

Capitolo 15

FORMAZIONE, INNOVAZIONE, ORGANIZZAZIONE E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

F. Marinangeli, P. Fusco, G. Fiore, M. Catenacci

- ✓ Una formazione e una cultura adeguate rappresentano la migliore prevenzione del contenzioso medico-legale.
- ✓ La comunicazione certificata di carenze strutturali/organizzative rappresenta la principale arma di difesa nei confronti di problematiche che esulino da responsabilità personali.
- ✓ La consapevolezza del ruolo e della professionalità dell'anestesista rianimatore, così come la conoscenza dell'organigramma dell'azienda, sono elementi fondamentali per favorire un comportamento virtuoso.

Il concetto di “debitore qualificato”, discusso nel secondo capitolo, è estremamente importante a supporto dell'idea che il medico deve al paziente un comportamento dettato da criteri di diligenza, prudenza e perizia che vadano ben oltre quelli del buon padre di famiglia. La qualificazione dovuta si ottiene essenzialmente con:

- formazione titolata ed aggiornamento costante;
- impiego di farmaci idonei;
- uso di tecnologia adeguata.

Tutto ciò all'interno di strutture sanitarie opportunamente predisposte in termini di percorsi terapeutici ed organizzazione gestionale.

Cultura, farmaci e tecnologia adeguati significano essenzialmente allineamento agli standard medi di riferimento, cioè a quanto, di fatto, è riportato nella letteratura scientifica più recente, ovvero predisposto e dettato dalle società scientifiche di riferimento come l'attuale normativa prevede. Infatti, in caso di contenzioso medico legale, il CTU utilizzerà, per orientarsi, tali fonti per valutare eventuali profili di condotta professionale codicisticamente censurabili.

È evidente come gli “strumenti” utilizzati dall'anestesista rianimatore per soddisfare il “contratto” stilato con il paziente siano fondamentali, e non è pensabile definire qualificato un anestesista rianimatore che non si aggiorni e che non utilizzi farmaci e tecnologia considerati ormai di riferimento, ovvero che ponga in essere la prestazione professionale in seno a strutture sanitarie tecnicamente non in linea con le normative organizzative oggi in vigore sul territorio nazionale.

Le stesse linee guida esistenti sull'argomento oggetto di contenzioso, seppur fondamentali sotto numerosi aspetti (tecnici e giuridici), spesso appaiono anacronistiche (talvolta obsolete) alla luce della “mancata revisione e/o aggiornamento coevo” rispetto all'inesorabile ed inarrestabile progresso della tecnologia di supporto alla farmacopea ufficiale. Più lo “strumento” è potenzial-

mente salvavita, più è importante che l'anestesista rianimatore si adegui tempestivamente alla sua conoscenza ed applicazione.

Per attitudine all'innovazione può intendersi, quindi, la volontà del singolo o della struttura di adeguarsi a quanto di meglio esiste in ambito organizzativo, strutturale, della farmaceutica, della tecnologia, della formazione.

La carenza di tale attitudine può comportare diversi livelli di responsabilità:

1. responsabilità personale del medico anestesista rianimatore che, in un eventuale contenzioso, non sia in grado di dimostrare di aver utilizzato un'adeguata diligenza o perizia, pur avendo avuto la possibilità di aggiornarsi e avendo avuto a disposizione nella propria struttura sanitaria tecnologia e farmaci adeguati a gestire quello specifico problema;
2. responsabilità personale della figura apicale (dirigente di I-II livello), che non abbia provveduto ad adeguare/allineare la propria U.O. all'attuale tecnologia o a richiedere farmaci necessari a gestire situazioni critiche, o che non abbia sostenuto o consentito una formazione adeguata dei propri collaboratori;
3. responsabilità dell'azienda, che, nonostante le richieste di un responsabile/direttore di U.O., non abbia messo in atto le procedure necessarie per far fronte a legittime richieste di fornitura o di adeguamento strutturale od organizzativo.

Responsabilità personale dell'anestesista rianimatore

L'anestesista rianimatore, sia dipendente che libero professionista, deve avere la facoltà e la libertà di fare le scelte terapeutiche che ritenga più adeguate per il proprio paziente, di cui è totalmente responsabile. Ciò significa che egli da una parte deve aggiornarsi per fornire il meglio al paziente (la formazione ECM è stata resa obbligatoria per questo motivo), e dall'altra può e deve pretendere dal diretto superiore quanto lo standard prevede in termini di attrezzature e farmaci. La mancanza di apparecchiature adeguate o di farmaci ritenuti necessari dal professionista al fine di evitare danni al paziente può essere motivo di interruzione dell'attività lavorativa (si pensi al malfunzionamento di un apparecchio di anestesia, alla mancanza di monitoraggio o di farmaci salvavita). La colpa, in caso di sinistro che dipenda da un mancato controllo e conseguente comunicazione, è totalmente a carico del professionista che ha praticato l'anestesia "in condizioni di scarsa sicurezza".

