

# La responsabilità medica nella day-surgery in otorinolaringoiatria

## *Medical liability in day-surgery practice in otorhinolaryngology*

V. MALLARDI

Istituto di Scienze Odontostomatologiche  
Cattedra di Otorinolaringoiatria  
Università Politecnica delle Marche

### Parole chiave

Otorinolaringoiatria • Responsabilità medica • Day-surgery

### Key words

*Day-surgery • Medical liability • Otorhinolaryngology*

### Riassunto

Numerose sono le motivazioni e le esigenze che tendono a promuovere una progressiva espansione della day-surgery che ormai è entrata a far parte del bagaglio tecnico-organizzativo dello specialista in Otorinolaringoiatria. Con lo sviluppo delle tecniche operatorie ed anestesologiche, che negli ultimi anni hanno determinato una riduzione della invasività chirurgica e ridotto le problematiche relative all'accumulo dei farmaci anestetici, l'esecuzione di un buon numero di interventi è destinata a non trovare ostacoli di natura tecnologica e tecnica. Se è vero, tuttavia, che il progresso tecnico-scientifico ha facilitato l'introduzione di metodiche contratte di reale efficienza ed efficacia, riducendo così il margine degli insuccessi ma non degli errori, è altrettanto vero che con esso si è venuto ad ampliare, per l'impiego e l'impegno di strumentazioni sempre più sofisticate utilizzabili da équipe preparate ed affiatate, il rischio professionale legato allo svolgimento dell'attività sanitaria e di conseguenza si sono amplificati tutti gli aspetti correlabili alla responsabilità medica. All'operato del professionista, per il mutato rapporto medico-paziente, per le consuete interpretazioni dell'opinione pubblica e per gli ormai consolidati orientamenti giurisprudenziali, non viene più riconosciuta quella giusta equidistanza in quanto, in sola ipotesi di responsabilità, i giudizi ed i contenziosi, fin dall'inizio delle vicende, si allineano decisamente alla difesa dell'assistito. Proprio per le sue particolari caratteristiche, non del tutto indipendenti dagli aspetti economici e in parte legati alle imposizioni su tempi, modalità e soluzioni cliniche, la day-surgery, che tende a conseguire obiettivi poggiando sulla massima flessibilità delle strutture, su elevati standard operativi e sul gradimento e soddisfazione dei pazienti, sollecita sempre più lo specialista ad impegnarsi al massimo con quella responsabilità positiva basata sui rigorosi principi del doveroso e diligente comportamento clinico. In questo importantissimo aspetto della responsabilità medica positiva si coniugano numerosi elementi che, in caso di insuccesso, possono facilmente e pesantemente as-

sumere i connotati di fattori critici, tra i quali vanno segnalati, oltre alla condotta, l'aggiornamento, la conoscenza dell'efficienza e della sicurezza dell'organizzazione interna ed esterna alla struttura operativa, lo stato del paziente, la reale valutazione delle necessità terapeutiche e delle modalità di risoluzione, la gestione della documentazione clinica e la certificazione dei dati, l'autovalutazione delle proprie capacità, l'adeguata programmazione, la metodologia e soprattutto l'analisi approfondita dell'essenziale e delicato concetto di "diagnosi-prognosi" che, nella sua evidente contrazione, caratterizza l'essenza alla base di una attività prevista nell'arco di poche ore e che si estende sino alla problematica relativa alla "sorveglianza del paziente". Questo criterio, talvolta imposto da chi spesso ignora i principi di prevedibilità e prevenibilità, altro non è che il supporto razionale decisivo, dai confini talvolta molto sfumati, per una accettabile e cauta "dimissibilità". È sufficiente rivolgere l'attenzione ai pazienti che, per le particolari caratteristiche delle patologie otorinolaringoiatriche, possono facilmente presentare delle complicazioni precoci che in seguito, soprattutto in ipotesi di dimissioni immature offriranno elementi interpretativi che sicuramente poggeranno, per dimostrare un inadempimento comportamentale ed una responsabilità negativa, sulla mancata prudenza, sulla poca diligenza, sulla superficialità sino a mettere in discussione la perizia. Una importanza fondamentale, come in tutte le applicazioni sanitarie, è data dall'informazione per il consenso che comporta in ogni momento e movimento clinico la massima accuratezza e sensibilità e che assume aspetti particolarmente critici nel momento in cui devono essere chiaramente esposti e sicuramente recepiti, in presenza e in accondiscendenza di parenti, i consigli e le precauzioni immediate alla dimissione. Un argomento che inizia a sollecitare ulteriori e sofisticati contenuti per una ampia discussione dottrinale è quello rappresentato dal consenso del paziente non solo alla sua dimissione quanto alla sua dimissibilità.

Nella sua evoluzione economico-industriale, testimoniata da un costante miglioramento del tenore e della qualità della vita, l'attuale società ha progressivamente sovvertito le proprie abitudini modificando sostanzialmente le proprie tradizioni e le sue consuetudini aumentando il profilo ed il grado delle proprie esigenze. L'innegabile ed efficace supporto offerto dall'applicazione tecnologica alle numerose conquiste scientifiche ha contribuito in modo consistente alla rapida e radicale trasformazione del modo di vivere accentuando in particolar modo la richiesta, il livello, il valore, i requisiti, la sicurezza e le aspettative delle prestazioni professionali soprattutto quelle di natura sanitaria<sup>1 2</sup>.

La concomitanza, la concorrenza e l'inevitabile convergenza di altri elementi, quali le tendenze ideologiche con le relative impronte politico-amministrative e gli aspetti economici con l'impegno e l'impiego di risorse sempre più difficili da reperire e da amministrare correttamente, hanno fortemente condizionato le concezioni e gli obiettivi della società stessa. In sintesi si può affermare che la combinazione delle situazioni or ora accennate hanno determinato e continueranno a determinare ripercussioni ed innovazioni non indifferenti sulla vita dell'individuo, sulla sua vita di relazione, sui suoi valori, sui modi di concepire la posizione della persona con l'intento di garantire al massimo la tutela della sua salute e la salvaguardia della integrità della sua personalità. Con tali presupposti si entra nelle più profonde problematiche di quel complesso argomento rappresentato, nella sua costante evoluzione, da un lato dalle possibilità offerte e dall'altro dalla esigibilità della medicina attuale.

Per un attento esame di questo fenomeno numerosi sono i punti e gli argomenti che devono essere presi in considerazione che vanno analizzati in relazione alle molteplici articolazioni che caratterizzano l'attività sanitaria che tendono a spaziare dalle sue effettive e concrete finalità, ai confini delle sue capacità, alle sue offerte, alle sue proposte innovative e alle sue lecite promozioni<sup>3 4</sup>. L'innegabile progresso tecnico-scientifico ha ridotto il margine di errore riconducibile ad alcune imperfezioni e ad alcune lacune dell'attività medica, rendendo un po' più governabile ciò che in precedenza veniva spesso affidato alla sola speranza, ma d'altra parte si è venuto ad ampliare, in rapporto a strumenti e tecniche sofisticate, il rischio professionale<sup>5</sup>.

Con l'aumento della richiesta di prestazioni particolari, attuate nel rigoroso ambito della responsabilità professionale, e con la corrispettiva ed irrinunciabile valutazione del loro costo, una volta garantita la loro affidabilità, da un lato devono essere vagliate le tendenze innovative ed i relativi orientamenti all'origine delle varie domande sulla base della loro specifica tipologia e delle loro reali motivazioni e dall'altro, ten-

endo sempre conto della massima tutela del soggetto, si devono individuare quei supporti legali per l'adeguamento se non per l'adattamento interpretativo di regole giuridiche già esistenti<sup>6-8</sup>. Un simile procedimento risulta estremamente necessario al fine non solo di giustificare, ma anche e soprattutto allo scopo di legittimare le proposte e le rispettive applicazioni della medicina moderna con il precipuo e preciso obiettivo di salvaguardare le effettive necessità dell'individuo senza, d'altra parte, perdere di vista la giusta salvaguardia dell'operato, degli interessi e della reputazione dei sanitari quando agiscono in modo corretto ed ineccepibile e nel momento in cui vengono messi nelle opportune condizioni per svolgere al meglio il loro esercizio professionale<sup>9-11</sup>.

