prestazioni ospedaliere erogate: il dato ufficiale fornito dalla Regione Toscana relativo al 1999 è di 461.551 ricoveri per prestazioni diagnostiche o terapeutiche solo in quell'anno.

La crescita della domanda è dovuta soprattutto alla recuperata capacità dell'Ufficio del Difensore civico di fornire indicazioni medico-legali agli utenti che lamentano di "essere stati curati male" e all'attuazione del rapporto convenzionale con l'Istituto di Medicina legale dell'Università di Firenze, nonché alla collaborazione dei consulenti medico-legali delle Aziende sanitarie ai sensi della Lr. 36/83.

Tale crescita della domanda è dovuta anche ad una maggiore conoscenza da parte dei cittadini del servizio offerto dal Difensore civico frutto di una più ampia informazione e della maggiore attenzione della stampa per questo servizio.

Grazie ai propri consulenti medico-legali, è innegabile che l'azione dell'Ufficio costituisca un importante filtro sul possibile contenzioso, teso da un lato a raffreddare i conflitti, dall'altro ad influenzare le Aziende sanitarie ed ospedaliere e le strutture private sull'opportunità di attivare forme risarcitorie in via transattiva. In questo senso quando l'indicazione dei consulenti medico-legali ravvisi l'opportunità di approfondire la questione in sede giurisdizionale, fermo restando che l'informalità della procedura, se ha i vantaggi della rapidità e della gratuità per gli utenti, non può e non deve sostituirsi alle garanzie e alle procedure offerte in sede giudiziaria.

È opportuno riepilogare la procedura che il Difensore civico regionale applica ai casi di responsabilità professionale. L'utente che lamenta di essere stato "curato male" si rivolge all'Ufficio del Difensore civico che provvede a chiedere chiarimenti alla struttura interessata tramite la Direzione generale dell'Azienda o la Direzione della Struttura privata accreditata; l'Ufficio provvede altresì ad acquisire copia della documentazione clinica relativa all'intervento.[6] Naturalmente i consulenti medico-legali[7] trattano

---

[6] Attualmente i collaboratori dell'Ufficio del Difensore civico presso le Aziende sanitarie sono: la Dr.ssa Mariella Immacolato dell'Azienda USL 1 di Massa e Carrara, il Dr. Massimo Martelloni ed il Dr. Antonio Russo dell'Azienda sanitaria 2 di Lucca la Dr.ssa Maria Pia Fiori dell'Azienda sanitaria 8 di Arezzo. Nel maggio 2002 si sono aggiunti il Dr. Stefano Lelli dell'Azienda sanitaria di Pisa ed il Dr. Giovanni Mandriani dell'Azienda sanitaria di Siena.
Va ricordato come l'esperienza di collaborazione con le Aziende sanitarie ed ospedaliere abbia visto, in passato, anche la collaborazione del Dr. Liborio Pilara dell'Azienda sanitaria di Massa e Carrara, purtroppo prematuramente scomparso, del Prof. Vittorio Fineschi, all'epoca dell'Istituto di Medicina legale dell'Università di Siena.

[7] A questo proposito è opportuno ricordare che ai sensi della Lr. 4/'94 art. 6.2. lett. "a" il Difensore civico può acquisire copia degli atti e dei documenti delle strutture nei cui confronti è competente senza limite del segreto d'ufficio e che, per quanto attiene la tutela della riservatezza dei dati personali, il Garante per la

casi diversi da quelli di competenza delle rispettive Aziende sanitarie ed ospedaliere, per ovvi motivi di opportunità.

Alla luce delle indicazioni ottenute dai consulenti medico-legali, il Difensore civico comunica all'interessato e all'Azienda (o alla Struttura privata accreditata) le indicazioni ricevute dai consulenti in merito all'opportunità di approfondire o meno in sede legale la questione, precisando che il parere dei consulenti medico-legali ha comunque la natura di indicazione, resa peraltro sulla base delle sole evidenze documentali, e che non si tratta di una perizia medico-legale vera e propria, restando dunque aperta ogni diversa valutazione dell'interessato. Molto spesso, comunque, se l'indicazione del Difensore civico circa l'opportunità di approfondire la questione in sede legale è positiva, il caso trova soluzione in via transattiva.

Se dalla questione emergono elementi che possono avere rilievo deontologico, il Difensore civico provvede a segnalarla anche all'Ordine dei medici o al Collegio professionale competente. Si coglie l'occasione per sottolineare il positivo rapporto di collaborazione attivato da anni con gli Ordini ed i Collegi ed in particolare con l'Ordine dei Medici della Provincia di Firenze e con il Collegio IPASVI degli infermieri Professionali di Firenze.

La tabella sottostante mostra le indicazioni fornite per le pratiche concluse nel corso del 2001.

Casi conclusi nel 2001

	opportunità dell'azione legale		
Esito dell'intervento	**No**	**Si**	**Totale**
Istanza abbandonata	4		**4**
Non ci sono prove	5		**5**
Intervento inadeguato		8	**8**
Intervento in parte inadeguato	9	2	**11**
Intervento adeguato	16		**16**
Totale	34	10	44

Come si può rilevare su 44 pratiche concluse, in 8 casi i consulenti medico-legali hanno fornito un'indicazione di inadeguatezza totale dell'intervento e, in undici casi, di inadeguatezza parziale, mentre per cinque casi non si sono ritenuti presenti elementi probatori sufficienti per dare un'indicazione di inadeguatezza dell'intervento. In sedici casi si è ritenuto l'intervento adeguato. In cinque casi l'istanza è stata abbandonata dall'interessato, che ha comunicato all'Ufficio la propria intenzione di non procedere. In altri casi l'abbandono è stato dovuto alla

Protezione dei Dati personali, con provvedimento 1/P 2000 ha inserito i Difensori civici fra i soggetti legittimati al trattamento dei dati sensibili, ai sensi dell'art. 22.3. L. 675/1996.

circostanza che, l'utente ha scelto la via di adire direttamente la tutela giurisdizionale.

