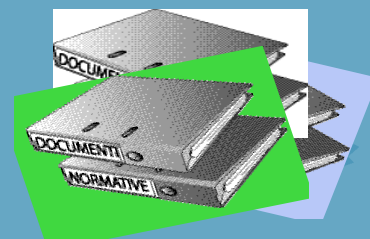


Documenti



1. “Il Medico ospedaliero e del territorio” ritiene di fare cosa utile e gradita nel riportare gli articoli 14, 15, 17, nonché gli articoli 22 e 23 in materia di interventi sanitari, relativi al disegno di legge finanziaria per il 2005 (atto Camera 5310).

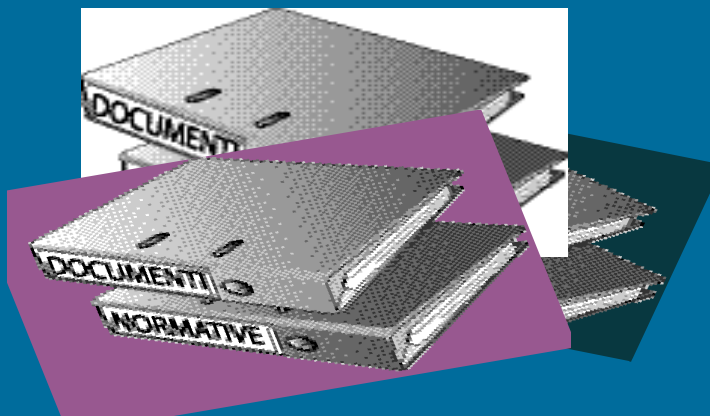
Il disegno di legge, approvato dal Consiglio dei Ministri a fine settembre 2004, varierà certamente nel corso delle due (o tre) letture parlamentari, ma è utile per darVi un esempio tangibile:

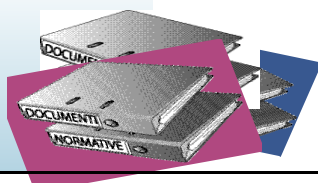
- di quanto povere siano le “risorse aggiuntive” messe a bilancio per finanziare il 2° biennio economico (2004-2005) dei rinnovi contrattuali (art. 14);
- del tentativo di attribuire all'ARAN il ruolo di garante unilaterale della corretta interpretazione e uniforme applicazione dei contratti collettivi (art. 17);
- della indeterminatezza, della burocraticità, della freddezza economicistica che domina tutte le disposizioni in materia sanitaria (artt. 22 e 23);
- della degenerazione politico-burocratese che pervade un testo, che risulta pressoché illeggibile per l'ossessione dei “rinvii” ad altre disposizioni di legge (tutti gli articoli).

2. Importante documento dell'avv. Vania Cirese su “Responsabilità singola o concorrente” nell'esercizio della tutela della salute.

3. Contributo di Manuela Pulimeno su “L'etica della pubblica amministrazione: il caso Sanità”.

CdR





Capo III

INTERVENTI IN MATERIA DI PERSONALE E ORGANIZZAZIONE AMMINISTRATIVA

ART. 14 (Oneri contrattuali)

1. Ai fini di quanto disposto dall'articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, le risorse per la contrattazione collettiva nazionale previste dall'articolo 3, comma 46, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, a carico del bilancio statale, sono incrementate, a decorrere dall'anno 2005, di 56 milioni di euro.

2. Le risorse previste dall'articolo 3, comma 47, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, per corrispondere i miglioramenti retributivi al personale statale in regime di diritto pubblico sono incrementate, a decorrere dall'anno 2005, di 22 milioni di euro, di cui 20 milioni di euro per il personale delle Forze armate e dei Corpi di polizia di cui al decreto legislativo 12 maggio 1995, n. 195.

3. Le somme di cui ai commi 1 e 2, comprensive degli oneri contributivi ai fini previdenziali e dell'imposta regionale sulle attività produttive di cui al decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, costituiscono l'importo complessivo massimo di cui all'articolo 11, comma 3, lettera h), della legge 5 agosto 1978, n. 468, come sostituito dall'articolo 5 della legge 23 agosto 1988, n. 362.

4. Per il personale dipendente dalle amministrazioni diverse da quelle statali trova applicazione l'articolo 3, comma 49, della legge 24 dicembre 2003, n. 350.

5. In aggiunta a quanto stabilito dai commi 1, 2, 3 e 4, con successivo provvedimento potranno essere riconosciuti ulteriori incrementi ove siano individuate, contestualmente, le corrispondenti misure di contenimento dei fattori incrementali della spesa di personale delle pubbliche amministrazioni.

ART. 15 (Personale a tempo determinato)

1. Per l'anno 2005, le amministrazioni di cui agli articoli 1, comma 2, e 70, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, possono avvalersi di personale a tempo determinato, ad eccezione di quanto previsto dall'articolo 108 del testo unico di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, nel limite della spesa media annua sostenuta per le stesse finalità nel triennio 1999-2001. La spesa per il personale a tempo determinato in servizio presso il Corpo forestale dello Stato nell'anno 2005, assunto ai sensi della legge 5 aprile 1985, n. 124, non può superare quella sostenuta per lo stesso personale nell'anno 2004. Le limitazioni di cui al presente comma non trovano applicazione nei confronti del personale infermieristico del Servizio sanitario nazionale. Le limitazioni di cui al presente comma non trovano applicazione nei confronti delle regioni e delle autonomie locali. Gli enti locali che per l'anno 2004 non abbiano rispettato le regole del patto di stabilità interno non possono avvalersi di personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa. Per il comparto scuola e per quello delle isti-

tuzioni di alta formazione e specializzazione artistica e musicale trovano applicazione le specifiche disposizioni di settore.

2. I Ministeri per i beni e le attività culturali, della giustizia, della salute e l'Agenzia del territorio sono autorizzati ad avvalersi, sino al 31 dicembre 2005, del personale in servizio con contratti di lavoro a tempo determinato, prorogati ai sensi dell'articolo 3, comma 62, della legge 24 dicembre 2003, n. 350. Il Ministero dell'economia e delle finanze può continuare ad avvalersi fino al 31 dicembre 2005 del personale utilizzato ai sensi dell'articolo 47, comma 10, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni.

3. Possono essere prorogati fino al 31 dicembre 2005 i contratti di lavoro a tempo determinato stipulati dagli organi della magistratura amministrativa nonché i contratti di lavoro a tempo determinato stipulati dall'INPS, dall'INPDAP e dall'INAIL già prorogati ai sensi dell'articolo 1 del decreto-legge 28 maggio 2004, n. 136, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 luglio 2004, n. 186, i cui oneri continuano ad essere posti a carico dei bilanci degli enti predetti.

4. L'Agenzia per la protezione dell'ambiente e per i servizi tecnici (APAT) può continuare ad avvalersi, sino al 31 dicembre 2005, del personale in servizio nell'anno 2004 con contratto a tempo determinato o con convenzione o con altra forma di flessibilità e di collaborazione nel limite massimo di spesa complessivamente stanziata per lo stesso personale nell'anno 2004 dalla predetta Agenzia. I relativi oneri continuano a far carico sul bilancio dell'Agenzia. Il Centro nazionale per l'informatica nella pubblica amministrazione (CNIPA) è autorizzato a prorogare, fino al 31 dicembre 2005, i rapporti di lavoro del personale con contratto a tempo determinato in servizio nell'anno 2004. I relativi oneri continuano a far carico sul bilancio del Centro.

5. Al fine di consentire il completamento e l'aggiornamento dei dati per la rilevazione dei cittadini italiani residenti all'estero, i rapporti di impiego a tempo determinato stipulati ai sensi dell'articolo 2, comma 1, della legge 27 maggio 2002, n. 104, possono proseguire nell'anno 2005 fino al completamento dell'ultimo rinnovo semestrale autorizzato ai sensi dell'articolo 1-bis del decreto-legge 31 marzo 2003, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 maggio 2003, n. 122.

