettiva specializzazione, al responsabile dell'equipe sono comunque demandati compiti di coordinamento, supervisione e vigilanza del lavoro degli altri specialisti durante lo svolgimento dell'intervento e anche dopo nella fase post-operatoria (nei limiti di cui si è detto), salvo che l'intervento specialistico congiunto del collega esuli completamente dall'ambito delle sue conoscenze esigibili, sconfinando in campi scientifici esasperatamente settoriali.

Per evitare, infatti, che al capo-equipe sia attribuita un'ingiustificata e generalizzata responsabilità per ogni e qualsiasi evento dannoso che si verifichi in capo al malato, le sue indubbie funzioni di controllo e supervisione devono calarsi nella realtà pratica dell'attività operatoria d'equipe. Ecco perché sarà esclusa una sua concorrente responsabilità allorché abbia correttamente adempiuto al duplice dovere di controllo e coordinamento, rispettivamente:

· Verificando, con l'ausilio delle conoscenze mediche generiche e specialistiche in concreto esigibili, che non sussistano situazioni o condizioni sospette da seguire prima di concentrarsi sullo svolgimento delle proprie specifiche mansioni;

· e disponendo una adeguata ripartizione dei vari compiti tra i componenti del gruppo, al fine di garantire la copertura di tutte le esigenze che l'intervento comporta.

Viceversa, l'omessa osservanza di tali doveri, e per l'effetto il mancato impedimento dell'esito infausto verificatosi per colpa medica altrui, profilerà la responsabilità penale concorrente del capo-equipe.

3.2 La responsabilità penale del dirigente medico in posizione apicale (ex primario).

Particolare attenzione merita, poi, l'analisi dei profili di responsabilità penale connessi alla posizione di garanzia qualificata del dirigente medico (ex primario) posto al vertice di una divisione ospedaliera o reparto in relazione all'operato dei medici che vi operano all'interno. Si tratta, in particolare, di verificare se ed in che limiti il dirigente del reparto (ex primario) possa rispondere dei comportamenti colposi riferibili ai medici operanti all'interno dello stesso e, dunque, fino a che punto si estenda la sua posizione di garanzia nei confronti dei pazienti ricoverati nel suo reparto.

a. La disciplina normativa di riferimento.

a/1. Nel vigore della previgente disciplina, le norme di riferimento erano rappresentate dall'art. 7, comma 3, del d.p.r. 27-03-1969 n. 128, secondo cui il primario vigila sull'attività e sulla disciplina del personale sanitario, ha la responsabilità dei malati, definisce i criteri diagnostici e terapeutici che devono essere eseguiti dagli aiuti e dagli assistenti, formula la diagnosi definitiva, e dall'art. 63, comma 5, del d.p.r. 20-12-1979 n. 761, in forza del quale il medico appartenente alla posizione apicale esercita funzioni di indirizzo e di verifica sulle prestazioni di diagnosi e cura, nel rispetto dell'autonomia operativa del personale assegnatogli, impartendo all'uopo istruzioni e direttive ed esercitando la verifica inerente all'attuazione di esse. Alla stregua di tali disposizioni la giurisprudenza ha riconosciuto in capo al primario di un reparto una specifica posizione di garanzia nei confronti dei suoi pazienti, alla quale non può sottrarsi adducendo che ai reparti sono assegnati altri medici o che il suo intervento è dovuto solo nei casi di particolare difficoltà o complicazione (Cass. pen., n. 3468/2000).

a/2. Con la riforma della dirigenza ospedaliera ad opera del Dlgs. 30-12-1992, n. 502 e soprattutto con il Dlgs. 19-06-1999, n. 229, il legislatore ha voluto temperare maggiormente la "gerarchia ospedaliera" con la "autonomia professionale" dei singoli medici, nel tentativo di superare l'ormai obsoleta struttura verticistica a favore di un'organizzazione più efficiente di tipo aziendalistico. Segni di questa riforma sono:

- la sostituzione delle figure del primario, assistente e aiuto con quella di dirigente medico (prima articolata in primo e secondo livello dall'art. 15, D.lgs. 502/1992, versione originaria, e poi accorpata in un unico livello ma con due tipi di struttura, semplice e complessa, dall'art. 13, Dlgs. 229/1999, che ha modificato il citato art.15);
- l'attenuazione dei vincoli gerarchici e il riconoscimento in capo a ciascun medico di un più ampio spazio di autonomia gestionale e operativa sui singoli casi.