Va tenuto inoltre presente che, mentre per il 2001 c'è rispondenza diretta fra gli 8 casi in cui si è rilevato l'inadeguatezza dell'intervento e il consiglio sull'opportunità di approfondire in sede giurisdizionale la questione, non sempre in passato c'è stato questo rapporto automatico. Se esaminiamo la tabella riepilogativa delle pratiche trattate e concluse dal 1991 al 2001, osserviamo che in 10 casi su 102 in cui si indicava che l'intervento era stato inadeguato non si consigliava l'azione legale (perché nonostante l'inadeguatezza dell'intervento non c'era stato un danno) e che in 9 casi in cui l'intervento era sostanzialmente adeguato si consigliava di approfondire la questione in sede giurisdizionale.

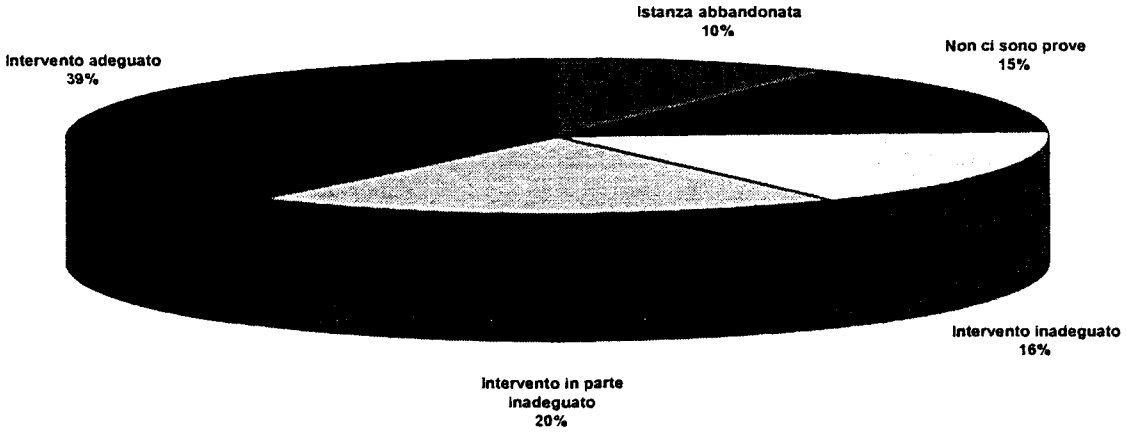
Questi casi si giustificano perché si era riscontrato un danno dall'inadeguatezza del materiale utilizzato nell'intervento, soprattutto nel settore ortopedico, oppure perché l'effetto dannoso che il paziente lamentava era compatibile con le possibili complicazioni dell'intervento subito, anche se correttamente eseguito, ma il paziente non era stato adeguatamente informato dall'operatore del possibile verificarsi di tale conseguenza.

Di seguito è utile riportare anche il riepilogo grafico della casistica affrontata dal 1991 al 2001 in cui si sottolinea come nel 39% dei casi si sia fornita un'indicazione di adeguatezza dell'intervento, contribuendo ad evitare un inutile contenzioso e fornendo all'interessato elementi comunque utili a comprendere l'inconveniente lamentato.

Casi conclusi dal 1991 - 2001

	opportunità dell'azione legale		
Esito dell'intervento	**No**	**Si**	**Totale**
Istanza abbandonata	59		**59**
Non ci sono prove	83	7	**90**
Intervento inadeguato	10	92	**102**
Intervento in parte inadeguato	92	31	**123**
Intervento adeguato	237	9	**246**
Totale	**481**	**139**	**620**

Adeguatezza dell'intervento sanitario - pratiche chiuse dal 1991 al 2001



Va sottolineato inoltre come l'azione del Difensore civico nel settore della responsabilità professionale non sia mirata solo a fornire all'utente un'indicazione gratuita sull'opportunità di attivarsi in sede risarcitoria ma consenta all'Ufficio di compiere un monitoraggio sulle problematiche generali che si osservano nei singoli casi, facendo sì che il Difensore civico possa aprire d'ufficio, nei confronti delle singole Aziende sanitarie o del Dipartimento, pratiche tese ad ottenere una modifica degli aspetti organizzativi (es. protocolli di pronto soccorso, linee guida sanitarie per l'erogazione di determinate prestazioni ecc.).

È opportuno sottolineare come tale attività di monitoraggio dell'ufficio sugli aspetti generale si esplichi spesso anche a partire da quelle pratiche ove i consulenti medico-legali non hanno evidenziato l'opportunità di approfondire la questione in sede giurisdizionale. Ad esempio, in passato, a partire da segnalazioni di disfunzioni nell'erogazione del Servizio di guardia medica, pur in assenza di indicazioni sull'opportunità di approfondire la questione in sede legale, un'Azienda sanitaria ha rivisto completamente il proprio protocollo di organizzazione di tale servizio ed ha provveduto ad attivare iniziative di formazione per gli operatori.

