

## Etica in Ortopedia: i fattori di rischio

**L. Ricciardi**  
**A. Ricciardi**<sup>1</sup>

L'obiettivo di questo intervento è quello di illustrare l'insieme dei doveri strettamente inerenti all'attività professionale, complesso di norme morali e di costume che identificano un preciso comportamento nella vita di relazione con riferimento a particolari situazioni, nella fattispecie diritti e soprattutto i doveri e la responsabilità dell'ortopedico nei suoi rapporti con i pazienti e con i colleghi.

Nell'ambito della nostra disciplina si sono formate superspecializzazioni e tecnologie sofisticate il cui sviluppo ha un'intrinseca tendenza a produrre situazioni di rischio di insuccesso. In questi casi l'ortopedico può intervenire solo se adeguatamente preparato e se non si conforma alle regole proprie di quel settore di intervento risulta inadempiente.

La prevenzione più efficace delle sequele giudiziarie risiede nella bontà del contratto (informazione capillare e chiara) nella diligenza attuativa, nella diligentissima registrazione dei motivi delle scelte operative, dei consensi acquisiti, delle linee seguite.

Colui che, non essendo del tutto all'altezza del compito "assunto", esegue un'operazione senza essere munito di tutti i dati tecnici necessari per dominarla secondo lo standard di diligenza, prudenza e perizia richieste per il corretto svolgimento della prestazione versa nella cosiddetta *colpa per assunzione* (Corte di Cassazione Sez. IV, 6/12/1990).

Il medico, nella fattispecie l'ortopedico, ha poi il preciso dovere dell'aggiornamento e della formazione professionale permanente onde garantire il continuo adeguamento delle sue conoscenze e competenze al progresso clinico e scientifico mediante l'acquisizione dei crediti.

Il nuovo codice deontologico afferma esplicitamente che per i medici non è ammessa l'ignoranza. Se una certa tecnica, un dato farmaco, un determinato trattamento potrebbe risolvere una patologia e se tali trattamenti sono diventati patrimonio ufficiale della cultura medica in generale, la loro ignoranza e quindi la conseguente *condotta omissiva* viene qualificata come colpa.

Nelle lesioni che comportano problemi di particolare difficoltà l'ortopedico deve valutare la natura complessa dell'intervento mediante una dettagliata analisi della patologia da trattare che significa studio pre-operatorio dei fattori di rischio.

Il 31/03 e 1/04 u.s. si è tenuto a Mestre un congresso intitolato "Fattori di rischio in Ortopedia e Traumatologia" con l'obiettivo di presentare le indicazioni di trattamento delle lesioni mono- o poli-distrettuali che interessano la nostra disciplina sottolineando gli esiti negativi e cioè gli errori, gli insuccessi e le complicazioni discutendone le cause e prospettando i rimedi, compito che è stato riservato a relatori di riconosciuta esperienza. Sono intervenuti anche medici-legali, magistrati, avvocati, assicuratori che hanno descritto gli aspetti etici e giuridici della responsabilità dell'ortopedico ed inoltre anche della struttura.

Primario emerito  
<sup>1</sup> Ricercatore confermato  
 Università di Trieste

Ricordo che gli **errori** possono essere legati ad azioni qualificanti la colpa generica, ma anche: a cattiva organizzazione, a mancanza di sistemi e flussi che garantiscano il passaggio delle informazioni, a mancanza di comunicazione, a cattivo clima di lavoro ed a carichi di lavoro eccessivo (fatica).

Molto spesso il risultato anomalo non è causato da un unico errore umano o tecnologico, ma spesso è conseguente di una concatenazione di eventi e l'operatore responsabile dell'errore finale non è altro che l'ultimo casuale anello di questa catena, per cui la prevenzione dell'errore non deve passare attraverso l'identificazione del colpevole ma nell'analisi del processo che ha portato all'errore.

Gli studi dicono che il 50% degli errori è prevenibile.

Il mancato raggiungimento del risultato (il risultato nel consenso va proposto ma non garantito) non costituisce automaticamente elemento di colpa.

