

128



IRCCS - ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI

**IL RUOLO DEI PROTOCOLLI  
DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI NEL  
PANORAMA SANITARIO ATTUALE**



**PROGRAMMA**

**Milano, 28 Novembre 2009**

**I.R.C.C.S. Istituto Ortopedico Galeazzi  
Aula Magna**



**Gruppo Ospedaliero  
San Donato**

*Con il Patrocinio di:*



**A.I.O.P.**



## PROGRAMMA

---

**Presiede: Prof. Giuseppe Banfi**  
Direttore Scientifico  
IRCCS – Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano

09.00 *Apertura dei lavori*  
**Prof. Giuseppe Banfi,**  
Direttore Scientifico IRCCS – Istituto  
Ortopedico Galeazzi, Milano

09.20 *“I Protocolli Diagnostico-Terapeutici  
vantaggi e svantaggi dal punto di  
vista medico e formativo”*  
**Prof. Antonio De Santis**  
Professore associato di Neurochirurgia  
Università di Milano,  
Direttore Neurochirurgia Università  
IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi,  
Milano

09.40 *L. 42/2009, Livelli essenziali delle  
prestazioni, costi standard e sue  
applicazioni”*  
**Prof. Davide Croce**  
Direttore CREMS, Libero Istituto  
Universitario Cattaneo, Castellanza

10.00 *Coffee break*

10.30 *“I Protocolli Diagnostico-Terapeutici  
responsabilità del medico”*  
**Avv. Sebastiano Scandura**  
Avvocato civilista  
Via A. Manzoni, 33 Monza

10.50 *“I Protocolli Diagnostico-Terapeutici  
uno scudo che non sempre protegge, tra  
esoneri e responsabilità”*  
**Avv. Carlo Buono**  
Avvocato penalista  
Piazza Duomo 17, Milano

11.10 *“L’impatto dei protocolli Diagnostico  
Terapeutici sui compiti di vigilanza e  
organizzazione della Direzione  
Sanitaria”*  
**Prof. Guido Broich**  
Direttore Sanitario  
IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi,  
Milano

11.30 *Discussione e conclusione dei lavori*

La medicina è per sua natura scienza ed arte, una professione che si regge sia su aspetti analitici tecnici precisi, sia su elementi umani meno classificabili e sintetici come l'intuizione diagnostica. Fermo restando il riconoscimento della autonomia professionale del medico, negli ultimi anni è tuttavia sempre più cresciuta la richiesta da parte di varie istanze di governo di inquadrare e proceduralizzare non solo l'organizzazione dei singoli sistemi ed erogatori sanitari, ma anche dello stesso atto medico. La filosofia della qualità ISO spinge in questa direzione e la pressione delle assicurazioni (in Italia il Sistema Sanitario Nazionale, assicuratore obbligatorio e oligopolista pubblico) prende volentieri spunto da questo per poter eseguire migliori previsioni sulla spesa sanitaria.

Indubbiamente l'applicazione dei requisiti di qualità ISO con la stesura e formalizzazione di "protocolli diagnostico-terapeutici" (PDT) formalmente stabiliti, introduce elementi di chiarezza e semplificazione nel sistema, ma d'altra parte è innegabile che essa crea delle nuove rigidità nel comportamento del medico.

Subito si pone il problema di chi abbia titolo di emettere tali PDT, un consesso scientifico, un organo amministrativo come una Direzione di Sanità Regionale, un organo legiferante periferico che si basa su interessi di compatibilità economica del sistema o il legislatore nazionale? Emerge poi il problema se tali protocolli abbiano valore vincolante solo nel mondo assicurativo (in Italia il pagamento da parte del SSN/R del DRG o meno) o siano da intendere anche come vincoli sostanziali per l'operato del medico. In questa seconda lettura si porrebbero subito due problemi: Primo il rapporto tra tali protocolli e la libertà di azione del medico.