Nel 2001 permangono due problematiche generali relative a quanto segue,

Modalità di tenuta della documentazione clinica

Spesso l'Ufficio osserva cartelle cliniche compilate in modo frettoloso, difficilmente leggibili, dove il diario clinico è disordinatamente inframezzato da risultati di accertamenti

diagnostici ed esami clinici e talvolta incompleto[8], magari anche antecedenti al ricovero. Un'Azienda ospedaliera tuttora presenta documentazione clinica dove sulla stessa cartella sono annotati ricoveri successivi ed esiti di visite di controllo posteriori al ricovero. Sulla base dell'invito del Difensore civico l'Azienda si è impegnata a modificare tale prassi. È certo che da un punto di vista generale sarà opportuno che vengano adottate in sede regionale direttive per una regolamentazione più omogenea della documentazione clinica, anche in vista della progressiva informatizzazione di questo tipo di documento.

È poi aperto tutto il capitolo dello smarrimento della documentazione clinica, dove solo grazie all'intervento dell'ufficio la Direzione Sanitaria di Presidio provvede alla denuncia. Manca in sostanza la consapevolezza che la cartella clinica è un atto pubblico con valore probatorio e talvolta i chiarimenti ricevuti dall'ufficio contengono considerazioni giustificative e ricostruzioni degli eventi, da parte della struttura interessata, dei quali non risulta traccia nella documentazione clinica.

Questo aspetto si riflette spesso anche sulla comunicazione interna alla struttura ospedaliera. Spesso si assiste ad interventi anche di eccellenza e di altissima specializzazione ove insorgono complicazioni non tanto connesse all'intervento in sé, ma connesse ad aspetti collaterali delle situazioni del paziente, che spesso tende ad osservare il paziente solo per gli ambiti connessi alla prestazione specialistica, anche di eccellenza che quella determinata Unità operativa eroga, senza tenere presenti patologie collaterali che rischiano di creare problemi e complicazioni successive al paziente.

Per fare un esempio, può accadere che un reparto di ortopedia, pur in presenza di una situazione vascolare del paziente che può portare rischi sul versante circolatorio, intervenga brillantemente per la riduzione ed il trattamento di una frattura agli arti inferiori, senza però ravvisare la necessità di attivare i necessari consulti per quanto attiene la situazione circolatoria del paziente ed immettendolo nel circuito riabilitativo senza un monitoraggio della situazione vascolare, con i conseguenti rischi di trombosi ed embolia, complicazioni non direttamente connesse con l'intervento ortopedico, ma legate alla situazione generale del paziente che il reparto specialistico ha trascurato, senza raccordarsi con le strutture interne al Presidio che seguono tali problematiche.

Lo stesso rischio si pone anche quando il paziente è trasferito per curare più aspetti connessi al suo stato di salute all'interno anche dello stesso Presidio e si perda conseguentemente la visione

---

[8] Si rimanda alla parte sull'attività dell'ufficio per la tutela dei cittadini danneggiati da vaccini, emoderivati ed emotrasfusioni.

del quadro clinico nella sua interezza, in rapporto anche alle modalità con le quali non sempre la documentazione clinica, per le problematiche sopra ricordate, riesce ad evidenziare immediatamente gli aspetti critici connessi con le sue prestazioni di salute (es. paziente ricoverata per un intervento chirurgico in elezione, dove non si rileva una grave patologia polmonare che l'esame radiologico, pur eseguito nello stesso Presidio ospedaliero evidenziava).

È un problema che chiaramente evidenzia la scarsa comunicazione interna allo stesso presidio, che si collega strettamente ad una migliore organizzazione dei percorsi di comunicazione interna ed esterna, strettamente connessa all'altra problematica generale del consenso informato che affrontiamo qui di seguito.

Si assiste ancora alla presenza di moduli di consenso informato estremamente generici, privi di sottoscrizione del medico o con firma illeggibile, come abbiamo ricordato al paragrafo relativo ai rapporti fra Difensore civico e Commissione regionale di bioetica; manca ancora la consapevolezza e la coscienza che il consenso informato si sostanzia in un processo di informazione fra medico e paziente, nel quale la sottoscrizione del modulo costituisce solo il momento finale.

Troppo spesso i pazienti riferiscono all'Ufficio che in realtà il modulo è stato firmato dai medesimi non a seguito di un colloquio con il medico, ma al momento del ricovero e che è stato sottoposto loro dal personale infermieristico. Va detto che in questo contesto, generalmente invece i pazienti danno conto che il consenso informato all'anestesia è stato firmato a seguito di un colloquio con l'anestesista dopo la visita anestesiologica.

Di fatto molto spesso (ed il problema è riferito alla maggior parte dei casi in cui il Difensore civico ha concluso la questione con la voce "non ci sono prove") l'ufficio si trova ad avere contrapposte versioni. Da un lato il medico che, a fronte di un modulo di consenso vago e generico, sostiene di avere informato verbalmente il paziente dei rischi specifici connessi con l'intervento, dall'altra il paziente che sostiene di non esserne stato affatto informato.

Va anche considerato che il paziente non sempre è in grado di comprendere a pieno le spiegazioni che gli vengono fornite verbalmente e che, d'altro canto, un modulo spesso frettolosamente sottoscritto, se pur dettagliato, non può costituire che il momento finale di un processo.

Se, come abbiamo sopra ricordato, il problema dell'informazione al paziente necessita di una nuova riflessione in sede di Commissione regionale bioetica e di Comitati etici locali, si tratta anche di creare e recuperare un rapporto fiduciario che è alla base

del consenso informato come processo e non come "modulo" in sé stesso, anche cercando di organizzare l'attività terapeutica e di ricovero con dei tempi precisi dedicati all'informazione al paziente, mentre spesso soprattutto in una realtà ospedaliera che deve far fronte a lunghe liste d'attesa, si tende a trascurare l'aspetto dell'informazione.