A tal riguardo occorre ricordare che all'attività medico-chirurgica con le sue molteplici e raffinate specialità, alcune delle quali si contraddistinguono per l'elevato margine di rischio, viene universalmente riconosciuto un fondamentale ed irrinunciabile ruolo umano e sociale.

In uno stato di diritto, qualunque siano le situazioni, le circostanze e le evenienze, la professione sanitaria, con il suo incomparabile ed insostituibile esercizio, caratterizzato da non poche e talora insormontabili difficoltà, da numerosi fenomeni bio-patologici dai meccanismi ancora sconosciuti, da reazioni individuali variabili, imprevedibili e poco controllabili e quindi poco dominabili, deve sempre realizzarsi, coordinarsi, svilupparsi e progredire nel pieno rispetto dell'uomo da una parte e delle normative giuridiche e delle regole etiche e deontologiche dall'altra, indipendentemente dalla giusta possibilità di seguire differenti indirizzi clinici e di impiegare, in piena sicurezza, particolari metodologie e tecniche terapeutiche<sup>2 4 6 12-17</sup>.

Nella eventualità che si verificano fatti ed eventi dal risultato negativo, con esiti lesivi più o meno evolutivi oppure consolidati ed in qualche modo rispettivamente pregiudizievoli per la salute e per l'integrità psico-fisica del paziente, l'essersi attenuto e l'attenersi, in corso di prestazioni sanitarie, ad un comportamento adeguato, corretto, esemplare, diligente, prudente e legale, consentirà al medico di non rispondere delle eventuali e corrispondenti conseguenze dannose. Al contrario l'aver disatteso, anche in parte, durante l'adempimento professionale, le norme previste e le condotte più opportune e di accezione comune, comporta la diretta esposizione alla conseguente responsabilità, seppure vi fosse stata non già la certezza, ma anche una apprezzabile possibilità di successo<sup>3 9 13 16-18</sup>.

Indubbiamente l'attività medica è un esercizio "rischioso" e "pericoloso" ma socialmente utile e pertanto giuridicamente autorizzato con il limite della proporzione e della adeguatezza tra l'entità del rischio ed il livello e la qualità del prevedibile vantag-

gio (“criterio del rischio consentito”), cosicché la regola di “prudenza” ad esso applicabile non può normalmente prescrivere una astensione dall’attività stessa<sup>1</sup>.

I notevoli traguardi raggiunti dalla medicina, che non va considerata, come molti sconsideratamente continuano a sostenere, una scienza ma sempre un’arte basata su conoscenze scientifiche, consentono il conseguimento, come è stato accennato, di successi pochi anni fa inimmaginabili<sup>19</sup>. Tuttavia l’efficacia delle applicazioni cliniche viene frequentemente e dannosamente esaltata al di là di ogni ragionevole limite dagli organi di informazione e spesso anche da alcuni operatori del settore spinti da evidenti interessi promozionali con l’inevitabile conseguenza di alimentare sempre più, nei confronti ed a forte discapito dei sanitari e delle strutture che li ospitano, le attese, le aspettative e le speranze della popolazione. Allo stesso modo queste informazioni, acquisite aprioristicamente dall’opinione pubblica, anche se per itinerari interpretativi che poggiano su concetti talvolta del tutto differenti, sostengono in modo particolare le concezioni, le riflessioni e le reputazioni dottrinali e le conseguenti decisioni giuridiche e giurisprudenziali. Queste, a loro volta, tendono a ripercuotersi inevitabilmente sulla stessa dottrina con l’effetto di una pregiudizievole influenza reciproca che si concretizza in un continuo avvittamento che si colloca in spazi e concetti ben lontani dal modo migliore per cercare l’effettiva aderenza alla realtà dei fatti clinici, delle situazioni mediche e degli eventi che hanno per la loro intrinseca natura la possibilità di accadere<sup>3 9 20</sup>.

È doveroso segnalare che proprio sulla base degli attuali orientamenti giurisprudenziali, fortemente condizionati dalla notevole modifica del rapporto medico-paziente, i principi e le basi legali, con la partecipazione di singolari, stravaganti ed affannate interpretazioni medico-legali sulla valutazione della condotta e dell’operato del professionista, non si riconoscono nella giusta e doverosa equidistanza e nel corretto bilanciamento tra le parti ma si allineano sempre più, rispetto a quanto accadeva in passato, a riferimenti e a soluzioni decisamente dirette verso l’assistito<sup>7 21-23</sup>. Sembra più che utile soffermarsi sul fatto che gli orientamenti della magistratura e della dottrina, sia legale che medico-legale nonché quella a prospettiva assicurativa, tendono a modificarsi ed in concreto mutano in risposta al grado di attenzione che la società pone nei confronti di determinati valori e nei riguardi di particolari interessi da cui non possono se non derivare opportuni convincimenti sulla loro massima difesa, operazione questa che apre lo spinoso argomento non solo della ricerca dei confini della colpa e della responsabilità medica ma soprattutto quello che, per una sostanziale sintesi, conviene definire il fattore critico per eccellenza ossia il peso e l’attribuzione del risarcimento.

La progressiva acquisizione sociale del diritto alla salute, sempre più sentito in relazione alla scoperta concettuale ed alla graduale applicazione dell’articolo 32 della Costituzione, in relazione alle varie necessità che, come è stato detto, si tramutano in esigenze, richieste ed aspettative della popolazione, in rapporto maggiore alla entità ed al vigore delle attese ed in relazione minore alle reali possibilità di soddisfarle, tendono inevitabilmente a sostenere e a ravvivare una costante e pericolosa evoluzione interpretativa del concetto di responsabilità medica<sup>3 6-10 19 21</sup>. Come è noto, nei suoi presupposti basilari, l’art. 32 della Costituzione affida allo Stato la salvaguardia del diritto alla salute del cittadino, ma in sostanza e di fatto è alla classe medica in generale e al medico in particolare, per nulla sostenuto e quando necessario poco difeso, che viene demandato l’onere di questa delicata e difficile tutela che sottintende e prevede contenuti onerosi e del tutto singolari e che possiede, nella maggior parte dei casi, confini estremamente sfumati e problematici<sup>2</sup>. Muovendo da questi principi e soprattutto dalle ragionevoli ed evidenti considerazioni appena accennate, nell’affrontare le particolari configurazioni della day-surgery praticabile per risolvere alcune affezioni a carico dei distretti otorinolaringoiatrici sia in età pediatrica che in quella adulta, con i possibili e relativi risvolti giuridici e le conseguenti e successive ripercussioni medico-legali e legali, è opportuno porre l’attenzione ed analizzare sinteticamente le motivazioni che hanno progressivamente determinato l’esigenza, se non l’obbligo, di mettere in atto questo tipo di strategia terapeutica<sup>5 24-27</sup>.

Le possibilità offerte dall’esperienza clinica, basata sulle conoscenze e sulla scorta di eccellenti risultati derivati dall’applicazione di nuove metodiche consentite e favorite dallo sviluppo tecnologico, hanno gradualmente consentito la sua applicazione in un regime di soddisfacente sicurezza<sup>15</sup>. Queste prerogative hanno di fatto notevolmente ridotto sia i tempi tecnici di alcuni tipi di intervento sia i rispettivi decorsi post-operatori, ma, in concreto, hanno anche sollecitato l’investimento, l’impegno, la raffinatezza, la professionalità e l’aggiornamento del professionista dilatando ancor più i confini della sua responsabilità<sup>17 23</sup>. Sulla base di queste innovative possibilità operative, una volta valutata ed accertata l’affidabilità tecnica e garantita la loro attuabilità e fruibilità, se alcune prestazioni chirurgiche possono essere effettuate e la relativa, necessaria ed adeguata assistenza può essere attuata completamente senza pregiudicare le normative legali, etiche, deontologiche ed ordinistiche ed applicando i canoni metodologico-comportamentali, che come è noto devono caratterizzare e guidare ogni atto medico, nulla sembra impedire che l’azione chirurgica, attuando e realizzando di necessità i vari progetti clinici, possa dar soddisfazione

e riscontro alle esigenze ed alle necessità che hanno ispirato e sempre più condizionato l'applicazione della day-surgery<sup>4 23 24 26 27</sup>.

