

Cura e presa in carico del paziente: autonomie di responsabilità medica

Prof. Lorenzo Renzulli

LO SCENARIO

L'articolo 1/c.566 della legge 190/2014 stabilisce: "fermo restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia.... sono definiti ruoli, competenze, relazioni professionali e responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni ed obiettivi delle professioni sanitarie infermieristica, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione".

Si tratta invero di una mera conferma dell'enunciato di cui a Legge 26 febbraio 1999, n.42, articolo 1/2cpv. che illustra il campo proprio di attività e di responsabilità di queste professioni, dando assicurazione "fatte salve le competenze previste per la professione medica..." In queste realtà giuridiche la valutazione lessicale dei termini di riferimento alla professione medica consente di affermare che l'attività medica si concretizza attraverso atti complessi e specialistici che attengono alle finalità di "prevenzione, diagnosi, cura e terapia". Mentre il significato di atto medico specialistico è di chiara comprensione in funzione correlata alla formazione di specializzazione della professione medica (formazione post base) secondo il vigente ordinamento, di non agevole interpretazione è la dizione di atto complesso che secondo etimo (complexus, p.p. di complector-comprendo, composto dalla particella cum- insieme e plecto- intreccio, abbraccio) indirizza verso una realtà "composta di più parti collegate fra loro e dipendenti l'una dall'altra", sicchè la caratteristica di identità sembra incentrare assetti e modalità organizzative e di relazioni plurifunzionali nei risultati attesi.

In ogni caso va escluso l'espletamento di "attività ausiliarie" verso altre professioni sanitarie nella costituzione dell'atto propriamente medico, nelle competenze di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, che danno luogo a potenzialità e possibilità di espressione secondo graduazioni di composizione da non ascrivere a superati criteri di mansionario, in esercizio di formazione di base e post base in senso lato.

Degno di rilievo è l'introduzione fra le competenze mediche dei termini di cura e terapia nella distinzione prodotta dalla congiunzione E, nella evidenza di significato distinto e diverso della nozione di cura rispetto a quella di terapia, da non considerare più nella pratica come equivalenti negli effetti assistenziali.

Ora accade che la legge 24/2017 in tema di sicurezza delle cure e di responsabilità delle professioni sanitarie, all'arti-

colo 5 ad oggetto "buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida", al primo cpv. reca "gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esercizio delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale..., distinguendo di fatto le prestazioni di medicina legale di esclusiva competenza medica, da tutte le altre prestazioni sanitarie (preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative), riservate nelle finalità a tutte le professioni sanitarie.

Entrando nel merito di correlazione tra l'articolo 1/c.566 della legge 190/2014 e l'articolo 5/c.1 della legge 24/2017, si coglie in evidenza la scomparsa del termine cura e l'attribuzione di finalità "diagnostiche" alle prestazioni di tutte le professioni sanitarie, sicchè si riscontra una palese discrepanza nella caratterizzazione della qualità degli atti, con partecipazione della competenza riservata ed esclusiva medica delle "finalità diagnostiche" ad altre categorie di professioni sanitarie.

In argomento l'articolo 3 del NCDM 2014 ad oggetto "doveri generali e competenze del medico", sottolinea: "la diagnosi a fini preventivi, terapeutici e riabilitativi è una diretta, esclusiva e non delegabile competenza del medico e impegna la sua autonomia e responsabilità".

Allo stato sussiste la necessità di interpretazione tra il termine competenze di cui all'elenco dell'articolo 1/c.566 e il termine finalità di cui all'articolo 5/cpv 1, nella constatazione che il primo nella sua identità letterale definisce ed esprime uno stato di attribuzioni, mentre il secondo ne indica una mera attuazione nella distinzione delle finalità che nella loro composizione possono essere riferite a posizioni professionali e responsabilità individuali e di equipe riconducibili a prescrizione medica.

Al di fuori di questo inquadramento rimane di fatto il termine CURA, per cui intendiamo esaminare e discutere quali siano le caratteristiche e i contenuti della funzione che conosce la sua connotazione in questo termine nei processi assistenziali e come rientri nel contesto dell'agire medico in quanto CURANTE.

NOZIONE DI CURA

Apriamo questo percorso ricordando quanto nel tempo mito e storia ci hanno tramandato ad opera di IGINO (storografo e mitografo) che racconta il mito di CURA (box

n.1) nel primo secolo a.C. nel suo "liber fabularum", concludendo: "ma poiché è CURA che ha modellato la creatura stessa, le starà accanto finché vivrà".