Per quanto attiene all'*insuccesso* è necessario identificarne le cause che possono dipendere:

- dall'operato del/dei sanitari (colpa generica, omissione, colpa per assunzione);
- dalle carenze della struttura (a livello operatorio, strumentale, organizzativo, strutturale);
- dalla inosservanza o dalla cattiva gestione da parte del paziente delle prescrizioni dettate dai sanitari;
- dalla particolare tipologia o gravità delle lesioni (un ortopedico che opera correttamente una lesione complessa o complicata ad alto rischio non è passibile di ricorso in giudizio se il risultato non risulta conforme alle aspettative del cliente, quando questi è stato adeguatamente informato della difficoltà della prestazione sottoscrivendo il consenso);
- da concause sopravvenute, fortuite, occasionali o di forza maggiore non attribuibili all'operato dei sanitari (l'art. 45 c.c. sancisce che non è punibile chi ha commesso un fatto per caso fortuito od occasionale);
- da infezioni. Non esiste ancora una PCA (profilassi chirurgica antimicrobica) in grado di garantire al 100% la prevenzione dell'infezione della ferita, mentre persiste ancora una percentuale di infezioni ospedaliere che si aggira nelle statistiche mondiali attorno al 2% di infezioni non imputabili a colpa specifica.

Intendesì per *rischio* l'eventualità di provocare un danno connesso a cause non sempre prevedibili. In medicina la condizione soggetta a rischio è quella sulla quale incombe una elevata incidenza statistica di particolari eventi patologici. È intervento rischioso quello che comporta un

rischio di risultato anomalo o che espone a rischi.

La gestione del rischio clinico (CRC) è un processo sistematico di identificazione valutazione e trattamento dei rischi attuali e potenziali ed ha l'obiettivo di aumentare la sicurezza dei pazienti, migliorare i risultati ed indirettamente ridurre i costi, riducendo gli eventi avversi prevenibili.

La gestione del rischio clinico negli ospedali e la diminuzione degli errori in medicina è diventata negli ultimi anni una questione di grande rilevanza nel funzionamento del "sistema ospedale".

L'approccio al sistema è rivolto ad individuarne la criticità, non solo a livello del medico ma anche a livello organizzativo.

Mi risulta che anche la SIOT sta realizzando l'enunciazione di principi sulla *Clinical Governance*, introdotta in Inghilterra nel 1999 con l'obiettivo di creare soluzioni innovative per migliorare la gestione assistenziale del "sistema ospedale".

La semplice punizione del presunto responsabile di un incidente in un sistema organizzativo complesso (nel caso l'ospedale) senza valutare le deficienze del sistema potrebbe favorire il ripetersi degli eventi avversi sia pure con altri attori.

La gestione del rischio clinico, perché sia efficace, va commisurata a tre elementi:

- 1) il cambiamento della concezione dell'errore non più visto come fallimento individuale ma come occasione di miglioramento per l'intera organizzazione, l'errore non deve essere cancellato o dimenticato ma riconosciuto per capirne le cause così da poterlo evitare in occasioni analoghe, in tal modo gli errori potranno diventare un mezzo di apprendimento dal quale ricavare strumenti per la crescita delle conoscenze. Oscar Wilde scriveva l'esperienza è la somma dei nostri errori;
- 2) l'adozione di strumenti idonei per la rilevazione e l'analisi dei rischi e per il loro trattamento (nel nostro caso studio pre-operatorio per l'analisi dei rischi connessi con la tipologia lesionale);
- 3) la creazione di soluzioni organizzative ad esso orientate.

In alcuni Stati si guarda con interesse allo sviluppo di sistemi di tutela del paziente danneggiato basata su procedure extragiudiziali di soluzione della vertenza, a prescindere dalla dimostrazione della colpa del danneggiante. In Finlandia per esempio è lo Stato il principale fornitore di servizi sanitari ed è anche il principale finanziatore di

iniziative assicurative. Il paziente danneggiato si rivolge direttamente all'assicurazione (lo Stato) e riceverà il risarcimento senza essere costretto a provare la colpa dell'operatore.