6. Le procedure di conversione in rapporti di lavoro a tempo indeterminato dei contratti di formazione e lavoro di cui all'articolo 3, comma 63, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, possono essere effettuate unicamente nel rispetto delle limitazioni e delle modalità previste dalla normativa vigente per l'assunzione di personale a tempo indeterminato. I rapporti in essere instaurati con il personale interessato alla predetta conversione sono comunque prorogati al 31 dicembre 2005.

7. Per l'anno 2005 per gli enti di ricerca, l'Istituto superiore di sanità (ISS), l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL), gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), l'Agenzia spaziale italiana (ASI), l'Ente per le nuove tecnologie, l'energia e l'ambiente (ENEA), nonché per le università e le scuole superiori ad ordinamento

speciale, sono fatte comunque salve le assunzioni a tempo determinato e la stipula di contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca ovvero di progetti finalizzati al miglioramento di servizi anche didattici per gli studenti, i cui oneri non risultino a carico dei bilanci di funzionamento degli enti o del Fondo di finanziamento degli enti o del Fondo di finanziamento ordinario delle università.

8. I comandi del personale delle Poste Italiane Spa e dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, di cui dall'articolo 3, comma 64, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, sono prorogati al 31 dicembre 2005.

ART. 17 (Divieto di estensione dei giudicati ed altre norme processuali)

1. Per il triennio 2005-2007 è fatto divieto a tutte le amministrazioni pubbliche di cui agli articoli 1, comma 2, e 70, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, di adottare provvedimenti per l'estensione di decisioni giurisdizionali aventi forza di giudicato, o comunque divenute esecutive, in materia di personale delle amministrazioni pubbliche.

2. All'articolo 61 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, dopo il comma 1 è inserito il seguente:

«1-bis. Le pubbliche amministrazioni comunicano alla Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento della funzione pubblica e al Ministero dell'economia e delle finanze l'esistenza di controversie relative ai rapporti di lavoro dalla cui soccombenza potrebbero derivare oneri aggiuntivi significativamente rilevanti per il numero dei soggetti direttamente o indirettamente interessati o comunque per gli effetti sulla finanza pubblica. La Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento della funzione pubblica, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, può intervenire nel processo ai sensi dell'articolo 105 del codice di procedura civile ».

3. Dopo l'articolo 63 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, è inserito il seguente:

«Art. 63-bis. (Intervento dell'ARAN nelle controversie relative ai rapporti di lavoro). – 1. L'ARAN può intervenire nei giudizi innanzi al giudice ordinario, in funzione di giudice del lavoro, aventi ad oggetto le controversie relative ai rapporti di lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, e 70, comma 4, al fine di garantire la corretta interpretazione e l'uniforme applicazione dei contratti collettivi.

Per le controversie relative al personale di cui all'articolo 3, derivanti dalle specifiche discipline ordinamentali e retributive, l'intervento in giudizio può essere assicurato attraverso la Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento della funzione pubblica, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze ».

Capo V INTERVENTI NEL SETTORE SANITARIO

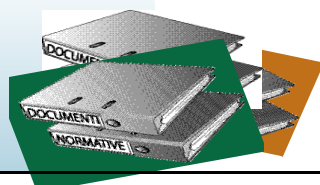
ART. 22 (Interventi nel settore sanitario)

1. Per garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2005-2007 il livello complessivo della spesa del Servizio sanitario nazionale, al cui finanziamento concorre lo Stato, è determinato in 88.250 milioni di euro per l'anno 2005, 90.014 milioni di euro per l'anno 2006 e 91.813 milioni di euro per l'anno 2007. I predetti importi ricomprendono anche quello di 50 milioni di euro, per ciascuno degli anni indicati, a titolo di ulteriore finanziamento a carico dello Stato per l'ospedale « Bambino Gesù ».

2. Resta fermo l'obbligo in capo all'Agenzia del farmaco di garantire per la quota a proprio carico, ai sensi dell'articolo 48 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, il livello della spesa farmaceutica stabilito dalla legislazione vigente. Nell'ambito delle annuali direttive del Ministro della salute al Direttore dell'Agenzia è incluso il conseguimento dell'obiettivo del rispetto del predetto livello della spesa farmaceutica.

3. L'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato derivante da quanto disposto al comma 1, rispetto al livello di cui all'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 per l'anno 2004, rivalutato del 2 per cento su base annua a decorrere dal 2005, è subordinato alla stipula di un specifica intesa tra Stato e regioni ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che contempra ai fini del contenimento della dinamica dei costi:

- a) gli adempimenti già previsti dalla vigente legislazione;
- b) ulteriori adempimenti per migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario;
- c) la prosecuzione del processo di razionalizzazione delle reti strutturali dell'offerta ospedaliera e della domanda ospedaliera, anche mediante rimodulazioni tariffarie che favoriscano il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, nonché la programmazione di interventi volti alla prevenzione coerentemente con il Piano sanitario nazionale;
- d) il vincolo di crescita delle voci dei costi di produzione, con esclusione di quelli per il personale cui si applica la specifica normativa di settore, secondo modalità che garantiscono che, complessivamente, la loro crescita non sia superiore, a decorrere dal 2005, al 2 per cento annuo rispetto ai dati previsionali indicati nel bilancio dell'anno precedente, al netto di eventuali costi di personale di competenza di precedenti esercizi;
- e) in ogni caso, l'obbligo in capo alle regioni di garantire in sede di programmazione regionale, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario delle proprie aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie ed Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sia in sede di preventivo annuale che di conto consuntivo, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi dell'indebitamento netto delle ammi-



nistrazioni pubbliche e prevedendo l'obbligatorietà dell'adozione di misure per la riconduzione in equilibrio della gestione ove si prospettassero situazioni di squilibrio, nonché l'ipotesi di decadenza del direttore generale.

4. Al fine del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, la regione, ove si prospetti sulla base del monitoraggio trimestrale una situazione di squilibrio, adotta i provvedimenti necessari. Qualora dai dati del monitoraggio del quarto trimestre si evidenzino un disavanzo di gestione a fronte del quale non siano stati adottati i predetti provvedimenti, ovvero essi non siano sufficienti, con la procedura di cui all'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131, il Presidente del Consiglio dei ministri diffida la regione a provvedervi entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento. Qualora la regione non adempia, entro i successivi 30 giorni il presidente della regione, in qualità di commissario ad acta, approva il bilancio d'esercizio consolidato del Servizio sanitario regionale al fine di determinare il disavanzo di gestione ed adotta i necessari provvedimenti per il suo ripianamento.

5. In caso di mancato adempimento agli obblighi di cui al comma 3 è precluso l'accesso al maggiore finanziamento previsto per gli anni 2005, 2006 e 2007, conseguente immediato recupero delle somme eventualmente erogate.

6. La regione interessata, nelle ipotesi indicate ai commi 4 e 5, anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, procede ad una ricognizione delle cause ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio. I Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 3. La sottoscrizione dell'accordo è condizione necessaria per la riattribuzione alla regione interessata del maggiore finanziamento anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma.

7. Con riferimento agli importi indicati al comma 1, relativamente alla somma di 1.000 milioni di euro per l'anno 2005, 1.200 milioni di euro per l'anno 2006 e 1.400 milioni di euro per l'anno 2007, il relativo riconoscimento alle regioni resta condizionato, oltre che agli adempimenti di cui al comma 3, anche al rispetto da parte delle regioni medesime dell'obiettivo per la quota a loro carico sulla spesa farmaceutica previsto dall'articolo 48 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, in particolare, per il 50 per cento dei predetti importi, al rispetto dell'obiettivo da parte della singola regione e per il restante 50 per cento, al rispetto dell'obiettivo da parte delle regioni nel loro complesso.