Le ricadute di tale riforma sulla posizione di garanzia rivestita dall'ex primario avrebbero potuto comportare un ripensamento in termini di attenuazione della responsabilità ascrivibile allo stesso per gli errori commessi dai medici lato sensu sottoposti.

Senonchè, la Cassazione, intervenuta sulla questione con sentenza n. 47145/2005 (che per vero si è occupata di un caso *ratione temporis* assoggettato alla disciplina introdotta dal d. lgs. n. 502/1992, e non anche a quella successiva introdotta dal d. lgs. n. 229/1999), ha ritenuto che ad un'attenta analisi della disciplina dei compiti ovvero della concentrazione dei poteri-doveri del ruolo sanitario, la posizione del dirigente sanitario apicale, ex primario, non è in fondo cambiata, risolvendosi, dunque, l'eliminazione della figura del primario in una questione meramente terminologica.

E ciò sulla base della considerazione che anche dopo la riforma legislativa della dirigenza ospedaliera, al dirigente medico in posizione apicale spettano i poteri-doveri:

- a) di direttiva tecnico-organizzativa, fornendo preventivamente le informazioni di carattere programmatico per un efficiente svolgimento dell'attività sanitaria;
- b) e in conseguenza di ciò, di delega, per quei casi risolvibili in base all'espletamento dei poteri organizzativi di carattere generale;
- c) di verifica e vigilanza dell'attività autonoma o delegata dei medici per così dire subordinati, ed eventuale avocazione, se del caso, della gestione del trattamento sanitario di uno o più pazienti.

Deporrebbe in tal senso, chiarisce la Corte, l'attenta disamina dell'art. 13 citato, che nel modificare l'art. 15 del Dlgs. 502/1992, ha rinviato per la disciplina della dirigenza sanitaria, salvo quanto previsto nel decreto medesimo, al Dlgs. 3-02-1993 e successive modificazioni (Dlgs. 23-12-1993 n. 546): tali decreti legislativi, infatti, riguardano un assetto generale degli enti pubblici, i loro criteri di organizzazione, le modalità di assunzione e progressioni in carriera, e, pur contenendo norme riguardanti la dirigenza del Servizio sanitario nazionale (art. 26 nel d. l.vo n. 29 e art. 14 nel d. l.vo n. 546), non sono specifici sull'organizzazione interna delle strutture e sui poteri attribuiti al dirigente con incarico di direzione, del quale poi vengono esaltate, nel decreto n. 29 del 1999, le funzioni programmatiche e di indirizzo sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo), apparendo, però, che il singolo medico operante nella struttura abbia anche una autonomia nella gestione del caso singolo.

Pertanto, osservano i giudici, la riforma, pur attenuando il vincolo gerarchico tra dirigente e medici subordinati ed eliminando formalmente la figura del primario, non ha cancellato la figura del capo-dirigente medico del reparto, il quale, per la posizione apicale rivestita, mantiene quindi il potere-dovere di indirizzo, programmazione e vigilanza sui medici che lavorano nel reparto. Ne consegue che, qualora l'ex primario ora dirigente venga meno all'esercizio/adempimento di detti doveri ai quali è vincolato, sarà anch'egli responsabile della condotta colposa dei medici suoi subordinati.

Viceversa, tenuto conto anche delle dimensioni della struttura ospedaliera, del numero e continuo ricambio delle degenze, dell'insorgenza repentina di patologie gravi, è esclusa la responsabilità del dirigente apicale per la condotta omissiva del sanitario collaboratore, allorché abbia correttamente e scrupolosamente posto in essere le tre condotte a questi attribuite: direttiva; delega; vigilanza, verifica e eventuale avocazione.

