LA RESPONSABILITÀ DELLA STRUTTURA SANITARIA

Virginio Oddone
Medico Legale - Consulente Giudice di Torino

E SE PARLASSIMO DELLE DIREZIONI SANITARIE?

Quando si parli di contagio HIV/AIDS e di responsabilità, il pensiero corre subito a due gruppi particolari di attori sociali: i medici (soprattutto ospedalieri) e talune categorie particolari di persone che più di altre sono suscettibili di trasformarsi in veicoli od in vittime di contagio. Ma mentre per i secondi il coinvolgimento giudiziario costituisce una relativa novità di questi ultimi tempi (si vedano i casi di Rimini e Cremona), per i medici si tratta invece solo di un caso particolare e neppur tanto macroscopico di un fenomeno più generale, caratterizzato da quello che la categoria percepisce come un sistematico assalto giudiziario da parte di un poco tutti, che sembra oramai coinvolgere ogni più remoto angolo delle istituzioni sanitarie tranne uno: quello dei vertici aziendali sanitari (di USL e di azienda ospedaliera), in particolare i direttori sanitari, i quali sembrano riuscire godere – in queste materie che sarebbe giusto chiamare “sanità difficile” piuttosto che “malasanità”– una sorta di quasi invisibilità.

Di primo acchito la cosa sembra giusta, perché rischio e responsabilità professionale del medico nascono dal suo agire diagnostico-terapeutico, dal quale la direzione sanitaria è notoriamente esclusa, in quanto i suoi compiti sono altri. L’unico ambito sul quale essa può venire coinvolta è quello tipicamente “aziendale” in senso lato, quindi come gestione del personale e dei rischi lavorativi connessi, che nel caso dell’ospedale si estendono però anche (a differenza di quanto avviene nelle fabbriche) all’utente (es.: folgorazione di un degente in camera operatoria per difetto di impianto elettrico). In realtà il ruolo delle direzioni sanitarie nel determinare e condizionare l’attività strettamente sanitaria esplicata all’interno delle strutture è ben maggiore, nel bene come nel male; la relativa protezione di cui hanno goduto sino ad ora rispetto ai problemi di responsabilità professionale nasce dal fatto che

la ambiguità della formulazione normativa dei loro compiti è tale, da mascherare agli occhi dei non addetti ai lavori (ed i giuristi – magistrati ed avvocati – sono proprio tali, quando si arrivi alla sostanza dell'attività del medico) la rete reale di connessioni ed implicazioni, non certo da una esplicita volontà del legislatore di esimerli da ogni dovere, responsabilità e coinvolgimento.
Del resto diversi giuristi (tra cui V. Zagrebelsky e C.F. Grosso) ad un convegno di alcuni anni orsono qui a Torino sui problemi giuridici nel Pronto Soccorso ospedaliero, fecero notare come stesse diventando oramai palese l'insufficienza della impostazione classica, secondo la quale l'area di responsabilità si arrestava solo alla ristretta cerchia degli operatori diretti, di chi cioè aveva materialmente ed in prima battuta portato le cure o tirato le fila per la diagnosi. Quel che tutti stavano scoprendo era la complessità dei meccanismi che in ospedale (ma anche fuori) portano alla diagnosi ed alla decisione terapeutica, da cui deriva la possibilità di coinvolgimenti di figure sempre più distanti (operativamente ed in termini di struttura sociale del lavoro e di organigramma), mentre l'operatore di prima linea vedeva parallelamente diminuire l'onere diretto gravante sulle sue spalle. Da qui una giurisprudenza che potremmo definire "in allargamento", di cui si sono fatti interpreti C. Parodi e V. Nizza in un recente e noto testo giuridico sul tema:

"... L'ambito delle potenziali penali responsabilità per la determinazione di eventi di morte o di malattia può essere molto estesa e coinvolgere diversi livelli di soggetti. Può, cioè, coinvolgere non soltanto i medici che operarono direttamente sul paziente ed ebbero ad incorrere in profili di colpa professionale, ma anche coloro che non sono intervenuti quando dovevano farlo, o coloro ai quali furono attribuiti compiti di organizzazione di servizio sanitario a livello medico od amministrativo ed hanno omesso di predisporre un'adeguata organizzazione o di fornire supporti tecnici o di personale sufficienti. In simile contesto possono dunque entrare in gioco delicate questioni di corresponsabilità del medico che ha sbagliato l'intervento o la terapia od ha omesso di adottare un presidio doveroso; del primario che non ha garantito una corretta organizzazione del lavoro in un suo reparto con riferimento al personale od alle strutture; del direttore sanitario che non ha a sua volta assicurato con i dovuti atti amministrativi strumenti tecnici ed organizzativi adeguati alle necessità; ...." (C. PARODI e V. NIZZA: **La responsabilità penale del personale medico e paramedico**, UTET, Torino 1996, p. 128)

Ancora più esplicitamente Grosso sia in quella che in altre occasioni, il quale anzi nell'ambito di una teorizzazione originale del diritto alla salute, scomposto in quelli che potremmo chiamare "diritti componenti" la classe più vasta del "diritto alla salute", prevedeva anche un vero e proprio diritto all'efficienza ed alla attenzione. Al

momento attuale queste sono solo impostazioni più teoriche che altro, la giurisprudenza edita (cioè nota e pubblicata) si limita ancora soprattutto ai casi di responsabilità direttamente igienico sanitaria e di sicurezza interna (ad es, radiologi, sicurezza di attrezzature elettriche e simili); le nuove impostazioni teoriche stanno però cominciando a trovare la loro applicazione in quella fase prodromica alla giurisprudenza formalizzata che è l'indagine giudiziaria, anche se al momento l'attenzione sembra essere più concentrata su altri versanti della organizzazione ospedaliera che non verso la direzione sanitaria in senso stretto.

È questo coinvolgimento che intendo esplorare qui; non certo per incitare ad aprire la caccia anche nei confronti dei valorosi colleghi delle direzioni sanitarie, ma per segnalare la realtà di un problema che sta anche in molti casi determinando una crisi di rapporto e di confidenza tra i loro uffici e le strutture di prima linea, in conseguenza della posizione volutamente remota delle direzioni sanitarie rispetto sia alla criminalizzazione strisciante del medico che cura, che più in generale alla necessità di comprendere che tutti gli operatori hanno e sentono in modo molto vivo. La questione dell' HIV/AIDS è oggi relativamente defilata rispetto a questo genere di situazioni, ma può costituire – come meglio vedremo più avanti – un utile terreno di esplorazione.

DEFINIZIONI UFFICIALI E DEFINIZIONI REALI DEL RUOLO DELLA DIREZIONE SANITARIA

Per lungo tempo i compiti del direttore sanitario sono stati definiti solo da un articolo isolato della legge ospedaliera del 1969 (art. 5 del DPR 27 marzo 1969 n. 128). Si tratta di un testo molto singolare anche come strutturazione linguistica, in cui si intrecciano 14 verbi o locuzioni verbali (senza contare le ripetizioni), in un andamento rapsodico soavemente sonoro, che per cadenza, contesto e ritmo dà un'impressione di soffusa, doverosa attenzione riuscendo però al tempo stesso ad omettere qualsiasi menzione tassativamente operativa, chiara ed impositiva (se non per gli adempimenti puramente burocratici):