Sebbene la maggior parte di coloro che si interessano dell'argomento siano portati a metterle sullo stesso piano, va ricordato che la principale motivazione iniziale e la spinta prioritaria per la giustificazione di questa modalità chirurgica non è stata certo solo quella di ridurre i disagi e le affezioni dei pazienti, condizioni queste che una volta appurate oggettivamente hanno consentito la sua completa liceità tecnica e la sua definitiva legittimazione legale, ma quella di tentare di limitare ed abbattere le spese dell'assistenza<sup>23</sup>. Come è noto i costi sono cresciuti a dismisura negli ultimi tempi in relazione a molteplici fattori che vanno in sintesi dalle impostazioni a carattere socio-sanitario all'aumento della durata della vita e a quelle derivanti dal rapido mutamento psico-sociale ed assicurativo delle comunità economicamente più sviluppate e socialmente più progredite<sup>1</sup>. In linea di massima si tende ad affermare il principio che il prezzo delle prestazioni, che nell'arco di una giornata consentono l'efficace soluzione chirurgica di ben individuate affezioni o di svolgere una buona quota delle attività diagnostiche, viene in alta parte bilanciato dal risparmio derivante dalla riduzione degli impegni strutturali ed umani di sala operatoria e da una significativa contrazione della durata della degenza. Il vantaggio che ne deriva sarebbe dato dalla compressione delle liste d'attesa con la possibilità di trasferire e dedicare maggiori risorse, disponibilità ed attenzione clinica ed assistenziale alle patologie più severe e più impegnative.

La trasformazione aziendale e "ragionieristica" della sanità ha in qualche modo spostato il fine degli interessi ed ha modificato e sta ancora modificando i mezzi e la modalità della somministrazione di alcune prestazioni, che potremmo definire in economia di recupero, al fine di raggiungere l'obiettivo della soddisfazione del paziente con itinerari clinici differenti da quelli proposti ed attuati in precedenza e principalmente rappresentati dalla classica e statica organizzazione in reparti. Il nuovo sistema, certamente con caratteristiche organizzative più dinamiche ed articolate, si sta sempre più diffondendo e consolidando prevedendo da un lato la progressiva diminuzione dei posti-letto e delle degenze e dall'altro il necessario e contemporaneo potenziamento delle attività a carattere ambulatoriale delle prestazioni chirurgiche ed assistenziali che possono essere realizzate in piena sicurezza nell'arco di una giornata<sup>24 25</sup>. L'offerta di interventi da condurre in day-surgery, in funzione di una specifica domanda che in concreto sottintende solo esigenze del tutto particolari, tende a salire<sup>25 28</sup><sup>29</sup>. Una siffatta situazione, per la rapida ed imposta, nonché relativamente adeguata modifica della mentalità organizzativa del medico e dei suoi collabora-

tori, obbliga all'inevitabile revisione ed al rinnovamento, non certo concettuale ma applicativo, di alcune di quelle prerogative e di quelle condotte che sinora hanno dettato non tanto i principi quanto la collocazione, le interpretazioni e gli orientamenti della responsabilità del chirurgo<sup>8 15 21 30</sup>. Come è noto il nuovo sistema sanitario (decreto legislativo n. 502 del 30/12/1992), basato sul criterio di pagamento per tipo di prestazione e sulla verifica della qualità – sarebbe, purtroppo, alla luce dell'esperienza quotidiana più veritiero il termine quantità – delle prestazioni effettuate, si riferisce, per il finanziamento delle attività svolte, alla classificazione dei ricoveri. Un simile metodo, strutturato sulla individualizzazione dei costi e finalizzato alla determinazione dell'ammontare economico da erogare, tende, congiuntamente alla presenza di altre voci ed altri elementi, a distinguere e a classificare, sulla base dei consumi e degli impegni delle risorse necessarie ed utilizzate, gruppi di affezioni omogenee e categorie di ricoveri affini ed uniformi. Per inciso va detto che proprio per le ampie e settoriali caratteristiche, la nostra disciplina risulta estremamente penalizzata tanto che molte prestazioni, definite di confine, sono state non solo progressivamente sottratte da altre specialità ma anche e per di più meglio retribuite.

L'impulso innovativo sta avendo il sopravvento in quanto viene presentato con tutti i connotati della scelta ragionata e razionale per centrare obiettivi inderogabili in qualche modo condizionati da motivi di vitale importanza che non sono certo solo quelli legati all'interesse sanitario dell'assistito, la cui tutela legale della salute prevista dal nostro ordinamento viene per la maggior parte affidata al sanitario, ma quelli determinati dall'economia per cui si ha la netta impressione, se non la conferma, che le motivazioni economiche tendono a venir prima di qualsiasi altro diritto<sup>22</sup>. Ne consegue che il finanziamento tende a basarsi non più su una quota fissa giornaliera come accadeva in precedenza ma sulla sola tipologia e sulle caratteristiche di bilancio delle prestazioni sanitarie condizioni che facilmente tendono a far accantonare, sia dalla parte amministrativa per motivi economici che da quella sanitaria per motivi di necessaria sopravvivenza, i principi di qualità e di effettiva necessità<sup>11</sup>. L'applicazione di questo sistema, una volta attentamente valutata la consistenza del bacino d'utenza in rapporto alle esigenze relative alle varie specialità, si dovrebbe tradurre nella contrazione del periodo di degenza che in concreto implica la riduzione del numero dei letti e dei relativi costi in quanto sul medesimo letto dovrebbero avvicinarsi, per il veloce ricambio, più pazienti.

Il day-hospital, organizzazione che comprende anche la day-surgery, prevedendo da un lato l'utilizzazione concentrata delle risorse sia umane che tecniche e dall'altro assicurando nella maggior parte dei casi

una valida risoluzione della affezione, tende a diminuire le spese di ospedalizzazione che si realizzano concentrandosi in una attività a ciclo diurno<sup>27 28</sup>.

Non risulta difficile intuire o quanto meno ipotizzare che la riduzione quasi imposta dei tempi di ricovero può alimentare le occasioni, le evenienze ed i contenuti della responsabilità medica con prevedibili ripercussioni medico-legali dalle complesse problematiche. È sufficiente porre l'attenzione sulle conseguenze che possono derivare da dimissioni anticipate o cosiddette "immature" in grado di sostenere aggravamenti o prolungamenti con complicanze delle affezioni oppure di favorire ricadute o facilitare condizioni di cronicità. Simili eventualità non sono solo attribuibili al medico che ha effettuato ufficialmente la dimissione, ma solitamente e direttamente vengono addebitate al chirurgo che ha eseguito l'intervento. Infatti, nel compresso bilancio clinico complessivo, il chirurgo, programmando ed attuando la prestazione in day-surgery ha in qualche modo deciso anticipatamente la prognosi e, nel momento in cui ritiene di aver esaurito il proprio compito, consolida e definisce la conseguente "temporalità" clinica della dimissione stessa. Come è noto questa fase assume, sia per le modalità sia per i contenuti, una estrema importanza che, per i rischi che sottintende, innesca frequentemente problemi di responsabilità professionale con inevitabili risvolti e giudizi medico-legali<sup>31</sup>. Proprio questo particolare aspetto della day-surgery possiede una serie di fattori che tendono a far emergere altri problemi che andranno sicuramente a costituire una nuova forma, attualmente discussa in senso dottrinale e ancora non ben elaborata e definita in senso pratico, di consenso informato diretto e finalizzato alla "accettazione" da parte del paziente della sua dimissione soprattutto per quanto concerne la qualità, il regime e le direzioni dell'informazione. Senza dubbio questi aspetti alimenteranno altre problematiche molto complesse e di non facile soluzione non tanto per ciò che riguarda le competenze giuridiche e le interpretazioni dottrinali quanto per le regolari e non certo imprevedibili ricadute sulla responsabilità medica che, ampliandosi ancor più, in ambito civile si avvierà sempre più verso il profilo esclusivamente contrattuale<sup>3 16-18 21 25 29 31-33</sup>.

Come nella tipologia del ricovero e della modalità dell'intervento, anche nella dimissione e nell'immediato periodo post-operatorio si vengono a combinare e coniugare motivazioni cliniche ed esigenze organizzative che fanno capo alle caratteristiche, alle prerogative ed al funzionamento della struttura sanitaria di origine ovviamente estesa al territorio di competenza<sup>26</sup>. Tuttavia la valutazione dello stato di "dimissibilità" è un prevalente compito ed un responsabile ufficio di esclusivo ordine medico in quanto si basa sulla concentrazione del criterio "diagnosi-prognosi", operazione che per la sua estrema delicatezza, ri-

volgendo il pensiero ai concetti di prevedibilità e prevenibilità, espone a rischi non indifferenti insiti ad esempio nelle causalità di una non conseguita o ritardata guarigione oppure nelle motivazioni di complicanze sia precoci che tardive ovvero a tutti quei fattori concomitanti o concorrenti ad esse eventualmente predisponenti o facilitanti<sup>31</sup>.