Modalità di dimissioni assistite

E' frequente che gli utenti lamentino di essersi dovuti rivolgere nuovamente alla struttura dove erano stati ricoverati per complicazioni insorte successivamente all'intervento. Anche in questo caso, probabilmente c'è da sviluppare meglio la tematica delle c.d. "dimissioni assistite", che dovrebbero vedere un maggior raccordo con il medico di base del paziente dimesso, raccordo che spesso si limita alle indicazioni riportate nella relazione di degenza. D'altro canto c'è anche da rilevare che, dai racconti dei pazienti, quasi mai emerge che questi abbiano contattato il proprio medico di base in caso di complicazioni mentre si trovavano in dimissioni protette, preferendo spesso optare per un nuovo accesso diretto al Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero che li aveva dimessi.

In questo quadro dell'attività del Difensore civico, si è assistito anche a distorsioni e fraintendimenti da parte degli utenti rispetto all'assistenza fornita dall'Ufficio. In un paio di casi il Difensore civico si è trovato a dovere rispondere a solleciti di avvocati che lamentavano i tempi di attesa per l'indicazione medico-legale, pur avendo il loro assistito già ricevuto i chiarimenti della struttura interessata. Ora è più che evidente che la fase del procedimento connessa con l'indicazione medico – legale all'interessato non può essere considerata come una sorta di "gravame" per l'esercizio di un'eventuale azione risarcitoria in sede giurisdizionale.

Un'altra distorsione si può collegare alla circostanza che il Difensore civico è stato chiamato a comparire come teste in un procedimento civile, quando sarebbe stato eventualmente sufficiente produrre in giudizio le note del Difensore civico in risposta all'interessato e i chiarimenti ricevuti dalla struttura interessata. Comunque l'Ufficio è impegnato costantemente a chiarire la portata e la natura del suo intervento, al fine di offrire agli utenti la massima trasparenza riguardo alla propria azione.

3.4.5 Gli Osservatori medico-legali

Il Piano sanitario regionale, nella parte relativa alla medicina legale (par. 5.2.2.2.4.), inquadra finalmente la medicina legale in un contesto che torna a valorizzare l'importanza di tale disciplina,

soprattutto per quanto attiene i compiti di consulenza. In particolare si prevede la costituzione degli Osservatori medico-legali tesi alla gestione del contenzioso ed alla prevenzione dei conflitti, sviluppando l'esperienza condotta in via sperimentale in alcune Aziende sanitarie e riprendendo la riflessione avviata fra Difensore civico, Agenzia sanitaria regionale e collaboratori medico-legali dell'Ufficio.

Non tutti i conflitti relativi ad ipotesi di responsabilità professionale giungono all'Ufficio del Difensore civico, per problemi connessi alla conoscenza di queste competenze da parte degli utenti ed alla dislocazione territoriale dell'Ufficio, nonostante la collaborazione della rete toscana di difesa civica.

Anzi, in alcuni casi, questo tipo di conflittualità transita direttamente dalla Direzione aziendale o da quella sanitaria alla U.O. Affari legali che, a sua volta, trasmette la pratica all'Istituto assicuratore, facendo sì che si inneschi la procedura risarcitoria o transattiva a prescindere dalle valutazioni interne sull'effettivo emergere di ipotesi di responsabilità, e magari al solo fine di evitare un lungo contenzioso giurisdizionale, con conseguente levitazione dei premi assicurativi a carico dell'Azienda.

Oppure può succedere il contrario, a seconda delle decisioni dell'Istituto assicuratore, per cui un caso, che evidenzi elementi di responsabilità professionale rischia di trascinarsi per anni in sede giudiziaria per la volontà dell'Istituto Assicuratore di non liquidare il danno, con palese ingiustizia soprattutto nei confronti degli utenti più deboli che non possono permettersi un'assistenza legale. Questa situazione presenta evidenti riflessi anche riguardo alle modalità dell'Azienda sanitaria o ospedaliera di rapportarsi con l'utente.

Va aggiunto che spesso le polizze assicurative stipulate fra Azienda sanitaria o ospedaliera e Istituto Assicuratore tendono da un lato ad imporre termini molto brevi all'Azienda per denunciare il "sinistro" (facendo sì che il reclamo che contenga aspetti di responsabilità professionale, debba essere immediatamente oggetto di denuncia di sinistro, a prescindere da una preventiva analisi circa la fondatezza), dall'altro non impongono all'Istituto Assicuratore di fornire all'Azienda il numero dei "sinistri" oggetto di denuncia effettivamente liquidato, con la conseguenza che l'Azienda resta priva di elementi utili nella successiva negoziazione per il rinnovo della polizza.

Le modalità con le quali, anche a livello nazionale, si è cercato di far fronte a questo problema sono state illustrate nel recente Convegno del Comlas (Coordinamento medici-legali aziende sanitarie) nel quale il responsabile di settore del Difensore civico ha potuto illustrare l'attività portata avanti dall'Ufficio nel campo della responsabilità professionale.

In Toscana, laddove si è avviata la sperimentazione degli Osservatori medico-legali sul contenzioso, si è fatto in modo che alle U.O. di Medicina legale pervenissero tutti i reclami da cui emergevano aspetti di responsabilità professionale, provenienti da qualunque fonte (Difensore civico, Urp, Ufficio Legale, Direzione Sanitaria, Associazioni di volontariato e tutela). Oltre ad assistere l'ufficio interessato nel fornire gli elementi di risposta e ad attivare la U.O. Affari Legali qualora emergano ipotesi di responsabilità professionale, l'Osservatorio viene così messo in grado di fare un monitoraggio completo sulla conflittualità dell'Azienda, utilizzando i dati sugli esiti per le strategie di formazione del personale e nelle risposte organizzative e tecnico-scientifiche.