8. Al fine di consentire in via anticipata l'erogazione dell'incremento del finanziamento a carico dello Stato:

a) in deroga a quanto stabilito dall'articolo 13, comma 6, del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, il Ministero dell'economia e delle finanze, per gli anni 2005, 2006 e 2007, è autorizzato a concedere alle regioni a statuto ordinario anticipazioni con riferimento alle somme indicate al comma 1, al

netto di quelle indicate al comma 7, da accreditare sulle contabilità speciali di cui all'articolo 66 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, in essere presso le tesorerie provinciali dello Stato, nella misura pari al 95 per cento delle somme dovute alle regioni a statuto ordinario a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario, quale risulta dalla deliberazione del CIPE per i corrispondenti anni, al netto delle entrate proprie regionali;

b) per gli anni 2005, 2006 e 2007, il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato a concedere alle regioni Sicilia e Sardegna anticipazioni nella misura pari al 95 per cento delle somme dovute a tali regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta quale risulta dalla deliberazione del CIPE per i corrispondenti anni, al netto delle entrate proprie e delle partecipazioni delle medesime regioni;

c) all'erogazione dell'ulteriore 5 per cento o al ripristino del livello di finanziamento previsto dall'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 per l'anno 2004, rivalutato del 2 per cento su base annua a decorrere dal 2005, nei confronti delle singole regioni si provvede a seguito della verifica degli adempimenti di cui ai commi 3 e 7;

d) nelle more della deliberazione del CIPE e della proposta di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 4 dell'articolo 2 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, nonché della stipula dell'intesa di cui al comma 3, le anticipazioni sono commisurate al livello del finanziamento corrispondente a quello previsto dal riparto per l'anno 2004 in base alla deliberazione CIPE, rivalutato del 2 per cento su base annua a decorrere dal 2005;

e) sono autorizzati, in sede di conguaglio, eventuali recuperi che dovessero rendersi necessari anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti alle regioni per gli esercizi successivi.

ART. 23

(Rideterminazione della misura delle sanzioni per infrazioni al divieto di fumare e riassegnazione a singole amministrazioni per scopi predeterminati dei proventi delle sanzioni medesime)

1. Le sanzioni amministrative per infrazioni al divieto di fumare, previste dall'articolo 51, comma 7, della legge 16 gennaio 2003, n. 3, sono aumentate del 10 per cento.

2. I proventi delle sanzioni amministrative per infrazioni al divieto di fumare inflitte, a norma dell'articolo 51, comma 7, autorizzato a concedere alle regioni Sicilia della legge 16 gennaio 2003, n. 3, da organi statali affluiscono al bilancio dello Stato, per essere successivamente riassegnati, limitatamente ai maggiori proventi conseguiti per effetto degli aumenti di cui al comma 1, ad appositi capitoli di spesa del Ministero della salute per il potenziamento degli organi ispettivi e di controllo, come pure per la realizzazione di campagne di informazione e di educazione alla salute finalizzate alla prevenzione del tabagismo e delle patologie ad esso correlate.

3. Resta ferma l'autonoma, integrale disponibilità da parte delle singole regioni, ai sensi degli articoli 17, terzo comma e 29, terzo comma, della legge 24 novembre 1981, n. 689, dei proventi relativi alle infrazioni di cui al comma 1, accertate dagli organi regionali, come tali ad esse direttamente attribuiti.

Responsabilità singola o concorrente

di Vania Cirese

ASPETTI GENERALI

Secondo un'analisi recente negli episodi di "malasanità", il 48% è dovuto ad errore umano, il 33% dipende dalle strutture sanitarie e il 5,4% dai ritardi nei soccorsi. Secondo altri studi la proporzione di errore umano può essere ulteriormente ridotta: "circa l'85% dei problemi derivano da difetti organizzativi dei sistemi, e non da incompetenza degli operatori".

Più in generale, si può dire, analizzando i molti casi di responsabilità dei medici, che all'origine spesso sono ravvisabili condizioni strutturali o attrezzature inadeguate che fanno precipitare la situazione verso l'errore.

Gli errori possono essere scatenati anche da forme di organizzazione del lavoro inadeguate: turni troppo lunghi, medici inesperti cui vengono assegnate mansioni troppo impegnative, assenza di controlli, carenze nella supervisione.

È doveroso e possibile intervenire per risolvere questi problemi, o comunque per razionalizzarli: sono proprio questi i nodi su cui si esercita la funzione del risk management, prevenzione e riduzione del rischio.

La normativa introdotta con il D. Lgs. 502/1992, modificata con i successivi decreti 517/1993, 229/1999 e 168/2000, delinea il quadro organizzativo delle strutture sanitarie, pubbliche e private, e gli ambiti funzionali che attengono: all'assistenza sanitaria collettiva nell'ambiente di vita e di lavoro; all'assistenza medica distrettuale; all'assistenza ospedaliera; alle prestazioni di integrazione socio-sanitaria e di sostegno sociale.

Per l'assetto organizzativo distinguiamo: distretti sanitari di base; dipartimenti di prevenzione; presidi ospedalieri; aziende ospedaliere e universitarie.

Quanto agli Organi: il direttore generale; il direttore sanitario; il direttore amministrativo; il Consiglio dei sanitari; il Collegio sindacale.

Le responsabilità penali sono connesse all'esercizio dei compiti, ed alla loro complessità. Va notato che dobbiamo distinguere le ipotesi di responsabilità penale derivante da atto sanitario da quelle derivanti da attività svolte dalle strutture sanitarie.

Nel nostro sistema giuridico la responsabilità penale è "personale", cioè attribuita alle persone fisiche (art. 27 Cost.). Ormai però gran parte delle attività umane si svolge in contesti organizzati in cui l'azione del singolo è strettamente collegata all'azione di altri, e condizionata dal funzionamento complessivo della struttura. Ciò anche nelle strutture sanitarie.

La struttura sanitaria può definirsi un'impresa fornitrice di servizi, anche se la "impresa" è, in realtà, unità produttiva finalizzata alla produzione di beni e servizi, dotata di autonomia finanziaria e tecnico giuridica (vedasi anche il D. Lgs. 626/94 su impianti di sicurezza e ambienti di lavoro) e ad essa sono riferibili alcune norme di carattere penale assicuranti la tutela di alcuni beni/interessi giuridici, es. in materia di ambiente, di sicurezza sul lavoro, della riservatezza e, naturalmente, della salute.

Valgono, poi, molti dei principi generali elaborati dalla dottrina e dalla giurisprudenza in materia di responsabilità penale degli enti. Vanno dunque individuati i soggetti destinatari dei precetti penali.

Nel diritto penale d'impresa il Legislatore suole far riferimento all'imprenditore o al datore di lavoro. Quando l'imprenditore anziché essere individuale è collettivo (persona giuridica), occorre individuare la persona fisica legata all'ente da rapporti di immedesimazione organica, o di rappresentanza, che assume la responsabilità penale in caso di illeciti.

LE DISTINTE RESPONSABILITÀ DELLE FIGURE DIRIGENTI DEL S.S.N.

Per quanto riguarda le strutture sanitarie, occorre far riferimento alla normativa di settore ed in particolare agli artt. 20 del D. Lgs. 229/1993 e 6 del D.Lgs n. 517/1993, che permettono di identificare le posizioni di garanzia per la tutela degli interessi affidati alle strutture sanitarie.

È possibile individuare i seguenti soggetti responsabili:

a) il direttore generale

Vertice dell'azienda USL con poteri di gestione e verifica della corretta gestione delle risorse, dell'imparzialità e buon andamento.

Al direttore generale è attribuita un'ampissima posizione di garanzia della correttezza dell'azienda da lui diretta e della predisposizione di controlli e misure in caso di illeciti, anche avvalendosi dei propri coadiutori.