MITO DI CURA

Sotto il profilo etimologico il termine CURA ha la sua radice nel latino CURA, mutuato nella forma arcaica COERA/COIRA, quest'ultima derivando secondo alcuni autori dal latino COR (cuore) ad indicare possibilità di coinvolgimento e manifestazione di sentimenti.

In ogni caso il mito di Cura rappresenta un simbolo di evidenza della fragilità della condizione umana (SECOLO M.-DEL TOS G.: l'umanizzazione in sanità-C.Naz.ANMDO 2005, Atti p.27) in cui è intrinseco il bisogno (anche se non sempre espresso) di essere accompagnati, sostenuti, con un aiuto costante sia in relazione alla vita personale che sociale: in sintesi essere curati, e non solo in senso medico-assistenziale, come nei contesti dello stato sociale.

Sul piano etico, che questo significato del termine CURA in senso lato e non solo quale sinonimo di terapia sia appropriato al pensare ed agire medico, che abbia quindi un contenuto di concretezza, sembra che conosca supporto e riscontro di riferimento nel tradizionale comportamento del medico di operare "secondo scienza e coscienza", secondo il principio di una visione olistica del paziente "prendersi cura di tutti i suoi problemi e assicurare continuità di assistenza", in derivazione degli intendimenti fondamentali costitutivi della carta di TAVISTOCK (principi ripresi anche nel piano sanitario nazionale 2003/2005), della carta della professione medica, della carta di Sanremo dei medici europei, della carta dei diritti fondamentali UE e dei dettami che sostengono i diritti del malato, della carta di TALLIN (Estonia, 25/27 giugno 2008). (RENZULLI L., 2011).

Un giorno mentre attraversava un fiume, Cura vide del fango argilloso.

Con un'idea ispirata lo raccolse e cominciò a modellare una forma umana.

Mentre contemplava ciò che aveva fatto, comparve Giove. Cura gli chiese di infondergli lo spirito e Giove lo fece di buon grado.

Quando però Cura volle essa stessa dare un nome a ciò che aveva plasmato, Giove glielo proibì e pretese che gli fosse dato il suo nome.

Mentre Cura e Giove discutevano comparve Terra e anche Lei pretese di dare il suo nome a ciò che era stato plasmato con la sua materia.

Chiesero a Saturno di fare da giudice, ed egli saggiamente sentenziò: "Tu Giove, poiché hai dato lo spirito, prenderai la sua anima dopo la morte, e tu Terra, che hai offerto il tuo corpo, alla sua morte riavrà il suo corpo, ma poiché Cura ha modellato la creatura stessa, le starà accanto finché vivrà. Poiché c'è tra voi una controversia sul nome, decido

che sia chiamato uomo, poiché è stato fatto dall'humus". Nel contesto giuridico di interpretazione del termine CURA, a livello internazionale riportiamo una sentenza della corte suprema del Canada, richiamata in commento in *Dirigenza Medica, AnaaAssomed*, anno I, maggio 2002, p. 13, con la quale viene stabilita la definizione del termine

CHARGE (cura, incarico, sorveglianza: Oxford dictionary of currentenglish) nella costituzione di responsabilità di assistenza, CURA, custodia.

Anche in una nota a sentenza della Corte di Cassazione (R.G.n. 2074/83, giudicato del 7 novembre 1986) i motivi di censura sono stati incardinati nella inosservanza dei criteri secondo cui il rapporto di CURA si sostanzia nelle fattispecie di CURA e custodia e la tutela della salute non si esaurisce nella mera prestazione di cure mediche generali e specialistiche (Polizzi R, 1988).

Per quanto attiene a prestazioni sanitarie in struttura ospedaliera il Tribunale di Ferrara (10 ottobre 2006, n. 1255-Giur. Merito 2007, 1939 nota Iadecola) sentenza: "...prestazione complessa, nella quale assumono primario rilievo le prestazioni di natura medica...latusensu anche prestazioni di carattere alberghiero ed obbligazioni accessorie c.d. di sicurezza e/o protezione.

Da quanto esaminato e correlato quindi, nozione e percezione del significato di CURA, non solo in ambito ospedaliero, esprimono autonomia e responsabilità medica di:

- amministrare, farsi carico, gestire
- applicare i trattamenti sanitari per il caso concreto (diagnosi, prescrizione, terapia)
- prestare attenzione a fini di protezione e sicurezza.