Il Piano sanitario riprende questa sperimentazione avviata in poche Aziende sanitarie, prevedendo la costituzione dell'Osservatorio medico-legale in tutte le Aziende ed il raccordo degli Osservatori con il Difensore civico e l'Agenzia sanitaria regionale. Inoltre si prevedono per gli Osservatori medico-legali specifiche funzioni di raccordo con l'Ufficio relazioni con il pubblico finalizzate a porre in essere un "filtro" e un effettivo monitoraggio del contenzioso e dell'esito dei conflitti, con l'obiettivo di trovare soluzioni extragiudiziali in collaborazione con l'assicuratore e con l'Azienda.

Il Difensore civico ha incontrato di recente i consulenti medico-legali e la collaborazione va estendendosi ad altre Aziende sanitarie: saranno interamente da definire le modalità per raccordare gli Osservatori in corso di costituzione con i due soggetti regionali previsti dal Piano.

La scelta operata dal Piano sanitario regionale 2002-2004, se la Regione ne propugnerà la rapida attuazione in ogni Azienda sanitaria, consentirà di attivare in Toscana un sistema di monitoraggio e prevenzione dei conflitti all'avanguardia rispetto alle esperienze in atto nelle altre Regioni, ove gli esempi, anche di eccellenza investono per adesso esclusivamente il livello aziendale, senza interazioni con il livello regionale, indispensabile per far sì che le modifiche organizzative adottate in sede di singola Azienda sanitaria o ospedaliera possano avere una ricaduta più ampia.

3.4.6 La motivazione degli "atti medici"

Uno dei problemi più rilevanti che investe l'Ufficio del Difensore civico è quello connesso con le lamentele dei cittadini a fronte delle certificazioni di invalidità e *handicap* rilasciate dalle Commissioni medico-legali presso le Aziende sanitarie. L'utente spesso si lamenta con l'Ufficio circa la riduzione della percentuale di

invalidità, l'attribuzione di una percentuale a suo avviso troppo bassa, il diniego dell'*handicap*.

Tali decisioni delle Commissioni trovano spesso fondamento in accurate e motivate valutazioni dei medici-legali che compongono le commissioni medesime, delle quali tuttavia non si trova traccia nel verbale relativo alla visita. Se è innegabile che il giudizio della Commissione non è sindacabile in sede amministrativa, ma che deve essere eventualmente oggetto di impugnativa nelle sedi opportune, è altrettanto innegabile che il provvedimento adottato non sfugge agli obblighi di motivazione di cui all'art. 3 L. 241/90 e Lr. 9/95 e che non è sostenibile la tesi per cui la motivazione del provvedimento è *"in re ipsa"*, cioè desumibile dal rapporto fra quanto annotato nelle patologie di cui il soggetto sottoposto a visita riporta e giudizio finale della Commissione. Né la circostanza che sia possibile attivare procedure di ricorso amministrativo o giurisdizionale è un motivo sufficiente per evitare l'obbligo della motivazione, perché questo vale per tutti gli atti amministrativi, che pure sono oggetto di possibile sindacato giurisdizionale.

A difesa dei medici-legali va sottolineato come la modulistica proposta dalla Regione e in uso in tutte le Aziende sanitarie, eccetto quella di Firenze (che ha scelto di utilizzare un modulo diverso, più dettagliato) è priva addirittura dello spazio fisico per inserire la motivazione.

Il Difensore civico ha fatto più volte presente questa problematica anche nelle precedenti relazioni al Consiglio regionale e, prossimamente, ne investirà sia l'Assessorato al Diritto alla salute che quello alle Politiche sociali, oltre all'Assessorato ai Rapporti con i cittadini, per affrontare la questione in un'ottica unitaria. Ciò anche alla luce delle nuove disposizioni del Piano sanitario 2002-2004 che, anche su proposta del Difensore civico regionale, tra le disposizioni del punto 5.2.2.2.4. relative alla Medicina legale prevede che le Unità Operative della Medicina legale e la Giunta regionale si attivino per la "adozione di procedure uniformi sul territorio regionale nel rispetto delle normative sul procedimento amministrativo per il rilascio delle certificazioni".

La Giunta ed il Consiglio regionale hanno quindi positivamente accolto il richiamo del Difensore civico all'opportunità di applicare le disposizioni del procedimento amministrativo, ivi comprese quelle relative alla motivazione, e sarà quindi da approfondire anche l'opportunità di una revisione della modulistica. Ciò anche al fine di evitare inutili contenziosi in sede giurisdizionale, a fronte di una valutazione che può apparire iniqua all'utente, ma che magari trova fondamento in una corretta valutazione dello stato di *handicap* o di invalidità, e spesso anche in precisi vincoli normativi che la Commissione deve prendere in considerazione.