*"Il direttore sanitario **promuove** e **coordina** le iniziative nel campo della medicina preventiva e riabilitativa, della medicina sociale e dell'educazione sanitaria; **propone** iniziative per la preparazione e l'aggiornamento del personale da lui dipendente; **sottopone** al presidente del consiglio di amministrazione .... gli schemi di norme interne per la organizzazione dei servizi tecnico-sanitari; **stabilisce** .... l'impiego, la destinazione i turni .....; **ha la vigilanza** sul personale che da lui di-*

pende ...; ***propone*** *.... le sostituzioni temporanee ....;* ***promuove*** *l'attività culturale, scientifica e didattica nell'ospedale;* ***vigila*** *sull'archivio delle cartelle cliniche,* ***raccoglie*** *ed* ***elabora*** *i dati statistici sanitari e* ***presenta*** *al presidente o al sovrintendente ... la relazione annuale sull'andamento sanitario dell'ospedale;* ***propone*** *.... l'acquisto e la scelta degli apparecchi .....;* ***esprime parere*** *ai fini sanitari circa le trasformazioni edilizie;* ***vigila*** *sulle provviste necessarie per il funzionamento sanitario dell'ospedale;* ***controlla*** *la regolare applicazione delle prestazioni sanitarie,* ***cura la sollecita trasmissione*** *alle autorità competenti delle denunce ....;* ***rilascia*** *agli aventi diritto .... copia delle cartelle cliniche .....;* ***presiede e convoca*** *il consiglio dei sanitari".*

Secondo ogni apparenza siamo lontani le mille miglia non solo dal dott. Kildare, ER e la medicina delle telenovelas, ma anche dagli usuali contenziosi giudiziari che informano le cronache; la possibilità che il direttore sanitario possa in qualche modo venir coinvolto in una delle "cose storte" di corsia appare oltremodo remota, totalmente impossibile poi quando si tratti di una Azienda USL di territorio. Impressione che viene rafforzata dalla nuova definizione dei compiti del direttore sanitario contenuta nell'art. 3.7 del Decr. Legisl. 30 dic. 1992 n. 502, il quale sbrigativamente così li sint etizza:

"Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza".

È evidente qui da un lato il rinvio al già citato art. 5 del DPR 128/69, dall'altro il rafforzamento del ruolo amministrativo generale del direttore sanitario, quale supporto al direttore generale soprattutto per quanto concerne la preparazione degli elementi conoscitivi e valutativi necessari ad impostare le politiche aziendali (sanitarie ed ospedaliere) e per mettere in opera gli strumenti organizzativi necessari alla loro realizzazione; unico ambito effettivamente operativo "medico" del direttore sanitario essendo l'aspetto igienico-sanitario (nel quale è compreso anche quello relativo alla sicurezza del personale ed alla protezione dai rischi lavorativi). Quindi, in apparenza, tutto quasi come prima.

In realtà v'è di più, molto di più per una serie di ragioni. Innanzitutto, nella formulazione del 1969 erano presenti – ed a mio avviso con molta chiarezza – quelle che io chiamerei le **dimensioni epidemiologica e di vigilanza (al limite anche medico legale) sull'operato dei terapeuti concreti della struttura** del ruolo della direzione sanitaria. Lo deduco dai seguenti passi del citato art. 5 DPR 128/69:

- *"... **raccoglie** ed **elabora** i dati statistici sanitari e **presenta** al presidente o al sovrintendente ... la relazione annuale sull'andamento sanitario dell'ospedale.....*
- *..... **controlla** la regolare applicazione delle prestazioni sanitarie"*

Ora, per l'esecuzione di ciascuna di queste due funzioni non si può prescindere da una attenta, concreta presa in esame del funzionamento reale della struttura, quindi non solo del movimento dei ricoveri o del tasso di occupazione dei letti o di altri dati di agiografia amministrativa, ma anche degli indicatori reali delle disfunzioni profonde: che non sono tanto le lungodegenze improprie, quanto le morti non necessarie, le cadute, le piaghe da decubito, le infezioni nosocomiali, gli incidenti ai degenti ed agli operatori, i reati a danno dei pazienti, gli errori professionali.

Questo è ancor più vero oggi, dato che la riforma del 1992 introduce sia i controlli di qualità che l'indagine sugli **indicatori di disservizio** (di cui all'art. 14.1 del D. Legisl. 502/92), nei quali ultimi rientra anche l'osservazione sulla prevenzione delle malattie: che sono altre due precise indicazioni ad indagare in modo sistematico le deviazioni patologiche dalla normalità attesa del **funzionamento dell'ospedale in quanto produttore di servizi alla salute, non in quanto macchina amministrativa**.