Nei contesti di analisi della composizione distributiva dei fattori e caratteri di afferenza e formazione della nozione di Cura, si constata la chiamata in causa sul termine del NCDM 2014, che in via generale lo contempla agli articoli 13 (prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione); 14(prevenzione e gestione degli eventi avversi e sicurezza delle cure); 20(relazione di cura, alleanza di cura); 23(continuità delle cure); 27(libera scelta del medico e del luogo di cura) con intendimenti di apporti di significato non in sintonia con la identità di equivalenza con comportamenti di trattamento terapeutico.

In merito RODRIGUEZ D. (2015) sottolinea: "la chiara esplicitazione dell'attività di cura tra le competenze del medico postula una sua responsabilità dilatata dai confini incerti, la cui valutazione è prevedibile possa entrare nelle aule dei tribunali qualora al medico fosse contestata una condotta non adeguata sul piano della cura e che abbia comportato conseguenze rilevanti sotto il profilo penale e/o civile".

In effetti questo contenuto e significato estensivo della nozione di cura, in attribuzione di competenze al medico latu sensu, posto in relazione con i dettami di cui all'articolo 6 della legge 24/2017, che introduce l'articolo 590/sexies nel

codice penale (ad oggetto: responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario), può determinare per orientamenti di ampia interpretazione, riflessi di considerazione sul dettame di impunitività da imperizia anche nelle fattispecie di imperizia con esimenti di responsabilità per rispetto e applicazione delle linee guida, in quanto la CURA per il caso concreto non è risultata adeguata per i risultati attesi.

Nelle dimensioni della nozione di CURA rappresentate, possono essere ascritte condizioni di attenzione per altre fattispecie avverse di valutazione del comportamento medico per adempimenti ed obbligazioni non osservate in caso di evento avverso e non protette da esimenti di punibilità, come nei casi della diligenza, prudenza inosservanza di leggi, regolamenti, ordini, discipline.

La nozione di presa in carico del paziente

La nozione di cura come definita ed articolata è consustanziale con la nozione generale di presa in carico del paziente.

La presa in carico del paziente costituisce un atto formale e rilevante di attivazione del rapporto di cura con relazione medica individuale e/o di equipe sanitaria e assunzione di responsabilità in autonomia nella erogazione di prestazioni professionali secondo competenza.

In questi contesti di operatività è condizione fondamentale la individuazione e designazione trasparente dell'attore di garanzia del paziente titolato delle attribuzioni di diagnosi, cura e terapia nelle proprie peculiarità di significato e di applicazione, sottolineando l'attenzione per un razionale bilanciamento di assetti delle diverse autonomie e responsabilità delle professioni sanitarie, a tutela istituzionale aperta del paziente (RENZULLI L., 2015).

Per la professione medica il merito di incrociare la centralità del paziente nel sistema delle cure è compiutamente espressa nel NCDM/2014 con gli articoli:

- art.20: la relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta e sulla individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità. Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su una informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura.
- art.66: rapporto con le altre professioni sanitarie. Il medico si adopera per favorire la collaborazione, la condivisione e l'integrazione fra tutti i professionisti sanitari coinvolti nel processo di assistenza e di cura, nel rispetto delle reciproche competenze, autonomie e correlate responsabilità. Il medico sostiene la formazione interprofessionale, il miglioramento delle organizzazioni sanitarie nel rispetto delle attività riservate e delle funzioni assegnate e svolte e l'osservanza delle regole deontologiche.

È da osservarsi che in ambito di SSN l'architettura fondamentale istituzionale di composizione è in derivazione dei

dettami dei DLvi 502/1992 e 517/1993 e s.i.m. che rappresentano un sistema binario costituito dalle unità sanitarie locali e dalle aziende e presidi ospedalieri, secondo i principi del decentramento Stato/regioni nella amministrazione della sanità.

A livello generale si conoscono quattro fondamentali modulazioni di pratica medica, in reciproca correlazione ed integrazione, destinate a processi e procedure di erogazione di prestazioni sanitarie di:

- medicina ospedaliera, con funzioni di pronto soccorso, urgenza e attività di specializzazioni mediche;
 - medicina del territorio, con attività di: assistenza di base, domiciliare, residenziale, specialistica ambulatoriale (in alcuni sistemi sanitari regionali è previsto l'accesso diretto per specialità come oculistica, medicina odontoiatrica...), medicina di continuità assistenziale, medicina riabilitativa.
- Nelle politiche alla persona di cui ai "Principi tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia ed assistenza" (Monitor, suppl.n.6, settembre/ottobre 2003) viene definito il medico di riferimento per il paziente ospedalizzato ai fini di svolgimento di azioni di tutoring, con l'assegnazione di compiti di duplice ordine:
- di gestione del piano di cura,
 - di referente informativo personalizzato del paziente.