3.4.7 I danni da emotrasfusioni ed emoderivati

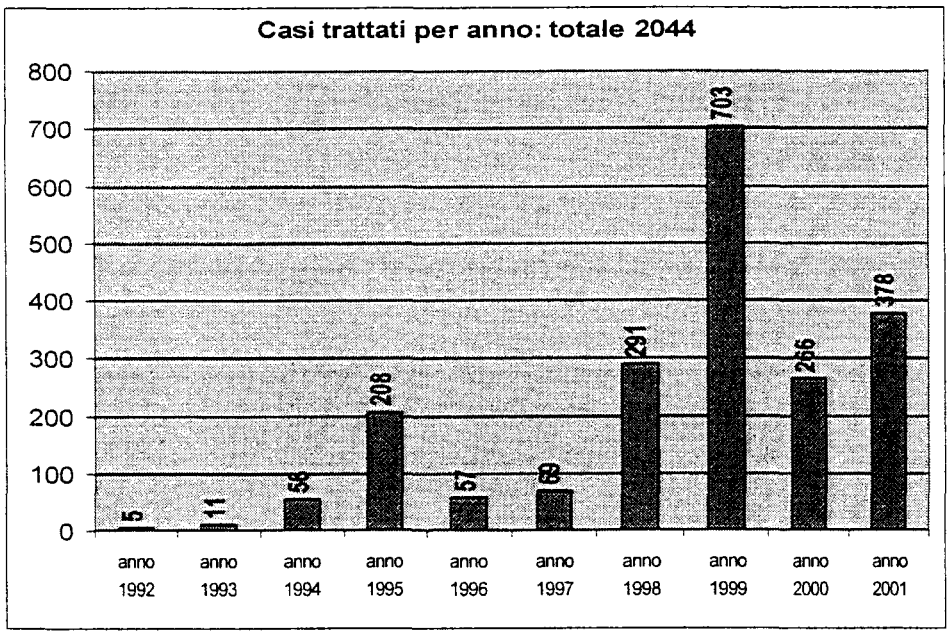
Nel corso del 2001 è proseguita l'assistenza ai cittadini contagiati da emotrasfusioni, vaccini ed emoderivati. E' necessario premettere, richiamando l'attenzione del Parlamento nazionale in merito, come l'assistenza prestata dall'Ufficio faccia emergere la situazione paradossale di una legge, la L. 210/92, nata per semplificare le procedure risarcitorie nei confronti dei cittadini danneggiati da emotrasfusioni, vaccini ed emoderivati, evitando loro il ricorso giurisdizionale attraverso l'attivazione di un procedimento amministrativo *ad hoc* mentre si è assistito ad un proliferare del contenzioso giurisdizionale, a fronte di applicazioni distorte delle disposizioni normative.

La *ratio* della legge era infatti una semplificazione dell'onere probatorio a favore del cittadino: non era necessario che provasse che il sangue somministratogli era infetto, ma - in assenza di ogni certezza sulla qualità del sangue in periodi nei quali determinate patologie erano ignote e le modalità di accertamento erano meno avanzate – era sufficiente dare la prova dell'avvenuta trasfusione o della somministrazione di un vaccino o di un emoderivato per ottenere il diritto al risarcimento. Nella realtà le cose sono purtroppo andate diversamente.

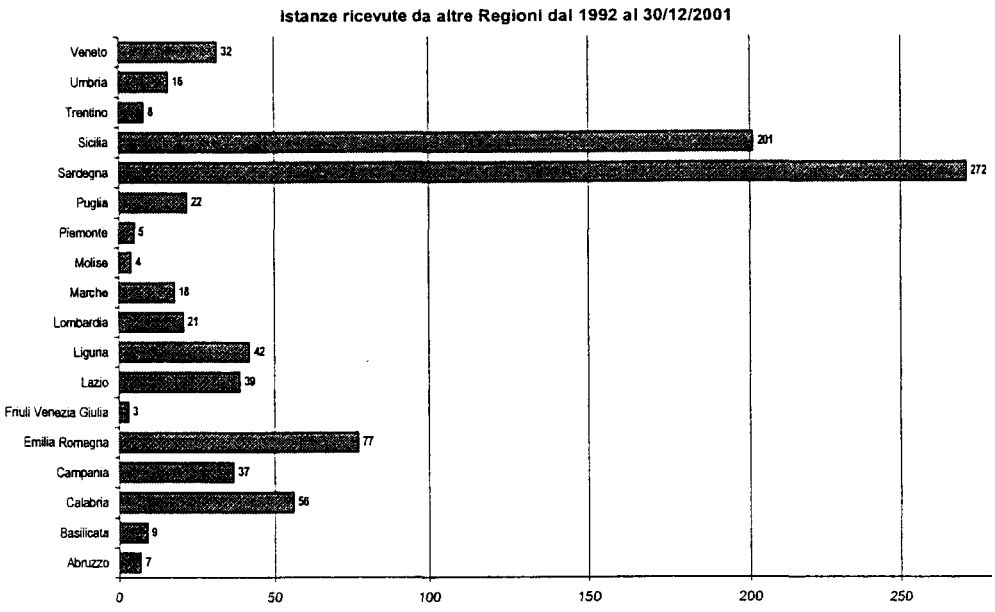
Ciò premesso, va positivamente osservato che nei primi mesi del 2002 (al maggio 2002 le pratiche aperte sono 61) si sta assistendo ad un progressivo calo delle domande di assistenza per due motivi principali:

- il primo connesso con la diminuzione dei casi di nuovi contagi, per l'adozione, soprattutto in Toscana, di *standard* più avanzati per il monitoraggio del sangue trasfuso. L'assistenza prestata dall'ufficio agli utenti è prevalentemente diretta ad aiutare quei cittadini che hanno presentato domanda di indennizzo negli anni passati e che se la sono vista respingere;
- il tentativo dell'Ufficio del Difensore civico della Toscana di coinvolgere, gli uffici dei Difensori civici regionali per i territori di loro competenza è in parte riuscito, riducendo le domande di assistenza provenienti da altre Regioni.

Il dato complessivo degli utenti che si sono rivolti all'Ufficio del Difensore civico fino al 31/12/2001 è di 2044, ripartiti per anno nel grafico sotto riportato.