L'*incident reporting*, che significa segnalazione spontanea degli eventi, è uno degli strumenti più frequentemente indicati come fondamentale per una corretta gestione dei rischi. È una modalità di raccolta di segnalazioni in modo strutturato di eventi, allo scopo di fornire una base di analisi, predisposizione di strategie e azioni di correzione e miglioramento per prevenire il riaccadimento futuro.

I sistemi di *incident reporting* possono essere di tipo obbligatorio o volontario. Nel Regno Unito è obbligatorio un sistema informativo su carenze della struttura ed errori sanitari.

Il vantaggio dei rapporti informativi volontari e confidenziali consiste nel fatto che la persona coinvolta in un determinato evento sfavorevole può fornire con tempestività e franchezza ogni notizia utile sulla causa dello stesso, anche in forma di autodenuncia.

In questo modo si raccolgono dati che difficilmente potrebbero ricavarsi da un'azione giudiziaria, rapporti informativi che auspichiamo attuabili anche in Italia.

Questi dati inseriti in grandi database permettono di giungere a conclusioni di portata generale e alla stesura di raccomandazioni per una pratica professionale più sicura.

I sistemi di *reporting* attivi (Australia, G.B.) hanno queste caratteristiche:

- la confidenzialità e l'impossibilità di essere usati per scopi punitivi;
- il ritorno delle informazioni;
- l'uso per azioni di correzione e riprogettazione.

Il Ministero della salute ha recentemente prodotto un documento (marzo 2005 – *risk management* in sanità

– che significa gestione del rischio per prevenire l'evento e gestire l'accaduto) che raccomanda tra l'altro:

- di individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- di promuovere eventi di formazione per diffondere la cultura della prevenzione;
- di sperimentare a livello aziendale (già attuato in molti ospedali) metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni, sulle procedure ad alto rischio e sulla frequenza degli errori;
- di favorire lo sviluppo di modelli organizzativi ed appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili.

In Italia in alcune regioni (Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana ed anche Veneto) sono state avviate iniziative finalizzate a ridurre i rischi nel sistema ospedaliero ed a migliorare gli standard di qualità dell'assistenza sanitaria promuovendo una cultura della sicurezza e soprattutto dell'imparare dagli errori, condizioni imprescindibili per un sistema sanitario più sicuro.

È nato recentemente a Roma un osservatorio italiano del rischio clinico (presidente Corrado Nagni) ai termine di una "*consensus conference*" con obiettivi sovrapponibili a quelli ministeriali.

Presso l'ordine dei medici di Roma è stato aperto nel 2005 uno sportello definito ACCORDIA al quale possono rivolgersi i cittadini che ritengono di aver subito un danno dal proprio medico, controversie solo civili e con obiettivo di conclusione bonaria della lite.

La legge non stabilisce gli atti che l'operatore può o deve attuare, ma abilita semplicemente il professionista e lo esorta ad agire "secondo la migliore scienza ed esperienza del momento" in cui questi si trova ad operare.

Nessun risultato concreto, ha concluso il giudice dott. Carlo Nordio magistrato del Tribunale di Venezia alla fine del congresso di Mestre, sarà possibile se non verrà attuata una completa e corretta informazione volta a chiarire che la pressione esercitata dalle minacce di interventi giudiziari, lungi dall'ispirare al medico una maggior diligenza e una migliore professionalità, suscita giustificate apprensioni ed ispira inevitabilmente atteggiamenti cautelativi che alla fine, "classico esempio la medicina difensiva", si riverberano proprio sui pazienti.

Regna ancora confusione sulla scelta del consulente per il P.M. e del perito per il giudice che spesso vengono nominati senza criteri omogenei ed oggettivi, professionisti indubbiamente onesti e capaci ma che "non possono essere buoni per tutte le stagioni".