E' lecito che l'azione terapeutica del medico venga limitata da documenti emessi da terzi, medici anch'essi (Ordine dei medici) o amministrativi non professionali (Assessorato, Regione)? E se sì, che impatto potrebbero avere tali documenti su una eventuale erosione della responsabilità professionale personale del professionista, che potrebbe in caso di lesione personale in seguito ad una procedura conforme ai PDT tentare di usare tali PDT a sua discolta con possibile lesione dei diritti del lesso? E infine, questo come si pone nei confronti della libertà professionale del Medico, mai scalfita nemmeno dagli Ordini?

In seconda battuta emerge il problema delle responsabilità derivate degli organi preposti alla vigilanza, tra cui in primis le Direzioni Sanitarie. Ferma la intoccabilità del concetto di responsabilità individuale del professionista, può una Direzione Sanitaria vietare una terapia non prevista in un PDT ad un medico o, peggio, imporre ad un professionista un percorso da lui non condiviso ma sancito in qualche PDT pubblicamente emesso?

Se siamo tutti d'accordo che la libertà di scelta diagnostica e terapeutica del medico è e rimane una conquista irrinunciabile nel rapporto fiduciario medico-paziente, non possiamo però non riconoscere l'utilità dei PDT ai fini della tenuta del sistema sanitario. Emerge così con forza la necessità di fare chiarezza nei reciproci poteri e campi di applicazione di queste due esigenze e nel loro impatto sulla professione del medico, al fine di evitare interpretazioni incerte o fantasiose, a sicuro danno della professione medica, del sistema sanitario e soprattutto ed in ultima analisi del paziente.

*Prof. Guido Broich*

## **“L'impatto dei Protocolli Diagnostico-Terapeutici sui compiti di vigilanza e organizzazione della Direzione Sanitaria”**

*Guido Broich – Direttore Sanitario IRCCS-Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano*

La medicina è per sua natura sia scienza che arte, una professione antichissima e allo stesso momento modernissima. Se da una parte essa si regge su aspetti analitici e tecnici precisi, secondo le ferree regole del pensiero positivista scientifico, dall'altra non può non tenere conto di quei sintetici elementi umani e umanistici che la caratterizzano dalla notte dei tempi come eminente elemento di rispetto, socialità e relazione interpersonale.

Se gli aspetti tecnici sono facilmente definibili secondo le regole convenzionali della scienza, gli aspetti globali della “persona” sono di più difficile classificazione. La “intuizione diagnostica”, una volta elemento nobilissimo ed essenziale della costituzione del giudizio clinico in un processo compiuto di semeiotica, oggi ha acquisito un sapore quasi eretico. Viene vista come aliena da quella “evidence based medicine” spesso interpretata come puro elemento statistico, tanto che in alcune nuove generazioni di medici viene vista quasi come un indicatore di obsolescenza della preparazione del collega.

Questa evoluzione da scienza umanistica a scienza naturalistica ha permesso grandi sbalzi in avanti della conoscenza medica negli ultimi duecento anni. Oggi sappiamo cose e possiamo agire in modi fino a poco tempo fa non solo impossibili ma addirittura impensabili, a tutto beneficio del paziente. In tal modo la medicina è perfettamente in linea con una visione sostanzialmente meccanicistica della biologia e della fisiologia.

Del resto anche l'ambiente in cui opera il medico è profondamente cambiato. Da una visione della medicina come rapporto intimo tra curante e curato in ogni singolo “caso”, con la malattia come fenomeno di disarmonia naturale, si è sempre più giunto ad una visione sociale e integrata della medicina.

Nel quattrocento nascono i primi grandi ospedali, come il Policlinico di Milano. Essi ritengono sempre un carattere fondamentale di beneficenza, di funzione volontariamente sostenuta da alcuni cittadini a favore di altri, che ne ricevono i benefici.

La visione igienistica della salute come bene estensivo della società, come elemento di pregio di un insieme di uomini, e come tale il suo trasferimento dal mondo della beneficenza a diritto della “polis”, nasce solo nell'ottocento e giunge al suo compimento nella famosa dichiarazione dell'ONU che vede nella salute un “diritto”, una componente essenziale dei diritti fondamentali dell'uomo.

Il trasferimento della cura medica da atto privato e riservato, ad atto pubblico di diritto fondamentale del cittadino ha comportato anche il trasferimento del reperimento dei fondi da contribuzione volontaria a titolo benefico, alla contribuzione obbligatoria mutualistica prima e alla fiscalità generale in ultima analisi.