Come si può osservare, nel corso del 1999 c'è stato un vero e proprio picco di richieste, dovuto ad una particolare attenzione dedicata dai mezzi di informazione e dalle Associazioni che operano in questo settore sia al problema in generale, sia all'attività dell'Ufficio del Difensore civico in questo settore. A fronte delle 2044 pratiche trattate, 869 casi provenivano da utenti non residenti in Toscana, suddivisi come mostra il grafico sottostante.



Il grafico evidenzia con chiarezza come, con l'esclusione della Val D'Aosta, la richiesta d'assistenza all'Ufficio è pervenuta da parte di tutte le Regioni d'Italia; significativamente alte sono state le richieste d'assistenza provenienti dalla Sicilia e dalla Sardegna, a causa delle particolari patologie presenti in quelle Regioni, con la conseguente nascita di molte Associazioni di cittadini a tutela di parenti assistiti.

In particolare questa situazione ha riguardato la realtà siciliana, in assenza del Difensore civico regionale e la scarsa presenza di Difensori civici locali, anche se il Difensore civico di Agrigento si è molto prodigato in questa azione di tutela e di raccordo con il Difensore civico della Toscana.

Va dato conto, tuttavia, che la domanda è stata generata prevalentemente dalle Associazioni dimostratesi particolarmente attive là dove purtroppo più forti erano le patologie. Fa eccezione in questo contesto l'Emilia Romagna, non per il fatto che in questa Regione non esistano positive collaborazioni con il Difensore civico regionale, ma per la circostanza che la domanda veniva prevalentemente dalle sezioni locali del Tribunale dei Diritto del Malato–Cittadinanza attiva.

Per quanto riguarda le altre 1175 pratiche relative ai cittadini residenti in Toscana, la richiesta di assistenza (suddivisa per Azienda sanitaria) rispecchia in linea di massima la popolazione. Da tenere presente che, in questo caso, alle Aziende sanitarie spetta il compito di istruire le pratiche di assistenza anche per gli episodi di contagio verificatosi presso le Aziende ospedaliere e che la competenza ad istruire la pratica rileva con riferimento al luogo di residenza dell'interessato e non al Presidio ospedaliero o sanitario ove è avvenuta la trasfusione o la somministrazione di emoderivati. Questa circostanza ha risentito naturalmente dei processo di emigrazione degli anni '70 dal meridione (le infezioni risalgono agli anni passati).

Va sottolineato che i dati delle Aziende dove la casistica risulta più alta, non vanno letti in rapporto al numero dei soggetti infettati presenti sul territorio, ma alla particolare sensibilità delle Aziende sanitarie medesime che hanno teso a fornire diffusa informazione della L. 210/92, provocando di fatto un maggior numero di domande. Il numero maggiore di casi è dovuto perciò soprattutto alla migliore informazione che le Aziende sanitarie hanno fornito all'utenza a fronte di un panorama nazionale (recentemente messo a nudo anche da trasmissioni televisive) dove la L. 210/90 e le successive modifiche (alcune delle quali imponevano alle Aziende sanitarie particolari obblighi di pubblicità e di informazione) sono invece state occultate dalle Aziende sanitarie stesse, con una scarsa sorveglianza sul rispetto di tali obblighi in sede ministeriale e regionale.

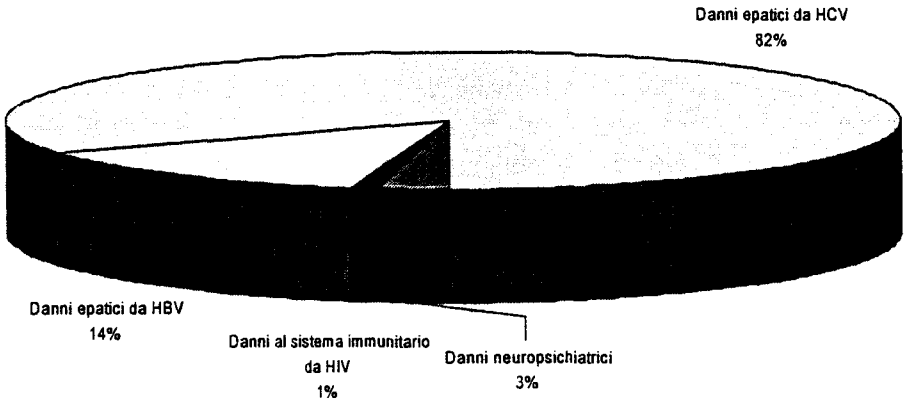
Rilevante è infine il dato relativo alle modalità attraverso le quali ci si è rivolti al Difensore civico per chiederne l'assistenza, sintetizzata nella tabella sottostante.

Pratiche dal 1992 al 31/12/2001 suddivise per ASL che svolge l'istruttoria	
Azienda Sanitaria di Arezzo	111
Azienda Sanitaria di Empoli	35
Azienda Sanitaria di Firenze	554
Azienda Sanitaria di Grosseto	32
Azienda Sanitaria di Livorno	38
Azienda Sanitaria di Lucca	77
Azienda Sanitaria di Massa	41
Azienda Sanitaria di Pisa	56
Azienda Sanitaria di Pistoia	87
Azienda Sanitaria di Prato	37
Azienda Sanitaria di Siena	89
Azienda Sanitaria Versilia	18
Totale	1175

Come si può osservare, se la maggior parte degli utenti si è rivolta direttamente al Difensore civico o per il tramite dei propri familiari, è significativo il numero delle istanze pervenute sia tramite le Associazioni di malati, sia da parte delle Associazioni di Patronato e degli Studi Legali, dato sintomatico del livello di specializzazione che l'Ufficio del Difensore civico della Toscana ha raggiunto in questo settore.