Come è stato premesso l'evoluzione tecnologica, garantendo maggiormente rispetto al passato il fattore sicurezza ed offrendo modalità metodologiche dai risultati chirurgici più favorevoli, tende a ridurre ed attenuare i problemi operatori, che rappresentano attualmente solo una parte di quelle condizioni essenziali per determinare l'eticità e qualificare la liceità della day-surgery. Infatti deve sussistere ed esser portata a conoscenza, per qualunque esigenza, evenienza o urgenza post-chirurgica, una organizzazione assistenziale in prima battuta esterna all'ospedale e successivamente interna allo stesso presidio pronta ed efficace in grado di fronteggiare, controllare e dominare situazioni di emergenza. Tali problematiche di ordine prudenziale associate a quelle possibili derivanti dal brevissimo periodo post-chirurgico di osservazione diretta aprono l'importante questione della "sorveglianza dei pazienti" che rappresenta uno dei più rilevanti aspetti dell'organizzazione vista sotto l'aspetto della qualità della assistenza e del comportamento assistenziale.

Non dimenticando il valore fondamentale dell'informazione<sup>1 6</sup>, tutto l'itinerario di un caso affidato e rimesso alla day-surgery, che sinteticamente va dalla diagnosi alla organizzazione del ricovero, dal disporre di strutture adeguate al personale in esse impiegato, dalla dimissione alla sorveglianza del paziente almeno fino al primo controllo, è legato a condotte doverose e numerose la cui inosservanza può configurare e realizzare un comportamento colposo con conseguente responsabilità<sup>5</sup>. Si vengono, pertanto, a coniugare situazioni che non hanno regole scritte ma fortemente insite nella capacità, nella esperienza, nella competenza, nell'attitudine e nella qualità clinica del sanitario. Un simile bagaglio, che condensa la perizia unito alla diligenza ed alla prudenza, è l'unico in grado di consentire un processo analitico sulla natura e sull'entità dei rischi e di conseguenza permettere la predisposizione delle più adeguate cautele e delle precauzioni più opportune. Senza alcun evidente diritto sempre ed unicamente sul medico ricadono obblighi, doveri e responsabilità e come è dato di osservare, nel momento in cui accadono o si prospettano eventi negativi o potenzialmente tali, egli è solo e del tutto abbandonato non tanto dai colleghi ma anche dalla struttura in cui ha operato che invece di difenderlo sulla base di evidenti giustificazioni spesso tende a contraddire le sue seppur naturali e necessarie decisioni ed i suoi comportamenti.

Leggendo le “Linee guida relative alle procedure interventistiche diagnostiche e/o terapeutiche praticabili in regime di assistenza chirurgica a ciclo diurno attinenti la specialità di otorinolaringologia e chirurgia cervico-facciale”, recentemente stilate da autorevoli Colleghi nominati dal Consiglio Direttivo della nostra Società<sup>34</sup>, risultano evidenti i principi di profonda attenzione e di estrema prudenza che hanno ispirato non solo le interpretazioni ed i suggerimenti sulle condizioni clinico-organizzativo della day-surgery in otorinolaringoiatria quanto la tipologia delle prestazioni e delle procedure erogabili in un simile regime ed in quello ambulatoriale<sup>28 33 35</sup>. Non si può, infatti, non sottolineare che i distretti di competenza della nostra specialità sono a continuo rischio di emorragie, edemi, dispnee o disfagie, complicanze, che in nome della prudenza, della perizia e della diligenza, rappresentano delle prerogative che devono contraddistinguere una condotta esemplare per l’adempimento ineccepibile della prestazione<sup>16-18 23 26 27 30 31 36 37</sup>. Per intendere nella sua globalità la prestazione stessa, l’insieme delle condizioni elencate necessitano prioritariamente di una costante ed adeguata attenzione imponendo una condotta vigile, pronta ed irreprensibile da parte sia degli specialisti che dei collaboratori e del personale deputato all’assistenza<sup>17 24 38</sup>.

Le attività elencate nelle linee-guida, che ragionevolmente non possono essere considerate modelli di valore assoluto e di impegno tassativo, rappresentano in definitiva, sotto forma di suggerimento indicativo, la codificazione e la classificazione “a minima” di quegli interventi che fino a qualche decennio fa rappresentavano una buona parte dell’attività dell’otorinolaringoiatra svolta, il più delle volte, in un regime di “comprensione” oppure di “protetta” irresponsabilità<sup>22 37 38</sup>. Tra l’altro si può affermare che gli interventi segnalati sono stati filtrati e delineati tra quelli in grado di offrire criteri e spazi di alta affidabilità e di maggior sicurezza operativa al fine di conseguire il miglior risultato clinico possibile onde evitare al massimo ogni tipo di conseguenza e di relativa ed eventuale rivendicazione. Proprio queste caratteristiche, associate alla selezione dei pazienti, alle problematiche sostenute e talvolta ingigantite dall’ambiguità interpretativa ed attuativa del consenso informato, ai rapporti pre- e post-chirurgici con i medici di base e con le strutture sanitarie territoriali, ai modelli ed ai requisiti organizzativi ed alle sedi di realizzazione, aprono la discussione sulla responsabilità dello specialista otorinolaringoiatra in relazione e nei confronti della pratica della day-surgery<sup>23 28 33</sup>. Questa attività<sup>26</sup>, infatti, non può essere vista solamente nel suo semplice e concentrato adempimento e compimento operativo, ma deve essere considerata, analizzata e condotta in rapporto ad una visione completa e in quel senso più ampio che il nostro ordinamento giuridico inquadra nella

cosiddetta “prestazione professionale di opera intellettuale”<sup>3 7-9</sup>. A tal riguardo è del tutto ragionevole affermare che un simile tipo di chirurgia deve essere inserito, una volta assolti totalmente gli obblighi di una corretta ed adeguata informazione, negli stessi confini e considerato con identica liceità giuridica della responsabilità professionale che viene riconosciuta ed attribuita alle altre attività medico-chirurgiche, prevedendo e meritando, tuttavia, una severità maggiore nel momento in cui l’atto chirurgico comporti rischi di reale gravità tali da configurare e concretizzare concetti di punibilità al di fuori ed al di là dei normali canoni previsti ed utilizzati nel commisurare la tipologia ed il regime della responsabilità del medico-chirurgo<sup>1 5 7 9 21</sup>. Tale visione concettuale, per la sua ormai consolidata collocazione operativa e giurisprudenziale, impone alla day-surgery, una volta acquisitane la piena liceità legittimata anche sulla scorta di un consapevole consenso, comportamenti dai criteri di formazione, di preparazione, di esperienza, di valutazione, di operosità, di avvedutezza, di opportunità, di qualità e soprattutto di informazione ancor più attenti, oculati, precisi, adeguati, equilibrati, completi e rigorosi. Un particolare riguardo deve essere ancor più riservato all’osservanza dei fondamentali principi di correttezza, buona fede, diligenza, prudenza, perizia, attenzione e disponibilità in quanto la prestazione viene considerata, in base al livello ed alla classificazione dei problemi da risolvere, indiscutibilmente ordinaria e semplice, di facile esecuzione, di comune applicazione, sicura e dal risultato garantito in altissima percentuale, tanto che qualcuno tende a configurarla, per l’aspetto singolare della responsabilità civile, come è stato accennato, in un rapporto contrattuale<sup>3 5</sup>,

Nel linguaggio medico comune, nella manualistica medico-legale, nelle cronache degli organi d’informazione e di conseguenza nella convinzione dell’opinione pubblica, non tanto al concetto quanto al termine di “responsabilità professionale” viene abitualmente attribuito il significato di errore e di colpa in relazione ad un comportamento incongruo oppure inadempiente ovvero omissivo in ambito diagnostico, terapeutico o preventivo quando da esso sia derivato un danno al paziente. Questo profilo corrisponde al significato “negativo” dell’espressione, ambivalente, di responsabilità al quale si contrappone l’aspetto “positivo” dell’essere coscienti e quindi dell’assumersi tutte quelle ampie responsabilità che l’attività sanitaria comporta<sup>25</sup>.