In particolare la giurisprudenza (Cass. Sez. Un. Pen. 19.06.1996, Di Francesco, in Cass. Pen. 1997, 360) ha individuato nell'art. 6 del D. Lgs. 517/1993 la fonte della posizione di garanzia del direttore generale, il quale è chiamato altresì a rispondere ai sensi dell'art. 40, comma 2 c.p., per omesso impedimento dell'evento, nel caso in cui abbia avuto notizia della commissione di reati nell'ambito della struttura sanitaria da lui diretta e non sia intervenuto per impedirli.

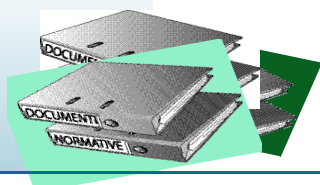
Al direttore generale fanno capo poi tutte le norme penali (quali quelle antinfortunistiche ad esempio) le quali hanno per destinatario il legale rappresentante pro tempore dell'impresa. Può avvalersi di coadiutori e delegare alcune funzioni, se trasferibili.

Il trasferimento avviene nelle strutture di grandi dimensioni e complesse, evitando casi di responsabilità oggettiva in contrasto coi principi costituzionali.

L'art. 3 del D. Lgs. 502/1992 precisa che il direttore generale è coadiuvato dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo (nonché dal Consiglio dei sanitari).

Risulta, pertanto, dall'indicazione normativa l'ammissibilità della delega ai coadiutori, ivi compresa quella concernente le posizioni di garanzia penalmente rilevanti. Vanno, inoltre, verificate l'effettività della delega e l'idoneità del delegato. Astrattamente il direttore generale potrebbe essere chiamato a rispondere delle carenze complessive della struttura, in concorso con il direttore sanitario. Il problema è complicato dal fatto che sulle scelte di gestione e sulle priorità nell'utilizzazione di risorse economiche si impone anche il parere del Comitato etico. In pratica la responsabilità del direttore generale si ravvisa solo in ipotesi di carenze gravi ed ingiustificate ed in assenza di delega.

Andrebbe maggiormente tenuto in conto che le decisioni fondamentali sono ormai completamente accentrate nelle



mani del direttore generale, comprese quelle relative al budget, all'impiego delle risorse, al conferimento degli incarichi professionali (scelte strategiche) che incidono sulla qualità delle prestazioni sanitarie e sulle loro erogazioni rispetto alle necessità degli utenti.

Sempre affrontando il problema sotto il profilo da noi considerato, e cioè in capo a chi si possa ascrivere la responsabilità penale per eventi dannosi riconducibili a carenze nelle prestazioni o alla loro assenza, va ricordato che la giurisprudenza ha ritenuto il direttore generale responsabile in concorso con il direttore sanitario, per aver mantenuto un presidio terapeutico privo dei necessari requisiti di spazio, attrezzature e sicurezza (Cassaz. 6.10.1992).

È stata ascritta al direttore generale la morte del paziente dovuta a complicanze a seguito di intervento chirurgico per mancata predisposizione di un'organizzazione capace di assicurare un minimo di assistenza post operatoria (Cass. Sez IV 1995, 10093).

È stata ritenuta la colpa del direttore generale per inadeguatezze del pronto soccorso riconducibili a gravi carenze di personale, struttura e mezzi.

La responsabilità degli amministratori centrali è però ravvisabile solo in casi estremi per la loro posizione collegata a non facili scelte di gestione e di utilizzazione di risorse, talvolta limitate, che per loro natura sfuggono al sindacato giurisdizionale.

b) Il direttore amministrativo

Coadiuvato il direttore generale ed ha compiti dirigenziali in ordine alla gestione dell'Ente ospedaliero sotto il profilo giuridico ed economico e a lui spetta la direzione dei servizi amministrativi.

Per conseguenza egli è direttamente responsabile per tutti gli illeciti penali riconducibili alla omessa predisposizione di strutture e alla organizzazione dei servizi.

A tale posizione di garanzia, ferme restando le più specifiche competenze del direttore sanitario, è riconducibile non soltanto la responsabilità penale per la violazione di norme antinfortunistiche o di tutela di specifici interessi protetti da norme penali speciali, ma anche per i danni da atto medico, se conseguenti a un difetto o mancanza delle strutture o dei servizi (Cass. Sez. IV Pen. 3.10.1995, 2706).

La penale responsabilità del direttore amministrativo non esclude quella autonoma o concorrente del direttore generale, per la legale rappresentanza dell'ente nei rapporti esterni e per l'obbligo del diligente controllo interno se omissivo o se, delegate alcune funzioni, ci sia stata da parte sua ingerenza (Cass. Sez. III 25.10.2000, n. 3408).

Potrebbe rispondere penalmente per carenze organizzative riferibili alle sue attribuzioni ove non abbia posto in essere sufficienti garanzie per il sicuro svolgimento dell'attività nella struttura da lui diretta.

In realtà egli coadiuva il direttore generale e le sue competenze attengono esclusivamente alla "gestione amministrativa".

La sua responsabilità è, per conseguenza, limitata ai soli casi di delega di funzioni e nell'ambito delle scelte di tipo amministrativo.

c) Il direttore sanitario

Le norme contenute nei D. Lgs. 502/1992 e 517/1993 attribuiscono al direttore sanitario la direzione organizzativa, tecnico-sanitaria ed il buon andamento igienico sanitario dei servizi di assistenza medica dell'ente.

Egli è tenuto pertanto:

- al controllo e all'assicurazione delle condizioni igienico - sanitarie all'interno dell'ospedale; alla vigilanza igienico - sanitaria e gestione tecnico-sanitaria dell'organizzazione anche amministrativa;
- al controllo dell'igiene alimentare (igiene pubblica);
- al controllo sulla gestione, corretto trattamento e smaltimento dei rifiuti ospedalieri, rispetto delle normative in materia di inquinamento idrico (tutela dell'ambiente);
- al rispetto delle norme in materia di igiene sul lavoro e controllo interno sul rispetto delle norme di sicurezza del lavoro (D. Lgs. 626/94).

Pertanto, il direttore sanitario è il soggetto sul quale gravano sicure responsabilità per l'organizzazione sanitaria.

La normativa richiamata (D. Lgs 502/92 e successive modificazioni e integrazioni) attribuisce chiaramente al direttore sanitario la responsabilità per danni ai pazienti dovuti a carenze strutturali ed organizzative, indipendentemente dalla correttezza dell'operato dei medici.

La responsabilità del direttore sanitario può essere concorrente con quella del direttore generale così come può essere concorrente con quella dell'operatore che sia incorso in errore colposo, in caso di scarso controllo o difetti organizzativi.

Significativo è l'omesso controllo di qualità cui conseguano errori ripetuti, riconducibili dunque a difetto di organizzazione.

Grava sul direttore sanitario la responsabilità per colpa medica quando la stessa sia riconducibile a carenze organizzative della struttura o alla predisposizione di mezzi.

d) Il primario (direttore di struttura complessa)

Sebbene la responsabilità del primario si riconnetta in genere ad ipotesi per colpa sanitaria (imprudenza, imperizia, negligenza), per la sua posizione apicale, è comunque responsabile dell'organizzazione e del buon funzionamento del reparto, con responsabilità concorrente in materia di prevenzione degli infortuni sul lavoro e di controllo sulle apparecchiature presenti nella struttura a lui affidata.

Per la posizione apicale riconosciutagli dall'ordinamento (artt. 7 e 63 del DPR 761/69) al primario competono all'interno del reparto:

- il coordinamento e il controllo dei servizi ospedalieri;
- le funzioni di indirizzo e di verifica sulle prestazioni di diagnosi e cura.

Egli può essere ritenuto responsabile per danni cagionati ai pazienti con condotte colpose altrui se connesse alla violazione dei suoi doveri funzionali.