Il dovere di verifica, in particolare, si attua con due diversi comportamenti: il primo di carattere generale, dovendo il dirigente informarsi della situazione generale del reparto; il secondo di carattere specifico, in quanto, venuto a conoscenza, o comunque, avendo la possibilità di venire a conoscenza di una situazione che richiede particolari competenze per la complicità del caso, sia essa dovuta alla difficoltà terapeutica ovvero al pericolo non trascurabile per la salute del paziente, deve fornire il proprio contributo determinante per la migliore assistenza medica che il caso richiede.

Così argomentando la Suprema Corte ha sancito la responsabilità del soggetto apicale per omessa osservanza del dovere di direzione – inteso come dovere di indicare rimedi e cure per la tutela della salute dei pazienti – e di quello di vigilanza nei casi di particolare complessità che necessitino del suo intervento.

c. Il contemperamento tra vincolo alle direttive superiori e autonomia professionale operativa: ipotesi liberatorie dell'ex primario e autonomia vincolata dei sottoposti.

Nel ribadire, anche nel nuovo contesto normativo, in modo sostanzialmente inalterato i poteri-doveri discendenti dalla posizione di garanzia dell'ex primario, la giurisprudenza di legittimità, sempre nella sentenza n. 47145, precisa, poi, che solo attraverso l'analisi dei casi concreti, che in tema di reati colposi sfuggono a codificazioni precise, è possibile cogliere soluzioni liberatorie del dirigente medico apicale da responsabilità omissiva. Esempi, dichiaratamente non esaustivi, di esonero da responsabilità, sono stati ravvisati:

- nell'aver adeguatamente formato il medico collaboratore per casi semplici o quanto meno non complicati, e non avervi adempiuto il sanitario;
- nel non esservi stato tempo materiale per l'informazione, dato che il collaboratore ha repentinamente omesso il trattamento sanitario necessario, causando immediatamente l'irreparabilità delle lesioni o del decesso, senza possibilità materiale di intervento del dirigente apicale

Inoltre, con riguardo al caso in cui il trattamento del paziente sia effettuato congiuntamente dal primario e da altri dirigenti medici subordinati, si è precisato che questi ultimi sono portatori di una autonomia vincolata: non sono, infatti, in una posizione meramente subalterna, ma pur essendo tenuti a collaborare attivamente con il superiore per una più sicura diagnosi o terapia, rispettandone le direttive, non devono assumere un acritico atteggiamento di sudditanza. Ne consegue che, qualora ravvisino elementi di sospetto percepiti o percepibili con la necessaria diligenza o perizia, hanno il dovere di segnalarli esprimendo il dissenso per restare esenti da responsabilità, anche nel caso in cui il superiore gerarchico ritenga di non condividere la loro valutazione.

Come garantire un adeguato percorso assistenziale che contemperi autonomia decisionale collaborazione ?

L'attuazione di un approccio multidisciplinare nell'ambito delle autonomie decisionali proprie dei vari professionisti è stata molto seguita e sviluppata nell'ambito medicina critica e deriva da una Consensus conference tenutasi al NIH già nel 1983 che ha riconosciuto il valore del lavoro integrato e ha appoggiato la collaborazione soprattutto nel campo del miglioramento del trattamento del paziente e della qualità.

Il lavoro di squadra non nasce spontaneamente, ma ha origini dall'impegno a un progetto collaborativo e dalla scelta di obiettivi comuni. Vari articoli pubblicati hanno affermato che la presenza di un gruppo di professionisti sanitari provenienti da varie discipline, che lavorino in concerto, può migliorare l'efficienza, l'esito e i costi dei trattamenti dei pazienti.

Il motore dell'azione passa, dal singolo professionista ad un nuovo soggetto che è l'équipe, con lo scopo del raggiungimento dell'autonomia possibile per la persona assistita nello svolgere le attività di vita quotidiana.

Il lavoro in équipe e il lavoro per obiettivi sono strettamente connessi:

- l'équipe esiste solo per obiettivi condivisi;
- tutti i suoi membri sono coinvolti nell'analisi del problema e nelle decisioni;

- gli obiettivi hanno valore comunicativo e motivazionale;
- lavorare per obiettivi consente di valutare i mezzi e i metodi utilizzati per rispondere ad una domanda centrale: i bisogni della persona assistita.