Venendo infine agli effetti che i danni da trasfusione hanno comportato, il grafico sottostante riporta la tipologia degli eventi osservati. Si può rilevare come la maggioranza dei casi sia relativa a danni epatici da HCV o da HBV, con le problematiche che esamineremo più avanti per quanto attiene le modalità di quantificazione del danno in rapporto alle tabelle di riferimento attualmente utilizzate.

Tipologia eventi avversi osservati



Per quanto riguarda l'origine del danno, infine, come si evidenzia dalla tabella sottostante, nella stragrande maggioranza

dei casi è legata a infezione da trasfusione del sangue o dei suoi derivati. È opportuno sottolineare, che il numero più alto di casi da trasfusione risale prevalentemente agli anni '70 e '80, mentre negli ultimi anni, grazie ai controlli in atto, il numero di infezioni è fortemente diminuito a livello nazionale.

Cause del danno: casistica osservata dal 1992 al 31/12/2001	
Danni da vaccinazioni obbligatorie	44
Danni da vaccinazioni facoltative	8
Danni da contagio coniuge	14
Danni da contagio madre	1
Danni da trasfusioni sangue e suoi derivati	1.975
Danni causati a operatori sanitari	2
Totale	2.044

Per la trattazione delle pratiche relative a questa materia, dal luglio 2001 il Difensore civico si è convenzionato con 3 Associazioni[9], a titolo gratuito: si tratta dell'Associazione malati emotrasfusi e vaccinati (Amev), del Comitato famiglie talassemici "Speranza di vivere" (Cft), della Fondazione "Futuro senza talassemia (Fct), che hanno aderito ad una richiesta di collaborazione indirizzata dal Difensore civico a tutte le Associazioni di volontariato e tutela.

Per quanto attiene all'analisi della casistica osservata, si evidenziano le principali problematiche riscontrate, nei confronti dei vari soggetti chiamati ad applicare la L. 210/90 e successive modifiche: Aziende sanitarie ed ospedaliere, Commissioni mediche ospedaliere, Ministero della Sanità (fino al 31/12/2000 quando la materia è stata delegata alle Regioni). Vedremo poi i problemi che la delega alle Regioni ha comportato soprattutto dove non ci si è fatti carico di gestire anche la situazione pregressa al momento della delega.

Con la delega alle Aziende sanitarie, nel 1997 e con la successiva delega del 2000, per l'istruttoria della domanda fino alla trasmissione all'interessato della risposta della Commissione medico ospedaliera e l'attivazione delle conseguenti pratiche liquidatorie in caso di esito favorevole, o l'inoltro di un eventuale ricorso al Ministero in caso sfavorevole, la materia è ormai quasi interamente rientrata nella competenza istituzionale dell'Ufficio (le pratiche aperte "fuori regione" nel 2002 sono 6).

Sulle problematiche relative alle Aziende sanitarie è opportuno segnalare due diverse tipologie:

a) Le problematiche connesse alle modalità di tenuta e alle difficoltà di reperimento della documentazione clinica, che

---

[9] Autorizzato con Delibera dell'Ufficio di Presidenza n.° 37 del 9/07/2001.

riguardano anche le Aziende ospedaliere, gli Istituti privati accreditati e gli Istituti privati;

b) Le problematiche connesse con l'istruttoria delle domande che, a partire dal 1997, a seguito delle modifiche alla L. 210/92, vede le Aziende sanitarie titolari dell'istruttoria amministrativa delle domande.

Sul primo punto, relativo a tutte le Aziende sanitarie ed ospedaliere, si sono osservati problemi soprattutto in relazione a:

- cartelle cliniche smarrite (con denuncia di smarrimento fatta spesso solo a seguito di sollecitazione del Difensore civico, come abbiamo ricordato sopra);
- cartelle cliniche oggetto di (improprio) scarto archivistico, con documentazione mancante;
- archivi distrutti da incendi e alluvioni;
- registri operatori non reperibili;
- cartelle sala parto introvabili
- schede anestesiologiche non adottate o irreperibili
- cartelle infermieristiche non adottate o non reperibili
- registri Centri Trasfusionali compilati in modo non corretto o inesistenti
- annotazioni eventi trasfusionali non correttamente riportati sui diari clinici.

A questo proposito merita ricordare che una grossa fetta dell'assistenza prestata dal Difensore civico agli utenti danneggiati da emoderivati ed emotrasfusioni, per quanto attiene almeno le strutture sanitarie della Toscana, è relativa proprio al reperimento della documentazione soprattutto di quella risalente ad alcuni anni or sono, a fronte delle difficoltà riscontrate dagli utenti nel reperire tale documentazione, specie in riferimento a ricoveri avvenuti negli anni passati e in strutture ormai chiuse.

Ai sensi della Lr. 4/94 art. 6.2. lett. "a", il Difensore civico ha infatti accesso a tutti i documenti della Regione e delle Aziende regionali senza limite del segreto d'ufficio. Rispetto alla casistica osservata, si richiamano le problematiche generali connesse alla tenuta della documentazione clinica nel paragrafo relativo alla responsabilità professionale.

Per quanto concerne le difficoltà istruttorie registrate dall'Ufficio, è bene distinguere due tipi di problematiche generali:

a) Problemi generali connessi a modalità istruttorie scorrette o lacunose;
b) Problemi connessi ad improprie valutazioni di merito, a fronte della normativa nazionale che imponeva alle Aziende sanitarie la sola istruttoria amministrativa.

Per quanto attiene la prima tipologia di problemi, si è osservato:

- Insufficiente istruttoria