Nell’intimo contesto che sostiene e configura la day-surgery risulta impensabile affrontare l’ampio tema della responsabilità del chirurgo restringendola unicamente al periodo del cosiddetto “day-after” e quindi considerarla solamente con i criteri negativi della responsabilità stessa che si riferiscono, partendo da-

gli esiti, all'esame dell'evento dannoso e delle sue cause sia materiali sia umane che bio-individuali<sup>30</sup>. Una corretta e più approfondita disamina dell'argomento può essere ragionevolmente condotta focalizzando le problematiche sulla logica medica e sulla indiscutibile importanza della responsabilità positiva che tende in concreto a realizzarsi con l'applicazione di tutti i mezzi a disposizione e con l'attuazione di una condotta adeguata e necessaria nel precipuo interesse della salute e della tutela del paziente<sup>5 7 9 21</sup>. Questo comportamento deve essere messo in atto "prima" che di fatto si avvii (causa) e si concretizzi in sostanza poi (effetto) l'evento dannoso nell'assoluto rispetto dei concetti di prevedibilità e prevenibilità. In altri termini si tratta di porre l'attenzione sul regime della responsabilità del chirurgo spostando la sua consistenza analitica dal solo "dopo" consolidato al "prima", al "durante" e al "dopo" dinamico<sup>39</sup>. Una simile impostazione concettuale può essere adeguatamente affrontata basandosi sui rigorosi principi del doveroso comportamento dettato, come è stato detto, dalla classica logica medica il che significa riproporre la ripetizione delle regole deontologiche e delle norme di buona ed accurata pratica clinica che in effetti non sono di pertinenza medico-legale, ma compito essenziale che spetta responsabilmente al chirurgo otorinolaringoiatra, all'anestesista, al laboratorista, al radiologo e a tutti coloro che partecipano o parteciperanno alla prestazione qualunque ne sia il tipo. L'anima del problema altro non è se non il richiamo all'applicazione di tutti i doveri sottolineati dal codice di deontologia ed etica medica come incombenti ad ogni medico: quello di ben operare nell'esclusivo interesse della salute della persona e della tutela della sua personalità, quello del continuo aggiornamento e della formazione permanente (il cui livello costituendone un singolare aspetto risulta essere un sensibile e veritiero indicatore della responsabilità positiva), quello di documentare e soprattutto quello di dialogare con il paziente ed informarlo completamente e "a misura" per acquisirne il valido consenso<sup>5 6 21 29 21 32 35 37 38</sup>.

Prima di avviare una qualsiasi prestazione sanitaria è necessario che sussista da un lato una richiesta con una effettiva motivazione da parte del soggetto e dall'altro un suo consenso consapevolmente informato in riferimento generale ed in relazione particolare finalistica e metodologica su ciò che si andrà ad eseguire (fase pre-contrattuale) sia nei momenti diagnostici che in quelli strettamente terapeutici come pure in quelli convalescenziali (fase contrattuale).

Occorre sottolineare che il nostro ordinamento è oltre modo severo e prescrive di non intraprendere alcuna attività clinica senza il consenso del paziente opportunamente e validamente informato<sup>3 5</sup>.

In concomitanza con il deciso affermarsi della disciplina sul consenso informato, si assiste al consolida-

mento di un orientamento giurisprudenziale che tende sempre più a privilegiare il diritto dell'individuo alle scelte che riguardano la propria salute nel rispetto del concetto sull'autodeterminazione. Ne deriva che il dovere principale nell'accingersi ad affrontare problematiche ed itinerari diagnostiche e provvedimenti e trattamenti di chirurgia è rappresentato dalla corretta e completa informazione che, come è stato accennato, per la day-surgery tende a basarsi sul complesso e difficile rapporto valutativo e comportamentale legato alla stretta e concentrata relazione cronologica "diagnosi-prognosi". Per la completa ed adeguata realizzazione di questo tipo di vincolo in primo luogo devono essere analizzate le caratteristiche, la tipologia e l'evoluitività del caso clinico e di conseguenza le ragionevoli motivazioni che possono e che devono giustificare la risposta chirurgica ed assistenziale da erogare nell'arco di tempo di una giornata. In secondo luogo e in base alle notizie acquisite deve essere progettata una opportuna strategia metodologica predisponendo una ragionata ed incisiva sequenzialità deduttiva degli accertamenti e, sempre in rapporto ai dati in possesso, va preventivata e programmata la più adeguata condotta chirurgica che deve essere attuata applicando, in relazione alle possibilità ed alla presenza di eventuali controindicazioni, la migliore tecnica possibile<sup>17 27</sup>. Uno stadio importante di questo approccio programmatico è costituito dalla preventiva stima dei risultati conseguibili tenendo conto dei possibili rischi legati alla metodologia tecnica, all'uso di farmaci anestetici, alle complicanze ed alla bio-individualità ed allo stato generale del soggetto<sup>26</sup>. L'ultima fase è rappresentata dalle garanzie assistenziali e strutturali offerte nell'immediato periodo post-operatorio domiciliare, notizie queste che devono essere date chiaramente in presenza, con promessa di una attiva collaborazione, consapevole e responsabile, dei parenti che, accettandoli, devono convenire sui consigli e sulle modalità di condotta dettagliatamente preordinata. Attraverso più colloqui e in un chiaro e leale rapporto con l'assistito, il conglobamento oggettivo di tutte queste informazioni andrà confrontato e attentamente correlato (fase pre-contrattuale) con le sue esigenze cliniche e coniugato con le sue aspettative<sup>13 17</sup>.

Ad ogni buon conto si riporta un passo della sentenza della Corte di Cassazione n. 10014 del 25 novembre 1994: "... Un consenso immune da vizi non può che formarsi dopo aver avuto piena coscienza della natura dell'intervento chirurgico, della sua portata ed estensione e dei suoi rischi, dei risultati conseguibili e delle possibili conseguenze negative, sicché presuppone una completa informazione sugli stessi da parte del chirurgo ...".

Scorrendo la casistica generale della nostra giurisprudenza, la violazione del dovere di informazione viene di frequente riscontrata anche nella mancata il-

lustrazione o nella reticenza delle “possibilità alternative”, oppure dei rischi e/o effetti collaterali di un determinato trattamento terapeutico<sup>5 17 18 22 35</sup>.

L'estrema individualità, singolarità ed unicità delle situazioni che di volta in volta si possono presentare non consentono di stabilire regole generali univoche se non quelle basate solamente su di un comportamento responsabilmente positivo ed adeguato dell'otorinolaringoiatra in rapporto non solo alla sua autovalutazione professionale ma anche alle effettive ed equilibrate garanzie che la struttura ove opera è in grado di offrire<sup>17 25 28</sup>. Utile soffermarci a tal proposito sul fatto che per ciascun contenzioso gli elementi che assumono nella maggior parte dei casi una notevole importanza sono rappresentati o fanno riferimento in modo diretto oppure indiretto da un lato all'informazione che si realizza non solo nella fase precontrattuale ma in tutto il periodo relativo alla prestazione e dall'altro al dovere di documentare dettagliatamente sia la modalità dell'acquisizione del consenso sia tutte le evenienze ordinarie e straordinarie dell'intera vicenda sanitaria con i relativi e rispettivi provvedimenti adottati. Si ricorda che la documentazione rappresentata dalla cartella clinica, è una certificazione impegnativa alla quale si affidano i dati anamnestici e gli aspetti obiettivi, la registrazione del consenso e quella del decorso, i risultati delle analisi di laboratorio e quelli delle prove strumentali, la natura e le modalità delle terapie mediche e chirurgiche effettuate, i provvedimenti consigliati a domicilio ed infine la diagnosi clinica<sup>38</sup>.

Frequentemente, a conferma della negligenza del sanitario, viene sovente evidenziata una “cattiva gestione” della documentazione clinica la cui trascuratezza tende a vanificare l'atto formale ed il suo significato. Si ricorda che, come si vedrà anche in seguito, l'ampiezza, la correttezza e l'adeguatezza documentale della cartella clinica<sup>7 22 38-40</sup>, nata inizialmente come registrazione utile a fini clinico-scientifici, ha acquisito ormai in tutti gli ordinamenti giuridici un obbligo dalle notevoli prospettive a valenza medico-legali. Questa attività, come è noto, viene regolata da norme, per quanto riguarda la responsabilità del medico, previste dal D.P.R. 27 marzo 1969 n. 128 e da quello 761/1979.