Gli obiettivi devono:

- essere rilevanti e motivanti;
- esprimere ciò che si vuole raggiungere;
- essere facilmente comprensibili;
- essere raggiungibili e consentire una pianificazione;
- essere misurabili;
- contenere una performance, ovvero un'azione direttamente osservabile o un comportamento che la manifesti;
- avere delle condizioni che indichino ciò che è consentito o non consentito fare.

Gli obiettivi, quindi, definiscono l'operatività di un'équipe.

L'équipe, in conclusione, la si può definire come il cuore di una gestione per processi che è il più possibile quantificabile per quanto concerne le risorse e i risultati ottenuti. L'équipe, una volta consolidata, può affrontare tutto ciò che avviene dall'ingresso alla dimissione della persona assistita, garantendole una continuità assistenziale che dura per tutto il suo percorso clinico.

La Joint Commission è nata negli Usa nel 1951 con il fine di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria degli ospedali americani. Tra i primi standard adottati assunse una particolare importanza la capacità delle strutture ospedaliere di produrre un'adeguata e corretta documentazione clinica, cosa che ai tempi non avveniva frequentemente. Quello di Joint Commission è un processo di accreditamento volontario attraverso il quale un ente terzo, indipendente e non governativo certifica e garantisce che un'organizzazione sanitaria rispetta specifici standard (divisi in due grandi blocchi, quelli incentrati sul paziente e quelli sull'organizzazione) che tendono ad un miglioramento continuo nelle strutture, nei processi e nei risultati: esistono programmi di accreditamento per praticamente tutte le strutture che operano nel mondo sanitario (ambulatori, ospedali, laboratori, centri di riabilitazione, case di cura, etc.). La centralità che riveste, tra gli obiettivi prefissati, quello della tutela della sicurezza del paziente

Gli elementi per consolidare e garantire una collaborazione interdisciplinare si possono evidenziare in alcune parti determinate dell'analisi e degli standard della JC.

CONTINUITÀ DELLE CURE

L'ospedale progetta e attua processi in grado di garantire la continuità dei servizi sanitari offerti al paziente e il coordinamento tra gli operatori sanitari.

L'esperienza di un paziente all'interno di un'organizzazione sanitaria, dall'accettazione alla dimissione o al trasferimento, può vedere il coinvolgimento di diversi dipartimenti e servizi e di vari operatori sanitari. In tutte le fasi del trattamento, i bisogni del paziente devono essere soddisfatti mediante l'utilizzo di risorse appropriate all'interno e, se necessario, all'esterno dell'organizzazione. In genere, questo risultato viene raggiunto utilizzando criteri o politiche prestabiliti che definiscono l'appropriatezza del trasferimento all'interno dell'organizzazione. Affinché l'assistenza non abbia a subire soluzioni di continuità, l'organizzazione deve progettare e implementare dei processi di continuità e di coordinamento delle cure tra i medici, gli infermieri e gli altri operatori sanitari nelle seguenti aree:

servizi di emergenza/urgenza (pronto soccorso) e ricovero ordinario;

servizi diagnostici e servizi di cura;

servizi di cura chirurgici e medici;

tra programmi e servizi ambulatoriali;

altre organizzazioni e altre tipologie di strutture sanitarie.

I responsabili delle varie strutture e servizi collaborano alla stesura e all'implementazione dei processi, a sostegno dei quali possono esservi criteri espliciti di trasferimento oppure politiche, procedure o linee guida. L'organizzazione identifica i soggetti responsabili del coordinamento dei servizi, i quali possono coordinare l'assistenza in linea generale (ad esempio, tra i vari dipartimenti) oppure l'assistenza di singoli pazienti (ad esempio, case manager).

I responsabili di servizi e strutture progettano e implementano i processi a sostegno della continuità e del coordinamento delle cure, comprese le aree individuate dall'intento.

Criteri o politiche prestabiliti determinano l'appropriatezza dei trasferimenti all'interno dell'organizzazione.