Il medico tutor viene assegnato al paziente all'inizio delle attività di diagnosi e cura e comunque al momento del ricovero e ne segue e gestisce il percorso diagnostico, terapeutico, sociale fino al completamento del piano di cura.

Le funzioni di tutor possono essere assegnate a ciascun medico di reparto e possono includere uno o più pazienti. In caso di mancata designazione, la funzione di tutor è svolta direttamente dal direttore del reparto di ricovero del paziente.

Per la medicina ospedaliera è quindi individuato l'attore di garanzia per la presa in carico del paziente che gestisce percorsi e procedure assistenziali.

Nella medicina del territorio la presa in carico è ex officio assegnata al medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, medico curante *latu sensu*, anche per aspetti a carattere sociale, in cooperazione nei casi dovuti con gli specialisti di tutela per la salute mentale e con gli specialisti ambulatoriali.

Nella medicina di continuità assistenziale l'attore della presa in carico è il medico che effettua il primo intervento di valutazione diagnostica e di trattamento terapeutico, con soluzione dei problemi di salute del paziente a domicilio o trasferimento in idonea struttura di ricovero e cura.

Per quanto concerne la medicina riabilitativa, di massima il medico specialista opera secondo un lavoro di equipe interdisciplinare centrato sulla qualità della domanda di salute del paziente, che richiede regole di comportamento nella definizione dell'attore cui compete la presa in carico per il coordinamento delle professioni coinvolte nel piano di

cura.

CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONI

Cura e presa in carico del paziente sono momenti di significato distinto ma in reciproca concatenazione ed integrazione nel perseguimento delle sintesi di buona pratica clinico-assistenziale della professione medica e di altre professioni sanitarie quando coinvolte nel caso concreto in autonomia di cooperazione.

In queste realtà va rilevato che "l'ingresso di numerose professioni autonome, laureate nelle facoltà di medicina e di laureati non medici nell'organizzazione sanitaria, provoca conflitti sui reciproci confini di competenze, in una sanità che comunque, dovendosi occupare della salute, non si identifica soltanto con l'operato dei soli medici e nemmeno con quello di tutti i diversi operatori sanitari" (PAGNIA, 2011). Questo confronto di competizione di recente ha conosciuto l'intervento del TAR Lazio che con la sentenza n.6513/2015 ha fissato due principi fondamentali di diritto in tema di doveri delle professioni sanitarie.

Il primo stabilisce che è illegittima la separazione della linea clinica, il cui governo è affidato ai dipartimenti a direzione clinica, da quella assistenziale il cui governo appartiene alle unità operative delle professioni sanitarie, in quanto una netta separazione comporta in concreto per il dirigente medico l'impossibilità a interferire nella linea assistenziale diretta e gestita dal dirigente delle professioni sanitarie... le rispettive competenze e responsabilità del medico, dell'infermiere e degli altri appartenenti alle professioni sanitarie, operano in sinergia per raggiungere una organizzazione efficiente e non possono essere separate nella organizzazione del lavoro, con la conseguenza che l'organizzazione del personale infermieristico affidata alla relativa autonoma dirigenza genererebbe una confusione di ruoli e responsabilità a discapito del malato, atteso che, il paziente, pur essendo sotto la responsabilità del medico dell'unità operativa di appartenenza, potrebbe non ricevere disposizioni da quest'ultimo ma dal dirigente delle professioni sanitarie, a prescindere dal medico che lo ha in cura.

Il secondo aspetto sancisce che nel comparto pubblico secondo l'articolo 15/c.6 del DLvo 502/1992, ai dirigenti con incarico di struttura complessa sono attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, e l'adozione delle relative decisioni per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative attuati nella struttura loro affidata.

Ora accade che l'articolo 5 del patto per la salute 2014/2016 ha stabilito che "per un efficientamento del settore delle cure, si conviene che è importante ridefinire ruoli, competenze e relazioni professionali con una visione che assegna

ad ogni professionista responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni ed obiettivi, abbandonando una logica gerarchica per perseguire una logica di governance responsabile dei professionisti coinvolti prevedendo azioni normativo-contrattuali e percorsi formativi a sostegno di tali obiettivi".