Oggi nessuna nazione evoluta ha un sistema sanitario totalmente individuale o volontario, in tutte, anche negli Stati Uniti, esistono regole che in qualche modo coinvolgono lo Stato nella gestione, regolamentazione ed erogazione dei servizi medici.

Analogamente si è evoluta la professione medica. Se originariamente legata esclusivamente ad un “giuramento” etico retaggio della sua origine sacrale e mitica, l'arrivo di interessi della comunità ne stabiliscono prima regole di esercizio, poi di accesso alla professione. Attenzione: non stiamo parlando di tempi remoti: ricordiamo che l'accesso alla professione medica negli Stati Uniti era libero a chiunque, senza esami di stato o altro, fino ai primi anni venti del novecento!

Evidentemente la traslazione dell'onere economico delle prestazioni mediche dal singolo, in un rapporto diretto tradizionale medico-paziente, ad entità di interesse comune, come ospedali religiosi prima e statali poi, ha progressivamente aumentato la pressione regolatoria organizzativa sulla

professione medica, generando quella tensione tra interessi scientifici ed interessi economici che oggi è arrivata al suo apice. Sta ora a noi garantire che tale tensione da confronto dialettico costruttivo non degeneri in conflitto materialistico e demonizzante.

Il medico da "Libero" e "Professionista", diventa progressivamente "impiegato", con una dicotomia unica nelle professioni intellettuali tra finalità della sua opera – il paziente - e il pagatore delle stesse, l'assicurazione, pubblica o privata che sia.

Si crea in tal modo un conflitto di interesse del tutto nuovo. Originariamente l'interesse del medico era esercitare la sua professione secondo scienza e coscienza, ricavandone il giusto compenso, e l'interesse del paziente era ricevere una corretta cura ad un equo prezzo. La società era chiamata a sorvegliare che tale rapporto venisse rispettato, se il medico sbagliava, era lui stesso a pagare, se chiedeva onorari troppo esosi o il paziente non voleva pagare, organi regolatori espressi della comunità intervenivano, come per ogni altra professione.

Introducendo un terzo pagatore, prima in modo liminare, poi in modo sempre più totalitario ed obbligatorio, il rapporto tra medico e paziente veniva privato della sua bidirezionalità originale, creando una triangolazione in cui il paziente chiede la prestazione, ma non partecipa alla spesa, il medico eroga la prestazione, ma riceve il compenso da una terza parte, che a sua volta preleva tale compenso dalla comunità in toto. E' evidente che in tal modo gli interessi delle parti si dividono, chi desidera ricevere il massimo delle cure non partecipa all'asse dei costi, e chi paga, non riceve diretto beneficio della prestazione erogata.

I due aspetti di evoluzione tecnica e sociale della professione medica trovano immediata convergenza nel momento in cui il pagatore, e ne abbiamo visto i primi esempi alcune decine di anni fa nelle cosiddette HMO americane, tenta di limitare le proprie spese. Ovviamente prima lo farà chiedendo agli erogatori, medici ed ospedali, la massima efficienza e onestà, ma di fronte al continuo salire dei costi, finirà obbligatoriamente a tentare di porre limiti alle prestazioni stesse.

Più del resto la medicina da professione etica diventa mestiere, da arte diventa ingegneria biologica, più diventa facile l'evoluzione in tal senso.

Se porre un limite ai trapianti di rene per età è perfettamente logico dal punto di vista economico e materiale, resta incomprensibile se non odioso sotto una luce di etica della socialità umana. Da una parte vige il precetto biblico di salvare tutto il campo per una sola spiga buona, dall'altra la conta statistica della probabilità del risultato utile. Ritengo che non si possa accettare in modo acritico la posizione di alcuni amministratori pubblici che vedono nella minore spesa capitaria sanitaria un bene assoluto, ma che tali valori vadano confrontati con i livelli di spesa in paesi di analoga cultura e sviluppo, per non rischiare per virtù del "diktat" del risparmio ad ogni costo un sottofinanziamento cronico della sanità. Si potrebbe rischiare un fenomeno di "starvation" dell'interno sistema, che rimane inizialmente di ottima qualità per la tradizione e le professionalità nel tempo acquisite, ma che crolla poi in modo drammatico e subitaneo una volta esaurite queste "scorte fisiologiche".