Perché le compagnie di assicurazioni in molti casi difendibili preferiscono transare?

Due sono i motivi secondo Umani-Ronchi:

- sfiducia nella magistratura che spesso si rivolge a periti scadenti e non qualificati nella disciplina oggetto dell'indagine;
- giurisprudenza spesso orientata, in mancanza di una normativa "*ad hoc*", ad agire sfavorevolmente verso i medici.

Il correttivo, scrive il magistrato Carlo Nordio per ridurre gli errori dei periti è duplice:

- 1) l'istituzione di un albo regionale-nazionale per ogni disciplina, concordato con i rappresentanti dei singoli

ordini e l'obbligo della perizia collegiale con la presenza di un medico legale e di uno o due specialisti della disciplina in relazione al caso specifico;

- 2) la previsione di una sanzione risarcitoria nel caso di "denuncia temeraria".

Sono rimedi razionali a dissennate iniziative che alla fine si riverberano negativamente sui pazienti e sul sistema che li dovrebbe assistere e tutelare.

Alla luce della mia esperienza personale di Primario ortopedico e come Consulente tecnico d'ufficio in sede penale e civile in casi riguardanti la "*mal practice*" ritengo importante:

- 1) che il rapporto medico-paziente sia basato non sulla diffidenza, oggi imperante, ma sul reciproco rispetto, che significa maggior comprensione della natura dell'errore e minor tendenza alla colpevolizzazione del sanitario;
- 2) che venga ripristinata la collaborazione tra ortopedici soprattutto nel rispetto dell'operato altrui senza mai criticare, scambiando pareri e consigli;
- 3) che l'ortopedico italiano, che spesso lavora in condizioni talvolta disagiate ambientali, strutturali ed anche economiche, possa lavorare senza l'assillo del risultato anomalo;
- 4) che sia incentivata l'istruzione continua per i giovani ortopedici mediante i corsi di alta formazione con lezioni magistrali e dimostrazioni pratiche, obiettivate allo studio della epidemiologia dell'errore e dell'insuccesso inteso come indagine preventiva delle cause, allo scopo di individuare le condizioni che possono favorire o contrastare il loro sviluppo, che significa in ultima analisi studio dei fattori di rischio;
- 5) che venga meno l'accanimento, soprattutto da parte della stampa, contro la nostra categoria professionale bersagliata da accuse tante volte ingiuste o quanto meno esagerate;
- 6) che il tentativo di conciliazione prevalga sulla querela (come dispone l'art. 564 c.p.p. che nei reati perseguibili con querela il P.M. prima delle indagini propone un tentativo di conciliazione);
- 7) che il giudizio arbitrale, che risponde all'interesse del danneggiato che ottiene in tempi brevi la soddisfazione pecuniaria, del medico non sottoposto a pubblicità, dell'assicurazione che evita spese di un lungo contenzioso, dello Stato che trova un meccanismo deflettivo del pesante carico giudiziario, possa diventare punto di riferimento per paziente e medico;
- 8) che gli ortopedici italiani siano protetti sul piano assicurativo calmierando l'entità dei premi in attesa che il Parlamento intervenga con una proposta di Legge, che mi risulta da tempo pendente, sul rischio professionale dei medici nelle strutture ospedaliere pubbliche o private che ha l'obiettivo di approntare una rete di protezione assicurativa efficiente per il medico ma priva di oneri eccessivi per il fondo sanitario nazionale.

Tutte le relazioni del congresso di Mestre sono state raccolte in CD dalla "Melchiorre Gioia" che ha organizzato il congresso ed in volume dall'editore Verduci di Roma.

Se l'errore può essere dovuto ad azioni qualificanti la colpa generica, se l'insuccesso non sempre è conseguente all'operato del sanitario, riteniamo lo studio dei fattori di rischio presenti nelle patologie dei diversi distretti anatomici della nostra disciplina, elemento fondamentale di prevenzione, che è in definitiva comportamento etico nella gestione di situazioni particolari ad alto rischio di risultato.