La colpa del singolo operatore sanitario non esclude di per sé, automaticamente, quella del primario che può rispondere in concorso ad esempio:

- per inadeguata preparazione del personale di reparto ove si dimostri colpa "in eligendo" o "in vigilando", in particolare nel caso di mancate istruzioni sui protocolli da adottare. (Corte di Cassazione, Sez. IV penale, del 15/5/1998) per grave negligenza in caso di mancata informazione al paziente;
- per mancata avocazione nel caso che il personale incaricato della prestazione sanitaria non operi correttamente;
- per mancato controllo della qualità delle prestazioni;

nella redazione e gestione della cartella clinica.

Come è noto il danno alle persone sottoposte al trattamento sanitario può derivare da condotte colpose dei medici. In tal caso gli stessi sanitari cui era stata affidata la cura del paziente risponderanno secondo i principi generali del diritto penale se il fatto integra gli estremi di reato. Tuttavia occorre indagare se tali eventi dannosi derivino non tanto da imprudenza, imperizia, negligenza del singolo operatore sanitario, quanto da difetti e carenze organizzative della struttura in cui lo stesso presta la sua opera.

In ambito civilistico non vi sono ostacoli concettuali alla riconduzione della responsabilità dell'ente in quanto tale, superando i limiti connaturati alla responsabilità del singolo operatore (per l'imputazione oggettiva del danno ed il rischio collegato all'attività).

In ambito penale il principio della personalità della responsabilità penale si traduce nel divieto di responsabilità per fatto altrui o divieto di responsabilità oggettiva.

Il grave inconveniente è duplice: da un lato l'autore dell'intervento (il singolo sanitario) può essere chiamato a rispondere non per errori propri, bensì per carenze della struttura, dall'altro soggetti non autori della prestazione sanitaria colpevole possono essere chiamati a rispondere dell'esito sfavorevole della stessa, cioè dei danni, per la posizione occupata nella struttura.

Ad esempio molte problematiche sorgono in ordine al criterio di attribuzione della responsabilità all'interno dell'équipe. Spesso non è agevole stabilire se il singolo debba rispondere di condotte erronee di altri componenti dell'équipe.

Altrettanto problematici sono i profili della colpa riconducibili ai doveri di vigilanza e controllo dell'altrui operato da parte del capo dell'équipe. In altre parole il giudizio implica l'indagine su un duplice profilo di responsabilità: commissiva in capo a chi ha materialmente commesso l'errore, omissiva in capo a chi riveste una posizione di garanzia per l'altrui operato.

CONCLUSIONI

Attualmente:

- esiste una concorrente responsabilità degli amministratori per fatti conseguenti a carenze strutturali e organizzative, chiaramente riferibili alla gestione economico-amministrativa, e ciò indipendentemente dalla correttezza dei medici e del personale sanitario;

- esiste una concorrente responsabilità dei soggetti apicali quando il danno sia causato da errata e colposa attività medica collegata a carenze ed irregolarità verificatesi nell'erogazione delle prestazioni, sia per difetti organizzativi, sia per colpa professionale ove manchi il doveroso controllo e censurabili scelte del soggetto apicale.

Non esiste una responsabilità autonoma per la sicurezza nella pratica medica in capo agli amministratori – legali rappresentanti dell'Ente (strutture, presidi, organizzazione e gestione del personale).

A completamento di quanto sin qui esposto, va notato che con il D. Lgs n. 231/01, è stato introdotto nel nostro ordinamento un modello di responsabilità diretta dell'ente per fatti dei suoi dipendenti.

Il tipo di sanzioni, tuttavia, ha dato luogo a discussione in ordine alla loro natura (penale o amministrativa). Inoltre il campo di applicazione appare assai ristretto, avendo ad oggetto: reati di corruzione e concussione; frode informatica;

truffa in danno dello Stato; falsità.

Ma:

1) esclude i reati in materia di sicurezza del lavoro per i quali sarebbe stata ipotizzabile la responsabilità anche degli Enti ospedalieri. Inoltre l'art. 1 del decreto legislativo in esame sembra escludere che la normativa possa applicarsi agli enti ospedalieri (di natura pubblica) posto che recita: *"Le disposizioni non si applicano allo stato, agli enti pubblici non economici, nonché agli enti che svolgono funzioni di rilievo costituzionale"*.

Le strutture sanitarie pubbliche sono, infatti, certamente enti non economici, non avendo fine di lucro e, al tempo stesso, svolgono funzioni di rilievo costituzionale: la tutela della salute dei cittadini.

E' appena il caso di accennare, guardando fuori dagli angusti confini nazionali, per trarre qualche utile ispirazione alla Francia da cui possiamo trarre un valido esempio in materia sanitaria. La recente riforma del settore ha stabilito regole più eque, ritagliando per la classe medica un ruolo scevro da pregiudizi. La legge 4/3/2002 n. 2002-303, relativa ai "diritti dei malati e qualità des systèmes de santé" rende più "democratico" e "moderno" il sistema sanitario, rafforzando il controllo e la qualità della sicurezza.

Lo sforzo da fare oggi, anche in Italia, dovrebbe essere quello di recepire tali principi inserendoli, opportunamente interpretati, nel nostro ordinamento su temi che necessitano interventi legislativi improcrastinabili.

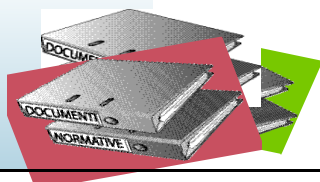
Ecco i temi principali:

1) stimolare l'istituzione di unità di risk management e di una cultura della prevenzione e gestione del rischio clinico;

2) necessità di differenziare la responsabilità del singolo medico (per errori relativi alla propria attività) dalla responsabilità dei legali rappresentanti della struttura per fatti relativi all'organizzazione del servizio o a carenze strutturali con un intervento legislativo adeguato (sicurezza nella pratica medica);

3) prevedere una disciplina organica in tema di consenso, superando le diversità di orientamento e le lacune della giurisprudenza;

4) prevedere un sistema di "indennizzo della vittima" che consideri la possibilità di risarcire il danno derivante da sinistri collegati a prestazioni sanitarie, indipendentemente dalla responsabilità medica, ossia un sistema di indennizzo collettivo a carico di un fondo pubblico istituito (dalla legge e disciplinato da nuove disposizioni inserite nel codice penale) per "alea terapeutica" (complicanze ricollegabili alla patologia o alla metodica indipendentemente dalla colpa professionale, "accidentes thérapeutiques").



L'etica della pubblica amministrazione: il caso Sanità

di Manuela Pulimeno

La globalizzazione, lo sviluppo tecnologico, l'accrescimento dei saperi, lo scambio di informazioni e conoscenze su scala mondiale, incidono profondamente non solo sulla realtà del singolo individuo - alterandone inesorabilmente essenza ed esistenza - ma anche sulla vita della collettività.

Ciò che emerge immediatamente, ad un rapido approccio diagnostico della società odierna, è l'allarmante disfacimento di una disciplina vitale per l'umanità: l'etica. Un tempo gloriosa protagonista ed abile governante delle azioni e delle intenzioni umane, oggi fantasma senza poteri alla ricerca di qualcuno che le riconosca diritti ed identità. Emerge, tuttavia, oggi una forte "richiesta culturale di etica" ed un bisogno di coordinate e di guide morali che aiutino l'uomo contemporaneo a risolvere in maniera efficace i dilemmi e le problematiche che lo riguardano.

Per tale ragione, e per non smarrire la memoria della tradizione etica, è opportuno ripercorrere le tracce della filosofia morale, combinandole per quanto possibile con gli esiti della riflessione moderna, al fine di adattare i principi etici di un tempo all'apparenza integro (ma in verità gravido di melodrammi immorali) ad una realtà, come quella attuale, in continuo divenire ed esposta alle incognite della globalizzazione.