Mi sono permesso questa premessa per meglio chiarire che non stiamo parlando solo di argomenti legali, in cui una presa di posizione del legislatore può più o meno facilmente porre rimedio al dilemma, ma per sottolineare che qui ci troviamo davanti da uno dei maggiori punti di criticità evolutiva di tutta la nostra società moderna, che tocca le fondamenta stesso della nostra autocomprensione.

Arriviamo così alla applicazione di questi argomenti al tema della nostra mattinata.

Di fronte al problema della responsabilità professionale e della garanzia al paziente di ricevere la miglior cura possibile, tutelata dal suo diritto di chiedere un giusto risarcimento in caso contrario, il legislatore aveva due vie a disposizione.

La prima era fissare chiaramente in modo impositivo le prestazioni erogabili dei medici e le tipologie di somministrazione delle stesse. In fondo il giuramento di Ippocrate va in questa direzione: il medico giura di fare o non fare certe cose, ben specifiche, come il divieto di provocare aborti e l'obbligo di chiedere una giusta remunerazione.

La seconda via, che divenne però predominante nella nostra cultura, era invece di favorire un rapporto privilegiato/diretto tra medico e paziente, dando al sanitario la totale e massima libertà di cura, rimandando al solo evento avverso il diritto di rivalsa del paziente, di fronte ad un controllo stretto e chiaro dell'accesso alla professione. Questa evoluzione era favorita dalla sempre maggiore difficoltà insita nella professione stessa, che rendeva difficile al legislatore addentrarsi nei meandri delle cure giuste e sbagliate. Come poteva con serietà un feudatario prima e un politico o peggio, amministratore pubblico, poi con serietà d'animo stabilire quali cure erano "buone" e quali "cattive"! A testimonianza di questo gli unici limiti alle cure imposti dalla comunità erano quelli etici e non tecnici, come la regolamentazione del fine vita e dell'aborto, argomenti non certi affrontabili in modo solo tecnico medico ma rimandati dalla nostra sensibilità culturale e religiosa ad istanze di consenso civile. le  
Quarta

Ora è principio fondamentale di ogni ordinamento giuridico che ognuno risponda per le proprie azioni eseguite liberamente. Nessuno può essere responsabile per azioni non commesse o commesse sotto minaccia o vincolo, e pertanto se per le azioni regolate per legge bisogna rivolgersi al legislatore per le contestazioni, per le azioni libere ci si rivolge all'attore individuale.

Da questo deriva la piena responsabilità, indelegabile ed irrinunciabile, del medico professionista, che agisce come attore libero di professione ad accesso regolato di fronte al paziente ed alla comunità. Solo un professionista libero di agire può essere chiamato a rispondere in pieno per le sue azioni. Ogni limitazione ~~del suo agire~~ per ordini di terzi apre la strada per una responsabilità diversa, quella del limitatore od ordinante.

*della sua professionalità*

E qui vediamo una importante evoluzione negli ultimi anni. Fermo restando il riconoscimento formale della autonomia professionale del medico, è tuttavia sempre più cresciuta la richiesta da parte di varie istanze di governo di inquadrare e proceduralizzare non solo l'organizzazione dei singoli sistemi ed erogatori sanitari, ma anche dello stesso atto medico. Ovviamente le ragioni rientrano in quanto sopra già espresso.

Vengono in aiuto ad una tale deriva la già accennata trasformazione in scienza matematica della medicina che si presta alla moderna filosofia della qualità ISO, matematica e certa.

Motore primo è tuttavia la pressione delle assicurazioni (in Italia il Sistema Sanitario Nazionale, assicuratore obbligatorio e oligopolista pubblico) che prendono volentieri spunto dai processi "governati" come piace oggi dire, per poter eseguire migliori previsioni e riduzioni sulla spesa sanitaria.

