

# La diffida promossa dall'AAROI-EMAC e dalla SIAARTI per la corretta articolazione delle Strutture Semplici e Complesse

- Ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere
- Agli Assessori Regionali alla Sanità
- Al Ministro della Salute

## ATTO DI DIFFIDA

### L'AAROI EMAC E LA SIAARTI

#### premessi che:

- nel comparto della Sanità, la "spending review" in corso deve realizzare una razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, ai fini di una maggiore efficienza ed economicità, mantenendo però fermi i "cardini" del sistema normativo della sanità pubblica;
- con riferimento alla dirigenza medica, in particolare, occorre che venga rigorosamente rispettato il principio di specialità, in quanto "l'interesse sostanziale in vista del quale è prevista la specializzazione" è "l'oggettivo raggiungimento di un adeguato livello delle prestazioni sanitarie" (Cons. Stato Sez. VI decisione n. 2187 dell'8 aprile 2011), onde il rispetto di quel principio non è invocato per mero "spirito di categoria" - pur nella ferma volontà di salvaguardare gli interessi professionali di tutti i medici Anestesisti e Rianimatori - ma perché esso costituisce uno specifico modo di realizzare il diritto alla salute, costituzionalmente tutelato;
- coesistente al rispetto del principio di specializzazione è la corretta articolazione delle Strutture, Semplici e Complesse, nelle quali gli specialisti sono chiamati ad operare, di modo che sia possibile stabilire e concretamente rispettare chiare ed effettive ripartizioni di responsabilità, a tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria;
- è vero che la razionalizzazione della organizzazione sanitaria non può prescindere da un rispetto rigoroso della linea di demarcazione tra Strutture Semplici e Strutture Complesse, e delle caratteristiche proprie di questi due tipi di strutture, che già l'art. 79 del d.l. n. 112 del 2008, convertito nella legge n. 133 del 2008, al fine di tale razionalizzazione impegnava le Regioni, tra l'altro, alla "fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento rispettivamente delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio Sanitario Nazionale";
- pertanto, in buona sostanza, allo stato della legislazione attuale, se, nell'ambito della spending review, sarà possibile ridurre il numero delle Strutture Complesse, ove la situazione sanitaria e organizzativa lo renda necessario e possibile, non è invece possibile procedere ad operazioni che tendano a rendere incerta e opinabile la linea di demarcazione tra Strutture Semplici e Complesse;

#### premessi altresì che:

- si assiste invece ad un preoccupante e crescente fenomeno di confusione - "incoraggiato" proprio dai processi di spending review, come se quest'ultima potesse autorizzare ogni stravolgimento dei principi cardine della professione medica e dell'organizzazione del SSN - nelle modalità con le quali molte Aziende Sanitarie ritengono di poter regolamentare alcuni profili fondamentali relativi agli incarichi di direzione delle Strutture Semplici e Complesse;
- tale fenomeno - che è trasversale e coinvolge quindi pressoché tutte le discipline - presenta per la disciplina di Anestesia e Rianimazione profili problematici specifici, connessi

alle peculiarità tipiche della nostra disciplina;

#### premessi, in particolare, che:

- a) esistono strutture complesse aventi denominazioni diverse rispetto a quelle delle discipline previste dal d.p.r. n. 484 del 1997 e dal d. m. 30 gennaio 1998;
- b) esistono strutture semplici riconducibili alla disciplina di "Anestesia e Rianimazione" dirette da dirigenti medici specializzati in tale disciplina, che sono inserite all'interno di Strutture Complesse o di Dipartimenti appartenenti ad altre discipline;
- c) in molti ospedali il servizio di "Anestesia e Rianimazione" prima organizzato secondo la modalità della Struttura Complessa di "Anestesia e Rianimazione", è stato "derubricato" a Struttura Semplice, e inserito in un'unica Struttura Complessa che copre ambiti territoriali anche molto ampi;