So bene che l'interpretazione da sempre data alle indicazioni di legge sui compiti delle direzioni sanitarie è ben diversa e non prevede affatto questo genere di interventi e di analisi; ma a mio avviso è sbagliata quella interpretazione, non quella che propongo qui, in quanto io applico rigorosamente l'indicazione tassativa dell'art. 12 delle c.d. "Preleggi" (ovvero *"Disposizioni sulla legge in generale"*, che è il testo normativo preposto al codice civile e che contiene le indicazioni su come usare lo strumento "legge"), il quale recita:

"Nell'applicare la legge non si può ad essa attribuire altro senso che quello fatto palese dal significato proprio delle parole secondo la connessione di esse, e dalla intenzione del legislatore....".

Ora, controllo dell'esecuzione delle prestazioni, raccolta dei dati statistici sanitari, prevenzione delle malattie: tutto ciò comporta necessariamente anche occuparsi degli aspetti negativi del funzionamento della macchina ospedaliera in quanto struttura "sanitaria", che produce servizi sanitari alla persona e non, come ho detto prima, in quanto apparato burocratico di cui si debbano misurare solo i flussi di

cassa o simili. Del resto, l'impostazione originaria della statistica medica sin dai suoi primordi agli inizi del XIX secolo prevedeva anche questo; Semmelweiss avrebbe mai potuto scoprire il ruolo della sporcizia e dell'igiene nel determinare la febbre puerperale se non avesse fatto analisi statistiche comparate tra reparti diversi?

LE DEVIANZE OSPEDALIERE: FATTI SOCIALI O NUOVE MALATTIE?

La necessità di una rinnovata attenzione per quelle che, da criminologo, chiamo le "devianze ospedaliere", quindi oltre all'errore professionale ed alla carenza assistenziale ingiustificata anche l'incidente al degente, il contagio da paziente ad operatore ma anche da operatore a paziente, le infezioni nosocomiali, le malattie jatrogene, nasce dal fatto che esse non solo esistono ma anche sono fuor d'ogni dubbio delle **malattie** a pieno titolo.

Questo vale anche per l'errore professionale, che invece i medici affrontano sempre e solo applicando le categorie giuridiche e medico legali classiche (negligenza, imperizia, imprudenza, inosservanza di norme, regolamenti, ordini e discipline), sbagliando perché in realtà l'errore professionale così come la carenza assistenziale sono **forme morbose vere e proprie che si sovrappongono ad altre diverse e preesistenti, dalle quali si differenziano per essere state provocate non da agenti naturali ma da un terapeuta o da un suo collaboratore attraverso comportamenti non adeguati alla situazione reale ed al livello effettivo di conoscenze, che una persona con quella posizione operativa dovrebbe possedere**. *Quindi, proprio perché sono fatti morbosi vi è l'obbligo di trattarle come tali ed a pieno titolo, il che vuol dire che il loro studio rientra tra i fenomeni di cui la direzione sanitaria deve rendere conto statisticamente e nei cui confronti esiste un dovere generale di prevenzione da parte di tutti, direzione sanitaria inclusa, ai sensi sia del disposto del citato art. 5 DPR 128/69 che delle norme successive, che infine dei principi generali dell'ordinamento.*

Non solo, ma un esame attento di questi fenomeni dimostrerebbe che – con l'eccezione degli errori in buona fede – alla loro origine vi sono regolarmente delle anomalie di organizzazione, funzionamento ed articolazione del lavoro sanitario o nella applicazione di protocolli. Non è qui il luogo per una serie di dettagliati esempi, ma se si leggono le sentenze pubblicate si vedrà una lunga sfilata di reparti nei quali le cose funzionano male, non si applicano misure di sicurezza, non si fa at-

tenzione ai fattori di rischio del paziente, le cartelle – questi preziosi strumenti di comunicazione tra operatori sanitari e di organizzazione dei dati rilevanti – sono tenute in maniera disgustosa (in alcuni importanti ospedali del Nord Italia vi sono reparti nei quali in cartella non esiste neppure il diario clinico, i medici fanno le loro annotazioni sulla grafica, quando le fanno), i pazienti anziani allettati vengono abbandonati a sé stessi a riempirsi di piaghe, e così via. I risultati sono però sempre delle malattie: la piaga da decubito, la perdita o la limitazione funzionale di un arto, l'infezione, sino alla morte.