È evidente come l'anestesista rianimatore, nello stesso momento in cui ravvisi una carenza che a suo parere possa determinare una flessione del livello di sicurezza rispetto agli standard minimi, debba comunicarlo per iscritto al diretto superiore. Vi sono procedure, attrezzature e farmaci il cui utilizzo è stato già inserito in specifiche linee guida (es. monitoraggio etCO_2 , alogenati, SpO_2 , PA, dantrolene, etc.) che giustificano un'interruzione immediata dell'attività chirurgica nella sala specifica, perché il danno potenziale è "concreto, evidente, imminente e importante"; altri farmaci e attrezzature, pur non essendo ancora entrati in linee guida nazionali o internazionali (che spesso, come sopra detto, tardano anni ad essere pubblicate), presentano un'evidente utilità nella prevenzione del danno al paziente (es. ecografo per CVC o blocchi locoregionali, sugammadex per la miorisoluzione, oppioidi a rapida emivita come remifentanil per l'analgesia intraoperatoria). In tali casi, che non giustificano l'immediata interruzione del servizio, il sanitario segnalerà prontamente

per iscritto la carenza al proprio superiore e all'amministrazione. Ciò sia per tutelare il paziente, sia per preservare l'azienda da potenziali richieste di risarcimento. Per quanto riguarda la tecnica e l'uso di farmaci per l'anestesia, la scelta spetta al professionista che la esegue, che ne risponde interamente da un punto di vista medico-legale, e sono quindi totalmente censurabili imposizioni che provengano dall'alto, se non supportate da una specifica norma o procedura aziendale.

Responsabilità personale del dirigente di II livello o del responsabile di U.O.

La responsabilità del dirigente di II livello o del responsabile di U.O. non è solo da riferirsi all'atto medico da lui stesso effettuato (egli stesso può materialmente eseguire un'anestesia), ma anche alla scelta del personale collaboratore (*culpa in eligendo*), all'organizzazione e alla vigilanza (*culpa in vigilando*) nei confronti dei suoi sottoposti. In tal senso, si ritiene che egli debba rappresentare una garanzia della corretta applicazione di tutte le norme e le procedure aziendali, nonché essere il professionista di riferimento per la disciplina anestesiológica, ed in quanto tale sia tenuto a comunicare all'azienda tutte le necessità che ritenga consone al buon funzionamento della propria U.O. Egli è garante dell'applicazione del contratto di lavoro anche in termini di sicurezza e vigilanza sulle ottimali condizioni lavorative – sia tecniche che psicologiche - (D.Lgs. 81/08, ex L.626/94) e dell'organizzazione dei turni, e risponde in proprio (con specifiche di "aggravante codicistica") laddove si ravvisi che un sinistro possa essere legato a una *malpractice* nel management (cattiva organizzazione o carenza di farmaci/materiali/attrezzature/strutture riconosciuti come indispensabili/salvavita).

È evidente come la sua figura (laddove si parli di un responsabile di U.O.S.) sia un anello intermedio rispetto ai livelli superiori, rappresentati dal direttore di U.O.C., dal capo dipartimento, dal direttore sanitario e dal direttore generale.

Pertanto, compito precipuo del responsabile/direttore di U.O. di Anestesia è l'organizzazione del lavoro e la tempestiva comunicazione agli organi superiori di tutte le informazioni utili affinché l'U.O. possa lavorare secondo la normativa vigente. Nell'esercizio della sua funzione organizzativa, egli deve usare la diligenza del buon padre di famiglia, specialmente al fine di creare un clima collaborativo all'interno dell'U.O. Se, da un lato, è certo che in moltissimi casi la *malpractice* dipende dal fattore umano e dalla carenza di comunicazione/collaborazione all'interno dei gruppi di lavoro, è altrettanto vero che ciò è spesso conseguenza di un'organizzazione del lavoro poco o per nulla condivisa, e da un clima non adatto al miglioramento di qualità.

Questa è una responsabilità non tangibile, ma fondamentale per prevenire la *malpractice*. Si ritiene che tra gli oneri dei direttori/responsabili vi sia anche la messa in atto di procedure di prevenzione, e tra esse la gestione/programmazione della formazione, che non deve essere effettuata a pioggia sulla base di meri interessi scientifici personali, ma inquadrata in una strategia di crescita del gruppo, e basata sullo sviluppo delle attitudini personali. Inoltre, è auspicabile, in una visione moderna della Medicina orientata alla qualità totale, che il dirigente di II livello promuova



Figura 1 SimuLearn®, sala operatoria simulata (per gentile concessione AAROI-EMAC)



Figura 2 Simulazione avanzata in SimuLearn® (per gentile concessione di AAROI-EMAC)

audit (verifiche/confronti), a cadenza fissa, in cui si discutano i problemi organizzativi e gli specifici casi clinici di particolare interesse, base essenziale per il miglioramento di qualità in anestesia¹.