#### rilevato, con riferimento alla problematica della denominazione delle Strutture Complesse che:

- il sistema normativo non consente assolutamente di "piegare" le nozioni di "struttura semplice" e "struttura complessa" alle più diverse ed eterogenee esigenze;
- infatti, già l'art. 15 del d.lgs. n. 502 del 1992, laddove stabilisce che "gli incarichi di direzione di struttura complessa sono attribuiti a coloro che siano in possesso dei requisiti di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484," pone un chiaro nesso tra responsabilità di strutture complesse e specializzazione, (tanto che alla stessa specializzazione devono appartenere i componenti della Commissione di cui all'art. 15-ter, comma 2 del D. Lgs. n. 502 del 1992);
- l'art. 4 del d.p.r. n. 484 del 10 dicembre 1997 prevede chiaramente che "gli incarichi di secondo livello dirigenziale per i profili professionali del ruolo sanitario possono essere conferiti esclusivamente nelle discipline stabilite con decreto del Ministro della sanità" e, cioè, nelle discipline di cui al d.m. 30 gennaio 1998 e successive modifiche;
- la necessità di una stretta correlazione tra specializzazione ed ambiti organizzativi nei quali l'attività deve essere esercitata è confermata sia dall'art. 5 del DPR n. 487 del 1997 ("requisiti"), in base al quale "l'accesso al secondo livello dirigenziale, per quanto riguarda le categorie dei medici" è riservato a coloro che sono in possesso... di "anzianità di servizio di sette anni, di cui cinque nella disciplina o disciplina equipollente, e specializzazione nella disciplina o in una disciplina equipollente ovvero anzianità di servizio di dieci anni nella disciplina"; sia dal successivo art. 6 ("specificità attività professionale"), in base al quale "l'aspirante all'incarico di secondo livello dirigenziale in una delle discipline di cui all'articolo 4 deve aver svolto una specifica attività professionale nella disciplina stessa dimostrando di possedere" "una casistica di specifiche esperienze e attività professionali come stabilito, per ogni disciplina e categoria professionale, con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità"; sia dall'ancora successivo art. 8, che detta i "criteri sul colloquio ed il curriculum professionale", laddove è ribadito che ogni valutazione

è relativa alle capacità professionali del candidato nella "specificità di disciplina", alla quale ogni titolo deve essere "strettamente pertinente". Ed infatti, tali norme - laddove individuano le caratteristiche del percorso professionale per giungere ad incarichi di direzione - devono essere lette alla luce dell'art. 10 dello stesso DPR. n. 487 del 1994, secondo il quale "ai fini della valutazione dei servizi prestati e delle specializzazioni possedute dal candidato si fa riferimento alle rispettive tabelle stabilite con decreto del Ministro della sanità";

- pertanto, tale sistema normativo indica inequivocabilmente che le Strutture Complesse esistenti all'interno di ciascuna Asl devono avere denominazioni corrispondenti alle discipline previste dall'art. 4 del D. P. R. 484 del 1997.
- ed infatti, il termine "disciplina" utilizzato all'interno delle norme appena richiamate deve essere necessariamente letto in coordinamento con quanto disposto dall'art. 4 del d.p.r. n. 484 del 1997, norma che, come detto, contiene la specificazione delle uniche discipline rilevanti ai fini dell'attribuzione di incarichi di direzione di struttura complessa;
- di conseguenza, si deve anche ritenere che la "disciplina" a cui si fa riferimento nelle citate disposizioni debba necessariamente rientrare tra una di quelle elencate dal suddetto art. 4;
- con l'ulteriore conseguenza che non vi è spazio, secondo le intenzioni del legislatore, per strutture complesse in discipline diverse da quelle contemplate da tale norma;
- peraltro, ciò appare anche ragionevole e coerente in quanto, in caso contrario, si rischierebbe - come in effetti sta avvenendo - la creazione di strutture complesse aventi le più disparate denominazioni e ambiti di disciplina, con conseguenti disuguaglianze organizzative nell'ambito del sistema sanitario nazionale tra una Asl ed un'altra;
- è solo da aggiungere che il d.lgs. n. 502 del 1992 (e il DPR N.484/97 ivi richiamato), per costante giurisprudenza, detta, ai sensi dell'art. 117 della Costituzione, principi fondamentali, riservati alla legislazione dello Stato, onde non possono essere introdotte a livello regionale delle norme che contrastino con quei principi;