LE IMPLICAZIONI MEDICO-LEGALI E GIURIDICHE DELLE "DISTRAZIONI" DELLA DIREZIONE SANITARIA

Quindi, la "malattia da errore" e la "malattia da carenza assistenziale" (così come le altre che derivano da incidente, dal mancato rispetto di norme di sicurezza ecc.) sono forme morbose che nascono dalla dis-organizzazione, cioè da una impostazione deviata del servizio e della organizzazione del lavoro sanitario. È chiaro che, in quanto tali, esse rientrano pacificamente nell'ambito dei compiti di sorveglianza della direzione sanitaria, questo sin dal 1969 ed a maggior ragione dopo il 1992; pertanto la direzione sanitaria ha precise responsabilità in merito, che le derivano sia dal tenore letterale delle leggi citate che da principi generali del vigente ordinamento.

Infatti è pacifico che, proprio in base alle norme citate, la direzione sanitaria abbia un dovere di prevenzione nei confronti di queste peculiari patologie, che per la peculiare posizione del direttore sanitario e del suo ufficio non può estrinsecarsi direttamente, attraverso l'intervento sui singoli medici e sui singoli pazienti, ma deve prendere la duplice forma della **indagine epidemiologica** che serve ad identificare i fattori di rischio e della **messa in opera di interventi idonei a correggere le devianze rilevate** (ad es., organizzando seminari periodici al fine di rivedere le procedure, garantendo un sovrappiù di formazione agli operatori, migliorando nei limiti del possibile le dotazioni di strumenti, ecc.; al limite ed in caso di necessità anche trasferendo le persone che si siano rivelate oggettivamente inadatte a quel lavoro). Per questo motivo, la direzione sanitaria si trova sotto l'imperio di quel principio generale sul dovere di intervenire ad impedire effetti lesivi, di cui all'art. 40, 2° comma c.p.:

"non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo".

È in base a questa norma che si può verificare il "trascinamento" della direzione sanitaria in procedimenti penali per errore professionale, carenza assistenziale od altri tipi di danno al paziente che possano essere intervenuti in conseguenza di anomalie nella organizzazione del lavoro o nella dotazione di strumenti. Sul punto converge C. F. Grosso, secondo il quale i pubblici amministratori devono essere ritenuti responsabili ai diversi livelli

"se a causa della omissione dell'intervento cui erano tenuti, o in conseguenza di errori o di cattiva gestione tecnica o amministrativa, si determina una carenza di strutture, e se in conseguenza di tale carenza si verificano eventi dannosi per la vita o la salute. Direttori sanitari, dirigenti dell'USL, politici e funzionari regionali .... potranno essere di conseguenza imputati di reati colposi contro la persona ove si accerti che, potendolo fare, non hanno soddisfatto con gli interventi necessari le esigenze della sanità pubblica del settore assegnato alla loro rispettiva competenza funzionale" (C. F. Grosso, **Organizzazione dei servizi medici e problemi di responsabilità penale**, in *La medicina e la legge. Atti 83° congresso SPLLOT*, Torino 1989).

Diversa è ovviamente la cosa quando si tratti di questioni che sono sotto il diretto controllo della direzione stessa, come accade per le materie di interesse igienico e di prevenzione, nel qual caso la responsabilità sarà diretta e non mediata attraverso la norma dell'art. 40, 2° comma c.p. Tutto ciò è ulteriormente rafforzato, a mio avviso, dalla trasformazione delle USL in aziende almeno parzialmente "private" come modo di funzionamento e di organizzazione interna; la concessione di ampi poteri ed autonomie decisionali ai loro vertici è stata fatta proprio per assicurarne la maggior efficienza, che non è solo quella economica (di abbassare i costi), ma di accrescimento della qualità delle prestazioni per il più gran numero di persone. Il che rafforza, pertanto, il dovere di attenzione e prevenzione nei confronti delle deviazioni.