A tal proposito è interessante notare come il nostro ordinamento giuridico stabilisca chiaramente il duplice ruolo e l'ambivalenza della cartella clinica. Infatti da un lato viene considerata un “atto pubblico” con conseguente responsabilità penale in ipotesi di attestazioni non veritiere o di alterazione materiale (falsità ideologica e falsità materiale in atto pubblico) e dall'altro definita un atto documentale attestante “giudizi diagnostici e terapeutici”<sup>7</sup>.

La sentenza n. 1382 del 18 gennaio 1967 della Corte di Cassazione, dopo aver riproposto le disposizioni citate, così conclude: “... al documento in parola va

fatto riferimento come l'essenziale fonte di autonoma prova per qualsivoglia accertamento o controllo sulla esattezza dei giudizi diagnostici e sulla correlativa esecuzione delle necessarie terapie, al fine di determinare l'adempimento corretto dei doveri ...”.

Ne deriva che una documentazione clinica carente nel suo complesso impedisce una corretta ricostruzione degli eventi, essenziali nei casi di controversie giudiziarie e l'evidente trascuratezza annulla in modo sostanziale la dimostrazione sia di aver mantenuto un comportamento diligente, adeguato, corretto e responsabile sia talvolta di aver somministrato una completa e compresa informazione.

Il dovere di documentare, in relazione soprattutto ai numerosi e particolari aspetti che caratterizzano la day-surgery oggetto in continua espansione ed evoluzione, consente di aprire un capitolo abbastanza nuovo per ciò che attiene la cultura medica italiana. Sino-ora, infatti, la maggior parte dei sanitari ha considerato questo impegno solo dal punto di vista formale e non normativo non considerando a pieno la sua utilità e la sua relativa carica retroattiva di responsabilità, tant'è che spesso veniva affidato a collaboratori frettolosi oppure compiuto in tempi successivi, condizione che già di per sé espone legalmente in modo del tutto negativo. Questo obbligo, secondo prassi, tende a concretizzarsi abitualmente nell'annotazione in cartella clinica in modo più o meno dettagliato, come ad esempio per una avvenuta reazione avversa, nella fattispecie una idiosincrasia a particolari farmaci, con specificazione della sintomatologia riscontrata, delle cure predisposte, degli accertamenti laboratoristici effettuati, dei loro risultati e dell'esito della vicenda<sup>39</sup>. Tuttavia va detto che l'annotazione, indubbiamente doverosa e precisa, finisce per il futuro a restare fine a sé stessa, a meno che il paziente, dimesso, chieda di disporre di copia della cartella clinica e la porti abitualmente con sé per opportuna conoscenza dei medici che in seguito avranno a che fare con lui<sup>1 3 8 36</sup>. L'argomento apre una problematica che succintamente verrà affrontata in seguito.

In assenza di precise disposizioni sulla regolare stesura tecnica della cartella clinica non può essere sottovalutata la sua attuale evoluzione concettuale, strutturale, documentale ed amministrativa allo scopo di evitare eventuali conseguenze legali ovvero medico-legali da un lato e per la migliore consultazione ed utilizzazione a fini clinico-scientifici, dall'altro. A tal proposito crediamo di estrema utilità prevedere la compilazione della cartella clinica orientata per problemi diagnostico-clinici che sostanzialmente deve prevedere principalmente quei paragrafi essenziali rappresentati dalle problematiche e dalle eventuali difficoltà che il caso presenta, dai dati di base definitivi, dal piano strategico iniziale e dal diario clinico e tutte quelle condizioni che avviano verso il giudizio diagnostico con le decisioni prese ed i provvedimenti



adottati in rapporto al decorso ed infine il giudizio prognostico nella fase di dimissione<sup>7 8 38</sup>.

Per inciso nonché per completezza si ricorda che anche il registro operatorio è formalmente parte integrante della documentazione sanitaria e, al pari della cartella clinica, venga a tutti gli effetti considerato un atto pubblico in grado di testimoniare l'itinerario metodologico e tecnico-esecutivo dell'intervento chirurgico con la descrizione in successione dei tempi operatori.

Nei casi in cui il potenziale miglioramento di situazioni considerate "facili", perché eseguibili in regime di day-surgery, tenda in prospettiva ad essere esiguo per la particolare natura dell'affezione oppure negativo per l'alto pericolo di complicanze o quando sussistano presupposti per un probabile insuccesso, l'occasione di nuocere, ricordando il principio obbligazionale del *primum non nocere*, aumenta sensibilmente e in modo inversamente proporzionale all'entità del problema da affrontare<sup>5 9 11</sup>. A tale riguardo non può essere dimenticato che il rigore con cui verrà valutato e giudicato il comportamento del chirurgo risulterà essere tanto più rigido quanto meno importante era in concreto la finalità perseguita e l'effettiva possibilità di adempierla, conseguirla e realizzarla compiutamente<sup>3 5 10 22-24 41</sup>. D'altra parte è intuibile sia l'entità che la forma nonché il livello della responsabilità che ne può derivare al solo ricordo dei criteri di prevenibilità e prevedibilità che non solo tendono a rafforzare la complessa articolazione del "rapporto rischio/beneficio", ma anche richiamano ad un comportamento caratterizzato dalla prudenza, diligenza e perizia in ossequio ai requisiti che sono stati dettagliatamente sottolineati per la responsabilità positiva<sup>23</sup>. Ad esempio, una condotta colposa può realizzarsi nel fatto di non aver rilevato e debitamente registrato una accurata anamnesi medica del paziente per quanto concerne gli elementi di probabile rischio (si pensi come è stato accennato a fenomeni allergici o a particolari idiosincrasie o intolleranze, a cardiopatie, al pregresso o continuo uso di farmaci, ecc.) che possono in qualche modo emergere e presentarsi come fattori di predisposizione a complicanze durante le cure prestate in un regime contratto come quello della day-surgery. Infatti, come è noto, la day-surgery non prevede le urgenze terapeutiche ma solo quelle attività che sono pianificabili in un giusto lasso di tempo e nella maggior quotazione del rapporto sicurezza/efficacia sia per il paziente che per gli operatori sanitari. Non può essere dimenticato che trattandosi di esercizio medico-chirurgico, è sempre presente il "rischio" che non deve e non può far solo riferimento a quei trattamenti che espongono il paziente al pericolo della propria incolumità ed integrità fisica ma anche a quelle terapie e a quelle azioni, in condizioni concomitanti, concorrenti e conseguenti, che potenzialmente possono condurre a complicazioni o ad esiti negativi.

Nel concetto generale di rischio, che riguarda tutte le attività chirurgiche in generale e per la sua singolare connotazione e tipologia operativa la day-surgery in particolare, può rientrare anche l'ipotesi di "trasmissione del virus HIV", quale conseguenza di un trattamento otorinolaringoiatrico non conforme ai parametri di prudenza, diligenza ed attenzione o comunque inosservante delle *leges artis* della nostra specialità. In effetti questo rischio è legato alla facilità di venire a contatto con il sangue di soggetti infetti e ciò verosimilmente espone al pericolo di contrarre il virus sia da parte dei chirurghi che dei pazienti sani a causa di una mancata o inadeguata sterilizzazione dello strumentario utilizzato. A tal proposito si segnala la tendenza a prevedere nei luoghi ove si pratica la chirurgia ambulatoriale, come ad esempio accade in ambiente odontoiatrico, una buona igienizzazione che evidentemente non equivale alla sterilizzazione. Naturalmente, poiché non tutti i pazienti infetti possono essere identificati tramite l'anamnesi o gli accertamenti di laboratorio, la perfetta sterilizzazione dello strumentario chirurgico e tutte quelle precauzioni codificate per la conduzione di ogni intervento chirurgico costituiscono una condotta preventiva diligente, prudente ed attenta da adottare tassativamente ed abitualmente.

Accanto alla condizione di sieropositività, ci sono determinate patologie associate all'infezione da HIV che l'otorinolaringoiatra deve intercettare ed annotare ai fini igienico-profilattici in quanto specificatamente localizzate nel cavo orale. Le forme attualmente individuate sono rappresentate da infezioni da *Candida albicans* e da *Herpes simplex virus*, dalla "leucoplachia orale villosa", da localizzazioni orali del "sarcoma di Kaposi"<sup>16</sup> e assai raramente dai linfomi "non-Hodgkin".