Continuità e coordinamento sono evidenti in tutte le fasi della cura del paziente.

Continuità e coordinamento sono evidenti al paziente. (ACC.2.1 Durante tutte le fasi della degenza un soggetto qualificato viene identificato quale responsabile del percorso di cura del paziente. Al fine di garantire la continuità delle cure per tutto il periodo di degenza, viene chiaramente identificato un responsabile del coordinamento e della continuità della cura del paziente o di una fase specifica del percorso di cura. Questo soggetto può essere un medico o un altro professionista qualificato. Il responsabile è identificato in cartella clinica o comunque reso noto agli operatori in altro modo. Il responsabile del percorso di cura del paziente è tenuto a fornire documentazione relativa al piano di cura del paziente. Un unico soggetto che supervisiona l'assistenza per tutta la durata della degenza contribuirà a migliorare continuità, coordinamento, soddisfazione del paziente, qualità e potenzialmente anche gli esiti delle cure e la sua presenza è quindi auspicabile per alcuni pazienti complessi e per altre tipologie di pazienti individuati dall'organizzazione. Questo soggetto dovrà collaborare e comunicare con gli altri professionisti sanitari.

Quando un paziente passa da una fase a un'altra del percorso di cura (ad esempio dalla fase chirurgica a quella riabilitativa), è possibile cambiare anche il soggetto responsabile della cura, così come è possibile che il soggetto inizialmente responsabile del paziente continui a supervisionare l'intero processo di cura.

Il responsabile del coordinamento della cura del paziente è identificato ed è disponibile durante tutte le fasi della degenza. Si tratta di un professionista qualificato ad assumere la responsabilità della cura del paziente. Il responsabile del coordinamento della cura del paziente deve essere noto agli altri operatori. Il responsabile del coordinamento della cura del paziente fornisce documentazione in cartella clinica in relazione al piano di cura del paziente.

PROGETTAZIONE DEI PROCESSI CLINICI E MANAGERIALI

Le linee guida della pratica clinica, i percorsi clinici e/o i protocolli clinici sono utilizzati per guidare l'assistenza clinica.

Gli obiettivi di un'organizzazione sanitaria prevedono: la standardizzazione dei processi clinico-assistenziali; la riduzione dei rischi all'interno dei processi assistenziali, in particolare quelli associati alle fasi decisionali critiche; l'erogazione di assistenza clinica in maniera efficace e tempestiva per mezzo di un utilizzo efficiente delle risorse a disposizione; l'erogazione uniforme e standardizzata di cure di qualità elevata per mezzo di pratiche basate sull'evidenza.

Un'organizzazione sanitaria utilizza molteplici strumenti al fine di raggiungere questi e altri obiettivi. Ad esempio, i professionisti sanitari si adoperano per sviluppare i processi clinici e prendere le decisioni cliniche sulla base delle migliori evidenze scientifiche a disposizione. Le linee guida della pratica clinica sono strumenti utili in questo sforzo volto a conoscere e applicare la scienza migliore a una particolare diagnosi o patologia. I professionisti sanitari cercano anche di standardizzare i processi assistenziali. I percorsi clinico-assistenziali e i

protocolli clinici sono strumenti utili in questo sforzo teso a garantire l'efficacia dell'integrazione e del coordinamento delle cure e l'efficienza nell'utilizzo delle risorse disponibili. Le linee guida della pratica clinica, i percorsi clinico-assistenziali e i protocolli clinici pertinenti alla missione dell'organizzazione sanitaria e alla sua popolazione di riferimento sono:

- a) selezionati tra quelli applicabili ai servizi e ai pazienti dell'organizzazione (le linee guida nazionali obbligatorie, laddove presenti, sono incluse in questo processo);
- b) valutati in merito alla loro pertinenza rispetto alle popolazioni di pazienti individuate dall'organizzazione;
- c) adattati laddove necessario alle tecnologie, ai farmaci e alle altre risorse dell'organizzazione, ovvero agli standard professionali nazionali comunemente accettati;
- d) valutati in merito alla loro evidenza scientifica;
- e) formalmente approvati o adottati dall'organizzazione;
- f) implementati e misurati per verificarne l'utilizzo uniforme e l'efficacia;
- g) supportati da operatori formati sull'applicazione delle linee guida o dei percorsi;
- h) periodicamente aggiornati sulla base delle novità emerse in fatto di evidenze e della valutazione dei processi e degli esiti.