La direzione sanitaria ha quindi doveri di:

- indagine epidemiologica sull'incidenza delle varie forme di "devianza ospedaliera", con identificazione della loro distribuzione e dei fattori cui siano associate;
- identificazione dei rischi specifici prevalenti nelle varie attività e strutture;
- messa in opera di misure preventive e sorveglianza sulle stesse;
- formazione degli operatori ed informazione a loro sulle eventuali "devianze" di cui le specifiche strutture possano rendersi responsabili;

- monitoraggio del contenzioso giudiziario, in quanto manifestazione (e costo!) collaterale delle “devianze” di cui s’è detto.

L’APPLICAZIONE ALL’HIV/AIDS.

Questo insieme di indicazioni si applica bene anche al caso dell’HIV/AIDS. Al momento attuale noi abbiamo tre tipi prevalenti di problemi ospedalieri collegati ad esso:

- gestione e cura di soggetti infetti;
- prevenzione del rischio di infezione negli operatori;
- prevenzione della trasmissione interpersonale (in particolare madre-bambino).

Il primo punto non si differenzia da quanto avviene in altri settori e per altre forme morbose, tranne che per il fatto che possono esistere forme di assistenza extramoenia, in comunità o come ospedalizzazione a domicilio, con tutti i problemi specifici che questo genere di interventi può comportare, sui quali non mi dilungo, ma che comunque comportano una necessità di accresciuta sorveglianza anche da parte della direzione sanitaria.

Il secondo riveste una importanza maggiore, non tanto per l’entità reale del rischio di contagio da paziente ad operatore (al momento attuale continua ad essere bassissimo), quanto perché la cosa ha ripercussioni molto più ampie, in quanto la prevenzione del contagio professionale da HIV/AIDS fa parte delle più generali misure di prevenzione del rischio infettivologico in generale. Le autorità sanitarie nazionali e regionali hanno a suo tempo diffuso le norme relative alle c.d. “Precauzioni Universali”, che sono da applicare invariabilmente a tutti i pazienti onde evitare il contagio non solo da HIV/AIDS ma anche da altri patogeni (ad es. HBV, HCV, ecc.); negli ospedali devono essere presenti ed operanti nuclei specializzati nella valutazione di questo genere di rischi e nella identificazione delle più opportune misure per evitarli; le norme generali ed i protocolli di presidio devono essere stati diffusi ed attorno ad essi devono essere stati organizzati corsi di formazione di tutto il personale.

È evidente che qualunque carenza a questo livello comporta il coinvolgimento anche penale della direzione sanitaria in relazione ad eventi lesivi (contagio); può anche in certi casi sussistere un reato autonomo, la *“omissione colposa di cautele o difese contro disastri o infortuni sul lavoro”* (art. 451 cp), di competenza pretorile. In ogni caso, ricordo l’obbligo del referto per chi (magari anche all’interno dell’ospedale o della stessa direzione sanitaria) ponga per primo la diagnosi di infezione da HIV/AIDS come conseguenza di incidente sul lavoro.

Più complesso, delicato ed incerto nei contorni il problema della prevenzione del contagio interpersonale non da causa lavorativa. Ne esistono diversi aspetti, quello più immediatamente ed esplicitamente sanitario riguarda la prevenzione della trasmissione materno-fetale dell'HIV in gravidanza, sulla quale anche la direzione sanitaria può avere un suo ruolo. Come noto, sono in corso di messa a punto strategie farmacologiche che sembrano in grado di ridurre significativamente la trasmissione materno fetale dell'HIV, con protocolli diversi, uno più costoso e con margini di sicurezza maggiori, uno meno costoso che dà risultati ancora significativi ma di minor importanza. Tradotto in soldoni, questo vuol dire che a seconda dell'impegno economico cambierà il numero di soggetti protetti; chi spenderà di più ne salverà di più e viceversa[1].