Non trascurabili, d'altra parte, tutte quelle situazioni in grado di caratterizzare le problematiche sanitarie connesse con l'attuale ed imponente immigrazione ovvero con i rapidi trasferimenti per turismo o lavoro da e per regioni considerate a rischio di patologie particolari<sup>16 30</sup>.

Dunque, come in tutte le attività medico-chirurgiche, ciò che è soggetto a rischio deve essere oggetto da un lato di completa attenzione e dall'altro di adeguato aggiornamento e di sincera informazione che, una volta posta la diagnosi, deve soddisfare pienamente almeno i seguenti punti:

- lo stato di salute attuale del paziente;
- la valutazione del suo stato anteriore;
- le caratteristiche evolutive spontanee dell'affezione;
- le possibilità terapeutiche, mediche e/o chirurgiche;
- i risultati prevedibili con ciascuna di esse;
- gli effetti collaterali e gli esiti eventualmente inevitabili;

- i rischi rispettivamente connessi;
- le conseguenze e gli eventuali rischi in caso di mancato intervento.

Se queste importanti aspetti rappresentano un buon itinerario informativo possono altresì consentire, come è stato accennato, la compilazione della cartella clinica orientata per problemi.

In sintesi i limiti, la determinazione ed il relativo controllo della singolare attività rappresentata nel suo complesso dalla day-surgery qualunque sia la specialità coinvolta, vengono rappresentati e si riconoscono nella potenziale proporzione e nell'efficace temperamento che, nella progettualità clinica e nell'applicazione pratica, si devono necessariamente concretizzare per confluire nel sintetico rapporto tra i prevedibili ed auspicabili vantaggi ed i possibili insuccessi, senza tralasciare gli eventuali danni che possono conseguire, direttamente o indirettamente ed anche in tempi diversi e differiti, al trattamento stesso.

Con la diffusione della day-surgery e di tutte quelle procedure eseguibili in regime ambulatoriale e quindi in un breve arco di tempo sarebbe opportuno che quello strumento informativo rappresentato dal "libretto sanitario", contemplato per tutti i cittadini dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, venisse finalmente utilizzato per documentare tutti gli itinerari patologici e terapeutici del singolo soggetto. Ma questo supporto cartaceo, amovibile e facile da portare, sebbene abbastanza in uso nei rapporti pediatrici soprattutto per l'attenzione e la diligenza posta da alcune mamme e da buona parte dei pediatri, a più di vent'anni dalla promulgazione della legge è ben lungi dall'essere compilato, aggiornato, utilizzato e consultabile in età adulta.

Sarebbe opportuno vista la notevole utilità, sia sanitaria che economica e soprattutto legale, del libretto sanitario che la nostra Società, senza voler limitare l'autodeterminazione e la creatività di ciascun otorinolaringoiatra facilmente riscontrabile nelle varie e più o meno tradizionali e sintetiche documentazioni di dimissione, se ne faccia carico almeno per produrre, non solo a proposito della day-surgery ma anche nei confronti di tutta l'attività della disciplina, una modulistica omogenea, convenientemente parametrata, di immediata lettura e di facile comprensione che segua, con il suo più adeguato e diligente aggiornamento, il paziente in tutti le sue possibili vicende sanitarie.

Concludendo non può esser dimenticato che la condotta clinica in generale e l'azione chirurgica terapeutica specifica e specialistica in particolare, trovando la liceità e legittimandosi nel criterio del "rischio consentito"<sup>3</sup> in base ai principi già accennati di

prevedibilità e prevenibilità ancor più discriminanti e fondamentali per la day-surgery<sup>27</sup>, finiscono per condensarsi, riassumersi e giustificarsi unicamente nel sottostare all'inevitabile e complesso rapporto "rischio/beneficio", ragionevolmente considerato ed analizzato anche in relazione ai multiformi e versatili aspetti ed alle molteplici variabili che le problematiche patologiche, cliniche e bioindividuali solitamente comportano.

Il seguire linee-guida e protocolli solitamente consigliati, che crediamo elementi che purtroppo consentono nella maggior parte dei casi una lettura ambivalente e quindi soggetti ad ambigue interpretazioni talvolta di comodo e quasi sempre a scapito del professionista, dovrebbe tendere se non a liberare completamente almeno ad attenuare la responsabilità del chirurgo. Se, al contrario, nella sua libertà discrezionale, dovesse ritenere di applicare trattamenti non collaudati, in caso di risultati negativi, avrà l'onere di dimostrare in concreto la validità o quanto meno la presenza effettiva di controindicazioni o di motivate limitazioni del metodo talvolta convenzionalmente ovvero ufficialmente previsto e consigliato.

Non bisogna dimenticare, come spesso accade all'opinione pubblica ed alla giurisprudenza, che all'evoluzione del progresso tecnologico, basato su leggi fisiche, non corrisponde da parte del sapere medico, impegnato in un campo biopatologico e bioindividuale, l'acquisizione di certezze assolute dotate dei caratteri dell'oggettività e dell'universalità.

Desideriamo, in fine, riproporre con la day-surgery, indipendentemente dalla specialità, l'immagine di una medicina moderna dove il medico non sia solo considerato un semplice "tecnico della salute", ma anche un "medico scientifico" ed attore umano principale.

Ciò per affermare che curare l'uomo, o meglio impegnarsi nel prendersi cura di lui in modo olistico, rimane un atto che esaltando la qualità e la reputazione della nostra professione è l'unico che tenda a garantire la sua giusta ed unica difesa. Attività questa che potrà essere affrontata coscienziosamente e responsabilmente da un lato e dovrà essere giudicata umanamente dall'altro solo nella certezza del dubbio e della fallibilità del nostro agire. Attività da esercitare sempre nel rispetto della persona e della sua personalità, con l'indispensabile sostegno della ragione e con il notevole e necessario supporto della scienza più aggiornata, concomitantemente ed adeguatamente fornita da una migliore organizzazione della comunità, nella consapevolezza che la migliore utilizzazione delle varie risorse, umane e tecnologiche, dipende sempre e solo dal conoscerne profondamente e prudentemente i loro limiti.