COMUNICAZIONI TRA OPERATORI SANITARI DENTRO E FUORI L'ORGANIZZAZIONE

Le informazioni sulla cura del paziente e sulla sua risposta al trattamento sono condivise tra i professionisti medici, infermieristici e sanitari in genere durante ogni turno di lavoro e tra un turno e l'altro. La comunicazione e lo scambio di informazioni tra i professionisti sanitari sono essenziali per l'armonia del processo di cura. Lo scambio delle informazioni essenziali può avvenire a voce, per iscritto o con mezzi elettronici. Ogni ospedale decide quali informazioni devono essere scambiate, con che mezzo e con quale frequenza. Le informazioni trasferite da un operatore all'altro includono:

- lo stato di salute del paziente;
- un resoconto delle cure prestate; e
- la risposta del paziente al trattamento.

Esiste un processo per trasferire le informazioni relative al paziente tra i vari operatori sanitari su base continua o in momenti chiave del processo di cura.

Lo scambio di informazioni comprende lo stato di salute del paziente.

Lo scambio di informazioni comprende un resoconto delle cure prestate.

Lo scambio di informazioni comprende i progressi del paziente.

La cartella clinica del paziente è a disposizione degli operatori sanitari al fine di facilitare la comunicazione delle informazioni essenziali.

La cartella clinica del paziente è una fonte primaria di informazioni sul processo di cura e sui progressi del paziente. Affinché queste informazioni siano utili e di supporto alla continuità dell'assistenza, devono essere disponibili durante il periodo di degenza, per le visite ambulatoriali, in altri casi se necessario, ed inoltre devono essere mantenute aggiornate. Le schede, i diari e le note mediche, infermieristiche e simili, sono a disposizione di tutti i professionisti sanitari. La politica ospedaliera identifica i professionisti che hanno accesso alle cartelle cliniche, al fine di garantire la riservatezza delle informazioni relative al paziente.

La politica ospedaliera stabilisce quali operatori sanitari hanno accesso alle cartelle cliniche.

Le cartelle sono a disposizione di quei professionisti che ne hanno bisogno ai fini della cura del paziente.

Le cartelle cliniche sono aggiornate al fine di garantire la trasmissione delle informazioni più recenti.

Le informazioni relative alla cura del paziente sono trasferite insieme al paziente.

Accade spesso che un paziente sia trasferito da un reparto all'altro all'interno dell'organizzazione nel corso del processo assistenziale. Quando cambia l'equipe di cura a seguito del trasferimento, ai fini della continuità dell'assistenza è necessario che le informazioni essenziali relative al paziente siano trasferite insieme al paziente. In questo modo la somministrazione di farmaci e le altre terapie possono continuare senza interruzioni e le condizioni del paziente possono essere monitorate in modo appropriato. Ai fini del trasferimento delle informazioni, si trasferisce tutta la cartella clinica insieme al paziente oppure si riassumono le informazioni contenute nella cartella clinica al momento del trasferimento. La lettera di trasferimento, al pari della lettera di dimissione, include il motivo del ricovero, i riscontri e gli accertamenti significativi, la diagnosi, le procedure eseguite, la terapia farmacologica e le altre terapie, e le condizioni del paziente al trasferimento.

La cartella clinica o una sintesi delle informazioni relative alla cura del paziente è trasferita insieme al paziente presso un altro reparto o unità all'interno dell'organizzazione.

La lettera di trasferimento contiene il motivo del ricovero.

La lettera di trasferimento contiene i riscontri e gli accertamenti significativi.

La lettera di trasferimento contiene le diagnosi effettuate.

La lettera di trasferimento contiene le procedure eseguite.

La lettera di trasferimento contiene la terapia farmacologica e le altre terapie.

La lettera di trasferimento contiene le condizioni del paziente al trasferimento.