È evidente che, stante la estrema gravità della malattia e la quasi certezza di una sua evoluzione sino alla morte, vi è un dovere di fare il possibile per garantire a tutti il protocollo più sicuro, almeno entro i limiti delle risorse disponibili: il che significa accurata pianificazione (anche budgetaria), attivazione di risorse esterne (Regione, Ministero) e così via. Però in Ita lia lo HIV continua a concentrarsi, anche se in misura più ridotta che per il passato, tra i tossicodipendenti, il che vuol dire avere a che fare con delle gravide dai comportamenti imprevedibili, il che obbliga a mettere in piedi forme di collaborazione "interforze" tra ospedale e territorio (SERT in prima battuta, ma anche servizi sociali, eventualmente volontariato ecc.), così come si sta già facendo in alcune città per le gravide che sono solo tossicodipendenti, altrimenti la terapia rischia di essere aleatoria.

Ben più importante sul piano epidemiologico è il contagio HIV/AIDS da contatti sessuali, sia occasionali che e soprattutto in coppie più o meno stabili. La prevenzione qui passa attraverso l'informazione al partner, cosa non sempre facile ed a tratti quasi impossibile, che cozza contro ostacoli anche legali, aggravati ulteriormente dalla recente legge sulla privacy. È chiaro che, come per tutto quel che ri-

[1] V. CDC "Administration of Zidovudine During Late Pregnancy and Delivery to Prevent Perinatal HIV Transmission — Thailand, 1996–19981", *MMWR* 1998, 47 : 151-4 ; Sperling RS, Shapiro DE, Coombs RW, et al. Maternal viral load, zidovudine treatment, and the risk of transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant. *N Engl J Med* 1996;335:1621–9 ; CDC. Recommendations of the U.S. Public Health Service Task Force on the Use of Zidovu-dine to Reduce Perinatal Transmission of Human Immunodeficiency Virus. *MMWR* 1994;43 (no. RR-11). Bertolli J, St. Louis ME, Simonds RJ, et al. Estimating the timing of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus in a breast-feeding population in Kinshasa, Zaire. *J Infect Dis* 1996; 174: 722–6.

guarda i rapporti con il pubblico e con l'esterno, la direzione sanitaria ha un ruolo sia promozionale che di guida del personale; è quindi suo preciso dovere fornire chiare informazioni concordando i necessari protocolli non solo con gli operatori, ma anche con gli esperti (medici legali, giuristi) eventualmente stabilendo anche contatti su questo specifico punto con l'Autorità Giudiziaria e se del caso lo stesso Garante della Privacy. In caso di sua latitanza, le conseguenze di risposte errate – ma per mancanza di strumenti – andranno imputate assai più alla direzione sanitaria che non al singolo operatore che ha agito in una situazione di estrema difficoltà, e per il quale potrebbe anche venire invocata la scriminante dell'art. 47 cp.

ANNOTAZIONE FINALE

Per finire: le direzioni sanitarie hanno compiti di organizzazione e coordinamento delle risorse sanitarie che interagiscono in modo significativo – ed anzi condizionano – le modalità con cui i diversi operatori sanitari possono fare il loro lavoro. Lo studio attento, il monitoraggio intelligente delle aree di rischio, incluse quelle di "devianza ospedaliera" è loro compito, può avere un grande ruolo nella riduzione di questi fenomeni spiacevoli ed ingiusti, ma non è mai stato fatto, né per l'HIV/AIDS né per le malattie in generale. Alle direzioni sanitarie quindi la scelta, se continuare a defilarsi e rendersi responsabili di un aggravio di sofferenze ingiuste, oppure partecipare con gli operatori sanitari di prima linea ad un lavoro di reale miglioramento civile.