## Bibliografia

- <sup>1</sup> Avecone P, Motta G, Pucci V, Ripa G. *La colpa del sanitario*. In: Motta G, editor. *La responsabilità legale dell'Otorinolaringoiatra*. Relazione Uff. del 74° Congresso Naz. S.I.O. Milano 1987.
- <sup>2</sup> Barni M. *La deontologia Medica in AA.VV. Guida all'esercizio professionale per i medici chirurghi e gli odontoiatri*. Torino: Ed. Medico Scientifiche; 1987.
- <sup>3</sup> Barni M, Santosuosso A. *Medicina e diritto – Prospettive e responsabilità della professione medica oggi*. Milano: Ed. Giuffrè; 1995.
- <sup>4</sup> Barni M. *Diritti, Doveri, Responsabilità del Medico*. Milano: Ed. Giuffrè; 1999.
- <sup>5</sup> Bilancetti M. *La responsabilità penale e civile del medico*. IV Ed. Padova: CEDAM; 2001.
- <sup>6</sup> Brondolo W. *Il danno biologico, patrimoniale, morale*. Milano: Ed. Giuffrè; 1995.
- <sup>7</sup> Buzzi F, Sclavi C. *La cartella clinica: atto pubblico, scrittura privata o tertium genus?* Riv It Med Leg 1997;19,1161.
- <sup>8</sup> Carusi D. *Responsabilità del medico, prestazioni di speciali difficoltà e danno alla persona*. Giur I 1991;1:559-61.
- <sup>9</sup> Casolino D. *Le disfonie: fisiopatologia clinica ed aspetti medico-legali*. Relazione Uff. 89° Congresso Naz. S.I.O. Pisa: Pacini Ed.; 2002.
- <sup>10</sup> Cenacchi V. *Il consenso informato in Otorinolaringoiatria*. Bologna: Ed. Clueb; 1998.
- <sup>11</sup> Cicognani A, Giannoni R, Landuzzi F, Mallardi V. *La gestione del dolore post-chirurgico: aspetti etici e legali*. In: D'Agnone N, editor. *La gestione del dolore post-chirurgico in ORL*. XIX Giornate Italiane di Formazione in ORL e Chir. Cervico-Facciale. Montecatini: Ed. Grunenthal-Formenti; 2002. p. 157-64.
- <sup>12</sup> Cicognani A, Ingravallo F, Landuzzi F, Limarzi M, Mallardi V. *Metodologia medico-legale nella valutazione delle disfonie*. In: Casolino D, editor. *Le disfonie: fisiopatologia clinica ed aspetti medico-legali*. Relazione Uff. 89° Congresso Naz. S.I.O. Pisa: Pacini Ed. 2002. p. 583-90.
- <sup>13</sup> Cortivo P. *Aspetti medico-legali della responsabilità professionale e del consenso*. In: Cevese PG, Chiappetta A, editors. *Patologia iatrogena nel paziente chirurgico*. Padova: Ed. Piccin; 1994. p. 327-66.
- <sup>14</sup> Di Girolamo A. *Lineamenti di valutazione medico-legale del danno in O.R.L.* In: Filipo D, editor. *Otorinolaringoiatria*. Torino: Ed. UTET; 1969.
- <sup>15</sup> Fiori A. *Medicina legale della responsabilità medica*. Milano: Ed. Giuffrè; 1999.
- <sup>16</sup> FNOMCeO. *Il rischio in medicina oggi e la responsabilità professionale*. Milano: Ed. Giuffrè; 2000.
- <sup>17</sup> Gerin C. *La valutazione medico-legale del danno alla persona in responsabilità civile*. Rivista degli Infortuni e delle Malattie professionali 1953;3:371-424.
- <sup>18</sup> Giannini G. *Il risarcimento del danno alla persona*. Milano: Ed. Giuffrè; 2000.
- <sup>19</sup> Mallardi V. *L'evoluzione della ricerca clinica: il progetto e la struttura metodologica*. In: Conticello S, Mallardi V, editors. *Attualità nella ricerca sperimentale in Otorinolaringoiatria*. Bologna: Monduzzi Ed.; 1992. p. 13-24.
- <sup>20</sup> Guzzanti E, Mastrobuono I, Mastrilli F, Mazzeo MC. *Day surgery: evoluzione dei concetti e delle iniziative in Italia e proposte per la regolamentazione*. Ricerca sui Servizi sanitari. 1997;1:73-106.
- <sup>21</sup> Iadecola G. *Il nuovo codice di deontologia medica*. Padova: Ed. CEDAM; 1996.
- <sup>22</sup> Lorè C, Martini P. *Sulla responsabilità penale degli amministratori di strutture sanitarie*. Riv It Med Leg 1998;20:303-12.
- <sup>23</sup> Malcontenti R, Mora E. *Sulla responsabilità professionale dello specialista ORL in casi di interventi chirurgici endonasali e sui seni paranasali. Aspetti casistici e considerazioni medico-legali*. In: Fineschi V, editor. *La responsabilità medica in ambito civile. Attualità e prospettive*. Milano: Ed. Giuffrè; 1989.
- <sup>24</sup> Mallardi V, Limarzi M. *Problematiche medico-legali in Fono-chirurgia*. In: Casolino D, Ricci-Maccarini A, editors. *Fonochirurgia endolaringea. Quaderni Monografici di Aggiornamento AOOI*. Pisa: Pacini Editore; 1997. p. 201-5.
- <sup>25</sup> Mallardi V. *La responsabilità legale nella Day Surgery in Otorinolaringoiatria*. In: Corbellini L, editor. *Atti V Congresso Naz. Soc. It. Chir. Amb. Day Surgery*. Torino: Ed. Minerva Medica; 2000. p. 323-9.
- <sup>26</sup> Mastrobuono I, Mastrilli F, Mazzeo M C. *Proposta di regolamentazione degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche diagnostiche e/o terapeutiche da effettuare in regime di assistenza chirurgica a ciclo diurno*. Roma: Ed. Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali.
- <sup>27</sup> Perfumo G, Righi S. *La chirurgia ORL in Day Surgery e One Day Surgery*. In: Ghirlanda M, editor. *Le nuove frontiere della medicina e della chirurgia in Otorinolaringoiatria*. VII Congresso Naz. di Aggiornamento in Otorinolaringoiatria. Salsomaggiore Terme: Ed. AIOLP; 2000. p. 409-15.
- <sup>28</sup> Mallardi V, Marcellini S, Re M. *I limiti e l'efficacia del consenso per atti finalizzati alla modifica della propria integrità fisica: la chirurgia estetico-funzionale del naso*. Atti dell'85° Congresso Naz. S.I.O. Roma: S.I.O. Ed.; 1998. p. 91.
- <sup>29</sup> Mallardi V. *Chirurgia funzionale ed estetica del naso. Riflessioni sulla responsabilità contrattuale*. In: La Rosa R, Fibbi A, Staffieri A, editors. *Chirurgia funzionale ed estetica del naso*. Bologna: Ed. Scientifiche; 1999. p. 467-83.
- <sup>30</sup> Mallardi V. *La responsabilità del medico nella prevenzione e nella diagnosi*. In: Balli R, editor. *Patologia ORL da turismo*. Acta Otorhinolaringol Ital 2002;22:347-51.
- <sup>31</sup> Mallardi V. *La patologia iatrogena in ORL: aspetti medico-legali*. In: Balli R, editor. *La patologia iatrogena in ORL*. Torino: Ed. Minerva Medica; 1998. p. 286-326.
- <sup>32</sup> Mallardi V, Re M, Zaraca G. *Lo stato di necessità ed il consenso presunto in particolari emergenze otorinolaringoiatriche*. Atti dell'85° Congresso Naz. S.I.O. Roma: S.I.O. Ed.; 1998. p. 92.
- <sup>33</sup> Mallardi V. *Il futuro nella valutazione del danno biologico in Otorino*. In: Ghirlanda M, editor. *Le nuove frontiere della medicina e della chirurgia in Otorinolaringoiatria*. VII Congresso Naz. di Aggiornamento in Otorinolaringoiatria. Salsomaggiore Terme: Ed. AIOLP; 2000. p. 417-435.
- <sup>34</sup> Mallardi V. *La valutazione della disfonia nell'ambito del Decreto Legislativo 23/02/2000 N. 38 e del D.M. 12/07/2000 (c.d. danno biologico I.N.A.I.L.): inquadramento ed aspetti critici*. In: Casolino D, editor. *Le disfonie:*

- fisiopatologia clinica ed aspetti medico-legali*. Relazione Uff. 89° Congresso Naz. S.I.O. Pisa: Pacini Ed. 2002. p. 653-71.
- <sup>35</sup> Mallardi V, Re M. *La cordectomia: alla ricerca di un confine tra responsabilità medica e responsabilità legale*. Atti dell'89° Congr. Naz. S.I.O. S. Benedetto del Tronto. Pisa: S.I.O. Ed. 2002. p. 94-7.
- <sup>36</sup> Motta G. *La responsabilità legale dell'Otorinolaringoiatra*. Relazione Uff. al 74° Congresso Naz. S.I.O., Milano: S.I.O. Ed.; 1987.
- <sup>37</sup> Procaccianti P, Argo A. *Problematiche medico-legali in O.R.L.* La Nuova Clinica Otorinolaringoiatrica 1996;XL-VIII:181-7.
- <sup>38</sup> Rodriguez D. *La cartella clinica ospedaliera, riflessioni medico-legali*. Atti del Convegno Naz. dei Primari Ospedalieri. Abano Terme: ANPO Ed. 1990.
- <sup>39</sup> Rodriguez D.: *The day after, responsabilità medico-legali*. In: Bonifazi F, editor. *Anafilassi in ambiente ospedaliero*. Torino: Ed. Minerva Medica; 1997. p. 69-76.
- <sup>40</sup> Ricci P. *Profili medico-legali correlati all'Otorinolaringoiatria*. Riv It Med Le. 1993;15:563-79.
- <sup>41</sup> Società Italiana di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale. *Linee guida relative alle procedure interventistiche diagnostiche e/o terapeutiche praticabili in regime di assistenza chirurgica a ciclo diurno attinenti la specialità di otorinolaringoiatria e chirurgia cervico-facciale*. Acta Otorhinolaryngol Ital 1998;18(Suppl 60):5-14.

- Received June 7, 2002.
- Accepted July 25, 2002.
- Address for correspondence: Prof. V. Mallardi, via Ancona 51, 62100 Macerata, Italy. Fax: +39 0734 890354. E-mail: vitomallardi@hotmail.com.