Indubbiamente l'applicazione dei requisiti di qualità ISO con la stesura di "protocolli diagnostico-terapeutici" (PDT) formalmente stabiliti, introduce elementi di chiarezza e semplificazione nel sistema.

D'altra parte è innegabile che essa crea delle nuove rigidità e limiti nel comportamento del medico. Inoltre introduce l'elemento di cui abbiamo detto prima: se il medico viene limitato nel suo agire, ed agisce di conseguenza, in caso di effetto negativo di chi è la colpa? Del medico che non ha agito secondo scienza, come prevede la legge o di chi ha emesso e formalizzato i PDT? E' lecito che l'azione terapeutica del medico venga limitata da documenti emessi da terzi, medici anch'essi (Ordine dei medici) o amministrativi non professionali (Assessorato, Regione)? E se sì, che impatto potrebbero avere tali documenti su una eventuale erosione della responsabilità professionale personale del professionista, che potrebbe in caso di lesione personale in seguito ad una procedura conforme ai PDT tentare di usare tali PDT a sua discolta con possibile lesione dei diritti del lesa? Ed infine, come si pone questo nei confronti della libertà professionale del Medico, mai scalfita nemmeno dagli Ordini?

Si pone inoltre il problema di chi abbia titolo di emettere tali PDT: un consesso scientifico, un organo amministrativo come una Direzione di Sanità Regionale, un organo legiferante periferico come la giunta regionale che si basa su interessi di compatibilità economica del sistema o il legislatore nazionale? E nel caso che siano tali organi amministrativi, come si configurerebbe la responsabilità professionale, dato che tali regole sono emesse da un soggetto NON autorizzato all'esercizio della professione medica?

In seconda battuta emerge il problema delle responsabilità derivate degli organi preposti alla vigilanza, tra cui in primis le Direzioni Sanitarie. Ferma la intoccabilità del concetto di responsabilità individuale del professionista, può una Direzione Sanitaria vietare una terapia non prevista in un PDT ad un medico o, peggio, imporre ad un professionista un percorso da lui non condiviso ma sancito in qualche PDT pubblicamente emesso?

Vale in questo punto ricordare, ~~chiare~~ alcune derive recenti che potrebbero far intuire la traslazione sulle Direzioni Sanitarie, organi professionali medici, di responsabilità economiche relative non già alla appropriatezza clinica vera, ma alla confacenza dell'atto sanitario a regole regionali amministrative di sostanziale natura assicurativa. A questo punto sono necessarie alcune precisazioni e riflessioni

I compiti delle Direzioni Sanitarie sono da sempre e in tutto il mondo di pretta natura di vigilanza sanitaria. I poteri del Direttore Sanitario sono da sempre orientati alla organizzazione generale dell'Ospedale sotto il profilo medico e sanitario, senza entrare in argomenti relativi al pagamento delle cure.

Del resto il DPR 128 del 1969, mai novellato in tale argomento, specifica – e di conseguenza limita – tali compiti in modo chiarissimo, senza lasciare spazi ad interpretazioni a volte al limite del fantasioso.

Val la pena ricordare per esteso tali attribuzioni:

DPR 128/69:

*"ART. 5. ATTRIBUZIONI DEL DIRETTORE SANITARIO*

*IL DIRETTORE SANITARIO DIRIGE L'OSPEDALE CUI È PREPOSTO, AI FINI IGIENICO-SANITARI, E NE RISPONDE AL PRESIDENTE O AL SOVRINTENDENTE SANITARIO, OVE ESISTA.*