#### rilevato, con riferimento alla problematica della collocazione organizzativa delle Strutture Semplici che:

- sebbene per le Strutture Semplici non esista una norma che, come l'art. 4 del DPR n. 484 del 1997, ponga una stretta correlazione tra incarico e disciplina, è però vero che i citati artt. 5, 6, 8 e 10 dello stesso DPR pongono la necessità di una stretta correlazione tra specializzazione ed ambiti organizzativi nei quali l'attività specialistica è esercitata;
- ed infatti i Responsabili di Strutture Semplici sottostanno al Direttore di Struttura Complessa (dal punto di vista organizzativo e clinico) o al Direttore di Dipartimento (solo dal punto di vista organizzativo) in base al tipo di Struttura Semplice alla quale sono preposti (se dipendente da Struttura Complessa o dipartimentale);
- esistono Strutture Semplici dirette da specialisti di Anestesia e Rianimazione che sottostanno a Direttori di Struttura Complessa o di dipartimento di altre branche;
- in base alle normative attuali, ciò determina rilevanti problemi in ordine alla corretta attribuzione della responsabilità clinica;
- ed infatti, i Direttori di Struttura Complessa sono gli esclusivi titolari

delle responsabilità professionali che tutt'ora derivano dai compiti del Primario di cui al DPR 128/69, e che si sommano ai compiti gestionali che sono stati loro attribuiti dal DLG. 502/92;

- solo il responsabile di Struttura Complessa, come la precedente figura del Primario, tutt'ora "ha la responsabilità dei malati" della Struttura che dirige, e, in tale veste, deve avere "informazioni precise sulle iniziative intraprese dagli altri medici cui il paziente sia stato affidato, indipendentemente dalla responsabilità degli stessi, tanto al fine di vigilare sulla esatta impostazione ed esecuzione della terapia, di prevenire errori e di adottare tempestivamente i provvedimenti richiesti da eventuali emergenze" (Cass. Sez. III n. 24144 del 29 novembre 2010);
- pertanto i Dirigenti Medici Anestesisti Rianimatori, responsabili di Strutture Semplici, devono dipendere, per quanto riguarda la responsabilità clinica dei pazienti, da Dirigenti medici responsabili di Strutture Complesse, appartenenti alla medesima disciplina, in quanto, altrimenti, non ci sarebbe la possibilità di corretta attribuzione della responsabilità clinica sulla loro attività;
- ciò, naturalmente, non significa voler "ingessare" i necessari processi di integrazione professionale e di multidisciplinarietà, ma significa rilevare che tali processi devono essere attuati, in base alla normativa vigente, tenendo ferme le "catene di responsabilità" proprie di ogni disciplina;

#### rilevato altresì, con riferimento alla problematica della trasformazione delle Strutture Complesse in Strutture Semplici che:

- si assiste ad un fenomeno sempre più diffuso, in base al quale Strutture Complesse di Anestesia e Rianimazione esistenti presso presidi ospedalieri vengono "declassificate" a Strutture Semplici, mantenendo però sostanzialmente invariati compiti ed attività, e vengono contestualmente "create" Strutture Complesse che comprendono più Strutture Semplici "ex complesse", spesso dislocate su un territorio ampio, a distanza anche di decine di chilometri l'una dall'altra, con rilevanti problemi logistici ed impossibilità di una effettiva e continuativa presenza del Responsabile;
- la conseguenza è che, al di là di operazioni "cosmetiche" più o meno efficaci, che vorrebbero "dipingere" un quadro di effettiva riorganizzazione e ridistribuzione delle responsabilità, quel che avviene nella realtà è che i responsabili delle Strutture Semplici "declassificate" si trovano a dover affrontare giornalmente gli stessi gravosi compiti professionali ed organizzativi di prima, senza però avere più lo stesso formale "ruolo" e, ovviamente, nemmeno lo stesso trattamento economico;
- senonché, da un lato, l'autonomia organizzativa delle ASL non può essere spinta sino a giustificare operazioni meramente "nominalistiche", lasciando immutate le modalità concrete con le quali compiti ed attività vengono svolti;
- dall'altro lato, la configurazione delle Strutture Complesse deve essere tale, sotto il profilo anche dimensionale e logistico, da consentire al suo responsabile di esercitare in modo concreto la responsabilità clinica, e questo non è possibile se quella configurazione impedisce la "prossimità" del responsabile ai malati;
- ciò è tanto più vero per le attività afferenti alla disciplina di Anestesia e Rianimazione, per le quali spesso la tempestività

dell'intervento è essenziale ai fini della sua efficacia (si pensi a scelte che devono essere fatte durante un intervento chirurgico in sala operatoria, o in una fase critica del paziente in rianimazione);

- pertanto, in una Struttura Complessa di Anestesia e Rianimazione che accorpi più "Strutture Semplici" (ex Complesse) dislocate in diversi Ospedali, il Responsabile della Struttura Complessa non può esercitare effettivamente la "responsabilità dei malati", in quanto, come ricordato, ciò implica la possibilità concreta ed effettiva di "vigilare sulla esatta impostazione ed esecuzione della terapia, di prevenire errori e di adottare tempestivamente i provvedimenti richiesti da eventuali emergenze" (Cass. Sez. III n. 24144 del 29 novembre 2010);

#### tutto ciò premesso e rilevato

#### si diffidano codeste Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, in persona dei rispettivi Direttori Generali:

- a) dall'istituire o mantenere (se già istituite) Strutture Complesse afferenti alla Disciplina di Anestesia e Rianimazione con denominazioni diverse e comunque non rispettose dell'elencazione contenuta nel d.m. 30 gennaio 1998 e successive modifiche;
- b) dal regolamentare l'organizzazione delle Strutture Semplici afferenti alla Disciplina di Anestesia e Rianimazione, in modo da non consentire che le stesse dipendano, per quanto riguarda la responsabilità clinica dei pazienti e l'organizzazione, da Direttori di Strutture Complesse afferenti ad altre Discipline;
- c) dal procedere alla "declassificazione" (o dal mantenere la "declassificazione" già attuata) come Strutture Semplici, di Strutture Complesse di Anestesia e Rianimazione già esistenti presso presidi ospedalieri nei quali la necessità della presenza del Responsabile di Struttura Complessa discende indefettibilmente dall'esigenza di garantire il concreto esercizio da parte di quest'ultimo della responsabilità clinica, connotata nella specifica disciplina da particolari esigenze di tempestività;
- d) dal mantenere comunque situazioni organizzative, che impediscano al Responsabile di Struttura Complessa il concreto, continuativo ed effettivo esercizio dei compiti di cura, prevenzione e presidio delle emergenze, connaturali alla responsabilità clinica che gli compete su tutti i pazienti affidati alla Struttura Complessa, ovunque dislocati;

#### inoltre si invitano codesti Assessori Regionali alla Sanità e codesto Ministro della Salute, ciascuno per quanto di rispettiva competenza:

- a porre in essere tutte le iniziative necessarie per garantire il rispetto di quanto sopra indicato;
- ad attivarsi in particolare per rimuovere le situazioni anomale già esistenti sul territorio;
- a dettare specifici criteri per evitare che situazioni analoghe si ripetano in futuro.

#### Con l'avvertenza che, in difetto, verranno portate avanti in tutte le competenti sedi, le iniziative ritenute più opportune per la tutela della categoria e degli assistiti.

dott. Vincenzo Carpio  
Presidente Nazionale dell'AAROI-EMAC

prof. Massimo Antonelli  
Presidente Nazionale della SIAARTI