Difatti, benché il dibattito filosofico e politico si arricchisca di contributi e voci differenti rispetto al passato, si è ancora lontani dal partorire un nucleo di principi universali capaci di superare le barriere culturali e sociali e di imporsi semplicemente per i caratteri di autenticità, accessibilità e validità. Solo dopo aver scandagliato attentamente la molteplicità dei bisogni e delle attese dell'uomo moderno, sarà possibile edificare le fondamenta dei futuri paradigmi etici, al fine di contrastare la crisi dei valori e della ragione che costituiscono l'orizzonte di una società dalle parvenze minacciosamente nichiliste.

La dimensione pubblica dell'etica

L'elaborazione di principi etici che indirizzino correttamente le azioni dell'individuo e della collettività deve procedere oltre che da un attento esame dei bisogni sociali, anche da un'indagine dei molteplici ambiti della dimensione pubblica in cui si esplica o si potrebbe sviluppare l'etica pubblica.

La sfera pubblica, infatti, non solo rappresenta uno dei contesti più importanti in cui si svolge gran parte dell'interazione dell'individuo con il mondo e con gli altri soggetti, ma costituisce anche la prospettiva migliore dalla quale osservare i disagi che si verificano nei rapporti umani.

Da un esame della gestione pubblica in Italia risulta evidente il delinarsi di un'eclissi parziale e a tratti totale del riflesso etico. In altre parole, nell'organigramma dei servizi pubblici del nostro Paese permane una prepotente disattenzione e disinteresse nei confronti di una disciplina cruciale per il funzionamento corretto ed efficiente dell'amministrazione pubblica, in grado di conquistare il consenso dei cittadini/utenti.

Al contrario, immettendo linfa etica all'interno del settore

pubblico, cioè creando un habitat eticamente favorevole - in modo che chi esercita un incarico pubblico operi con imparzialità, curando l'interesse generale e gestendo le risorse della società in modo adeguato - si otterrà un incremento di fiducia da parte della popolazione utente nei confronti della gestione pubblica.

Infatti, la scelta etica rappresenta sempre un'opzione vincente, poiché costituisce l'unico strumento in grado di far salire il livello di fiducia nelle istituzioni e negli organismi pubblici da parte dei cittadini fruitori. Inoltre, una gestione equa ed affidabile dei vari compartimenti pubblici (es. sanità, scuola, apparato burocratico, giustizia...) non solo rafforzerà la fiducia della collettività nello Stato, ma contribuirà anche al corretto funzionamento della stessa società.

Auspicare un risanamento etico del settore pubblico significa desiderare la buona salute della collettività ed adoperarsi, attraverso coerenti linee di azione e modalità di intervento, affinché si verifichi "un ritorno alla morale" e l'etica torni a svolgere un ruolo da protagonista all'interno della dimensione pubblica.

A partire dalla storia democratica del nostro Paese e dalle norme che sono alla base delle varie etiche professionali, è possibile derivare un insieme di valori fondamentali per orientare la condotta dei dipendenti pubblici nell'ambito delle loro funzioni.

Qualora tali principi morali fossero già presenti, ma in forma sbiadita, all'interno dei vari compartimenti pubblici, è allora necessaria una riformulazione o revisione degli stessi, in modo da aggiustarli alle esigenze della società attuale. In altre parole, pur preservando tali valori, è doveroso adeguarli ai cambiamenti di un mondo in continua evoluzione. Sarebbe anche opportuno che gli stessi dipendenti pubblici si occupassero - in prima persona, (organizzando consultazioni all'interno del proprio settore e all'esterno sollecitando commenti e confrontandosi con specifici gruppi), o attraverso l'interessamento di sindacati e associazioni professionali - della revisione delle norme etiche, in modo da familiarizzare con esse prima di metterle in pratica.

Identificato il nucleo di valori fondamentali, si passa a monitorare l'osservanza e l'applicazione delle norme etiche, predisponendo adeguate misure di controllo contro le irregolarità commesse da quei dipendenti che preferiscono obbedire ad un sistema che premia i privilegi, le usurpazioni e gli arbitri, anziché il senso di giustizia, di rispetto e responsabilità. Le istituzioni pubbliche, quindi, funzionano correttamente se costruiscono in maniera consapevole e ragionevole quell'insieme di principi e di norme capaci di guidare correttamente la comunità e che responsabilmente garantiscano un pieno esercizio dei diritti e trasparenti processi decisionali.

Va però sottolineato che l'etica pubblica non contiene sempre in sé i semi di quelle regole e principi capaci di generare la scelta giusta in ogni circostanza. Per tale ragione, la scienza morale della sfera pubblica si muove su un doppio binario, morale e normativo, permettendoci di osservare la realtà istituzionale alla luce di una doppia prospettiva, sia da un punto di vista squisitamente morale che entro una

prospettiva eminentemente normativa.

Difatti, la Legge Costituzionale del 18 ottobre 2001, n. 3 (G. U. n. 248 del 24 ottobre 2001) modificando profondamente competenze e funzioni dei dipendenti pubblici, non solo ha riorganizzato interamente il settore, ma ha anche cercato di raggiungere una maggiore trasparenza ed integrità della gestione pubblica. Allo stesso modo, gli strumenti legislativi ad hoc che mirano a combattere le infrazioni ai valori fondamentali rappresentano un valido deterrente contro la corruzione, la superficialità, la noncuranza, la mancanza di senso del dovere e di professionalità di alcuni dipendenti durante lo svolgimento dell'attività specifica a loro assegnata o quando si relazionano direttamente con l'utenza. Così, in caso d'inosservanza delle norme prescritte nella funzione pubblica, si possono avviare azioni disciplinari come l'avvertimento, l'ammonizione, la multa, la revoca temporanea o, in caso di grave violazione, il licenziamento definitivo contro il dipendente pubblico che ha commesso tale infrazione. Naturalmente è necessario assicurare la protezione o il rispetto dell'anonimato a coloro che decidono di denunciare gli atti contrari all'etica all'interno della pubblica amministrazione.

Per l'effettuazione di controlli interni, è preferibile attivare un'unità indipendente ed esterna al settore pubblico in causa, in modo da garantire l'imparzialità delle operazioni. Quest'organo esterno di controllo esaminerà i casi di cattiva amministrazione sanzionando gli atti contrari all'etica per migliorare la gestione pubblica, in modo che la condotta dei dipendenti dello Stato si conformi alle direttive prestabilite e renda i pubblici dipendenti responsabili delle loro azioni nei confronti degli utenti.

È anche doveroso informare il cittadino-utente dei suoi diritti di fronte ad una qualsiasi violazione commessa da un dipendente pubblico, poiché la fenomenologia dell'etica pubblica include "l'etica della cittadinanza" intesa come coscienza dei diritti e dei doveri dei cittadini e come partecipazione alla vita della collettività per il raggiungimento del bene comune.

Metafisica e fenomenologia dell'etica sanitaria

L'esistenza di uno spazio pubblico, come quello sanitario, in continua metamorfosi, obbliga chi opera in tale contesto a mettere in gioco, a seconda delle circostanze contingenti, tecniche e condotte morali diverse. Allo stesso modo, anche l'etica sanitaria, che ha il compito di orientare in senso morale la sanità, si configura come una condizione perennemente "in fieri", in cui diviene difficoltoso determinare in maniera definitiva quel corredo morale, che dovrebbe guidare gli operatori sanitari nell'esecuzione delle loro attività e nei rapporti con l'utenza.

La mancanza di una visione etica uniforme in campo sanitario e l'assenza di un fondamento metafisico, come presupposto a questa concezione, ha generato e continua a generare un disordine ed una frammentazione morale dettata da prese di posizioni unilaterali e soggettivistiche. Al contrario, l'adozione di una prospettiva metafisica, intesa kantianamente come indagine sui "principi a priori pratici della nostra ragione", garantisce stabilità e linearità al settore sanitario, assicurandogli una solida categoricità contro la variabilità delle circostanze storiche e l'estrema insicurezza

del nostro tempo.