IL DIRETTORE SANITARIO PROMUOVE E COORDINA LE INIZIATIVE NEL CAMPO DELLA MEDICINA PREVENTIVA E RIABILITATIVA, DELLA MEDICINA SOCIALE E DELL'EDUCAZIONE SANITARIA; PROPONE INIZIATIVE PER LA PREPARAZIONE E L'AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE DA LUI DIPENDENTE; SOTTOPONE AL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE, SENTITO IL CONSIGLIO DEI SANITARI O IL CONSIGLIO SANITARIO CENTRALE, GLI SCHEMI DI NORME INTERNE PER LA ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI TECNICO-SANITARI; STABILISCE IN RAPPORTO ALLE ESIGENZE DEI SERVIZI L'IMPIEGO, LA DESTINAZIONE, I TURNI E I CONGEDI DEL PERSONALE SANITARIO, TECNICO, AUSILIARIO ED ESECUTIVO ADDETTO AI SERVIZI SANITARI DELL'OSPEDALE CUI È PREPOSTO IN BASE AI CRITERI FISSATI DALL'AMMINISTRAZIONE, DANDONE COMUNICAZIONE ALLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA ED AL SOVRAINTENDENTE OVE ESISTA; HA LA VIGILANZA SUL PERSONALE CHE DA LUI DIPENDE ANCHE DAL PUNTO DI VISTA DISCIPLINARE; PROPONE ALLA AMMINISTRAZIONE LE SOSTITUZIONI TEMPORANEE DEL PERSONALE SANITARIO; PROMUOVE L'ATTIVITÀ CULTURALE, SCIENTIFICA E DIDATTICA NELL'OSPEDALE; VIGILA SULL'ARCHIVIO DELLE CARTELLE CLINICHE, RACCOGLIE ED ELABORA I DATI STATISTICI SANITARI E PRESENTA AL PRESIDENTE O AL SOVRAINTENDENTE, OVE ESISTA, LA RELAZIONE ANNUALE SULL'ANDAMENTO SANITARIO DELL'OSPEDALE; PROPONE ALL'AMMINISTRAZIONE, D'INTESA CON I PRIMARI ED I RESPONSABILI DEI SERVIZI SANITARI, L'ACQUISTO E LA SCELTA DEGLI APPARECCHI, ATTREZZATURE ED ARREDI SANITARI PREVIO PARERE DEL CONSIGLIO DEI SANITARI O DEL CONSIGLIO SANITARIO CENTRALE QUANDO PRESCRITTO; ESPRIME PARERE, AI FINI SANITARI, CIRCA LE TRASFORMAZIONI EDILIZIE; VIGILA SULLE PROVVISIVE NECESSARIE PER IL FUNZIONAMENTO SANITARIO DELL'OSPEDALE E PER IL MANTENIMENTO DELL'INFERMO; CONTROLLA LA REGOLARE APPLICAZIONE DELLE TARIFFE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE; CURA LA SOLLECITA TRASMISSIONE ALLE AUTORITÀ COMPETENTI DELLE DENUNCE DELLE MALATTIE CONTAGIOSE RISCOstrate IN OSPEDALE E DI OGNI ALTRA DENUNCIA PRESCRITTA DALLE DISPOSIZIONI DI LEGGE; RILASCIA AGLI AVENTI DIRITTO, IN BASE AI CRITERI STABILITI DALL'AMMINISTRAZIONE, COPIA DELLE CARTELLE CLINICHE ED OGNI ALTRA CERTIFICAZIONE SANITARIA RIGUARDANTE I MALATI ASSISTITI IN OSPEDALE; PRESIEDE E CONVOCA IL CONSIGLIO DEI SANITARI.

IL DIRETTORE SANITARIO, NEGLI ENTI NEI QUALI NON ESISTA IL SOVRAINTENDENTE SANITARIO, ASSUME LE ATTRIBUZIONI E I POTERI PER QUESTO ULTIMO STABILITI NELL'ARTICOLO PRECEDENTE.

NEGLI OSPEDALI CON UN NUMERO DI POSTI-LETTO INFERIORE A 250, LE FUNZIONI DI DIRETTORE SANITARIO POSSONO ESSERE AFFIDATE AD UN PRIMARIO DI RUOLO."

E' evidente la volontà del legislatore di salvaguardare il rispetto assoluto della professionalità medica, nelle parti di percorso diagnostico e decisioni terapeutiche, compresi tutti gli atti medici e chirurgici, l'accettazione e la dimissione del paziente. In un corretto concetto di divisione dei poteri e delle professionalità specifiche, il Direttore Sanitario esercita la sua funzione di indirizzo e vigilanza su tutte le attività sanitarie, senza mai entrare direttamente nel giudizio clinico professionale, che resta potere e responsabilità indelegabile del medico.