Per quanto attiene alla formazione, è auspicabile che, come sopra espresso, il direttore filtri le richieste dei propri sottoposti indirizzandoli adeguatamente, favorendo le modalità ritenute oggi più idonee. In particolare, è fondamentale che parte di essa venga effettuata in simulazione, metodica ormai ampiamente sperimentata, che favorisce, più di altre, l'apprendimento di capacità cliniche nella gestione delle complicanze.

Tale standard è oggi riconosciuto come sostitutivo dell'attività professionalizzante per una percentuale fino al 50% di alcune procedure di più raro riscontro nella formazione dello specializzando². L'AAROI-EMAC, sindacato di categoria degli anestesisti rianimatori, a tale scopo ha finanziato la realizzazione di un centro di simulazione avanzata in anestesia e rianimazione presso la struttura SimuLearn® di Bologna, i cui corsi sono basati sulla tipologia di sinistri rilevati dalla compagnia assicurativa di riferimento (Figure 1-2).

Responsabilità dell'azienda sanitaria

Un paziente che ritenga di aver subito un danno in seguito ad un intervento chirurgico può citare civilmente (per la cosiddetta "responsabilità oggettiva") l'azienda sanitaria, che, laddove lo ritenga opportuno, può rivalersi sul sanitario che lo ha cagionato. Di fatto, ogni qualvolta un'azienda sanitaria risarcisce un paziente (o la sua famiglia), essa ammette una carenza organizzativa o strutturale. L'incremento delle richieste di risarcimento nei confronti delle strutture sanitarie ha portato all'attivazione all'interno di esse di uffici specifici per la gestione del rischio clinico (*risk management*), che avrebbero quale compito quello di individuare le carenze del sistema (anche tramite l'acquisizione dei dati sugli "eventi sentinella"), e di attivare procedure di riorganizzazione e di prevenzione di incidenti analoghi. È evidente che, al fine di minimizzare il verificarsi di incidenti, nell'ambito del percorso formativo del professionista dovrebbero essere previsti anche corsi dedicati precipuamente all'aspetto della *gestione del rischio clinico*.

Nella maggior parte delle aziende, la realtà cogente è che vi sia una scarsa comunicazione degli eventi sentinella (vedi sopra), ed un'inadeguata interazione tecnico-operativa tra uffici legali, uffici per il *risk management* ed uffici di formazione. Ogni qualvolta l'anestesista rianimatore si trovi indagato per motivazioni che ritenga legate a fattori esterni alla sua persona e al suo comportamento, deve essere nelle condizioni di dimostrare che l'evento è legato a una carenza organizzativa/strutturale a lui non imputabile. Per questo è fondamentale che tali carenze/criticità vengano comunicate (ufficialmente) a monte, e non dopo l'evento stesso o dopo la denuncia. La mancata comunicazione di una carenza strutturale può essere interpretata come una co-responsabilità, al di là dell'individuazione di una condotta censurabile (ed autonomamente perseguibile) in termini di omissioni di atto dovuto. Un esempio può essere quello dell'assenza della "sala di risveglio" nel blocco operatorio. Vi sono dati di un'indagine effettuata nel 2015 su 500 anestesisti rianimatori che indicano una carenza di tale struttura, necessaria peraltro per l'accreditamento,

¹ Varrassi G, Marinangeli F, Facchetti G. Quality control in anesthesia. A new frontier. *Min Anesthesiol* 1999; 65: 95-100.

² Decreto Interministeriale MIUR - 4 febbraio 2015 n. 68 - Riordino scuole di specializzazione di area sanitaria.

in moltissimi blocchi operatori³. Laddove presenti, il 19% degli anestesisti rianimatori denuncia la mancanza di strumenti per la monitorizzazione del paziente e per l'eventuale gestione di eventi improvvisi e il 20% l'assenza di una figura professionale che controlli/supervisioni i pazienti nella sala di risveglio. Sono dati allarmanti, ed è responsabilità di tutti i sanitari comunicare all'azienda tali carenze, al fine di evitare di essere personalmente chiamati a rispondere, ad esempio, di un incidente occorso in un corridoio del blocco operatorio ad un paziente appena operato, non adeguatamente controllato, mentre si era intenti ad eseguire l'anestesia successiva. Si ricorda, infatti, che l'anestesista è responsabile del paziente fino a quando questi non sia dallo stesso ritenuto idoneo ad uscire dal blocco operatorio. Quanto sopra è a testimonianza del gravame responsabilizzante in capo al professionista, in virtù dei potenziali riverberi che talune carenze (strutturali e/o organizzative) potrebbero esercitare sull'operato dell'anestesista rianimatore stesso; carenze che impongono l'idonea e doverosa segnalazione alle figure apicali per le motivazioni sopra enunciate.

³ Marinangeli F, Fiore G, Paolicchi A et al. Indicators of quality and safety in anesthesia: an anesthesiologic based italian survey, in press.