Oltre al fondamento metafisico che garantisce alla società, al settore pubblico e, nello specifico, alla sanità, un giusto grado di coesione e di stabilità, è necessario, in epoca post-moderna, tener conto - nella realizzazione di istituzioni giuste - di un valore irrinunciabile, quello della "differenza", definita come pluralità di idee e ragioni diverse. Infatti, il principio metafisico perderebbe senso se la visione etica non scaturisse direttamente da una contrattazione aperta e trasparente, in cui la molteplicità delle posizioni di tutti gli attori sanitari possa emergere limpidamente ed in maniera spontanea. Ed è proprio la condivisione di differenti principi e visioni del mondo a dar vita ad un'etica sanitaria coerente, in cui la solidità erompe dal forte legame che vincola le parti e che sostiene la reciproca cooperazione in vista del perseguimento del bene comune. Affinché la contrattazione sia autentica, è indispensabile che la discussione proceda lungo un percorso che, evitando pregiudizi, presunte superiorità intellettuali e convinzioni ideologiche, riesca a concepire un prodotto etico, scevro da coercizioni o minacce derivanti dall'occupazione di posizioni predominanti. Inoltre, una giusta concertazione deriva dal rispetto di una serie di regole procedurali, atte a garantire la più larga partecipazione alla discussione pubblica ed un equo accesso di tutti i soggetti interessati ai processi decisionali, al fine di mirare ad una effettiva cooperazione, ancor prima di dare alla luce una teoria etica normativa.

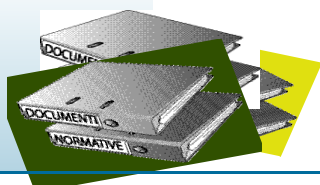
L'assenza di una tradizione etico-sanitaria consolidata rende la contrattazione il momento genetico e risolutore dell'intricate questioni etiche che caratterizzano il nostro essere soggetti morali in un mondo in continuo divenire. Un'etica sanitaria, partorita attraverso un costante confronto di ragioni ed idee diverse, sarà in grado - nella sua azione riformatrice - di indirizzare armoniosamente un settore pubblico, come quello sanitario, che ha bisogno di un orientamento a cui ispirarsi.

È fondamentale, nell'ambito di una teoria morale, che indaga i fondamenti dell'agire individuale e collettivo, capire ciò che ha, o che dovrebbe avere valore in un settore pubblico come quello sanitario. Inoltre, posto che si realizzi una sorta di statuto etico per la sanità, bisogna stabilire se i principi che ne discendono possiedono un carattere prescrittivo e vincolante.

Nel celebre saggio, Spiegazioni filosofiche, il filosofo Nozick sostiene che il valore morale è strettamente connesso alla natura intersoggettiva delle nostre relazioni e che "l'etica è in armonia quando la spinta è almeno altrettanto grande dell'attrazione, quando il proprio valore spinge una persona a comportarsi verso un altro come il valore di quell'altro richiede".

Se il rischio di una teoria morale applicata ad un sistema pubblico potrebbe essere quello di restringere eccessivamente gli spazi d'azione - limitando l'accesso alle libertà fondamentali - una teoria etica fondata su un accordo pubblicamente condiviso, continuamente aperto al confronto, assicurerebbe la più ampia fruibilità di diritti e libertà, nel pieno rispetto dei vincoli deontologici stabiliti. Una sanità etica è una sanità nella quale ogni relazione è ispirata da, e si avvale di principi e norme morali pubblicamente condivise.

L'idea che la società abbia bisogno - per garantire il buon corso della vita pubblica - di un codice morale emerge allorché si comprende che le scienze sociali, "dalla politica al diritto e all'economia, non sono in grado di generare scelte collettive sicuramente corrette". Infatti, sia



Bentham che Hume (entrambi appartenenti alla corrente filosofica dell'utilitarismo) ritenevano che il solo sistema giuridico fosse sufficiente per tutelare il benessere della società e per governare la vita pubblica e che i doveri etici fossero di esclusiva pertinenza della vita privata. È solo all'inizio del XIX secolo che cominciano a diffondersi i valori dell'etica pubblica (col rischio, questa volta, di un'eccessiva limitazione della libertà individuale). Così, mentre Kant manteneva nettamente separati la sfera della legalità da quella della morale, intendendo con la prima l'organizzazione delle società e con la seconda le leggi della coscienza individuale, Hegel sopprimeva per sempre l'etica come campo autonomo descrivendo la moralità privata come un concetto puramente astratto e pertanto inesistente. Dunque la moralità non era più oggetto della sfera individuale, ma si fondava esclusivamente sulla legislazione dello Stato, "lo Spirito assoluto realizzato nella molteplicità della coscienza esistente".

Oggi, a causa della complessità della società contemporanea, occorre abbandonare l'utopia di un'etica universale, rinunciando alla ricerca di canoni morali assoluti. Infatti, "le ambizioni dell'etica pubblica di trovare spazi nei quali collocare procedure capaci di produrre risultati univoci e di imporsi su tutti sono andate frustrate". Se è impossibile definire in maniera univoca la nozione di etica pubblica o delimitare precisamente la sua sfera d'azione, è invece facile capire come la forma odierna di questa disciplina sia più simile ad un'insieme di tecniche fra loro diverse da impiegare a seconda dei problemi che di volta in volta si presentano. Così l'etica pubblica contemporanea si ritrova ad indossare gli abiti di direttore d'orchestra e a guidare la possibilità simultanea di espressioni etiche dissonanti.

La missione etica in sanità

Accanto agli interventi ed alle riforme di carattere legislativo, apportati nell'assetto istituzionale e normativo del Paese - con lo scopo di riorganizzare i servizi sanitari e prevenire fenomeni di corruzione ed inefficienza - è opportuno che la sanità eriga una solida impalcatura etica, capace di sorreggere l'attività degli operatori sanitari, al fine di rendere il sistema più integrato e funzionale alla vita collettiva e al raggiungimento del bene comune.

Accade, infatti, che la sanità si adorni con cura, mascherando scrupolosamente le innumerevoli carenze e mostrandosi più in forma di quanto in realtà non sia, solo quando è intimorita dalle visite a sorpresa di qualche ispettore o supervisore esterno al settore.

Sarebbe invece auspicabile che l'apparato sanitario, come qualsiasi altro ambito pubblico, mirasse ad un rinnovamento della sua sostanza ed immagine per una necessità intrinseca al sistema e per non annientarsi a causa delle sue stesse inefficienze. Tappare i buchi e colmare le lacune, solo per paura che arrivi qualcuno a controllare e castigare, non elimina gli ostacoli, semplicemente ne rallenta la rimozione. Al contrario, la sanità pubblica potrà restituire credibilità e valore a concetti importanti come compartecipazione e responsabilità, se mirerà a "progetti di qualità" al servizio dei cittadini-utenti, al fine di rimodellare completamente le modalità ed i rapporti di lavoro, le dinamiche organizzative e gestionali, rivedendo su una base etica non solo gli aspetti di carattere tecnico ed economico, ma l'intero ambito

operativo. Ed ancora, l'elaborazione di una Carta Etica, intesa come una sorta di autoregolamentazione interna, fungerà da bussola, orientando gli operatori sanitari tra le emergenti e sommerse problematiche di carattere etico. Per essere originale, il regolamento etico dovrà scaturire dal confronto costante tra i diversi attori della sanità, esperti accademici e rappresentanti istituzionali, in modo da permettere, a tutti coloro che partecipano alla discussione, di manifestare agevolmente le richieste di innovazione organizzativa e le valutazioni di ordine etico.