Oltre a questo rispetto delle professionalità è da notare che viene rispettata la separazione tra asse sanitario e asse amministrativo. Il Direttore Sanitario propone l'acquisto di attrezzature e vigila sul loro uso, ma non a facoltà di spesa autonoma, che resta giustamente presso gli organi a questo deputati e meglio individuati per il settore pubblico nel successivo D.Lgs. 502/92. Questo fatto, apparentemente banale, è invece a mio giudizio fondamentale per salvaguardare la divisione dei poteri e la garanzia di assenza di conflitti di interesse. Ricordiamoci che gli interessi tra area sanitaria, costituiti solo ed esclusivamente nella ricerca del massimo servizio al paziente, e quelli della amministrazione, finalizzati a mantenere l'equilibrio d bilancio e il rispetto della normativa contabile, sono - direi giustamente - strutturalmente conflittuali, creando così una tensione dialettica negli organi gestionali che è fonte e motore di ogni miglioramento di efficacia e di efficienza nella erogazione del servizio. Far coincidere questi poteri in un unico soggetto, con una confusione di ruoli tra professionalità medica, professionalità organizzativa sanitaria e professionalità manageriale generale, magari in un malcompreso desiderio di "managerizzazione" dei medici primari, è assurdo e di dubbia legittimità. Personalmente ritengo che ogni professionista debba concentrarsi ad esercitare bene la propria professione, e non disperdersi in percorsi paralleli. Se un medico desidera fare il manager, lo faccia, ma allora deve cessare di fare il medico.

In un solo argomento la legge cita una azione del Direttore Sanitario anche in ambito prettamente economico, quando prescrive che esso "controlla la regolare applicazione delle tariffe delle prestazioni sanitarie". Ma anche qui l'azione non è mai quella di generare documenti contabili, ma invece di controllarne la organizzazione e compilazione formale <sup>corretta</sup>, nel pieno rispetto dei precetti in precedenza esposti. <sup>in campo sanitario,</sup>

A contrasto almeno apparente con questi precetti va tuttavia notato che tramite normativa periferica con decreto n° H/47640 del 24.11.1999 a firma del presidente della Regione Lombardia all'art. 7 è

detto che il direttore sanitario è “responsabile della supervisione della codifica, della completezza, accuratezza e tempestività della rilevazione dei dati contenuti nella SDO” e con decreto del ministero della Sanità n° 380 del 27/10/2000 viene affermato all'art.2 comma 4° che “il direttore sanitario dell'istituto di cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esso riportate”.

Fermo restando che è fonte di legittimo dubbio che decreti ministeriali o ancor'meno regionali, soprattutto se antecedenti alla riforma del titolo V della costituzione, possano novellare leggi esistenti, riservandovi invece una funzione esplicativa, la supposta contraddizione potrebbe risolversi considerando tale vigilanza rientrare nella VIGILANZA e CONTROLLO prevista sulla corretta applicazione delle tariffe prevista dal D.Lgs. 128/69.

Va però subito sottolineato che tale regola si riferiva a realtà economiche di diritto privato, ove l'attuale tariffazione di accreditamento e convenzione rientrano a pieno titolo nell'ambito del diritto pubblico, trattandosi di un pagatore pubblico, creando una realtà completamente diversa che richiede poteri diversi. La difficoltà può essere risolta considerando l'attività del Direttore Sanitario come vigilanza sulla veridicità delle dichiarazioni, come effettiva esecuzione della prestazione, ove il medico curante ne garantisce la congruità clinica e tenendo invece distinta la azione finale contabile e i controlli ad esso correlati.

*Tale prescrizione introduce anche processi a percorsi multi direzione e usi, derivati dal nuovo contenuto pubblicitario, che necessiterebbe nuove valutazioni del dipartimento contabile.*

La parte della appropriatezza clinica è e deve infatti rimanere fermamente nei poteri del medico curante, che decide liberamente secondo la propria scienza e coscienza gli atti terapeutici e le loro modalità di esecuzione, senza che nulla vi possa essere opposto se non in sede giudiziale propria in caso di danno. Nulla può fare il Direttore Sanitario su tali decisioni, se non controllarle e vigilare sui dati che ne derivano a livello di ospedale.