La possibilità di interventi che possono influenzare gli enunciati di cui alla legge n.42/c.2 del 1999 come confermati dall'articolo 1/c.566 della legge 190/2014, ha indotto il Consiglio nazionale FNOMCeO nella seduta del 29/05/2015 ad approvare una mozione con cui viene richiesto "un atto legislativo che riconosca al medico nelle equipe multiprofessionali nel rispetto della autonomia e responsabilità di ciascuna professione sanitaria, un ruolo di leadership funzionale nella consapevolezza che in un ambiente ad alta complessità come quello sanitario, la gerarchia funzionale è un valore aggiunto in termini di sicurezza ed efficacia per il paziente e il sistema".

La professione medica, per sua intrinseca identità e connotazione conosce solo in via specifica normative di disciplina di attività, come ad esempio in via non esaustiva, per l'accertamento della morte, i trapianti di organi, il buon uso del sangue, la radioprotezione, la procreazione assistita, la sperimentazione umana... (BARNI M., 2015).

Infatti la Corte Costituzionale con giudicato n.282 del 26 giugno 2002 stabilisce che "...non è di norma il legislatore a dover stabilire direttamente e specificamente quali siano le pratiche terapeutiche ammesse, con quali limiti e con quali condizioni... poiché la pratica dell'arte medica si fonda sulle acquisizioni scientifiche e sperimentali che sono in continua evoluzione; la regola di fondo in questa materia è costituita dall'autonomia e dalla responsabilità del medico che, sempre con il consenso del paziente, opera le scelte professionali basandosi sullo stato di conoscenza a disposizione".

L'adempimento del medico è chiaramente formulato in Cassazione pen. sez. IV, 23 novembre 2010, n.8254:

"nel praticare la professione il medico deve con scienza e coscienza perseguire l'unico fine della cura del malato utilizzando i presidi diagnostici e terapeutici di cui dispone la scienza medica senza farsi condizionare da disposizioni o direttive che non sono pertinenti ai compiti affidatigli dalla legge e alle conseguenti relative responsabilità...".

In queste realtà di potenziali e reali divergenze di competenze, tutte esercitate in nome del principio di garanzia a tutela del paziente, nelle azioni di disciplina dell'Amministrazione sanitaria si prospettano ed evidenziano aspettative di orientamenti dell'assistenza ponderati ai fini preminenti dell'interesse alla cura del malato.

In particolare la designazione (anche secondo regole funzionali) ex ufficio della titolarità della presa in carico, incentra i fondamentali momenti e le metodologie attuative di cooperazione reciprocamente integrata delle autonomie e responsabilità delle professioni sanitarie nella gestione del caso concreto.

BIBLIOGRAFIA

- **BARNI M.:** La cornice legislativa della professione medica
La professione, 2015 n.1 p.21
- **FNOMCeO/2014;** Codice di deontologia medica
- **HYGINUS:** Fabularum liber
New York and London-Garland 1976 Scientific edition Hyginus historicus et
mithografus; fragmenta Operum Deperditorum.
Pisa; Giardini, 1976-157/158
- **PAGNI A.:** Quale nuovo professionalismo per la sanità
Professione-Clinicalgovernance XIX, I, 2011 p.5
- **POLIZZI R.-DELLA GALA A.-RENZULLI L.:**L'assistenza al neonato sano in
ospedale. Tecnica ospedaliera f.9/1988, p.132
- **RENZULLI L.:** Il case manager nel sistema delle cure- quale dinamica
Panorama della sanità n.46/2011, p.16
- **RENZULLI L.:** L'atto medico. Tecnica ospedaliera n.10/2015, p.56
- **RENZULLI L.-DE LEO G.:** Linee guida e buone pratiche clinico assistenziali: articoli
3 e 5 della legge 8 marzo 2017, n.24. Tecnica ospedaliera n.6/2017
- **RODRIGUEZ D.:** Comma 566 della legge di stabilità 2015: le incognite e le
incongruenze di una norma molto controversa da un punto di vista giuridico.
Quotidiano della sanità, 3 febbraio 2015
- **D.Lvo. 30 dicembre 1992, n.502:** Riordino della disciplina in materia sanitaria, a
norma dell'art.I della legge 23 ottobre 1992, n.421
- **D.Lvo 7 dicembre 1993, n.517:** Modificazioni al D.Lvo 30 dicembre 1992 n.502
recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.I della legge 23
ottobre 1992, n.421
- **LEGGE 26 febbraio 1999, n.42:** Disposizioni in materia di professioni sanitarie
- **LEGGE 23 dicembre 2014, n.190:** Disposizioni per la formazione del bilancio
annuale e pluriennale dello stato
- **LEGGE 8 marzo 2017, n.24:** Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e
della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli
esercenti le professioni sanitarie.