Poiché il settore della sanità costituisce un contesto pubblico molto particolare e l'operatore sanitario svolge una funzione chiave all'interno della collettività, è necessario prevedere nel corso della preparazione del regolamento etico, alcune regole integrative di condotta accanto a quelle generali di comportamento. Difatti, nel nostro tempo, l'etica sanitaria si trova ad affrontare e a disciplinare questioni difficili che vanno dalle tecniche di manipolazione genetica, ai trapianti, alla fecondazione assistita, alle sperimentazioni, all'eutanasia ed alle altre numerose istanze sollevate dalla riflessione bioetica.

Le categorie etiche della sanità

Prima di procedere all'elaborazione della carta etica, bisogna definire chiaramente le esigenze e le attese dei cittadini-utenti, in modo da determinare la mission primaria del servizio sanitario pubblico (promozione della salute), i valori fondamentali e le norme etiche che, restituendo trasparenza ed integrità alla gestione sanitaria pubblica, soddisfino le richieste della collettività. È ovvio che la capacità di rispondere alle esigenze dei pazienti-utenti, soddisfacendo le loro attese in modo efficiente (riduzione degli sprechi) ed in modo trasparente (integrità nella gestione dei servizi), dipende anche dalla validità dei principi organizzativi che ispirano il sistema sanitario pubblico.

La fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario aumenterà se la sanità pubblica garantirà non solo uguaglianza nell'accesso ai servizi socio-sanitari, rispetto e contenimento delle liste di attesa, ma anche umanizzazione dell'assistenza, decoro strutturale, adeguamento a standard di efficacia e di comportamento, in modo che la verifica e la valutazione delle attività dei dirigenti e di tutti gli operatori sanitari possa avvenire sulla base di questi obiettivi etici. In questo senso, ricompensare quegli operatori sanitari che si dimostrano fedeli ai valori dell'impegno, della responsabilità e della solidarietà e sanzionare gli episodi di disonestà, servirà come esempio per la condotta degli altri operatori e permetterà di tutelare i cittadini utenti nei confronti delle irresponsabilità del servizio sanitario pubblico.

In effetti, se le manifestazioni comportamentali degli operatori sanitari fossero esaminati sulla base di un preciso e chiaro concetto di etica sanitaria pubblica, sarebbe più agevole discernere le azioni e le condotte in contrasto con l'idea di etica e rischiose per la società. In altre parole, occorre instaurare tra la sanità e la collettività una alleanza fatta di dialogo, convergenza e trasparenza assoluta, in modo da salvaguardare l'equilibrio e l'armonia tra le due realtà. Appare necessario stimolare ed allargare il dibattito intorno all'etica sanitaria investendo in formazione e cultura, dall'Università alle aziende sanitarie locali ed ospedaliere, fino agli ordini professionali ed alle associazioni

di categoria, con l'obiettivo di accrescere la motivazione degli operatori della sanità ed il grado di fiducia dei cittadini utenti.

In questo senso, sarà più agevole definire la nozione di etica sanitaria, i suoi confini e gli spazi di manovra giuridicamente e moralmente legittimi.

Sebbene la nuova normativa ed il riassetto delle competenze abbia comportato per la sanità la necessità di rapportarsi, oltre che con i cittadini-utenti, anche con soggetti fino a quel momento estranei al sistema, quali le Regioni ed il mutato sistema di finanziamento ed organizzazione in aziende sanitarie, è essenziale che l'etica sanitaria venga paritorita all'interno del mondo sanitario e non sia ricavata da altre realtà pubbliche o imposta da istituzioni politiche, che potrebbero manipolare a loro piacimento il codice etico. Secondo l'attuale ministro della Sanità, il prof. Girolamo Sirchia, il ruolo di un moderno ministero della salute è quello di definire "i paletti etici del sistema, altrimenti si rischierebbe di avere dei sistemi sanitari differenti tra regione e regione, non tanto sotto il profilo organizzativo, ma sotto il profilo dei risultati che si ottengono".

Un'etica sanitaria, se vuole essere autentica e coerente, deve realizzarsi a partire dall'esperienza sanitaria, dai principi ippocratici, dalla recente indagine bioetica, dai principi costituzionali dei diritti e delle libertà fondamentali e da quei saperi umanistico-scientifici che le sono strettamente congiunti, in modo da garantire - sulla base della comunicazione e del confronto - un accordo stabile nella durata e aperto alle differenze. Alla luce delle complessità e delle numerose variabili che intervengono nel sistema sanità, è necessario sempre tener conto della dialettica dei punti-di-vista, senza cercare di imporre una propria verità sulla base di convinzioni e presunzioni.

L'universo sanitario ha quindi il dovere morale di articolare, esplicitare e fissare, in una sorta di codice deontologico, una propria etica che funga da principio ispiratore per la condotta di tutti gli attori della sanità. In questo senso, l'operatore sanitario, che sceglierà di ispirare il proprio comportamento a tali norme, investirà tutte le sue energie fisiche e le conoscenze teoriche per la cura e l'accoglienza del paziente. Senza impegno effettivo ed investimento totale, gli obiettivi di salute non possono essere raggiunti ed il processo di cura del paziente si trasforma in una sterile e banale messinscena.

Per tale motivo, l'etica sanitaria è prima di tutto un'etica interpersonale, intrisa di altruismo e benevolenza, che mira alla comprensione profonda di colui che ha bisogno di essere curato ed al superamento delle discriminazioni, dei pregiudizi e delle chiusure emotive. La professione sanitaria, quindi, al di là dei suoi presupposti e pilastri scientifici, si fonda sullo sviluppo delle capacità comunicative e di ascolto. Eppure, sebbene l'impegno e la partecipazione empatica al processo di guarigione del paziente siano atti indispensabili, l'operatore sanitario è tenuto anche a controllare e a soprintendere l'organizzazione razionale di tale processo. Chi opera in sanità, infatti, ha il dovere di provvedere al corretto funzionamento del sistema, garantendo efficienza ed utilizzo razionale delle risorse. Il rispetto della correlazione razionale tra mezzi e fini, l'ottimizzazione dei costi, la promozione di qualità nell'erogazione di prestazioni sanitarie è concretizzabile solo in presenza di un'equa attribuzione di responsabilità all'interno del sistema sanità.

Dal momento che esiste un enorme divario fra le crescenti domande di salute e le scarse risorse disponibili è essenziale

che ogni operatore si faccia carico della dialettica fini-mezzi e si assuma la responsabilità di garantire ai cittadini utenti l'efficacia clinica e l'equità delle prestazioni, cercando di raggiungere obiettivi coerenti con le aspettative di salute della società.

L'etica della responsabilità, intesa come atteggiamento razionale rispetto allo scopo più attinente alla sfera della professionalità formale rispetto a quella interpersonale e comunicativa, è in grado di indirizzare correttamente gli operatori sanitari guidandoli verso investimenti ed allocazione di risorse più adeguate, alla luce delle categorie dell'appropriatezza e del controllo di gestione.

Oggi che la sanità pubblica è più autonoma e più libera di autodeterminarsi rispetto al passato, anche grazie al nuovo assetto impresso dall'aziendalizzazione e dalle nuove competenze delle Regioni, esiste il rischio che a questa nuova possibilità di autogoverno non corrisponda una maggiore presa di coscienza, di responsabilità ed impegno da parte degli attori del sistema (manager, medici, infermieri ecc.). E se è vero, come scrive Kant, che "libertà e legge pratica (morale) incondizionata rinviano ... reciprocamente l'una all'altra" (secondo il filosofo tedesco, la libertà è la *ratio essendi* della legge morale e la legge morale è la *ratio cognoscendi* della libertà), gli operatori della sanità saranno capaci di affrontare le problematiche sanitarie emergenti, se faranno dell'etica un'assoluta priorità ed il valore ispiratore più importante del governo in Sanità ad ogni livello.

La bibliografia è disponibile presso la redazione

documenti