Analogamente il Direttore Sanitario non può controllare i documenti di fatturazione emessi dagli uffici della struttura ospedaliera al Sistema Sanitario Regionale.

Resta invece chiara responsabilità del direttore sanitario di dotarsi di protocolli e strumenti atti ad esercitare tale vigilanza, nella misura a lui materialmente possibile, segnalando incongruenze alla direzione dell'ospedale e al reparto, oltre che al medico interessato, con azioni correttive per gli errori che possano emergere.

Nel sistema sanitario italiano è impensabile utilizzare i PDT come calmiera della spesa, una volta istituito un sistema pervasivo e totalitario di copertura sanitaria come il SSN, è eminentemente dubbio che lo Stato possa negare delle cure su una mera base economica.

A tal fine è molto interessante l'uso che viene fatto del termine “appropriatezza”. Secondo regola la Regione lo utilizza per indicare che una procedure e la sua codifica formale sono “appropriate” e seguono le linee guida della regione stessa. E' pertanto un termine prettamente amministrativo e ragionieristico, finalizzato ad ammettere la prestazione al pagamento da parte del SSN/R.

Nell'uso corrente invece tutti i documenti, ~~seppur~~ attentissimi a richiamare formalmente la superiorità della deontologia medica, tentano di generare l'idea che tale termine indichi non già la corrispondenza alle regole per il pagamento, ma il contenuto professionale stesso della prestazione, suggerendo che una prestazione “non appropriata” sia “dannosa” o “superflua”, concetto evidentemente molto diverso.

*↑ clinicamente*

Certo è che se le due cose coincidessero, cioè le regole economiche fossero identiche a quelle scientifiche mediche, il problema etico e legale di cui sopra sarebbe risolto. Ma purtroppo, per le ragioni dette in premessa, la medicina non è e non potrà mai essere ridotta ad equazione matematica, ad un “bilancio biologico”. Un sistema insomma, dove a certi atti corrispondono certi esiti: non è così oggi e non vi sono segni scientifici che possa mai esserlo. Il sogno tardo-ottocentesco della “macchina umana” è tramontato da tempo.

Se siamo tutti d'accordo che la libertà di scelta diagnostica e terapeutica del medico è e rimane una conquista irrinunciabile nel rapporto fiduciario medico-paziente, non possiamo però non riconoscere l'utilità dei PDT ai fini della tenuta economica del sistema sanitario.

Ma è anche evidente che in questa discussione emerge con forza un argomento tassativo: dobbiamo porre attenzione assoluta affinché nella ricerca del sistema sanitario "ottimale" per diritto e per economia, nel confronto sostanziale tra i diritti di chi eroga (il medico) e gli interessi di chi paga (lo Stato), il terzo giocatore, quella terza parte che resta sostanzialmente esclusa, il paziente, non diventi una "res nullius", un bisogno senza voce, talmente importante da essere dimenticato.

Non voglio certo trarre conclusioni finali in questa sede, ma emerge con forza la necessità di fare chiarezza nei reciproci poteri e campi di applicazione di queste due esigenze e nel loro impatto sulla professione del medico. Tale chiarezza deve essere fatta sottraendo la discussione alle circumlocuzioni ed ingerenze politiche al fine di evitare interpretazioni incerte o fantasiose, a sicuro danno della professione medica, della economia del sistema sanitario e soprattutto ed in ultima analisi del paziente.

Si ricordi sempre che spendere meno non vuol dire anche automaticamente spendere meglio, e l'Italia spende per la sanità una frazione del PIL ampiamente inferiore a paesi come la Germania e la Francia. La rincorsa giusta di arginare gli sprechi, non deve diventare una giustificazione alla riduzione delle prestazioni, seppure occultata da buone parole.

Con il sogno laico della deriva verso la "ingegneria biologica" ormai tramontato, dobbiamo ora salvare quella parte di "medicina umanistica" che tanta parte ha nella vera cura della maggioranza delle patologie, soprattutto moderne.